
**ГОУ ВПО КИРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ РОСЗДРАВА**



ВЯТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

**Материалы межрегиональной научно-практической конференции
«Актуальные вопросы гепатологии», посвященной 75-летию со дня рождения
заслуженного деятеля науки РФ, Лауреата государственной премии РФ,
член-корреспондента РАМН, профессора В.А. ЖУРАВЛЕВА**

2.2006

КИРОВ

ББК 5я5
М42

ISSN-0368-4819

ВЯТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК

Научно-практический журнал

Специальный выпуск

Материалы межрегиональной научно-практической конференции
«Актуальные вопросы гепатологии», посвященной 75-летию со дня рождения
заслуженного деятеля науки РФ, Лауреата государственной премии РФ,
член-корреспондента РАМН, профессора В.А. ЖУРАВЛЕВА

Главный редактор	профессор И. В. Шешунов
Заместитель главного редактора	профессор Б. Ф. Немцов
Ответственный секретарь	доцент Н. К. Мазина

Редакционная коллегия:

профессор С. А. Дворянский;
чл.-корр. РАМН, профессор В. А. Журавлев;
профессор Я. Ю. Иллек;
доцент О. В. Лавров;
профессор Б. А. Петров;
профессор П. И. Цапок.

Редакционный совет:

профессор Б. Н. Бейн, профессор Н. К. Вознесенский, Н. Г. Горохов,
профессор В. С. Заугольников, профессор А. Г. Кисличко,
доцент Л. В. Колотилов, профессор А. А. Косых,
профессор С. А. Куковякин, профессор В. И. Циркин.

Учредитель Кировская государственная медицинская академия

Журнал зарегистрирован в министерстве РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Рег. № ПИ 77-12440 от 19.04.2002 г.

Адрес редакции: 610027, г. Киров, ул. Карла Маркса, 112
тел.: (8332) 37-57-16, 32-24-49
факс: (8332) 69-07-34
<http://www.kirovgma.ru>
e-mail: ivc@kirovgma.ru, espmaz@mail.ru

© ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия

«ПРОФЕССИЯ – ЖИЗНЬ»

Уважаемые коллеги!



Сегодня мы чествуем превосходного ученого, талантливого хирурга, замечательного преподавателя – умного, доброго и отзывчивого человека **Валентина Андреевича Журавлева**.

Его служение на благо науке и во благо здоровья людей отмечено многочисленными премиями, наградами, званиями, почетными степенями.

Но одно **«Журавлев – первый»** следует отметить особо. Валентин Андреевич - **первый** в семье стал врачом и основоположником династии, он **первый** аспирант Кировского научно-исследовательского института переливания крови, **первый** ректор Кировской государственной медицинской академии, **первый** руководитель Зонального центра хирургии печени и желчных путей, **первый** заведующий кафедрой хирургических болезней, **первый** (из кировчан) член-корреспондент Российской академии медицинских наук. Он **первый** в славной когорте вятских ученых-медиков остался верен своей малой Родине, сделав все возможное для того, чтобы провинциальный Киров превратился в крупный научно-практический и образовательный медицинский центр.

Каков человек такова и биография. У Валентина Андреевича она замечательная: «красный» диплом по окончании Горьковского медицинского института; врач полкового медицинского пункта в Иркутской области и по совместительству хирург в Ангарске – безвозмездно, там

же, спустя три года, ординатор, затем заведующий хирургическим отделением; аспирантура по специальности «хирургия», защита кандидатской диссертации, руководитель хирургической клиники Института переливания крови, первая монография (профессор Журавлев – автор 400 научных статей, 16 монографий, обладатель 10 авторских свидетельств), под его руководством защищены 8 докторских и 38 кандидатских диссертаций; директор Кировского НИИ гематологии и переливания крови, ректор Кировской государственной медицинской академии – под руководством Валентина Андреевича Журавлева ВУЗ прошел путь от филиала Пермского мединститута до академии, занимающей достойное место среди российских медицинских образовательных центров; подготовлено более 4000 врачей, многие выпускники работают на кафедрах, возглавляют отделения, поликлиники и больницы; сегодня в академии работают доктора и кандидаты наук, лауреаты Государственной премии, заслуженные деятели науки, члены различных академий. Каждая строка этого краткого изложения – результат длительной, напряженной, упорной работы одного очень целеустремленного и трудолюбивого человека.

В 1984 году Валентину Андреевичу Журавлеву присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки РФ», в 1993 году ему присуждена Государственная премия РФ, а в 1998 году – почетное звание «Заслуженный врач России». С 1999 года Валентин Андреевич - член-корреспондент Российской академии медицинских наук, награжден Золотой медалью Альберта Швейцера.

За достигнутые успехи в научной, лечебной и общественной работе профессор Журавлев награжден орденом Трудового Красного Знамени.

Сегодня в день своего 75-летия Валентин Андреевич Журавлев полон сил, энергии и желания творить добро во имя человека. Пожелаем ему успеха в этом благородном деле!

Ректор Кировской государственной
медицинской академии, профессор

И.В.Шешунов.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Член-корреспондент РАМН, профессор
В.А.Журавлев

КРАТКИЕ ИТОГИ РАБОТЫ

Кировский зональный центр хирургии печени

Кировский зональный центр хирургии печени и желчных путей открыт приказом министра здравоохранения РСФСР №268 от 4.05.1983 г. для областей Поволжья и Урала.

Центр хирургии печени, конечно, появился не на пустом месте и оснований для его открытия было достаточно.

Открытие центра хирургии печени несомненно связано с именем профессора Владимира Станиславовича Шапкина, который в 1961 году был избран на должность старшего научного сотрудника хирургической клиники Кировского НИИ переливания крови.

Это был блестящий, очень поливалентный хирург, который к тому времени владел всеми операционными технологиями из арсенала абдоминальной и торакальной хирургии, включая и операции на сердце.

Посмотреть на его операции всегда приходило много хирургов и все отмечали его величайшее техническое мастерство.

Чувствовалось в его технике что-то от С.С. Юдина. И мы не ошиблись.

Большую роль в отработке хирургического мастерства и формировании личности как клинициста сыграла его встреча в 1952-1953 годах с выдающимся отечественным хирургом С.С.Юдиным, который переживал трудные повороты судьбы, работая в хирургическом отделении небольшой городской больницы г.Новосибирска, которым заведовал В.С.Шапкин.

В городе Кирове В.С.Шапкин выполнил очень большой объем экспериментальных исследований по разделу внутриорганный анатомии печени и техники анатомических резекций.

За неполные 3 года В.С.Шапкин выполнил на базе нашей клиники 24 резекций различного объема с общей летальностью 12,5%, что для того времени было минимальной. В 1964 году на основании своих клинико-экспериментальных исследований В.С.Шапкин блестяще защитил докторскую диссертацию в Рязанском медицинском институте.

После защиты его приглашают на заведование кафедрой факультетской хирургии во Владивостокский медицинский институт.

В.С.Шапкин оставил глубокий след в хирургической гепатологии. Он, как и профессор А.В.Мельников, Г.Е.Островерхов, Б.И.Альперович стоял у истоков этого сложного раздела хирургии. Монография В.С.Шапкина «Резекция печени» стала настольной книгой у хирургов, осваивающих основы хирургической гепатологии. В 1999 году В.С.Шапкин стал лауреатом Государственной премии России.

После отъезда В.С.Шапкина из Кирова я оказался ближе всех к проблеме хирургии печени, поскольку кандидатская диссертация была посвящена

хирургическому лечению портальной гипертензии. Кроме того, я много помогал Владимиру Станиславовичу во время анатомических исследований в проректорской.

В 1964 году уже после отъезда Владимира Станиславовича нами была выполнена левосторонняя гемигепатэктомия, в 1966 г. - правосторонняя гемигепатэктомия и правосторонняя расширенная гемигепатэктомия и в 1967 г. - левосторонняя расширенная гемигепатэктомия.

Потребовалось еще 20 лет напряженного труда коллектива хирургов, сотни выполненных операций, чтобы вышла из центра первая монография «Большие и предельно большие резекции печени» (1986). Перед автором стояла задача – помочь молодым хирургам сократить сроки освоения этих сложных операций.

Основной мотив книги – хирург, идущий на обширную резекцию печени должен иметь в своем арсенале самые различные методы и способы профилактики и устранения осложнений, угрожающих жизни больного.

Начиная с 70-х годов после основных анатомических исследований внутриорганных структур печени началась стремительная поступь хирургической гепатологии.

В своей работе мы всегда уделяли больше внимания вопросам дифференциальной и топической диагностики очаговых поражений печени. Уровень инструментальной диагностики во многом определяет состояние хирургии печени.

В 1981 году мы издали монографию совместно с академиками Е.А.Вагнером «Инструментальная диагностика очаговых заболеваний печени», которая была, вероятно, первым отечественным источником, посвященным этой проблеме. В то время она была своевременной и необходимой.

Особенно важным и актуальным разделом в монографии была селективная ангиография всех сосудистых систем печени и нижней полой вены.

В настоящее время в нашем центре используются новейшие диагностические технологии (УЗИ, КТ, МРТ, ангиографические исследования и другие).

Центр имеет крупнейший в России опыт радикальных операций по поводу осложненного альвеококкоза печени (механическая желтуха, полости распада, метастазы в органы брюшной полости, легкие, кости, головной мозг, поражение крупных сосудистых структур печени, нижней полой вены). В центре разработан способ лечения осложненных форм очаговых поражений печени путем этапных оперативных вмешательств, что позволило значительно расширить показания к радикальным операциям и снизить их риск. Имеется значительный опыт и комбинированных одноэтапных операций по поводу паразитарных заболеваний и злокачественных опухолей печени с поражением других органов.

Тяжелым осложнением очаговых поражений печени является механическая желтуха.

Вопросы хирургической тактики при возникновении механической желтухи при очаговых поражениях печени и глистных опухолях протоков нами

рассматриваются в монографии «Очаговые заболевания печени и глистные опухоли, осложненные механической желтухой» (1992).

Значительной части больных при альвеококкозе печени и глистных опухолях были выполнены двух- и трехэтапные радикальные операции.

Наряду с появлением новых специализированных центров хирургии печени, операции на печени стали выполнять хирурги, не имеющие соответствующей подготовки. В результате, многие больные после explorативных лапаротомий и паллиативных вмешательств признаются неоперабельными.

Так или иначе, но в бурно развивающейся гепатохирургии образовался «слой» пациентов, которые в силу «своеобразного мышления» хирургов оказались в положении «неоперабельных», которым остается надеяться только на судьбу.

Именно таким отчаявшимся и безнадежным больным мы стараемся оказать во многих случаях радикальную хирургическую помощь.

Это подробно обсуждается в нашей монографии «Радикальные операции у «неоперабельных» больных с очаговыми поражениями печени» (2000).

В Центре работает 4 доктора и 12 кандидатов медицинских наук, из них 3 сотрудника прошли специализацию в клинике абдоминальной хирургии и трансплантации органов Ганноверской высшей медицинской школы (Германия).

Хирурги из многих регионов России проходят обучение и сертификацию на кафедре хирургии института последипломного образования, организованной на базе Центра.

Сотрудниками центра опубликовано более 400 научных статей, 17 монографий, выполнено и защищено 8 докторских и 40 кандидатских диссертаций, получено 25 авторских свидетельств на изобретения.

С момента организации Кировского зонального центра были обследованы и оперированы более 5000 пациентов с различными заболеваниями печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны из 92 регионов России и республик бывшего СССР. Среди них, 2000 больных с очаговыми поражениями печени (гидатидозным и альвеолярным эхинококкозом, первичным и метастатическим раком, доброкачественными опухолями, непаразитарными кистами), 1800 пациентов с доброкачественными и злокачественными заболеваниями желчных протоков, более 700 больных с различной хирургической патологией поджелудочной железы и другие.

За последние 10 лет предельно расширяя показания к резекции, было выполнено 178 операций при очаговых заболеваниях печени с поражением магистральных сосудов гиссоновых и кавальных ворот и нижней полой вены, из них 127 – операций были радикальными. Резектабельность составила – 71,3%, при летальности 10,4%.

В зональном центре, кроме очаговых патологий печени выполняется весь спектр операций при заболеваниях поджелудочной железы, билиарной системы, при портальной гипертензии (спленореналь-

ные анастомозы с сохранением или удалением селезенки, мезентерико-кавальные анастомозы, прямые вмешательства на варикозно-расширенных венах пищевода и другие).

В центре ведется интенсивная подготовка к трансплантации части печени от живого родственного донора. Для этой цели приобретено все необходимое оборудование.

Приоритетным направлением деятельности Центра в настоящее время являются хирургические вмешательства при очаговых поражениях печени с вовлечением крупных сосудистых структур органа и нижней полой вены с частичной или полной сосудистой изоляцией.

Хирургическая гепатология сегодня на необычайно высоком подъеме и привлекает к себе многих молодых хирургов, открываются специализированные центры, отделения.

Более 10 лет активно работает международная ассоциация хирургов стран СНГ, которая проводит ежегодно международные конференции хирургов-гепатологов. Основателем этой ассоциации был дважды лауреат Государственных Премий профессор Э.И.Гальперин. Сегодня – Почетный президент Ассоциации. Дважды лауреат Государственной премии, профессор В.А.Вишневецкий – президент Ассоциации.

Мы – кировчане удостоены чести проведения второй конференции хирургов-гепатологов в 1994 году, последняя 13 конференция была проведена в последние числа сентября в г.Алма-Ата (Казахстан), где мы выступили с докладом.

Вопросы гемостаза являются наиболее актуальными в резекционной хирургии печени. В связи с этим мы рассмотрим эту проблему подробнее.

Методы и способы гемостаза при больших и предельно больших резекциях печени

Наш доклад больше ориентирован на молодых хирургов, осваивающих исключительно сложный и тяжелый раздел хирургии – хирургию печени.

Мы это делаем на основании 40-летнего опыта, с учетом наших ошибок и осложнений.

Операции на печени, имеются ввиду большие и предельно большие резекции, являются одними из самых сложных в хирургии.

Хирурги, освоив типичный ход операции, нередко теряются, не зная как поступить в момент возникновения массивного кровотечения, в конкретной ситуации. Хирург, не подготовленный к предупреждению этого осложнения, может стать основным виновником гибели больного на операционном столе.

Методы и способы остановки кровотечений во время операций на печени весьма многообразны, и в каждом случае индивидуальны. Их применение зависит, в основном, от источника кровотечения, его интенсивности и, конечно, от опыта хирурга.

Наиболее частой причиной кровотечений является вовлечение сосудистых структур печени в очаги поражения.

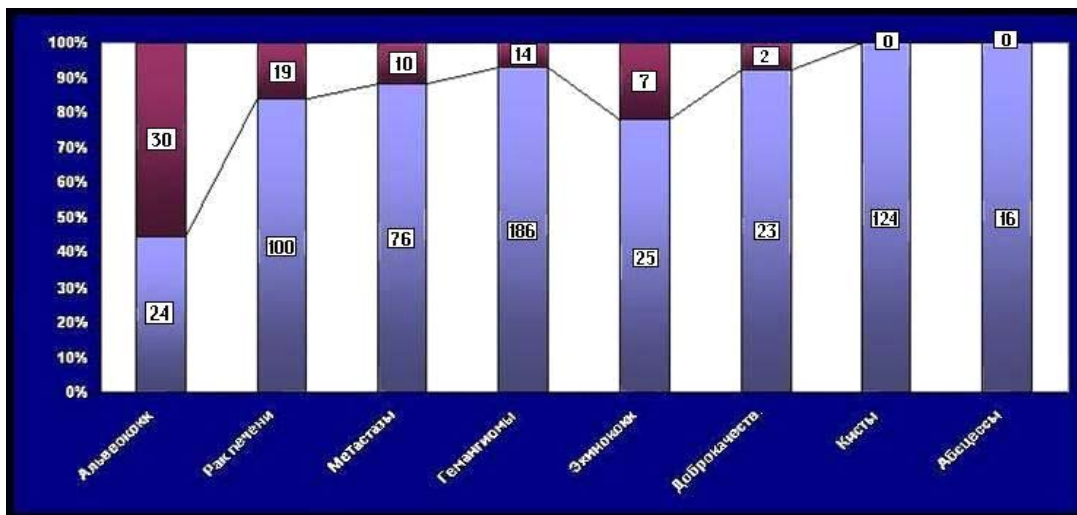


Рис1. Частота вовлечения сосудистых структур и нижней полой вены при различных очаговых поражениях печени в % за 1994-2001 г.г.

Наиболее часто поражались сосуды:

- 1) при альвеококкозе - в 55% случаев;
 - 2) при эхинококкозе – у 22%;
 - 3) при первичном раке печени – у 16%;
- и при доброкачественных опухолях – у 8% больных.

Печень по тяжести кровотечений при операциях на ней и сложности гемостаза занимает первое место среди всех паренхиматозных органов.

Опасность профузного кровотечения при операциях на печени, в первую очередь, заставляет многих хирургов отказываться от активного вмешательства на этом органе.

Массивные кровотечения вызывают наибольшую тревогу у хирурга, когда за 1-2 минуты больной теряет более 1-2 л крови. В таких условиях даже постоянная аспирация крови из раны не улучшает видимости операционного поля.

Нужны титанические усилия, чтобы выйти из необычайно трудного положения.

Хирург, идущий на большую резекцию печени, должен иметь в своем арсенале самые различные методы и способы профилактики и остановки кровотечения.



Рис. 2. Коррозионный препарат

Мы видим огромный массив кровеносных сосудов, с которыми встречается хирург во время резекции печени.

Пожалуй, не будет преувеличением, если сказать, что операция на печени – это сосудистая операция. Подтверждением этого является то, что практически на всех этапах операции от мобилизации печени до завершения ее, хирург постоянно занят, в основном, выделением и обработкой сосудов, остановкой кровотечения и мерами профилактики их.

Ни одной структуре печени хирург не уделяет столько времени, внимания и сил во время операции, сколько собственно сосудам печени и нижней полой вене.

В основном из-за массивных кровотечений печень долгое время была недоступной для хирургов.

Существуют объективные факторы, способствующие возникновению кровотечений во время операции. Их нельзя не учитывать хирургу при больших резекциях печени.

- ✓ **Квалификация хирурга**
- ✓ **Степень вовлечения в опухолевый процесс магистральных сосудов**
- ✓ **Объем очага поражения**
- ✓ **Метод резекции печени**
- ✓ **Состояния свертывающей системы крови**

Рис. 3. Объективные факторы, способствующие возникновению кровотечений во время операции на печени

Частота кровотечения и величина кровопотери зависит, прежде всего, от:

- 1) квалификации хирурга;
- 2) степени вовлечения в опухолевый процесс магистральных сосудов;

- 3) объема и характера очагового заболевания печени;
- 4) недостаточного доступа;
- 5) метода резекции печени;
- 6) состояния свертывающей системы крови.

Учет этих факторов позволяет соответственно планировать объем хирургического вмешательства и своевременно проводить необходимые мероприятия по снижению риска операции.

В отношении опасности возможного кровотечения несомненно первое место занимает локализация и объем очага поражения.

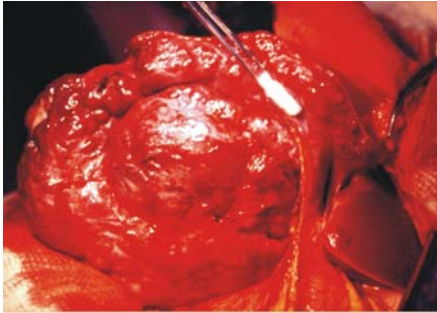


Рис. 4. Гигантская гемангиома печени (S5-6-7-8+S4)

На рисунке – гигантских размеров гемангиома печени, перекрывающая доступ к глиссоновым и кавальным воротам печени и нижней полой вене.

В этой ситуации хирург должен трезво оценить резектабельность очага поражения, свои технические возможности (главное — не переоценить их), чтобы не потерять больного на операционном столе от массивного неостановленного кровотечения.

В профилактике кровотечений существенную роль играет метод резекции печени. При неосложненных анатомических, или управляемых, резекциях печени, гемостаз осуществляют превентивной перевязкой сосудов в глиссоновых и кавальных воротах, а разделение паренхимы печени проводят по междолевым малососудистым щелям (фиссурам). При этих резекциях кровопотеря, как правило, бывает сравнительно небольшой.

Все неанатомические резекции, когда разделение паренхимы печени выполняют не по фиссуре, а в зоне усиленного кровоснабжения, они сопровождаются значительной кровопотерей

В профилактике и эффективном лечении кровотечений исключительно важную роль, если не основную, имеет личный опыт хирурга в операциях на печени. Чаще массивные кровотечения во время операции бывают у хирургов, осваивающих большие и предельно большие резекции печени.

Нельзя не учитывать возможность массивных кровотечений уже на этапе мобилизации гигантских сосудистых опухолей (гемангиома и др.), особенно при недостаточном доступе. Эта ситуация и беспомощность хирурга производит на него тяжелейшее впечатление, что даже после остановки кровотечения он отказывается от продолжения операции, убеждая себя: «Не испытывай судьбу еще раз!». Так появляются «неоперабельные» больные.

В тактическом отношении следует различать **временный и окончательный** гемостаз.

Под **временным гемостазом** понимают временную остановку кровотечения, необходимую для осушения операционного поля и определения источника кровотечения

Окончательный гемостаз - наложение сосудистого шва или лигирование сосуда.

Рис.5

В тактическом отношении следует различать временный и окончательный гемостаз. Под временным гемостазом понимают временную остановку кровотечения, необходимую для осушения операционного поля и определения источника кровотечения. При необходимости (до окончательной остановки кровотечения) проводят различные мероприятия, направленные, главным образом, на стабилизацию гемодинамики больного.

Хирургу нужно избрать наиболее рациональный способ временного гемостаза, который бы не только эффективно останавливал кровотечение, но и в значительной степени облегчал бы выполнение окончательного гемостаза. Например, при профузном кровотечении из печеночной вены марлевая тампонада малоэффективна для временного гемостаза и не создает условий для осуществления окончательного гемостаза. То же самое можно сказать о кровоостанавливающих зажимах, наложенных на сосуды вслепую в глубине раны.

После установления источника кровотечения и стабилизации гемодинамики хирург проводит окончательный гемостаз (сосудистый шов, перевязка сосуда).

Печень в силу особенностей кровоснабжения и оттока крови имеет во время операции несколько источников кровотечения, каждое из которых обладает специфическими особенностями, что требует адекватных мер профилактики и лечения их.

- ✓ Паренхиматозные (капиллярные)
- ✓ Артериальные
- ✓ Венозные — из портальной системы печени
- ✓ Венозные — из кавальной системы
- ✓ (из нижней полой вены и печеночных вен)
- ✓ Из нескольких источников
- ✓ (смешанные кровотечения)

Рис.6. Кровотечения, возникающие при резекциях печени:

Итак, кровотечения, возникающие при резекциях печени, мы подразделяют на паренхиматозные

(капиллярные), артериальные, венозные — из портальной системы и венозные — из кавальной системы (из нижней полой вены и печеночных вен), а также происходящие одновременно из нескольких источников (смешанные кровотечения).

Здесь мы не рассматриваем кровотечения паренхиматозные, артериальные и венозные из портальной системы, поскольку все они хорошо контролируются временным пережатием печеночно-двенадцатиперстной связки, после чего выполняется окончательный гемостаз в «сухих» условиях.

Массивные кровотечения из сосудов кавальной системы (из нижней полой вены и печеночных вен) вызывают наибольшую тревогу у хирурга, особенно в тех случаях, когда печень еще не достаточно мобилизована, что и является основной причиной гибели больных с обширными очаговыми поражениями печени. На этом источнике кровотечения мы и остановимся подробнее.

Исключительная тяжесть кровотечений из сосудов кавальной системы обусловлена малой и трудной доступностью к источнику кровотечения, его массивностью, опасностью воздушной эмболии и особенно тем, что традиционные методы остановки его (зажимами) в условиях продолжающегося кровотечения становятся неприемлемыми или еще более опасными.

Даже временное пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки лишь ненамного уменьшает интенсивность кровотечения.

При достаточно крупном дефекте в сосуде буквально за считанные секунды вся полость операционной раны буквально «заплывает» кровью. Особенность этих кровотечений: кровь не бьет струей, «не фонтанирует», а выплескивается из дефекта вены с каждым сокращением сердца. В связи с этим очень трудно на глаз и мануально в большом озере крови определить локальный источник кровотечения с тем, чтобы, хотя бы, механически сдавить его. Обычные же операционные отсосы часто не справляются в этой ситуации.

Струйные трансфузии крови и других сред в 2-3 вены не успевают восполнить объем сосудистого русла. Если хирург не справляется с возникшей ситуацией, то сердце, работающее вхолостую, быстро прекращает свою деятельность, что можно четко определить рукой через диафрагму. Чтобы реанимировать сердечную деятельность, нужны героические усилия.

Если к этому времени после устранения излившейся крови источник кровотечения выявлен и осуществлен, хотя бы, временный, механический гемостаз, вся бригада хирургов и анестезиологов решает вопросы реанимации больного, направленные на восстановление сердечной деятельности, включая закрытый и открытый массаж сердца, дефибрилляцию его, массивные трансфузии сред гемодинамического направления в аорту и другие мероприятия.

Чрезвычайно важно при возникновении массивного кровотечения из кавальной системы провести мероприятия по профилактике воздушной эмболии — придать больному положение Тренделенбурга и повысить венозное давление с помощью аппаратного дыхания.

Мы специально остановились на этом крайнем варианте исхода массивного кровотечения при повреждении магистральных сосудов кавальной системы печени, чтобы показать на своем опыте насколько важно своевременно наложить турникеты на нижнюю полую вену выше и ниже печени. Одновременно во время кровотечения из сосудов кавальной системы должен быть затянут турникет и на печеночно-двенадцатиперстной связке. Без преувеличения, можно сказать, что хирург, правильно пользующийся (по ситуации) турникетами во время массивного кровотечения может спасти жизнь не одному больному.

На данном слайде представлена схема наложения турникетов, которые обеспечивают при необходимости полное выключение печени из кровообращения — а это безопасность операции.

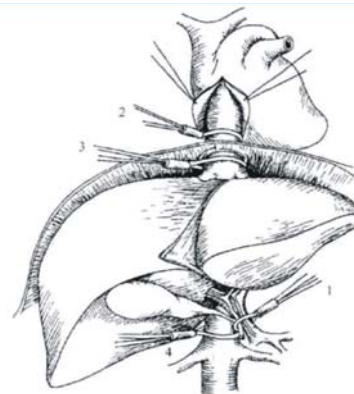


Рис. 7. Турникеты на НПВ. Полное выключение печени из кровообращения.

Необходимо сказать, что наложение турникетов, особенно выше печени при массивном кровотечении из кавальных сосудов задача крайне трудная, особенно, если разрыв возник в области устья печеночных вен.

Если хирург мог предполагать (на основании ревизии и оценки патологического процесса) возможность такого тяжелого осложнения и превентивно не наложил турникеты, то он об этом очень пожалеет.

Все же необходимо и в этой экстремальной ситуации попытаться наложить турникеты на нижнюю полую вену.

В первую очередь необходимо пережать ПДС, затем наложить турникет на нижнюю полую вену (ниже печени) сразу выше устья почечных вен. Это несложно. После этого кровотечение уменьшится, но не прекратится, идет ретроградный кровоток из полости сердца.

Хирург, продолжая сдавливать (рукой, тупфером, тампоном) вену в области кавальных ворот поручает ассистенту (свободные руки) наложить верхний турникет на нижнюю полую вену. Скорее всего, в поддиафрагмальном пространстве из-за короткого сегмента нижней полой вены и близости источника кровотечения ему это сделать не удастся. Тогда он использует доступ к нижней полой вене через перикард.

После осушения операционного поля, стабилизации артериального давления у больного, хирург должен принять решение о способе завершения окончательного гемостаза. Этот вопрос решается индивидуально, в зависимости от характера и степени повреждения сосуда.

В 70-80 годах прошлого столетия методика наложения турникета выше печени была связана со вскрытием сухожильной части диафрагмы и перикарда.

Техника этой методики, которая, чаще всего выполняется в условиях продолжающегося массивного кровотечения из нижней полой вены или печеночных вен, достаточно сложна, но до 80-90 годов он был основным.

В настоящее время разработан и апробирован у большого количества больных более рациональный, поддиафрагмальный подход к нижней полой вене с целью наложения на нее турникета выше устья печеночных вен.

Этот способ выгодно отличается от первого – не требуется вскрытия диафрагмы и перикарда для выделения нижней полой вены. Мы имеем опыт наложения турникета по данной методике и считаем ее лучшей.



Рис. 8. Выделение надпеченочного отдела нижней полой вены.

Формируется канал для образования турникета с помощью указательного пальца.

Наложение нижнего турникета на нижнюю полую вену при любой ситуации не представляется сложным и трудным.

Предельно расширяя за последние 15-20 лет показания к радикальным операциям при очаговых заболеваниях печени, в том числе и у больных с поражением кавальных ворот и нижней полой вены, мы придаем большое значение превентивному наложению турникетов на нижнюю полую вену и ПДС у этой тяжелой группы больных.

При малейшей опасности возможного повреждения печеночных вен или нижней полой вены уже на этапе мобилизации и ревизии печени необходимо взять на турникеты нижнюю полую вену, следуя народной поговорке «Береженого Бог бережет». Эту несложную манипуляцию нужно сделать заранее, не спеша, в спокойных условиях, а не тогда, когда возникло массивное кровотечение и кровь заливает все операционное поле. Хирург не раз во время операции в этой ситуации будет благодарен судьбе, а, прежде всего, себе, что поступил именно так.

При превентивном наложении турникетов хирург может уверенно проводить ревизию и мобили-

зацию задней поверхности печени, выделить из очага поражения нижнюю полую и печеночные вены. И в любой момент, при возникновении чрезвычайной ситуации, хирург может затянуть турникеты на нижней полой вене и ПДС (это будет временный гемостаз) и в абсолютно «сухих» условиях спокойно осушить окончательный гемостаз.

Но, при этом необходимо отметить, что хирург все же ограничен во времени, т.к. в результате резкого снижения притока крови к сердцу, довольно быстро наступают гемодинамические нарушения (падение артериального давления до критических цифр).

Однако, чувствительность к одновременному пережатию нижней полой вены и ПДС у больных индивидуальна, что может, на наш взгляд, зависеть от степени развития коллатерального кровообращения.

Это подтверждается нашим наблюдением.

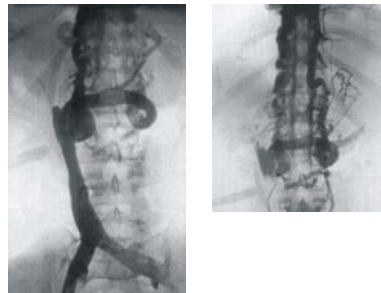


Рис. 9.

На рисунке представлена нижняя каваграфия. У больного был альвеококк правой половины печени с вовлечением нижней полой вены. Определяется культя ее. Имеется коллатеральный отток по системе поясничных вен и азигог и гемиазигог. Операция – правосторонняя гемигепатэктомия с иссечением поражения нижнего поля вен от устья почечных вен до устья печеночных вен.

С целью предупреждения этих серьезных гемодинамических нарушений, связанных со скоплением крови в системе нижней полой вены, предлагается, наряду с провизорными турникетами, проводить временное обходное каво-кавальное и портокавальное шунтирование.

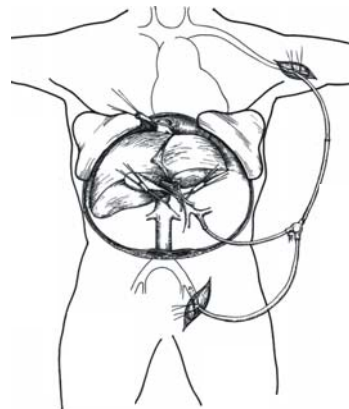


Рис. 10. Полное выключение печени из кровообращения с временным наружным шунтированием между нижней и верхней полыми венами.

Мы считаем 10-15'-сроком максимальным даже при хорошей толерантности организма больного к резкому ограничению притока крови к сердцу при отсутствии кава-кавального шунта.

Этот срок можно увеличить при одновременном проведении массивной трансфузионной терапии в систему верхней полой вены.

При благоприятной для хирурга локализации очага поражения (без вовлечения магистральных сосудистых структур печени) в превентивном наложении турникетов на нижнюю полую вену нет необходимости.

Однако, с расширением показаний к радикальным операциям при очаговых поражениях печени, в том числе, и с вовлечением в него кавальных ворот и нижней полой вены этих «крайних случаев» становится все больше, а отсюда и показания к превентивному наложению турникетов на нижнюю полую вену возникают чаще.

Ситуация в настоящее время изменилась, т.к. поддиафрагмальный доступ к нижней полой вене для формирования турникета стал технически проще и безопаснее.

В связи с этим появилась возможность проводить турникеты вокруг нижней полой вены в поддиафрагмальном пространстве с превентивной целью при обширных поражениях печени.

В заключение необходимо отметить, что вопросы предупреждения и остановки кровотечения при резекции печени являются исключительно актуаль-

ными для хирурга-гепатолога. Эти операции требуют хорошей организации трансфузионного обеспечения, т.к. трудно предвидеть величину кровопотери. Хирург должен владеть всеми приемами предупреждения и остановки кровотечений, которые до сих пор являются основной причиной летальных исходов при этих тяжелых оперативных вмешательствах.

Благодаря совершенным методам (биполярная и аргоново-плазменная коагуляция, ультразвуковые ножницы) и гемостатическим препаратам, в области культи печени достигается совершенный гемостаз, при условии, что резекция печени выполняется строго анатомично в пределах портальных фиссур. Отказались и от пережатия ПДС.

В связи с этим в настоящее время нет необходимости в гепатизации и изоляции культи печени от остальной брюшной полости.

Используя новые трансплантационные кровосберегающие технологии, удалось значительно сократить кровопотерю при неосложненных больших и предельно больших резекциях (Рис. 11).

Это обстоятельство позволяет в 85% случаев отказаться от трансфузии донорской крови. В клинике широко используется метод заготовки аутокрови больного перед операцией с нормоволемической гемодилюцией.

Последнее обстоятельство исключает возможность инфицирования пациентов вирусами гепатита, цитомегаловирусом ВИЧ-инфекций, а также в значительной степени сократить расходы на операцию.

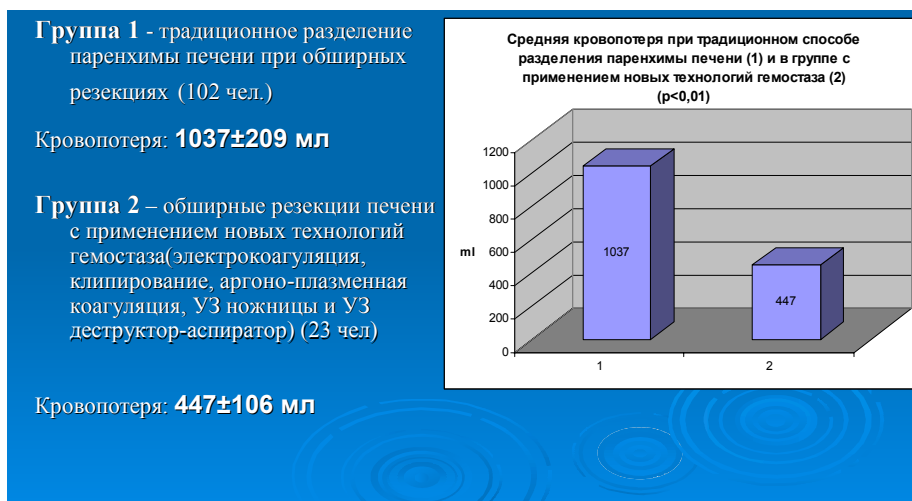


Рис. 11 Средняя кровопотеря при традиционном способе разделения паренхимы печени (1) и в группе с применением новых технологий гемостаза (2)

Проф. Никитин Н.А., Бакулин П.С.

ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Кировская государственная медицинская академия,
г. Киров

Хирургическое лечение осложненных форм пилородуоденальных язв является одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии. В последние годы рост числа ургентных осложнений привел к увеличению числа операций, выполняемых по жизненным и абсолютным показаниям [6, 10, 15, 25]. При этом повысилась техническая сложность оперативных вмешательств, обусловленная ростом частоты встречаемости сочетанных осложнений, которая, по данным литературы, варьирует от 30 до 63% [1, 12, 18]. Одной из наиболее широко применяемых операций в ургентной хирургии язвенной болезни остается резекция желудка, однако результаты ее продолжают оставаться неудовлетворительными: отмечается высокий процент ранних и поздних осложнений, послеоперационная летальность достигает 32%, низкими остаются показатели качества жизни [8, 18, 21, 24]. Одной из причин этого является высокая частота встречаемости трудной дуоденальной язвы – до 72%, которая является фактором риска для таких тяжелых осложнений резекции желудка, как ранение смежных с двенадцатиперстной кишкой (ДПК) органов, острого панкреатита и несостоятельности швов дуоденальной культи [2, 4, 5, 7, 16, 20]. Кроме того, контингент этих больных характеризуется тяжелым общим состоянием, большой долей пациентов преклонного возраста, суб- и декомпенсированной сопутствующей патологией [12, 13, 23].

Ситуация осложняется отсутствием единого мнения относительно частоты встречаемости и роли хронических нарушений дуоденальной проходимости (ХНДП) в развитии и прогрессировании язвенно-деструктивного процесса, а также подходов к их дифференцированной диагностике и обоснованной хирургической коррекции [3, 11, 12, 17]. В связи с этим многими авторами указывается на необходимость дальнейшего изучения данной проблемы с целью улучшения результатов хирургического лечения сочетанных осложнений пилородуоденальных язв, прежде всего, с позиции индивидуализации интраоперационной хирургической тактики [1, 6, 9, 13, 17, 19].

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов хирургического лечения 210 больных, которым в период с 1997 по 2005г.г. в Северной городской клинической больнице г. Кирова по ургентным показаниям были выполнены резекции желудка по поводу сочетанных осложнений пилородуоденальных язв. Мужчин было 180(85,7%), женщин – 30(14,3%). Возраст больных варьировал от 20 до 82 лет.

Основную группу составили 112 пациентов, у которых к выбору резекции желудка применен индивидуализированный подход. Последний включал интраоперационную диагностику и обоснованную коррекцию ХНДП, выбор способа резекции желудка в зависимости от их наличия и выраженности, оценку категории сложности мобилизации начального отдела ДПК и в зависимости от этого выбор типа резекции желудка и оптимального способа обработки дуоденальной культи при ее формировании. Резекция желудка по Бильрот-I с терминотерминальным анастомозом выполнена в 3 случаях, по Бильрот-I с терминолатеральным анастомозом – в 2, по Бильрот-II с поперечным анастомозом – в 104, и по Ру – в 3. Таким образом, в 109(97,3%) случаях способ резекции желудка предусматривал формирование дуоденальной культи.

Группу сравнения составили 98 пациентов, у которых диагностика ХНДП и их коррекция не проводилась, выбор способа резекции желудка определялся техническими возможностями и стереотипными взглядами хирургов, выбор типа резекции желудка и способа ушивания дуоденальной культи не ставился в прямую зависимость от категории сложности мобилизации начального отдела ДПК. Резекция желудка по Бильрот-I с терминотерминальным анастомозом выполнена в 2 случаях, по Бильрот-I с терминолатеральным анастомозом – в 2, по Бильрот-II с поперечным анастомозом – в 92 и по Ру – в 2. Таким образом, в 96(98%) случаях способ резекции желудка предусматривал формирование дуоденальной культи.

Кровотечение в качестве ургентного осложнения отмечено у 65(58%) больных основной и 45(45,9%) – группы сравнения, перфорация – у 42(37,5%) и 50(51%) больных, сочетание кровотечения и перфорации – у 5(4,5%) и 3(3,1%) больных соответственно. Различия недостоверны ($p>0,05$). Выявление сочетанных осложнений осуществлялось на основании анамнестических данных и интраоперационно. Наиболее частым сочетанным осложнением была пенетрация язвы. В основной группе она отмечена у 79(70,5%), в группе сравнения – у 58(59,1%) больных. У 33(29,5%) больных основной группы и 23(23,5%) больных группы сравнения пенетрация сочеталась со стенозом. Стеноз в качестве сочетанного осложнения, включая случаи комбинаций с пенетрацией, отмечен по 63 наблюдения в каждой группе, что составило 56,3% и 64,3% соответственно. Различия недостоверны ($p>0,05$). Структура комбинаций осложнений представлена в таблице 1.

Локализация язвы в луковице ДПК отмечена у 92(82,1%) больных основной и 79(80,6%) больных группы сравнения, в привратнике – у 13(11,6%) и 9(9,2%), в постбульбарном отделе – у 7(6,3%) и 10(10,2%) больных соответственно. Различия недостоверны ($p>0,05$). Поздняя обращаемость при перфоративных язвах (свыше 12 часов) отмечена у 3(7,1%) пациентов основной и у 5(10%) пациентов группы сравнения, при язвенных кровотечениях (свыше 24 часов) у 35(53,9%) и 20(44,5%) пациентов соответственно. Различия недостоверны ($p>0,05$).

Таким образом, обе группы больных сравнимы по всем основным показателям.

Структура комбинаций сочетанных осложнений пилородуоденальных язв

Характер сочетания	Исследуемая группа				p
	основная n=112		сравнения n=98		
	абс.	отн.	абс.	отн.	
Кровотечение+пенетрация	31	27,7	24	24,5	0,712
Перфорация+стеноз	13	11,6	31	31,6	<0,001
Перфорация+пенетрация	15	13,4	10	10,2	0,617
Кровотечение+стеноз	16	14,3	8	8,2	0,243
Кровотечение+перфорация	3	2,6	–	–	0,250*
Кровотечение+пенетрация+стеноз	18	16,1	13	13,3	0,707
Перфорация+пенетрация+стеноз	14	12,5	9	9,2	0,588
Кровотечение+перфорация+стеноз	1	0,9	1	1	1,000*
Кровотечение+перфорация+пенетрация	–	–	1	1	0,467*
Кровотечение+перфорация+пенетрация+стеноз	1	0,9	1	1	1,000*
ИТОГО	112	100	98	100	-

Примечание: * – по точному критерию Фишера

Диагностику ХНДП и их стадии у больных основной группы проводили с использованием разработанных в клинике алгоритма диагностики (табл. 2) и шкалы балльной оценки признаков указанных нарушений (табл. 3) [14].

Оценку категории сложности мобилизации начального отдела ДПК осуществляли с использованием классификации Guarneri et al. (1980) [22]. Согласно этой классификации к 1-й категории относятся передние и задние дуоденальные язвы без пенетрации и воспаления, ко 2-й передние и задние дуоденальные язвы без пенетрации, но с выраженным перидуоденитом, к 3-й – язвы ДПК, пенетрирующие в поджелудочную железу или гепатодуоденальную связку, к 4-й – пенетрирующие постбульбарные язвы и язвы второй части ДПК. Язвы с 3-й и 4-й категориями сложности мобилизации начального отдела кишки составляют группу трудных дуоденальных язв, а формируемые при этом дуоденальные культы характеризуются дефицитом тканей стенок ДПК и относятся к разряду трудных культей.

При выборе способа резекции желудка сохранение дуоденального пассажа осуществляли только в случаях отсутствия признаков ХНДП и трудной дуоденальной язвы. Наличие ХНДП во всех случаях считали показанием для исключения ДПК из пищевого пассажа.

Коррекцию ХНДП проводили с учетом их стадии: при ХНДП в стадии IA коррекцию не выполняли, при ХНДП в стадиях IB и IIА выполняли рассечение связки Трейтца, при ХНДП в стадии IIВ выполняли либо рассечение связки Трейтца, либо при трудной дуоденальной культе – выключение ДПК из пассажа по Ру в сочетании с рассечением связки Трей-

тца. При перфоративных язвах рассечение связки Трейтца производили после ушивания перфорации и санации брюшной полости, при язвенных кровотечениях – после мобилизации желудка и ушивания дуоденальной культуры.

Категория сложности мобилизации начального отдела ДПК определяла тип резекции желудка. При 1-й и 2-й категориях сложности считали показанной резекцию желудка с полным унесением язвы, т.е. радикальный тип. При 3-й категории тип резекции желудка определялся индивидуально и, в зависимости от местных условий, носил либо радикальный, либо экстерриторизирующий характер. При 4-й категории при невозможности выполнения радикального или экстерриторизирующего типа резекции желудка вынужденно выполняли подпривратниковый вариант резекции желудка на выключение язвы с аппаратной обработкой дуоденальной культуры.

Способ обработки дуоденальной культуры также ставили в зависимость от категории сложности мобилизации начального отдела ДПК. При язвах луковицы ДПК 1-й и 2-й категорий сложности мобилизации и при пенетрирующих язвах проксимальной части луковицы с возможностью мобилизации стенки кишки ниже зоны пенетрации без вскрытия язвенной ниши применяли закрытые способы обработки дуоденальной культуры, предпочтительно аппаратного характера. При глубоких пенетрирующих язвах проксимальной части луковицы ДПК и в большинстве случаев пенетрирующих язв ее дистальной части выполняли открытую обработку дуоденальной культуры. При этом предпочтение отдавалось способам строго послойного ушивания стенок кишки и пластическим.

Таблица 2

Интраоперационные признаки ХНДП и их балльная оценка

Признак	Балльная оценка признака			
	0	1	2	3
Размеры желудка (при отсутствии стеноза)	В пределах нормы	Небольшое увеличение	Умеренное увеличение	Выраженное увеличение
Признаки гипертрофии стенки желудка	Отсутствуют	Умеренное утолщение стенки	Небольшое истончение стенки	Умеренное истончение стенки
Состояние привратника	Сомкнут, лег-ко пропускает указательный палец	Сомкнут, указательный палец пропускает с трудом	Свободно пропускает два пальца	Зияет
Состояние желчного пузыря	Стенка без особенностей, опорожнение не нарушено, перипроцесса нет	Стенка утолщена, опорожнение не нарушено, перипроцесс не выражен	Умеренное истончение стенки, опорожнение затруднено, перипроцесс	Выраженное истончение стенки, опорожнение затруднено, перипроцесс
Ширина ДПК	3,0 – 3,5 см	3,5 – 4,5 см	4,5 – 6,0 см	> 6,0 см
Различие с диаметром начального отдела тощей кишки	< 1 см	1 – 1,5 см	1,5 – 2,5 см	> 2,5 см
Характер ответной реакции двенадцатиперстной кишки на механическое раздражение	Уменьшение диаметра на 1/3 – 1/2 первоначальной величины (нормокинетическая форма ответа)	Уменьшение диаметра более чем на 1/2 первоначальной величины (гиперкинетическая форма ответа)	Уменьшение диаметра менее чем на 1/3 первоначальной величины (гипокинетическая форма ответа)	Не реагирует (акинетическая форма ответа)

Таблица 3

Шкала балльной оценки стадии ХНДП

Стадия ХНДП	Суммарная балльная оценка признаков ХНДП	
	Без стеноза желудка	Со стенозом желудка
Отсутствуют	0 – 3	0 – 2
Стадия IA	4 – 7	3 – 4
Стадия IB	8 – 10	5 – 6
Стадия IIA	11 – 14	7 – 8
Стадия IIB	15 – 17	9 – 10
Стадия III	18 – 21	11 – 12

Результаты. Частота встречаемости ХНДП среди 112 больных основной группы составила 79,5% (89 случаев). Преобладали ХНДП в стадиях компенсации – 61(68,5%) наблюдение. При этом ХНДП в стадии компенсации IA отмечены у 14(15,7%), в стадии IB – 47(52,8%) больных. У 28(31,5%) больных выявлены ХНДП в стадиях субкомпенсации. ХНДП в стадии декомпенсации выявлено не было.

При сочетании двух язвенных осложнений ХНДП не было у 15(19,2%) из 78 пациентов, ХНДП в

стадиях компенсации были выявлены в 55(70,5%) случаях, в стадиях субкомпенсации – в 8(10,3%). При сочетании 3 и 4 осложнений ХНДП не было у 8(23,5%) из 34 пациентов, ХНДП в стадиях компенсации были выявлены в 6(17,7%) случаях, в стадиях субкомпенсации – в 20(58,8%).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют не только о высокой частоте встречаемости ХНДП у больных с сочетанными осложнениями пилородуоденальных язв, но и указывают на прямую

зависимость между стадией ХНДП и количеством сочетанных осложнений, подтверждая тем самым роль ХНДП в развитии и прогрессировании этой тяжелой патологии.

Среди причин ХНДП, которые во всех случаях носили органический характер, отмечены: дистальный перидуоденит – у 41(46,1%), проксимальный периеюнит – у 8(9%), их сочетание – у 36(40,4%) больных. У 3(3,4%) больных причиной ХНДП явилась артериомезентериальная компрессия ДПК и у 1(1,1%) она же в сочетании с дистальным перидуоденитом.

Хирургическая коррекция ХНДП проведена 75 пациентам. В 72 случаях с этой целью применялось РСТ, выполненное в 47(62,7%) случаях при ХНДП в стадии компенсации ИВ и в 28(37,3%) случаях при ХНДП в стадиях субкомпенсации. У 3 больных с ХНДП в стадии субкомпенсации ИВ и постбульбарной язвой для коррекции ХНДП выполнялось выключение ДПК из пассажа по Ру в сочетании с РСТ.

Оценка частоты встречаемости трудной дуоденальной язвы проводилась у больных основной группы интраоперационно и ретроспективно у больных группы сравнения. Первой категории сложности мобилизации ДПК среди наших пациентов не встретилось. Вторая категория отмечена у 62(30,2%) больных: 30(27,5%) случаев в основной и 32(33,3%) случая в группе сравнения. Третья и четвертая категории, позволяющие трактовать дуоденальную язву как трудную, отмечены у 143(69,8%) больных: 79(72,5%) случаев в основной и 64(66,7%) случая в группе сравнения. Различие незначимо ($p > 0,05$).

Таким образом, трудная дуоденальная культя у больных с сочетанными осложнениями пилородуо-

денальных язв в urgentной хирургии встретилась нам более, чем в 2/3 наблюдений.

Резекцию желудка с полным удалением язвы удалось выполнить у 89(79,5%) больных основной и 67(68,4%) больных группы сравнения, с экстерриторизацией язвы – у 22(19,6%) и 29(29,6%) больных соответственно. Резекция желудка на выключение в подпривратниковом варианте вынужденно выполнена 1(0,9%) больному основной и 2(2%) больным группы сравнения. Во всех случаях необходимость резекции желудка на выключение была обусловлена тяжестью общего состояния и техническими причинами: наличием 3-х сочетанных осложнений и постбульбарной язвы. Для достижения гемостаза при язвенном кровотечении у 2-х из этих больных применялось прошивание кровоточащего сосуда в дне язвы, в послеоперационном периоде они получали гемостатическую и противоязвенную терапию.

При выборе способа обработки дуоденальной культи использовали разработанную в клинике классификацию способов ушивания дуоденальной культи [13]. Зависимость способа обработки дуоденальной культи от категории сложности мобилизации начального отдела ДПК представлена в таблице 4.

Закрытые способы в основной группе применены у 27(24,8%) больных: аппаратный – у 22(20,2%), ручной – у 5(4,6%). В группе сравнения закрытая обработка культи выполнена у 46(47,9%) больных: аппаратная – у 42(43,8%), ручная – у 4(4,1%). При использовании закрытых способов у большинства больных в обеих группах отмечалась 2-я категория сложности мобилизации начального отдела ДПК. Третья категория сложности мобилизации была в основной

Таблица 4

Зависимость способа обработки дуоденальной культи от категории сложности мобилизации начального отдела ДПК

Способ закрытия культи	Категория сложности мобилизации ДПК							
	1-я группа n=109				2-я группа n=96			
	2-я	3-я	4-я	Всего	2-я	3-я	4-я	Всего
Закрытый аппаратный	15 13,8%	7 6,4%	–	22 20,2%	30 31,3%	12 12,5%	–	42* 43,8%
Закрытый ручной	5 4,6%	–	–	5 4,6%	0	4 4,2%	–	4 4,2%
Открытый со строго послойным ушиванием культи	5 4,6%	41 37,6%	2 1,8%	48 44%	2 2,1%	12 12,5%	2 2,1%	16* 16,7%
Открытый с ушиванием культи через все слои	1 0,9%	14 12,8%	–	15 13,7%	–	24 25%	3 3,1%	27* 28,1%
Открытый пластический	4 3,7%	9 8,3%	4 3,7%	17 15,7%	–	1 1%	1 1%	2* 2%
Открытый атипичный	–	1 0,9%	1 0,9%	2 1,8%	–	1 1%	4 4,2%	5 5,2%
ИТОГО	30 27,6%	72 66%	7 6,4%	109 100%	32 33,4%	54 56,2%	10 10,4%	96 100%

Примечание: * – $p < 0,05$

группе у 7(25,9%) больных, в группе сравнения – у 16(34,8%). Четвертой категории в обеих группах при закрытой обработке дуоденальной культи не было. Открытые способы обработки дуоденальной культи выполнены в основной группе у 82(75,2%) больных, в группе сравнения – у 50(52,1%). Из 82 пациентов основной группы простые способы ушивания культи применены у 63(57,8%), пластические – у 17(15,6%), атипичные – у 2(1,8%). Из 50 пациентов группы сравнения простые способы обработки дуоденальной культи применены у 43(44,8%), пластические – у 2(2,1%), атипичные – у 5(5,2%). При применении простых способов открытой обработки дуоденальной культи предпочтение отдавалось способам со строго послытым ушиванием ее стенок.

Различия в использовании способов обработки дуоденальной культи в группах свидетельствуют о более дифференцированном подходе к выбору способа в основной группе.

Ранние послеоперационные осложнения наблюдались нами у 61(29%) пациента. В 1-й группе они составили 22(19,6%) случая, во 2-й – 39(39,8%). Различия достоверно ($p < 0,05$). Нарушения эвакуации из культи желудка различной этиологии в основной группе составили 7(6,3%) против 11(11,2%) случаев в группе сравнения. Осложнения со стороны органов дыхания в основной группе выявлены у 5(4,5%), в группе сравнения – у 9(9,2%) больных. Местные и распространенные формы перитонита отмечены у 3(2,7%) пациентов основной и 7(7,1%) пациентов группы сравнения. При этом у 5 из 7 пациентов группы сравнения причиной перитонита была недостаточность швов дуоденальной культи. Острый панкреатит в послеоперационном периоде наблюдался у 1(0,9%) пациента основной и у 2(2%) пациентов группы сравнения. Нагноение послеоперационной раны отмечено у 2(1,8%) больных основной и 4(4,1%) больных группы сравнения, сердечно-сосудистые осложнения – у 2(1,8%) и 4(4,1%) больных соответственно. Прочие осложнения наблюдались по 2 случая в каждой группе, т.е. 1,8% и 2% соответственно. Общая летальность составила 8,1% (17 летальных исходов). Летальность в основной группе была достоверно ниже и составила 3,6% (4 случая из 112). В группе сравнения летальность составила 13,3% (13 случаев из 98).

Отдаленные результаты изучены у 68(60,7%) больных основной группы и 61(62,2%) больного группы сравнения в сроки от 1 года до 8 лет. Оценка отдаленных результатов проводилась с позиции изучения качества жизни пациентов на основании анкетирования с помощью опросника оценки гастроинтестинального индекса качества жизни – GIQLI, русифицированного и адаптированного МЦИКЖ, являющегося специфичным для гастроинтестинальной хирургии [7, 8]. Средний индекс уровня гастроинтестинального качества жизни в 1-й группе составил 121,5 балла, во 2-й – 112,5. Различия достоверно ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, индивидуализация интраоперационной тактики при резекции желудка у urgentных больных с сочетанными осложнениями пилородуоденальных язв, включающая диагностику и обоснованную коррекцию ХНДП, выбор способа резекции желудка в зависимости от их наличия и выраженности, оценку категории сложности мобили-

зации начального отдела ДПК и в зависимости от этого выбор типа резекции желудка и оптимального способа обработки дуоденальной культи при ее формировании, дает достоверно лучшие непосредственные и отдаленные результаты, что позволяет рекомендовать ее для применения в широкую хирургическую практику.

Список литературы:

1. Асадов С. А., Салехов Я. С., Алиев Э. Э. Формирование дуоденальной культи при резекции желудка по поводу трудных язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2004. – № 2. – С. 78–81.
2. Асадов С. А., Ширинов З. Т., Алиев Э. А., Титаров Д. Л., Курбанов Ф. С. Пластическое укрытие «грудной» дуоденальной культи с тампонадой язвенного кратера // Хирургия. – 2004. – № 6. – С. 17–23.
3. Витебский Я. Д. Хронические нарушения дуоденальной проходимости и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. – Челябинск: Южно-Уральское кн. изд-во, 1976. – 189 с.
4. Даминова Н. М., Курбанов К. М. Билиарные осложнения язвенной болезни // Вестник хирургии. – 2005. – Т. 164. – № 4. – С. 68–70.
5. Жанталинова Н. А. Выбор хирургической тактики при гигантских язвах желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2005. – № 12. – С. 30–32.
6. Жерлов Г. К., Кошель А. П., Рудая Н. С., Аксененко А. В., Ермолаев Ю. Д., Соколов С. А., Лобачев Р. С., Медведев А. С. Выбор радикальной операции у больных с ушитыми перфоративными гастродуоденальными язвами // Хирургия. – 2005. – № 3. – С. 18–22.
7. Жерлов Г. К., Фурсова О. Н., Гибадулина И. О., Кейян С. В., Гибадулин Н. В. Постбульбарная язва как причина хронических нарушений дуоденальной проходимости // Вестник хирургии. – 2001. – Т. 160. – № 1. – С. 21–24.
8. Крылов Н.Н. Качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после хирургического лечения: Дисс. ... д-ра мед. наук. – М. – 1997. – 265 с.
9. Кузин М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 27–31.
10. Лобанков В. М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 58–64.
11. Мартынов В. Л., Измайлов С. Г., Ильченко В. П., Колчин Д. Г., Семенов А. Г., Рулев А. Н., Харламов М. К., Бодров А. А. Диагностика хронической дуоденальной непроходимости // Хирургия. – 2005. – № 4. – С. 20–23.
12. Михайлов А. П., Данилов А. М., Напалков А. Н., Губков И. И., Смирнов В. Ю. Особенности хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у больных старческого и пожилого возраста // Вестник хирургии. – 2005. – Т. 164. – № 6. – С. 74–77.
13. Муравьева Л. А., Волков Е. Ю. Сочетание перфорации с другими осложнениями язвенной болезни // Вестник хирургии. – 1986. – № 7-9. – С. 58–59.
14. Никитин Н. А. Недостаточность швов дуоденальной культи в urgentной хирургии язвенной болезни. – Киров, 2002. – 216 с.

15. Оноприев В. И., Коротко Г. Ф., Корочанская Н. В. Осложненные формы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. – Краснодар: Изд-во Кубанской медицинской академии, 2004. – С. 389–391.

16. Плешков В. Г., Афанасьев В. Н., Москалев А. П. Резекция желудка по Бильрот-I при гигантских пенетрирующих дуоденальных язвах. В кн.: Хирургия желудка и кишечника. Под ред. проф. И.Н. Ломаченко. – Смоленск: СГМА, 1995. – С. 25–29.

17. Репин В. Н., Репин М. В. Хирургическое лечение язвенной болезни при артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 33–37.

18. Тарасенко С. В., Зайцев О. В., Песков О. Д., Копейкин А. А. Хирургическое лечение «трудных» язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 29–32.

19. Хаджибаев А. М., Мехманов А. М., Бакиров Д. Б., Турсунов Б. К., Кутликов С. И. Резекция желудка с иссечением малой кривизны и селективной ваготомией в первичной и реконструктивной хирургии гастродуоденальных язв // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 25–28.

20. Chung R., Denbesten L. Duodenojejunostomy in gastric operations for postbulbar duodenal ulcer // Arch. Surg. – 1976. – Vol. 111. – P. 955–957.

21. Doberneck R. C. Limited operation for bleeding or perforated gastric ulcer in high risk patients // Am. Surg. – 1993. – Vol. 59. – P. 472–474.

22. Guarneri A., Markolli G., Confalonieri F., Santamaria A., Caccia F. Gastroduodenal resection in penetrating duodenal ulcer // Surg.Ital. – 1980. – Vol.10. – №2. – P. 92–97.

23. McGuire H. H., Horsley J, 3d. Emergency operations for gastric and duodenal ulcers in high risk patients // Ann. Surg. – 1986. – № 5. – P. 551–557.

24. Mulholland M. W. Peptic ulcer disease. In “Digestive Tract Surgery”. Ed. R.H. Bell et all. – Lippincott-Raven. – 1996. – P. 183–185.

25. Ondrejka P., Rath Z., Sugar I. Surgical treatment of gastrointestinal bleeding // Orv. Hetil. – 2005. – Vol. 146. – P. 1807–1812.

Summary

Nikitin N. A., Bakulin P. S.

INDIVIDUAL APPROACH TO STOMACH RESECTIONS IN URGENT SURGERY FOR COMBINED COMPLICATIONS OF PYLODUODENAL ULCERS

Kirov State Medical Academy

210 urgent patients with combined complications of pyloroduodenal ulcers were studied. All the patients underwent stomach resections. Of them, 112 patients underwent individual approaches that included intraoperative diagnosis and correction of chronic duodenal obstruction, selection of the stomach resection techniques depending on stages of the chronic duodenal obstruction, assessment of mobilization difficulty of the initial part of the duodenum. Assessment of the above difficulty of the mobilization category resulted in selection of the resection type and appropriate suturing of the duodenal stump. Use

of the above approach decreases frequency of early postoperative complications and mortality and results in higher life quality index of patients.

Профессор В.И. Мидленко, к.м.н. А.Л. Чарышкин НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

Ульяновского государственного университета.

г. Ульяновск.

По данным литературы, перфорация гастродуоденальных язв сочетается одновременно с кровотечением в 2,7-10% случаев по отношению к общему числу перфоративных язв[2], перфорация и стеноз в 1,5-7%[3], летальность при этом достигает 48%[1]. Больные с перфоративными гастродуоденальными язвами с сочетанными осложнениями, поступают в стационары, как правило, в крайне тяжелом состоянии, когда радикальная операция неосуществима. Выбор оперативного пособия у данной категории больных остается актуальным.

Материалы и методы исследования. 138 больных после ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки получали с первых суток парентерально Н-2 гистаминоблокатор третьего поколения квамател, внутривенно по 40 мг в сутки однократно на ночь, традиционную противоязвенную, антихеликобактерную терапию. Учитывая эффект метилурацила на репарацию слизистой и иммуномодулирующий эффект Т-активина в комплексное, локальное лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией в раннем послеоперационном периоде, были дополнительно использованы указанные препараты.

Данный способ комплексного, локального лечения применен у 138 больных после ушивания перфоративных язв. Из них больных с язвенной болезнью желудка осложненной перфорацией было 12 человек, с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки осложненной перфорацией был 126 пациент.

Традиционная противоязвенная, антихеликобактерная терапия проводилась с третьих суток у 300 больных после ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них с язвенной болезнью желудка, осложненной перфорацией было 39 больных, с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией - 261 пациент.

В группе из 30 больных выполнено пластическое закрытие прободной язвы, перфоративная язва желудка (локализация – привратник) – 12 пациентов, перфоративная язва ДПК – 18 человек. 20 больных поступили через 12 –24 часа с момента заболевания, 10 пациентов спустя 24 часа. Диаметр перфоративного отверстия у 11 пациентов составил от 0,5 до 1,0 см, у 19 человек от 1,2 до 2,3 см. Сочетанное осложнение – кровотечение было у 10 больных, стеноз и перфорация у 10 пациентов, у одного пациента стеноз был в стадии декомпенсации. У всех больных

с сочетанными осложнениями заболевание сопровождалось вторичным распространенным фибринозным перитонитом.

У 10 больных в данной группе при больших перфорациях (более 0,5 см) мы применяли «Способ пластики перфоративной гастродуоденальной язвы серозно-мышечным лоскутом путем туннелизации» патент № 2251984.

У 10 человек в данной группе при сочетании перфорации и стеноза мы выполняли расширяющую дуоденопластику пилородуоденальных язв, серозно-мышечным лоскутом путем дуоденотомии и туннелизации, заявка на изобретение №2005121724.

У 10 пациентов в данной группе при сочетании перфорации и кровотечения мы выполняли способ пластики перфоративных гастродуоденальных язв серозно-мышечным лоскутом путем туннелизации с иссечением язвенного дефекта, заявка на изобретение № 2005121723.

Учитывая эффект метилурацила на репарацию слизистой и иммуномодулирующий эффект Т-активина в комплексное, локальное лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией в раннем послеоперационном периоде после пластического закрытия прободных язв, были также дополнительно использованы указанные препараты.

На 6-7 сутки после оперативного вмешательства, ушивания и пластического закрытия перфоративных гастродуоденальных язв, больным проводили фиброгастродуоденоскопию у 295 (63%) пациентов сохранялся язвенный дефект, размеры его колебались от 0,1 до 1,6см. После операции у 22 больных сравнимой группы и у 27 пациентов исследуемой группы были проведены гистологические исследования с целью оценки эффективности послеоперационного лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией.

Результаты исследования. Результаты лечения оценивали также при помощи эндоскопического исследования, которые показали, как видно из таблицы 1, что у пациентов с желудочной локализацией перфоративных язв, после их ушивания, получавших в раннем послеоперационном периоде традиционную терапию, очищение язвенных дефектов от фибрина

наблюдалось на $18,8 \pm 0,4$ день, а у больных после пластического закрытия перфораций и получавших комплексное, локальное лечение, полное очищение оставшихся язвенных дефектов происходило на $9,1 \pm 0,2$ день, что достоверно раньше в среднем на 9,7 суток $p < 0,001$.

Снижение отека и гиперемии при эндоскопическом исследовании в параульцерозной зоне у больных после ушивания перфораций, получавших традиционную терапию наблюдалось на $20,8 \pm 0,4$ и $21,3 \pm 0,3$ день, а у пациентов после пластического закрытия перфораций и получавших комплексное, локальное лечение, снижение отека и гиперемии наблюдалось на $9,1 \pm 0,2$ и $9,2 \pm 0,3$ день, что достоверно раньше в среднем на 11,7 и 12,1 суток соответственно при $p < 0,001$.

Как показывает таблица 1, у больных язвенной болезнью желудка, осложненной перфорацией, после её ушивания, в раннем послеоперационном периоде получавших традиционную терапию, начало эпителизации оставшихся язвенных дефектов наблюдалось на $17,3 \pm 0,5$ день, а у пациентов после пластического закрытия перфораций и получавших комплексное, локальное лечение, начало краевой эпителизации происходило на $8,0 \pm 0,2$ день, что достоверно раньше в среднем на 9,3 суток при $p < 0,001$.

Эндоскопическое исследование показало (таблица 2), что у пациентов с дуоденальной локализацией перфоративных язв, после их ушивания, получавших в раннем послеоперационном периоде традиционную терапию, очищение оставшихся язвенных дефектов от фибрина наблюдалось на $17,9 \pm 0,3$ день, а у больных после пластического закрытия перфораций и получавших комплексное, локальное лечение, полное очищение оставшихся язвенных дефектов происходило на $8,1 \pm 0,2$ день, что достоверно раньше в среднем на 9,8 суток при $p < 0,001$. Снижение отека и гиперемии при эндоскопическом исследовании в параульцерозной зоне у больных после ушивания прободных язв, получавших традиционную терапию наблюдалось на $18,5 \pm 0,3$ и $18,9 \pm 0,4$ день, а у пациентов после пластического закрытия перфораций и получавших комплексное, локальное лечение, снижение отека и гиперемии происходило на $8,1 \pm 0,2$ и $8,2 \pm 0,2$ день, что достоверно раньше в среднем на 10,4 и 10,7 суток соответственно при $p < 0,001$. Как

Таблица 1

Эффективность комплексного, локального лечения в послеоперационном периоде у больных после пластики перфоративных язв желудка.

Метод лечения	Показатель эффективности			
	Очищение от фибрина	Снижение отека	Снижение гиперемии	Начало эпителизации
Ушивание, традиционная терапия	$18,8 \pm 0,4$	$20,8 \pm 0,4$	$21,3 \pm 0,3$	$17,3 \pm 0,5$
Пластика, комплексное лечение	$9,1 \pm 0,2$	$9,1 \pm 0,2$	$9,2 \pm 0,3$	$8,0 \pm 0,2$
P	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$

Эффективность комплексного, локального лечения в послеоперационном периоде у больных после пластики перфоративных язв двенадцатиперстной кишки.

Метод лечения	Показатель эффективности			
	Очищение от фибрина	Снижение отека	Снижение гиперемии	Начало эпителизации
Ушивание, традиционная терапия	17,9±0,3	18,5±0,3	18,9±0,4	16,1±0,5
Пластика, комплексное лечение	8,1±0,2	8,1±0,2	8,2±0,2	7,1±0,2
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

показывает таблица 2 у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией, после их ушивания, в раннем послеоперационном периоде получавших традиционную терапию, начало краевой эпителизации оставшихся язвенных дефектов наблюдалось на 16,1±0,5 день, а у пациентов после пластического закрытия перфораций и получавших комплексное, локальное лечение, начало краевой эпителизации происходило на 7,1±0,2 день, что достоверно раньше в среднем на 9 суток при $p < 0,001$.

Анализ результатов (таб.3) лечения больных после ушивания перфоративных гастродуоденальных язв, получавших традиционную терапию и после пластического закрытия перфораций и получавших комплексное, локальное лечение показал, что пластика и комплексное лечение позволяют в два раза быстрее ликвидировать болевой синдром; более чем в три раза раньше исчезают диспептические явления; сроки заживления оставшихся язвенных дефектов сокращаются в два раза.

Эндоскопический контроль качества заживления язвенных дефектов (табл.4), у пациентов после ушивания перфоративных гастродуоденальных язв, получавших традиционное и комплексное, локальное послеоперационное лечение, в сравнении с больными после пластического закрытия перфораций и получавших комплексное, локальное лечение показал, что у больных, получавших традиционное лечение, линейный рубец и деформация складок слизистой оболочки наблюдалась у 106 (35,3%), а у пациентов после ушивания, которым проводили комплексное, локальное послеоперационное лечение данное качественное заживление наблюдалось у 78 (55,6%), у больных после пластического закрытия перфораций и получавших комплексное, локальное лечение линейный рубец и незначительная деформация складок слизистой оболочки наблюдалась у 29 (96,7%). Выраженная деформация стенок чаще встречалась в группах сопоставления и выявлена в первой у 194 (64,7%) пациентов, во второй у 60 (44,4%) больных, в исследуемой группе наблюдалось только у 1 (3,3%).

Таблица 3

Эффективность лечения больных с перфоративными гастродуоденальными язвами в зависимости от способа (в сутках).

Вид лечения	Клинические проявления					
	Боль		Диспептические явления		Заживление язвенных дефектов	
	Локализация перфоративной язвы					
	Желудок	ДПК	Желудок	ДПК	Желудок	ДПК
Ушивание, традиционная терапия	10,2±0,4	8,4±0,3	7,0±0,6	5,5±0,3	31,3±0,4	29,2±0,5
Пластика, комплексное лечение	5,4±0,2	3,8±0,3	2,1±0,4	1,1±0,3	14,3±0,3	12,4±0,2
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Таблица 4

Эндоскопическая картина качества заживления язвенных дефектов у больных после ушивания и пластики перфоративных гастродуоденальных язв, в зависимости от способа лечения.

Вид лечения	Качество заживления			
	Линейный рубец, деформация складок слизистой оболочки		Выраженная деформация стенок	
	Абс.	%	Абс.	%
Ушивание, традиционная терапия	106	35,3	194	64,7
Ушивание, комплексное лечение	78	55,6	60	44,4
Пластика, комплексное лечение	29	96,7	1	3,3

При сопоставлении морфометрических показателей слизистой оболочки желудка выявлена достоверная разница в отношении плотности клеточной инфильтрации, процентного содержания лимфоцитов, плазмочитов, эозинофилов, лейкоцитов-полиморфноядерных, макрофагов, фибробластов, межэпителиальных лимфоцитов.

Сравнение морфометрических показателей структурных элементов слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки при разных способах лечения выявило достоверное различие по плотности клеточной инфильтрации, процентному содержанию лимфоцитов, плазмочитов, эозинофилов, лейкоцитов полиморфноядерных, макрофагов, фибробластов, межэпителиальных лимфоцитов.

Таким образом, сравнительный гистологический анализ состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у больных после ушивания и пластики перфоративных гастродуоденальных язв, показал эффективность пластического закрытия перфораций и комплексное, локальное лечение в послеоперационном периоде, прежде всего с целью исключения деформации стенок ДПК и желудка, улучшения качества заживления, снижения воспалительных процессов в слизистой оболочки и активизации местного иммунитета.

В раннем послеоперационном периоде в сравниваемой первой группе у больных возникли следующие осложнения: кровотечение у 54 (17,9%) пациентов, нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка у 194 (64,7%) больных, пневмония была выявлена у 8 (2,6%) пациентов.

Умерло 9 (3,1%) больных от профузного кровотечения из ушитого язвенного дефекта или зеркальной язвы.

В сравниваемой второй группе у больных возникли следующие осложнения: кровотечение у 12 (8,9%) пациентов, нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка у 60 (44,4%) больных, пневмония была выявлена у 3 (2,1%) пациентов. Летальных исходов нет.

В исследуемой группе больных осложнения были следующие: нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка у 1 (3,3%) пациентов. Летальных исходов нет.

Анализ характера послеоперационных осложнений показал, что наиболее частым осложнением после ушивания перфоративных гастродуоденальных язв является нарушение моторно-эвакуаторной фун-

кции желудка у 194 (64,7%) в первой группе, во второй у 60 (44,4%) больных, в исследуемой группе пациентов данное осложнение было выявлено у 1 (3,3%) пациентов. Кровотечение чаще встречалось в первой группе у 54 (17,9%) пациентов, во второй у 12 (8,9%) пациентов, в третьей группе кровотечения не было.

Таким образом, применение пластического закрытия перфораций и комплексного, локального лечения в послеоперационном периоде у больных с перфоративными гастродуоденальными язвами позволило ликвидировать такое грозное осложнение как кровотечение из язвы, значительно снизить количество больных с нарушением моторно-эвакуаторной функцией желудка.

Выводы. 1. Предложенные способы пластики перфоративных гастродуоденальных язв с сочетанными осложнениями (стеноз, кровотечение) серозно-мышечным лоскутом путем туннелизации восстанавливают проходимость пилородуоденальной зоны, останавливают кровотечение. В сравнении с ушиванием исключают возникновение деформации и стенозирования пилородуоденальной зоны в послеоперационном периоде, в том числе у больных с перфоративным отверстием диаметром более 1,0 см.

2. Пластика и комплексное лечение позволяют в два раза быстрее ликвидировать болевой синдром; более чем в три раза раньше исчезают диспептические явления; сроки заживления оставшихся язвенных дефектов сокращаются в два раза.

3. Пластическое закрытие перфораций и комплексное, локальное лечение в послеоперационном периоде, позволяет исключить деформацию стенок ДПК и желудка, улучшается качество заживления, снижаются воспалительные процессы в слизистой оболочки, и активизируется местный иммунитет.

Библиографический список

1. Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология: руководство для врачей.-СПб: Питер, 2001. – 480с.
2. Макар Д.А., Андрющенко В.П., Трутяк И.Р. Сочетанные острые осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клиническая хирургия.-1984.-№8.-С.46-48.
3. Мышкин К.И., Лагун М.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы. Издательство Саратовского университета. – Саратов, 1983. – с.166.

**ТЕЗИСЫ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«Актуальные вопросы гепатологии»**

**Раздел 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ
И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

Астахин А.В., Левитан Б. Н.,

Ефимова Е.Э., Ларина Н.Н.

**ИНТЕРФЕРОНОВЫЙ СТАТУС
И КОНЦЕНТРАЦИЯ ЕСТЕСТВЕННО
ОБРАЗУЮЩИХСЯ АНТИТЕЛ
К ИНТЕРФЕРОНУ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ
ГЕПАТИТАХ И ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ**

Астраханская государственная медицинская академия

г. Астрахань

В настоящее время не подвергается сомнению тот факт, что течение и прогноз хронических диффузных заболеваний печени в значительной степени определяется состоянием системы интерферона (ИФН) – важнейшего фактора естественной резистентности организма. В тоже время остается открытым вопрос о роли естественно образующихся антител к ИФН (анти-ИФНа) в дисбалансе функционирования как самой системы ИФН, так и иммунной системы в целом. В доступной литературе приводятся лишь данные о формировании терапевтически-индуцированных антител к ИФН у больных хроническим гепатитом на фоне лечения препаратами интерферона.

Цель исследования: провести клинический анализ результатов исследования концентрации сывороточных анти-ИФНа у больных хроническим гепатитом (ХГ) и циррозом печени (ЦП) различной этиологии в сопоставлении с концентрацией и функциональной активностью IFN- α в сыворотке крови.

Материалы и методы: обследовано 62 больных ХГ и 56 - ЦП в возрасте от 16 до 74 лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц в возрасте от 18 до 50 лет.

Определение концентрации ИФНа и естественно образующихся анти-ИФНа в сыворотке крови проводилось методом иммуноферментного анализа с помощью коммерческих тест-систем фирмы «Bender MedSystems». У всех пациентов определяли противовирусную активность ИФНа с помощью биологической системы, состоящей из культуры клеток, высоко чувствительных к действию ИФН, и индикаторного вируса.

По ряду объективных причин ни один из обследуемых больных не получал в процессе лечения препараты интерферона и/или какие-либо индукторы интерферогенеза. Отсутствие специфической противовирусной терапии позволяет говорить о естественном течении хронического вирусного гепатита у обследованных пациентов.

Полученные результаты. Концентрация естественно образующихся антител к ИФН в группе доноров в среднем составила $15,4 \pm 3,5$ нг/мл, что близко к результатам, полученным разработчиком тест-системы и сопоставимо с данными литературы.

Концентрация анти-ИФНа у больных ЦП была достоверно ($p < 0,05$) повышена по сравнению с контрольной группой и составила в среднем $29,17 \pm 4,2$ нг/мл.

Уровень анти-ИФНа при ХГ в среднем составил $19,9 \pm 2,5$ нг/мл, что существенно не отличалось от результатов полученных в контрольной группе, но было достоверно ниже, чем при ЦП ($p < 0,05$).

В то же время уровень анти-ИФНа в группе больных ХГ у 28 % превышал нормальные показатели, а в группе больных ЦП подобная тенденция имела у 43% больных. При этом у 72% больных ХГ и 57% - ЦП отсутствовало достоверное повышение концентрации циркулирующих в крови анти-ИФНа.

Вышеизложенное свидетельствует о том, что по мере прогрессирования заболевания, формирования ЦП наблюдается нарастание продукции естественно образующихся антител к эндогенному интерферону- α .

Полученные данные были сопоставлены с результатами изучения интерфероновый статус в группе обследуемых пациентов (противовирусная активность ИФН- α , его концентрация и удельная активность).

Противовирусная активность ИФН- α и его концентрация в группе доноров, в среднем, составили $6,1 \pm 2,5$ МЕ/мл и $5,3 \pm 2,21$ пкг/мл, что сопоставимо с данными литературы. Удельная активность, отражающая отношение функциональной активности к общей концентрации ИФН- α , циркулирующего в крови, в контроле в среднем составила $1,16 \pm 0,12$ МЕ/пкг.

Полученные нами данные свидетельствуют о достоверном повышении средних показателей противовирусной активности ИФН- α при всех формах патологии печени, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). Противовирусная активность ИФН- α у больных ХГ была повышена в большей степени чем у больных ЦП — $23,78 \pm 1,4$ МЕ/мл и $15,2 \pm 2,1$ МЕ/мл соответственно ($p < 0,001$).

Изучение концентрации ИФН- α у больных ХГ и ЦП, также выявило достоверное ее повышение по сравнению с донорами (в среднем соответственно $18,7 \pm 1,94$ пкг/мл и $14,6 \pm 2,5$ пкг/мл против $5,3 \pm 2,21$ пкг/мл у доноров). В то же время существенных различий в содержании ИФН- α в сыворотке крови у больных ХГ и ЦП выявлено не было ($p > 0,05$).

Результаты, полученные при изучении удельной активности ИФН- α у больных ХДЗП, несколько отличались. Удельная активность ИФН- α при ХГ в среднем составила $1,7 \pm 0,25$ МЕ/пкг, что достоверно выше, чем в контрольной группе и у больных ЦП ($1,16 \pm 0,12$ МЕ/пкг и $0,89 \pm 0,43$ МЕ/пкг соответственно). Обращает на себя внимание тот факт, что удельная активность ИФН- α при ЦП оказалась даже ниже, хотя и недостоверно, чем в контрольной группе.

Нами проведен корреляционный анализ в отношении концентрации антител к ИФН- α и его концентрации, противовирусной и удельной активности у больных ХДЗП. В группе обследованных больных ХГ выявлена отрицательная слабой силы корреляционная связь между концентрацией анти-ИФНа в сы-

воротке крови и удельной активностью ИФН-а ($\tau = 0,41$), что косвенно свидетельствует о нейтрализующем эффекте анти-ИФН-а. Однако, в целом, достоверных корреляционных связей между перечисленными показателями выявлено не было.

Заключение. У больных хроническими заболеваниями печени, по мере прогрессирования заболевания, формирования ЦП в циркулирующей крови нарастает уровень аутоантител к эндогенному интерферону- α .

В тоже время в связи с прогрессированием заболевания наблюдается не только снижение концентрации и функциональной активности сывороточного ИФН-а, но и изменяется соотношение между его активной фракцией и инактивированными формами, в сторону увеличения последних. В связи с этим можно предположить, что одной из причин наблюдавшегося снижения показателей функциональной активности ИФН-а у больных ХГ и ЦП может являться появление в кровотоке повышенного титра нейтрализующих его аутоантител. Кроме того, повышенный уровень аутоантител к эндогенному ИФН-а, выявленный у 28% больных ХГ, и 43% больных ЦП, возможно является одной из причин недостаточной эффективности общепринятой в настоящее время этиотропной терапии хронических вирусных заболеваний печени препаратами естественного и рекомбинантного ИФН.

Аюшиева С.Ц., Ковалева Л.П., Балданов Б.В.,
Лоншакова К.С., Струбинова В.Н.

**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА
ВЛИЯНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ
«АРШАН» И ФИТОСБОРА
«БАЙКАЛЬСКИЙ-7» НА ТЕЧЕНИЕ
ХРОНИЧЕСКОГО СС₁₄.
ГЕПАТИТА У БЕЛЫХ КРЫС**

Бурятский научный центр СО РАН, г. Улан-Удэ

Цель исследования. Изучить влияние природных средств - нарзанового типа минеральной воды (МВ) «Аршан» курорта «Аршан» Бурятской республики и фитосбора (ФС) «Байкальский-7» (рег. удост. № 005462. Р.643. 07. 2003) следующего состава: цветки ноготков и бессмертника, плоды шиповника и боярышника, корневища девясила, корни солодки, листья мяты, приготовленного по Государственной Фармакопее XI издания, на течение хронического СС₁₄ гепатита у белых крыс линии Wistar с массой 180-200г. подкожным введением 50% масляного раствора в объеме 0,2 мл/100г массы животного 2 раза в неделю в течение 3 месяцев.

Испытуемые средства вводили ежедневно 1 раз в сутки в течение 2 месяцев: МВ «Аршан» в дозе 1,68 мл на 100 гр. массы, ФС в дозе 0,3 г/кг массы животного (в пересчете на воздушно-сухое сырье). Животные контрольной группы получали питьевую воду.

Печень лабораторных животных фиксировали в 10 % растворе нейтрального формалина. Кусочки органов заливали в парафин. Гистологические срезы окрашивали гематокси-линэозином и по Ван Гизону. Репаративную регенерацию оценивали по морфологическим показателям: митотическая активность, ми-

тотический индекс ($\%_{0/00}$). Подсчет митозов в печеночных клетках осуществляли под иммерсионным увеличением, на микроскопе марки «Motic» (Германия). Использован ряд гистохимических методов: содержание гликогена ШИК-реакцией, нейтральный жир окраской суданом черным «Б» по Беренбауму, активность сукцинат дегидрогеназы (СДГ-аза) и лактат дегидрогеназы (ЛДГ-азы) по Нахласу. Одновременно проводили измерения содержания гликогена в печени животных по Соколовскому.

Полученные данные подверглись статистической обработке при помощи пакетов программ Microsoft Excel 97, «Биостатистика для «Windows». Для оценки достоверности различий использовался ранговый непараметрический критерий Мана-Уитни.

В печени крыс, получавших раствор СС₁₄ в течение 2-х месяцев, портальные тракты увеличены в размерах, отмечалась интенсивная инфильтрация портальных полей и идущих от них довольно широкой лентой клеточных инфильтратов, смыкающихся между собой и тем самым ограничивающих печеночные доли друг от друга. Непосредственно в триадах и вокруг них просматриваются значительные повреждения паренхимы печени с фокальными некрозами. Явления клеточной инфильтрации сочетались с выраженными и умеренно выраженными дистрофическими изменениями гепатоцитов.

В первые сроки исследования в контроле определялись гемодинамические нарушения в виде мелких кровоизлияний и полнокровия перипортальных вен и внутридольковых капилляров, инфильтрации портальных трактов. Печеночная ткань вокруг триады инфильтрирована макрофагами и фибробластами. Эндотелиальные клетки, выстилающие сосуды не просматриваются. Гепатоциты подвержены некротическим изменениям, разной степени баллонной дистрофии. В контроле наблюдали появление тяжиков соединительной ткани между дольками и внутри долек на месте очагов некрозов.

Развитие соединительной ткани по ходу портальных трактов и на месте очагов некроза приводило к метаболическим расстройствам, в частности диспротеинемии, гиперферментемии, гипербилирубинемии.

При гистохимическом исследовании гликоген выявлялся в клетках печени частично в виде зерен продолговатой или округлой формы или конгломератов из слипшихся зерен. В контроле большая часть печеночной дольки вокруг центральной вены не содержала гликоген. Жировая инфильтрация представлялась мелкокапельной, а в ряде случаев – пылевидной. Редко у отдельных крыс в клетках печени выявлялись желто-коричневые гранулы липофусцина, а также в просветах желчных протоков некоторых из них обнаруживались клетки слущенного эпителия.

Активность окислительно-восстановительных ферментов в печени была значительно сниженной по сравнению с таковой у животных, получавших другие средства терапии.

При получении животными МВ «Аршан» выявлялись очаговые расширения синусоидов и умеренная дисконфлексация печеночных балок. В центре долек вокруг центральных вен гепатоциты выглядели несколько увеличенными в размерах в результате умеренно выраженной зернистой дистрофии. В одиноч-

ных гепатоцитах выявлялся кариолизис. По ходу синусоидных капилляров расположены набухшие клетки Купфера, вдающиеся в просвет капилляров. В области триад и междольковых сосудов можно проследить начало образования гистиоцитарной и фибробластической инфильтрации. Структурно-метаболические нарушения в печени животных, получавших «Аршан», незначительны по сравнению с контролем, где просматривались в этот срок очаги некрозов, выраженные обширные инфильтраты, фиброз тканей.

Через 3 месяца с начала эксперимента появляются небольшие очаги некротического гепатита, при котором наблюдалось круглоклеточная инфильтрация с расширением и полнокровием капилляров с разрыхлением и деструкцией стенок сосудов, повреждение паренхимы в виде белковой мелко- и среднекапельной жировой дистрофии. В этой группе животных в печени площади инфильтрированных участков с измененными гепатоцитами представлялись значительно меньше по сравнению с контролем.

МВ «Аршан» улучшала обмен окислительно-восстановительных процессов, повышая уровень активности специфического маркерного фермента митохондрий СДГ-азы и органоспецифического фермента ЛДГ-азы, участвующих в начальном цикле Кребса, выявляемых в свежемороженых средах печени крыс с СС1 4- гепатитом.

На фоне введения испытуемого средства повышалась содержание гликогена по сравнению с контролем. Исследование митотической активности гепатоцитов выявило, что МВ «Аршан» способствовала нарастанию митотического индекса, который равнялся $3,7 \pm 0,07\%$. Подсчет числа гипертрофированных гепатоцитов, являющихся наиболее характерными признаками внутриклеточной регенерации в печени подтверждал достоверно по сравнению с контролем повышение регенераторных процессов. Также отмечено достоверно со всеми группами крыс повышение числа двуядерных печеночных клеток.

Морфологические исследования печени позволили выявить при введении ФС незначительную клеточную инфильтрацию в печеночных дольках и портальных трактах. Через 2 месяца с начала введения ФС клеточная инфильтрация носила мелкоочаговый характер, очажки только начинали формироваться. Наблюдалось полнокровие центральных вен, немногочисленные диapedезные кровоизлияния. Через 3 месяца очаги инфильтрации клеток увеличивались, начинали соединяться между собой. В очажках появились дистрофически измененные клетки, клетки в состоянии баллонной дистрофии и некроза.

На 3-м месяце исследования при патологии печени нарушается липидный обмен, представленный глицеридами, фосфатидами. Введение ФС обуславливало снижение мелкокапельной жировой инфильтрации, она встречалась преимущественно в очажках дистрофически измененных гепатоцитов. В то время как в контроле жировая инфильтрация обнаруживалась по всей паренхиме печени. ФС оказывал нормализующее влияние на содержание гликогена в печени. Оценка содержания гликогена позволила выявить достоверное повышение его по сравнению с контролем во все сроки исследования.

С первых сроков наблюдения, т.е. 2-х месяцев эксперимента наблюдали при введении ФС фигуры

митозов, гипертрофированные гепатоциты с увеличенными гиперхромными ядрами, которые рассматривались как признаки регенерации.

Таким образом, МВ «Аршан» и ФС способствовали нормализации белкового и липидного обменов, корригировали активность цитоплазматических ферментов, ускоряли восстановление гистохимических показателей и в целом структуры печени после хронического повреждения. Обнаруженный фармакотерапевтический эффект изучаемых средств обусловлен противовоспалительной и стимулирующей регенерацию печени активностью.

А.В. Булдаков, В.П. Сухоруков
**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ
ПРИМЕНЕНИЕ РЕАМБЕРИНА
В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ**

*ГОУ ВПО Кировская государственная
медицинская академия, г. Киров*

Несмотря на постоянное совершенствование анестезиологического пособия при операциях на печени, вопрос оптимизации качества инфузионно-трансфузионного (ИТ) обеспечения резекциях печени (РП) не теряет своей актуальности.

В связи с этим, целью нашего исследования явилось повышение безопасности временной окклюзии печеночно-двенадцатиперстной связки (ПДС) и эффективности периоперационного ИТ обеспечения РП путем проведения инфузионной терапии на основе препарата с энергометаболическим типом действия – реамберина, в том числе за счет его внутрипортальных инфузий.

Известно, что временное пережатие ПДС является распространенным в хирургической гепатологии приемом борьбы и профилактики массивного кровотечения при резекциях и травмах печени. Однако при резком прекращении гепато-портального кровотока печень попадает с состояние тяжелой ишемии, быстро нарастают нарушения гемодинамики.

Поэтому первой задачей настоящего исследования явилось установление в сравнительном эксперименте на 40 наркотизированных кроликах степени эффективности плеторических инфузий (40 мл/кг) в воротную вену проксимальнее места временного пережатия ПДС в течение 30 мин и в ближайши минуты после снятия окклюзии изотонического раствора натрия хлорида, реамберина (инфузионный препарат с энергопротектором – сукцинатом натрия), реамберина в смеси с 10% раствором гидроксипропилованного крахмала – Инфуколом ГЭК (НЕС 200/0,5) и реамберина в смеси с преднизолоном и аскорбиновой кислотой.

Выявлено, что инфузии реамберина снижали выраженность постишемической трансаминаземии и лактатдегидрогеназемии, тормозили активацию перекисного окисления липидов по показателям индуцированной хемилюминесценции сыворотки крови и содержанию малонового диальдегида, способствовали стабилизации гемодинамики и повышали резистентность подопытных животных к условиям опы-

та, препятствовали развитию необратимых патоморфологических нарушений в ткани печени. Добавление к реамберину Инфукола ГЭК (HES 200/0,5) 10% или преднизолона и аскорбиновой кислоты существенно повышало эффективность внутривенных переливаний.

Таким образом, основываясь на экспериментально полученных данных о гепатопротективном действии реамберина при тяжелой ишемии печени, представлялось очевидным, что эффективность ИТ обеспечения РП, в немалой степени связанных с окклюзией ПДС, может быть повышена при периоперационных инфузиях реамберина в максимально допустимых дозах, а именно – во время операций и в раннем послеоперационном периоде.

Этой частью исследования охватывалось 50 больных, которым по поводу очаговых поражений печени выполнялись ее резекции. Больные были подразделены на основную группу и группу сравнения по 25 пациентов. В обеих группах больных выполнялись только обширные РП, в том числе с окклюзией ПДС, а инфузионная терапия проводилась в режиме гиперволемической гемодилюции. Изучаемые группы составлялись при соблюдении принципа объективной сопоставимости подбором больных по шкале ASA (I-II классы) и по критериям операционно-анестезиологического риска (В.П. Сухоруков, 1989). При этом обязательным условием было внутривенное применение реамберина как на операции, так и в послеоперационном периоде не менее 3 – 4 суток в основной группе и отсутствие терапии реамберином в группе сравнения. В основной группе больных 400 – 800 мл переливаемого во время операции изотонического раствора натрия хлорида заменялась инфузией такого же объема реамберина, а в послеоперационном периоде реамберин назначался в разовой дозе 400 мл в день от 3 до 7 переливаний.

Проводился сравнительный анализ течения послеоперационного периода в группах больных по характерным клиническим и лабораторным показателям. Исследования фиксировались до операции и после операции: через 1 сутки, на 3 и 7 сутки. Осуществляли фармако-экономический анализ включения реамберина в схему стандартной инфузионной терапии резекций печени. Рассчитывали коэффициент «затраты/эффективность» (CER) (П.А. Воробьев, 2004) как отношение общей стоимости медицинской услуги (затраты на проведенные «койко-дни» и на медикаменты) за определенное время наблюдения к значению единицы клинической эффективности (доля пациентов с клинически значимым эффектом). Эффект относили к клинически значимому, если показатель «снижение относительного риска» (COP) был > 25% (Р. Флетчер, 1998). Полученные данные обрабатывались методами параметрической и непараметрической статистики.

Исследованием показано, что между основной группой больных и группой сравнения наблюдалась существенная разница по степени развития и скорости нормализации послеоперационного нейтрофильного лейкоцитоза, послеоперационной лихорадки, гипертрансаминаземии, гипопроотеинемии и ги-

пербилирубинемии в пользу основной группы. В этой группе быстрее нормализовывалось наружное желчеотделение по дренажу холедоха, купировалась тахикардия, раньше отменялись наркотические анальгетики. В группе больных с инфузиями реамберина отмечалась более активная послеоперационная реабилитация – пациенты начинали раньше вставать, у них на 1-2 суток быстрее нормализовывалась деятельность желудочно-кишечного тракта, отменялась инфузионная терапия. Из основной группы больных в отделении реанимации почти все пациенты – 24 человека (96%) находились не более 6 суток, тогда как в группе сравнения 5 больных (20%) нуждались в интенсивном наблюдении свыше 6 суток. Достоверная разница ($p=0,015$) наблюдалась и между средними сроками пребывания больных в реанимационном отделении – в основной группе $4,3\pm 0,3$ суток, в группе сравнения $5,5\pm 0,3$ суток. Длительность ближайшего послеоперационного периода в основной группе составила $15,9\pm 0,8$ суток, в группе сравнения $17,1\pm 0,9$ суток. Фармако-экономический анализ показал, что затраты на общую медицинскую услугу и медикаменты оказались смещены в сторону раннего послеоперационного периода и были ниже в основной группе ($p<0,05$). Коэффициент «затраты/эффективность» (CER) в основной группе имел меньшее значение по всем единицам клинической эффективности, что говорит о меньшей потребности в материальных средствах для достижения клинически значимых эффектов в основной группе. В послеоперационном периоде летальных исходов не было, наблюдали осложнения преимущественно неспецифического характера – у 9 больных в основной группе и у 6 больных в группе сравнения, в которой одно осложнение было гнойно-воспалительным (поддиафрагмальный абсцесс). Проведено 4 внутривенных инфузий реамберина с преднизолоном и аскорбиновой кислотой через разбуживанную пупочную вену при обширных РП с длительной окклюзией ПДС или сопутствующим циррозом печени. Во всех случаях отмечали раннюю реабилитацию больных и неосложненный послеоперационный период.

Таким образом, при временной окклюзии ПДС внутривенные инфузии энергопротектора реамберина оказывают противоишемическое гепатопротективное действие, эффективность которого повышается при потенцировании реамберина добавлением Инфукола ГЭК (HES 200/0,5) 10% или преднизолона и аскорбиновой кислоты. Включение реамберина в комплекс ИТ терапии РП способствует повышению клинической и фармако-экономической эффективности вмешательства за счет ускорения реабилитации больных после операции, сокращения длительности послеоперационной госпитализации и нахождения больных в отделении реанимации, снижения затрат на медикаменты и общую медицинскую услугу. Внутривенная инфузионная терапия на основе реамберина может быть значимой частью общего ИТ обеспечения РП, особенно у больных с сопутствующим циррозом печени и при длительных окклюзиях ПДС.

Иванова Н.Л., Московцева О.М.,
Агапова А., Щербатюк Т.Г.

**ВЛИЯНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ
ДОБАВОК НА ОСНОВЕ ЯНТАРНОЙ
И АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТ НА
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ
ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ
ИНТАКТНЫХ ЖИВОТНЫХ**

*Нижегородская государственная медицинская
академия, г.Нижегород*

Цель исследования: изучить морфологические изменения паренхимы печени у животных, получавших биологически активные добавки на основе аскорбиновой и янтарной кислот.

Материалы и методы.

Эксперименты выполнены на 35 белых нелинейных крысах-самцах, которые были распределены на 7 групп:

- 1 группа – (n=5) - интактные животные, не подвергавшиеся каким-либо воздействиям;
- 2 группа – (n=5) - янтарная кислота;
- 3 группа – (n=5) - олигохит сукцинат;
- 4 группа – (n=5) - аскорбиновая кислота;
- 5 группа – (n=5) - олигохит аскорбат;
- 6 группа – (n=5) – хитозан;
- 7 группа – (n=5) - олигохит сукцинат аскорбат.

Животные групп №№ 2-7 в течение 7 дней получали растворы соответствующих препаратов в концентрации 800мг/л.

Комплексы олигосахарида хитозана (олигохит) с сукцинатом и аскорбатом образуются посредством ионной связи. Олигохит сукцинат аскорбат (ТУ 9289-004-57184729-03) состоит из олигохита (70%), сукцината (15%) и аскорбата (15%).

Эвтаназию животных проводили под эфирным наркозом через день после отмены введения препаратов. Для гистологического исследования кусочки

всегда брали из правой боковой доли печени. На препаратах, окрашенных гематоксилином и эозином, подсчитывали количество одно- и двуядерных гепатоцитов, число их ядер и ядрышек, а также объемную долю этих структур. К нормальным относили клетки, имеющие четкие границы, со светло-розовой цитоплазмой с характерной зернистостью, ядрами округлой или овальной формы, хорошо структурированными, с четкими ядрышками.

Полученные результаты.

Описание морфометрических показателей здоровых животных на фоне введения исследуемых препаратов представлено в таблице № 1.

Введение янтарной кислоты (ЯК) способствовало достоверному увеличению количества ядрышек на 30% и снижению их объемной доли на 50% по сравнению с этим показателем у интактных животных. При этом достоверно не изменялось число одно- и двуядерных гепатоцитов.

У животных, получавших раствор аскорбиновой кислоты, наблюдалось недостоверное увеличение количества нормальных гепатоцитов и их объемной доли.

Под влиянием олигохит сукцинат наблюдалось достоверное увеличение на 20% объемной доли ядрышек.

На фоне введения препарата олигохит аскорбат достоверно увеличивалась на 20% объемная доля ядер гепатоцитов.

Введение хитозана интактным животным вызывало достоверное снижение количества нормальных клеток печени, а также их объемной доли на 20% по сравнению с этими показателями у интактных животных. Наряду с этим увеличивалось количество ядрышек на 10% и их объемная доля на 40%, в то время как количество двуядерных печеночных клеток возрастало в 2 раза, что по данным работ Бродского и Урываевой (1981г.) свидетельствует об увели-

Таблица 1

Морфометрические показатели печени на фоне введения биологически активных добавок

показатели группы	Кнг	Рнг	Кя	Ря	К2ядер	Кядр	Рядр
1. интактная	6,80±0,56	6,22±0,38	7,64±0,49	3,32±0,14	0,28±0,04	1,84±0,16	0,50±0,08
2.янтарная кислота	6,95±0,50	7,05±0,54	8,33±0,32	3,73±0,16*	0,33±0,06	2,30±0,21*	0,33±0,08
3.олигохит сукцинат	6,52±0,55	4,62±0,37*	7,70±0,43	3,50±0,21	0,26±0,03	2,28±0,16	0,44±0,11
4. аскорбиновая кислота	7,68±0,63	7,70±0,60*	8,32±0,38	3,40±0,11	0,26±0,04	2,04±0,22	0,32±0,12
5.олигохит аскорбат	6,75±0,56	5,80±0,48	8,05±0,25	3,83±0,25*	0,40±0,02*	2,00±0,19	0,45±0,16
6. хитозан	5,85±0,29*	5,10±0,25*	7,53±0,56	3,83±0,30*	0,48±0,03*	2,20±0,22	0,68±0,08*
7.олигохит актив	7,40±0,71	7,52±0,44*	8,04±0,44	3,16±0,22	0,40±0,02*	2,02±0,23	0,68±0,11*

*- (pd^{0,05}) - значения достоверны относительно группы интактных животных.

Кнг – количество нормальных гепатоцитов;

Рнг – объемная доля нормальных гепатоцитов;

Кя – количество ядер;

Ря – объемная доля ядер;

К2ядер – количество двуядерных гепатоцитов;

Кядр – количество ядрышек;

Рядр – объемная доля ядрышек.

чении резерва гепатоцитов и позволяет предположить, что через определенное время увеличится и число нормальных клеток печени. Увеличение числа двуядерных гепатоцитов на 40% наблюдалось также под влиянием комплексного препарата олигохит сукцинат аскорбат. При этом в печени недостоверно возросло количество нормальных гепатоцитов с одновременным увеличением их объемной доли на 20%.

Выводы:

Под влиянием препаратов на основе аскорбиновой и янтарной кислот в печени животных не происходит выраженных морфологических изменений.

На фоне введения янтарной кислоты и олигохит сукцината в печени крыс усиливаются синтетические процессы, что не обнаружено на фоне введения растворов аскорбиновой кислоты и олигохит аскорбата.

Под влиянием хитозана и олигохит сукцинат аскорбата увеличивается резерв нормальных гепатоцитов, выражающийся в достоверном возрастании числа двуядерных клеток печени.

Камакин Н.Ф., Колодкина Е.В.,
Вохмянина Т.Г., Мамедова Е.А.

ГИДРОЛАЗЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ И ТРАНСАМИНАЗЫ В КРОВИ КАК ПОКАЗАТЕЛИ ФЕРМЕНТЕМИИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

*ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров*

Кровь является тканью для регуляции метаболических процессов, участвует в транспортных и защитных функциях, рассматривается как интегрирующая система. По ферментам крови оцениваются различные виды обмена веществ (белкового, липидного, углеводно-метаболического) (Коротько Г.Ф., 2006). В литературе мало уделяется вопросам о связи инкреции пищеварительных ферментов с трансаминазами, которые находятся в зоне энергетического метаболизма, т.е. цикла Кребса. При этом АСТ является интегратором метаболизма, маркером центральной зоны катаболизма и индикатором механизма цитолиза, а АЛТ считается компонентом глюкозо-аланинового шунта и маркером ПОЛ-механизма цитолиза (Рослый И.М. с соавт., 2003). Отношение АСТ/АЛТ (коэффициент де Ритиса) служит показателем адаптации метаболических потоков.

Цель работы: изучение ферментного гомеостаза, механизмов его обеспечения и роли печени и других барьеров в гомеостазировании ферментов в зависимости от возраста.

Материал и методы: новорожденные дети, взрослые и пожилые люди на предмет энзимологических исследований в сыворотке крови, моче, слюне и копрофильtrate. Определялась активность пепсиногена тирозинным и объемно-весовым методами, амилотическая активность по Каравею, щелочно-фосфатазная – унифицированным методом с применением реагентов, активность АСТ и АЛТ – динитрофенилгидразиновым методом.

Полученные результаты: нами обращено внимание на плацентарный, печеночный и почечный ба-

рьеры, участвующие в гомеостазировании не только пищеварительных гидролаз, но и трансаминаз, характеризующих состояние этих структур. Амниотическая жидкость, материнское молоко и молоко обладают протеолитической, амилотической, щелочно-фосфатазной активностями, зависящими от содержания соответствующих ферментов в крови беременных и кормящих женщин. Эти же биологические жидкости содержат АЛТ и АСТ, отражающие цитолиз и интеграцию метаболизма в печени. Щелочная фосфатаза крови является показателем зрелости организма и его старения: уровень ее у новорожденных высок, затем снижается до минимальных цифр, а при старении вновь нарастает в связи с особенностями кальциево-фосфорного обмена в костной ткани животных.

Активность ферментов в крови зависит от характера и типа питания. Показано, что амниотрофное и лактотрофное питание обеспечивается инкретируемыми в организме женщины ферментами-гидролазами, которые связаны обратной корреляцией с трансаминазами. Высокобелковая диета повышает активность ферментов азотистого обмена в печени, а белковое истощение снижает пул свободных аминокислот и активность соответствующих ферментов (Рослый И.М. с соавт., 2003). Посредством трансаминаз связываются потоки не только аминокислот и белков, но и углеводов. В печени происходит интеграция метаболизма при участии трансаминаз.

Заключение. Трансаминазы крови отражают, в основном, проявления цитолиза, тогда как гибель клеток в здоровом организме контролируется и происходит путем апоптоза с сохранением целостности цитоплазматической мембраны и формированием апоптотических телец без выделения в окружающие ткани других веществ. В то же время в крови присутствует достаточное количество протеаз, которые активно разрушают трансаминазы и другие ферменты. Часть энзимов участвуют в образовании различных комплексов, способствующих протеканию различных биохимических реакций, и модифицируются с сохранением своих основных свойств и возможностью функционировать в плазме. Это нами связывается с инкрецией ферментов пищеварительных желез, их гомеостазом и механизмами его обеспечения в различные возрастные периоды на фоне трансаминазной активности биологических жидкостей.

Кисличко А.Г., Марусенков А.В., Попов М.Ю.

РАК ПЕЧЕНИ. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров*

Проблема злокачественных новообразований печени не перестает быть актуальной. По данным ВОЗ рак печени входит в десятку наиболее часто встречаемых злокачественных опухолей в мире. В России по разным данным он составляет от 1,7 до 5% в общей структуре злокачественных новообразований.

На сегодняшний день единственным радикальным методом лечения рака печени является хирург-

гический. Однако, операбельность в данном случае невелика – в среднем 5%.

За 2005 г. на учет в Кировском онкодиспансере взято 3688 человек со злокачественными опухолями различной локализации. Из них с опухолями печени 85 человек, что составляет 2,3%. Заболеваемость у мужчин в 1,3 раза больше чем у женщин (56,5% и 43,5% соответственно).

В таблице 1 представлено распределение больных по полу и возрастным группам.

Из таблицы видно, что основная масса больных раком печени приходится на лиц старше 50 лет.

Особенности клинической картины рака печени является неспецифичность симптоматики, быстрое прогрессирование болезни. Это отражается в следующих данных: 21% из зарегистрированных с диаг-

нозом рак печени, взяты на учет посмертно, одногодичная летальность составила 28%.

Определенные трудности существуют в диагностике рака печени. Наиболее достоверный диагноз устанавливается при биопсии опухоли. Из взятых на учет больных верификация диагноза имеется у 12 больных (14%). У 6 человек – это гепатоцеллюлярный рак, у одного - смешанный гепатохолангиоцеллюлярный рак, у остальных недифференцированный рак.

Распространенная стадия болезни к моменту постановки диагноза ведет к тому, что первичное проведение радикального хирургического лечения возможно у незначительного числа пациентов. Выполнено одна радикальная операция, две паллиативные операции. Операбельность составила 1,2%.

Таблица 1

	мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%
0—19	1	2	2	5
20—49	6	12	--	--
50—69	21	44	14	38
70 и старше	20	42	21	57
Всего	48	100	37	100

Кисличко А.Г., Марусенков А.В., Попов М.Ю.
**МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ
 ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ.
 СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ
 В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Печень одно из самых частых мест гематогенного метастазирования большинства злокачественных опухолей. По данным аутопсии, среди всех умерших от злокачественных опухолей различной локализации, в 41% наблюдений определялись метастазы в печень.

Ведущее место в этом ряду занимает колоректальный рак. Солитарный метастаз в печень при колоректальном раке может быть единственным проявлением прогрессирования болезни в течение 1-2 лет.

В 2005 г. в Кировском онкологическом диспансере взято на учет 507 больных с колоректальным раком. У 56 больных (11%) были выявлены метастазы и печень.

В таблице 1 представлена частота метастазирования опухолей толстой кишки (ободочной и прямой).

Из данных таблицы видно, что относительно наибольшее число больных с метастазами в печень наблюдалось при раке слепой кишки. Частота метастазирования в печень при раке левых отделов ободочной кишки в 2 раза выше, чем при опухолях левых отделов.

У большинства больных (88%) метастазы в печень были выявлены при инструментальном обследовании, у остальных больных (12%)—во время лапаротомии.

Половина больных с метастатическим поражением печени (54%) получало симптоматическую терапию. 20 (37%) больным выполнены оперативные вмешательства. Из них у 1 больного (с опухолью прямой кишки) выполнена радикальная операция, у 6 больных сделаны паллиативные резекции, у 5 - сформированы обходные анастомозы, у 8 сформирована колостома. Остальным (9%) проводилась паллиативная лучевая и химиотерапия.

Таблица 1

По данным литературы, больные с солитарными метастазами в печень являются потенциальными кандидатами для оперативного лечения. Потенциально курабельная резекция может быть выполнена у 10% больных по причине распространенности процесса или тяжести общего состояния. Однако, наличие метастазов в печень не должно служить отказом от хирургического лечения у больных колоректальным раком. После одномоментного удаления первичной опухоли и метастатического очага в печени 5% выживаемость достигает 20%.

Ковалева Л.П., Аюшиева С.Ц., Балданов Б.В., Самбуева З.Г., Лоншакова К.С., Струбинова В.Н., Любимова У.П.

**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА
ВЛИЯНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ
«АРШАН» И ФИТОСРЕДСТВА
«БАЙКАЛЬСКИЙ-7» НА ТЕЧЕНИЕ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

Бурятский научный центр СО РАН, г. Улан-Удэ.

Цель: Выявить влияние минеральной воды (МВ) «Аршан» и фитосбора «Байкальский-7» на течение экспериментального холецистита.

В качестве испытуемых средств взяты термальная маломинерализованная гидрокарбонатно-натриево-сульфатно-кальциевая магниевая с малым содержанием кремния и железа МВ «Аршан» курорта «Аршан» Бурятской республики и отвара фитосбора «Байкальский-7» (ФС) (рег. удост. № 005462. Р.643. 07. 2003) следующего состава: цветки ноготков и бессмертника, плоды шиповника и боярышника, корневища девясила, корни солодки, листья мяты, приготовленного по Государственной Фармакопее XI издания в дозе 0,3 г/кг массы животного (в пересчете на воздушно-сухое сырье). Эксперименты проведены на морских свинках массой 600-640г., предварительно наркотизированных гексеналом в дозе 50,0мг\кг (внутрибрюшинно). После лапаротомии по общей методике вводили в полость желчного пузыря (ЖП) 3% раствор H_2O_2 в объеме 0,1мл на животное. Лечение начинали со второго дня после введения H_2O_2 в ЖП и продолжали в течение 21 дня. Животных распределили на группы: интактную, контрольную, пролеченных МВ «Аршан» и ФС.

Морфологическое состояние ЖП и печени подопытных животных изучали через 14 и 21 сутки с момента введения H_2O_2 . Фиксацию ЖП и печени осуществляли в 10% растворе нейтрального формалина. Окраску гистологических срезов осуществляли гематоксилин-эозином.

Полученные данные подверглись статистической обработке при помощи пакетов программ Microsoft Excel 97, «Биостатистика для «Windows». Для оценки достоверности различий использовался ранговый непараметрический критерий Мана-Уитни.

У животных контрольной группы на 14 сутки исследований складки слизистой оболочки представлялись низкими, расширенными, слизистая пластина в них характеризовалась выраженным отеком. В пу-

стом ЖП в норме слизистая равномерно собрана в многочисленные складки.

Все слои стенки ЖП у контрольной группы были инфильтрованы полиморфно-ядерными лейкоцитами и частично клетками лимфоидно-гистиоцитарного типа. Иногда они образовывали значительные очаговые скопления. Эпителиальный слой, покрывающий слизистую пластину, в норме однослойный однорядный призматический каемчатый, со смещением ядер в базальную часть клетки, на гистологических препаратах выглядел многорядным. Многие клетки эпителия имели кубическую или неправильную форму. Иногда эпителий состоял из нескольких рядов клеток. Ядра в клетках были расположены неупорядочено. На поверхности эпителия можно было видеть повышенное количество секреторного продукта – слизи. Волокнисто-мышечный слой, образованный пучками гладкомышечных клеток и чередующийся с соединительной тканью также выглядел отечным, инфильтрованным круглоклеточным инфильтратом. В более поздние сроки исследования эти воспалительные процессы увеличивались, и стенка ЖП принимала утолщенный вид. Наряду с этим отмечено значительное утолщение серозной оболочки. Сосуды в ней также были расширены и полнокровны.

В последующие сроки исследования 21 сутки общая патологическая картина в стенке ЖП мало чем отличалась от изменений, выявленных на 14 сутки. По-прежнему сохранялась интенсивная инфильтрация, особенно в слизистой оболочке. Обращало внимание глубокое расположение в волокнисто-мышечной оболочке дивертикулов, в которых эпителий был подвержен различной степени деструкции. Гладкомышечные волокна, образующие мышечный слой и волокна соединительной ткани, заполняющие промежутки между пучками гладкомышечной ткани, а также имеющиеся многочисленные эластические волокна подвергались фиброзу.

Гистологические признаки воспаления стенки ЖП у животных, которым вводили природные средства: МВ «Аршан» и ФС, были выражены в значительно меньшей мере по сравнению с данными в контроле.

В частности, явления отека и выраженность клеточной инфильтрации были выражены в значительно меньшей степени, чем в контроле. Причем, получение животными МВ «Аршан» более благоприятно сказывалось на состоянии ЖП. На 14 сутки опытов у большинства животных, получавших МВ «Аршан» все слои в стенке ЖП сохранены. Собственно слизистая пластинка образует довольно «правильные» складки, близкие по форме к интактным животным. Рыхлая соединительная ткань умеренно инфильтрована круглоклеточными элементами. Эпителий слизистой образует ровный слой цилиндрических клеток с базально-расположенными ядрами. Волокнисто-мышечный слой, расположенный книзу от собственной пластинки, а также серозная оболочка отечны, но в меньшей степени, чем в контроле.

Введение ФС вызывало в стенке ЖП под эпителиальным отеком, в то время как нижележащие слои практически были без изменений.

Таким образом, результаты морфологических исследований позволяют заключить, что при введении 3% раствора H_2O_2 в стенке ЖП животных всех групп развивается картина острого воспалительного процесса. Однако, динамика патоморфологических изменений у животных разных групп протекала неодинаково. У подопытных животных, которые получали МВ «Аршан», воспалительный процесс в ЖП был выражен умеренно, т.е. отмечен нередко выраженный очаговый отек стенки с инфильтрацией, отсутствовали грубые деструктивные изменения в структуре стенки ЖП. Все это свидетельствовало о том, что МВ «Аршан» оказывала выраженный эффект уже в первые сроки исследований. Не менее эффективное действие оказывал ФС по сравнению с контролем.

Воспаление ЖП и желчных внепеченочных путей может привести к сложным нарушениям обменных и метаболических процессов в печени. Печень является сложным полифункциональным органом. На определенных этапах белкового и липидного, пигментного и углеводного обменов, желчеобразования и синтеза желчных кислот в организме образуются эндогенные токсические соединения, нуждающиеся в обезвреживании. С этой целью было проведено исследование состояния структуры печени морских свинок с острым холециститом. Исследование состояния структуры печени контрольных стенок свидетельствовало о наличии в ней явлений зернистой дистрофии, очагов некробиоза гепатоцитов, периваскулярного отека, особенно вокруг триад, точечной инфильтрации по портальным трактам.

На 14 сутки в печени животных контрольной группы обнаружены очаговые дистрофические изменения печеночных клеток. Среди них диффузно встречали группы некротизированных гепатоцитов. В эти же сроки в печени контрольных животных выявлялись мелкокапельная жировая инфильтрация.

В печени животных, получавших ФС, были следующие изменения: расширение синусоидных капилляров, умеренно выражены дистрофические изменения, дисконформация балочного расположения гепатоцитов, редкокапельная жировая инфильтрация. На препаратах обнаруживались явления перихолангита.

Наименьшие изменения в печени животных можно было встретить у морских свинок, которым вводили МВ «Аршан». Отсутствовала жировая дистрофия. Умеренно подвержены белковой дистрофии гепатоциты. Активизированы купферовские клетки.

Таким образом, полученные данные свидетельствовали о том, что МВ «Аршан» и несколько в меньшей степени ФС, нормализуют в более короткие сроки по сравнению с контролем гистологическую структуру ЖП и печени. Выраженный эффект обусловлен благоприятным воздействием на синтетическую функцию печени и деятельность желчевыделительной системы. Исследуемые средства дренируют желчевыводящие пути, что обусловлено выраженной желчегонной активностью, мембраностабилизирующим действием, способствуют уменьшению выраженности воспалительной реакции.

Колосов А.Е., Новичков Е.В.
**ОЦЕНКА МИТОТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ
И СОДЕРЖАНИЯ ДНК В ПРОГНОЗЕ
ХОЛАНГИОЦЕЛЛЮЛЯРНЫХ
РАКОВ ПЕЧЕНИ**

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

В прогностическом аспекте изучено 52 наблюдения первичных холангиогенных карцином печени микро- и макротубулярного гистологического строения. Микропрепараты окрашивали гематоксилином и эозином, ставили реакцию Фельгена.

Митотическая активность определялась путем подсчета 4000 опухолевых клеток в 100 полях зрения при увеличении микрообъекта в 900 раз. В каждом наблюдении подсчитывали общее количество митозов, а также вычисляли метафазно-профазный индекс.

Фетометрирование ДНК осуществляли в 1000 ядрах клеток опухоли в 25 произвольных полях зрения при увеличении гистологического препарата в 900 раз на микроскопе «Люмам - И2», оснащенного ФЭМЛ с регистрирующим устройством.

В результате исследования установлено, что наиболее высокая митотическая активность и общее количество патологических митозов холангиогенной карциномы макротубулярного строения по сравнению с неоплазмой макротубулярного типа /12,9% и 28,5% против 10,3% и 26,7% соответственно/. Метафазно-профазно индекс был статистически достоверно больше в вариантах макротубулярного строения холангиогенных карцином: $0,7 \pm 0,4$; $p < 0,05$. При идентификации форм патологических митозов выявились следующие их разновидности: отставание хромосом в мета-, ана-телофазе, мосты, многополюсные митозы, полная метафаза, рассеивание хромосом и К-митозы. Констатировано, что в опухолях холангиоцеллюлярного генеза отставание хромосом встречается довольно часто – в 52%, рассеивание хромосом, напротив, реже – в 17%.

При сопоставлении величин, характеризующих количество ДНК в ядрах клеток холангиогенного рака печени оказалось, что в карциномах макротубулярного варианта выявляются статистически достоверно большие показатели оптической плотности в ядрах этих клеток / $0,24 \pm 0,6$ у.е./

Заключение. Прогноз заболевания у больных холангиоцеллюлярным раком печени зависит от объективных факторов, к которым относятся митотическая активность опухолевых клеток и содержание ДНК в их ядрах.

Имеется четкая статистически значимая зависимость в изменении количества митозов в неоплазме и продолжительностью жизни пациентов – чем меньше величина митотического индекса, тем лучше прогноз /коэффициент корреляции в группе холангиокарцином макротубулярного строения равен $-0,9$; $p < 0,001$, а в группе холангиокарцином макротубулярного типа такой коэффициент составил $-0,95$; $p < 0,001$ /. Преобладание в раковом узле внутривенной макротубулярной холангиокарциномы анеуплоидных митозов всегда обеспечивает плохой прогноз этого гистологического варианта рака.

Одновременно продолжительность жизни больных обусловлена ростом показателей ДНК в ядрах клеток холангиоцеллюлярного рака. Чем выше уровень ДНК, тем хуже прогноз болезни: содержание ДНК в ядрах клеток $0,234 \pm 0,017$ – продолжительность жизни менее 6 месяцев, но при содержании ДНК $0,208 \pm 0,006$ больные живут более 6 месяцев.

Как видно показатели митотической активности и количества ДНК значительно влияют на прогноз холангиогенного рака печени, поэтому гепатологи должны учитывать их при определении длительности жизни пациентов после хирургического вмешательства.

Авторы благодарят руководителя зонального Центра хирургии печени и желчевыводящих путей профессора В.А. Журавлева за предоставление части наблюдений для специального морфологического исследования операционного материала, который использован в настоящей работе.

Косых А.А.

ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕГЕНЕРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПЕЧЕНИ

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Изучение регенерации нормальных и патологически измененных органов имеет огромное значение для медицины. Лечебные мероприятия, направленные на восстановление нарушенных функций организма путем усиления естественных регенерационных процессов получили название регенерационной терапии (Б.П. Солопаев, 1980).

К настоящему времени предложено большое число методов стимуляции восстановительных процессов в печени. Среди них можно выделить хирургические, лекарственные, физиотерапевтические и др. методы. К хирургическим методам относится резекция печени. Восстановление нормальной и патологически измененной печени после резекции достаточно хорошо изучено как в эксперименте, так и в клинике (Д.Л. Пиковский, 1965; Д.С. Саркисов, 1970; Б.П. Солопаев, 1980; В.А. Журавлев, 1986 и др.). Данный метод включен в руководство для врачей, как метод выбора при лечении цирроза печени (С.Д. Подымова, 1993). Резекция печени применяется также у детей с хроническими заболеваниями печени (Г.М. Лукьянова, 1999).

В последние годы внимание исследователей привлекают методы стимуляции регенерации патологически измененной печени с помощью биологически активных соединений (гормонов и других лекарств). Подробно изучено влияние хорионического гонадотропина человека на регенерацию нормальной и патологически измененной печени (И.М. Солопаева, 1991, 2000). В Кировской ГМА изучалось влияние перфторана (П.Г. Распутин, 2000; И.В. Зубков, 2003; О.В. Машковцев, 2005) на репаративную регенерацию печени при хроническом гепатите (ХГ). Проводятся исследования по изучению воздействия светового излучения различной длины волны на печень в норме и ХГ (С.А. Арасланов, 2001; Е.В. Луценко, 2002).

Полученные данные указывают на высокую эффективность данных методов и требуют дальнейших исследований. В настоящее время изучается влияние озона на процессы репаративной регенерации печени (В.А. Кудрявцев, П.И. Цапок, В.А. Козвонин, С.Ю. Большухин и др., 2003, 2005).

Таким образом, спектр изучаемых воздействий на печень в норме и патологии все более расширяется, предлагаются комбинированные методы регенерационной терапии, в т.ч. резекция печени в сочетании с другими воздействиями. Цель этих исследований – разработать эффективные методы лечения болезни печени.

Однако, несмотря на большой выбор предлагаемых методов, важной задачей является раскрытие механизмов регенерации. Проблема регуляции восстановительных процессов является актуальной и, в то же время, наиболее сложной. За последнее десятилетие в этой проблеме сделаны довольно крупные достижения. Выделены и изучены факторы роста клеток, ингибиторы клеточного размножения. Получены новые факты нейрогуморальной регуляции восстановительных процессов, как в эксперименте, так и в клинике. Имеются данные о генетических механизмах регуляции процессов роста и развития. Однако, как подчеркивала Л.К. Романова (1984), общей теории о принципах регуляции регенерации, охватывающей все звенья этой регуляции, начиная с повреждения организма или органа и, кончая исходом регенерации, еще не сформулировано.

Известно, что в процессе развития число и функция всех клеток печени (гепатоцитов, фибробластов, макрофагов, тучных клеток и др.) строго сбалансированы. Любые повреждения, вызывающие дисбаланс клеток, будут затрагивать как клетки, так и межклеточный матрикс. Гибель гепатоцитов приводит к активации клеток соединительной ткани (СТ) и ее разрастанию. Наоборот, пролиферация гепатоцитов способствует резорбции фиброза. В то же время, одним из механизмов резорбции избыточной СТ при ХГ и циррозе печени (ЦП) является активация клеток Купфера (КК). Процессы клеточной пролиферации, как в нормальной печени, так и при ХГ непосредственно зависят от состояния межклеточного матрикса, причем, синтез его компонентов всегда опережает по времени подготовку клетки к делению, прохождение S-фазы и собственно митоза. Гибель части гепатоцитов, разрастание межклеточной СТ стимулирует пролиферацию гепатоцитов (А.А. Косых, 2002).

Клетки СТ принимают активное участие в регенерации нормальной и патологически измененной печени: лимфоциты (Лф) выполняют морфогенетические функции в организме (А.Г. Бабаева, 1985; 2001), тучные клетки (ТК), выделяя биологически активные вещества, активируют макрофаги (Мф) (В.В. Виноградов, Н.Ф. Воробьева, 1973), КК инициируют пролиферацию гепатоцитов (Д.Н. Маянский, 1980).

По нашим данным при повреждении печени СС14 на стадии ЦП количество КК увеличивается в 6 раз, а ТК - в 13 раз, доля фибробластов в общем

количестве клеток СТ до 22,6% (в норме - 18,7%). После резекции печени количество КК в период максимальной пролиферативной активности гепатоцитов (48 часов) увеличивается в 2 раза по сравнению с предыдущим сроком и лишь незначительно снижается к 30 суткам.

Известно, что на мембране Мф есть рецепторы для цитокинов, вырабатываемых иммунными Лф. Через них Мф воспринимает сигнал от Лф. Через рецепторы к фактору некроза опухолей (TNF) после связывания с лигандом Мф активируется, а через рецептор для IL-10 Мф, наоборот, инактивируется. Есть на Мф и мембранные молекулы для непосредственных межклеточных взаимодействий с Лф (CD-40, B-7, MHC-I/II). Кроме того, у Мф есть специальные системы ферментов, генерирующие образование реакционно-способных свободных радикалов кислорода (супероксид-аниона O₂⁻, синглетного кислорода), а также H₂O₂. Активированные Мф продуцируют цитокины и другие медиаторы (IL-1, IL-6, IL-8, IL-12, TNF-альфа, простагландины, и др.).

Изучение роли свободнорадикальных реакций (СРО), возникающих при облучении печени красным светом низкой интенсивности (600 – 750 нм), в механизмах регенерации печени у крыс с ХГ показало, что облучение вначале усиливает реакции СРО, активирует АОС, а затем подавляет ПОЛ и, тем самым, предохраняет гепатоциты от повреждения, блокируя фиброгенез (А.А. Косых, П.И. Цапок, Е.В. Луценко, С.А. Арасланов, 2004). В печени в этот период наблюдается масса митозов (С.А.Арасланов, 2001). Вероятной причиной этих изменений является индукция активных форм кислорода КК.

Аналогичные результаты получены при изучении влияния озона на печень крыс с ХГ и ЦП. Выявлен его дозозависимый эффект, причем различно в зависимости от степени патологии. При острой интоксикации эффективны более низкие дозы озона. Восстанавливается уровень ДК во всех изучаемых средах и МДА в плазме крови. Однако, уровень МДА в эритроцитах и гомогенате печени не восстанавливается вследствие, вероятно, ингибиции системы АОЗ. При ХГ наиболее эффективной оказалась доза 10 мкг/кг, приводящая к нормализации большинства изучаемых показателей ПОЛ и АОЗ. К 10 суткам сохраняется высокий уровень митотической активности гепатоцитов, восстанавливаются морфологические и биохимические показатели СТ – клеточный состав, доля волокнистых структур и содержание коллагеновых белков в печени.

В литературе имеются данные об активации озоном моноцитов и Лф с последующей индукцией цитокинов, в том числе интерферона и TNF α (Восси V., 1996), который активирует деление гепатоцитов (Webber E.M. et al., 1998), в том числе и после резекции печени (Akerman P.P. et al., 1992).

На основании литературных и собственных данных высказывается гипотеза возможного механизма гистогенеза печени в процессе репаративной регенерации, в которой большое значение придается роли активных форм кислорода, вырабатываемых печеночными Мф.

Мазина Н.К.

ГЕПАТОТРОПНОЕ ДЕЙСТВИЕ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ СУБСТРАТОВ КАК ОТРАЖЕНИЕ ИХ ПОЛИОРГАННОЙ ФАРМАКОДИНАМИКИ

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Современная клиническая практика, как правило, опирается на медикаментозные средства, обладающие максимальной эффективностью и минимальными побочными эффектами. При этом особое внимание уделяется разработке и внедрению препаратов, способных одновременно оказывать благотворное влияние на функции разных органов и систем. В настоящее время преобладают лекарства, относящиеся к ксенобиотикам. Они биотрансформируются в печени, но в большинстве случаев их эффективность ограничена нежелательным действием в силу зависимости от дозы или других факторов. Поэтому современные направления фармакологии связаны с поиском и разработкой полифункциональных препаратов среди природных соединений - участников и регуляторов разных типов метаболизма.

В иерархии звеньев патогенеза многих заболеваний ведущую роль играют нарушения энергетического обмена. При этом функциональная активность печени, обеспечивающей метаболитами и энергетическими субстратами осуществление гомеостатических функций, часто осуществляется в напряженном режиме и впоследствии может нарушаться. Рутинные показатели биохимического анализа крови, характеризующие функциональную активность печени, в таких случаях выступают как весьма чувствительные и информативные параметры-отклики, хотя сама гепатобилиарная система клинически может себя и не проявлять.

Основную продукцию энергии (в виде АТФ, $\Delta\psi$, $\Delta\mu\text{H}^+$ и др.) и регуляцию динамического равновесия между различными путями метаболизма в организме обеспечивают митохондрии (МХ). В настоящее время убедительно показано, что МХ дисфункции являются типовым патологическим процессом. Поэтому разработка способов повышения устойчивости организма к неблагоприятным факторам и ускорение процессов саногенеза через коррекцию функциональной активности МХ легли в основу новой отрасли фармакологии – биоэнергетической фармакологии. Перспективными средствами, обеспечивающими фармакологическую коррекцию МХ, оказались энергетические субстраты янтарная (ЯК), глутаминовая (ГЛУ) и яблочная (МАЛ) кислоты (в виде различных солей и комбинаций). В доклинических и клинических исследованиях была показана эффективность МХ-субстратов в отношении коррекции патологических процессов, связанных с сердечно-сосудистой, нервной, иммунной системой, органами репродуктивной и мочевыделительной системы, а также при некоторых эндокринологических заболеваниях и интоксикациях разного генеза.

До последнего времени экспериментаторы и клиницисты, работающие в этой области экспериментальной и клинической фармакологии, изучали

динамику основных параметров-откликов со стороны конкретных «мишеней», характеризующих однозначно патологический процесс (на биомоделях или на примерах индикаторных нозологий, связанных с гипоксией и энергодефицитом). Однако, ключевая роль энергетического обмена в обеспечении гомеостатических функций, а, следовательно, и печени и ее МХ, позволяет предположить полиорганный характер фармакодинамического действия препаратов на основе МХ-субстратов и необходимость системного подхода к оценке их эффективности. С этих позиций, как в условиях патологии, так и при ее фармакологической коррекции целесообразно «отслеживание» изменчивости активности систем энергообеспечения печени, где локализованы основные процессы детоксикации и биотрансформации. Именно этот орган подвергается наибольшей ксенобиотической нагрузке, поэтому и важна оценка ее функциональной активности во взаимосвязи с активностью МХ и функциями других органов и систем. Это возможно через реализацию системного подхода путем многомерного факторного анализа экспериментальных данных, полученных при одновременном обследовании объектов по множеству показателей, характеризующих функции разных органов и систем.

Ранее в доклинических исследованиях на природных моделях экологически контрастных видов мелких млекопитающих нами было показано, что именно МХ печени адекватно откликаются на воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды. На видовом и популяционном уровне биологической интеграции в энергообеспечении адаптивных реакций преобладает активность системы окисления ЯК, причем наиболее высокая экологическая пластичность животных в неблагоприятных средовых условиях сопряжена с высокой изменчивостью соответствующих кинетических показателей. При экспериментальном воздействии неблагоприятных факторов, МХ аппарат печени был способен трансформировать биоэнергетические процессы, как и в других клетках и тканях (сердце, почки, мышцы, лимфоциты), также по линии адаптивной активизации системы окисления ЯК. Пролонгирование неблагоприятных воздействий тормозило систему ЯК, что коррелировало с накоплением нарушений структурной архитектоники разных тканей и снижением адаптивного статуса организма.

В условиях фармакологической коррекции с участием МХ субстратов ответные реакции МХ печени, как и в других тканях и органах, прежде всего, касаются регуляции системы окисления ЯК и восстановления NAD-зависимого звена дыхательной цепи. Несмотря на пеструю картину изменчивости показателей, обусловленную спецификой энергозапросов органов, результаты факторного анализа указывали на сильные и статистически значимые множественные корреляционные связи энергетического статуса МХ печени со статусом других тканей и органов. При этом на фоне фармакологической защиты структурные изменения в тканях минимизировались, а значения параметров-откликов, отражающих адаптивный ресурс организма, практически не отлича-

лись от интактных животных. Следовательно, МХ аппарат печени представляет собою, во-первых: важный элемент энергетического гомеостаза целостного организма, на уровне которого проявляются воздействия филогенетического и онтогенетического масштаба, во-вторых: специфическую мишень при фармакологической коррекции МХ субстратами различных патологических состояний, связанных с энергодефицитом и гипоксией, в-третьих: именно на его уровне может реализоваться фармакодинамическое взаимодействие энергопротекторов и препаратов базисной терапии вследствие их первичного прохождения при энтеральном введении и/или последующей биотрансформации.

Изучение гомеостатических функций МХ тканей внутренних органов у человека крайне затруднено по техническим и этическим причинам. Однако результаты многочисленных исследований показывают, что ЯК, ГЛУ, МАЛ, как в сигнальных, так и в субстратных дозах (в составе лекарственных средств или биологически активных добавок к пище, правовой статус которых не связан с фармакологической активностью) при комбинациях с препаратами типичной практики влияют на фармакодинамику и фармакокинетику базисных средств при лечении распространенных заболеваний независимо от локализации патологических процессов. Если реализовать системный подход к оценке явления полиорганной энергопротекции через многомерный факторный анализ (в основе которого лежат множественные корреляции) массивов данных, состоящих из значений показателей-откликов (клинических, лабораторных, данных опросников), характеризующих состояние пациентов в группах сравнения до и после медицинского вмешательства, включая рутинный биохимический анализ крови, то, как правило, проявляется высокая информативность отклика со стороны параметров, отражающих функциональное состояние печени. Примечательно, что в ситуациях, сопряженных с высокой лекарственной агрессией, у пациентов, получавших МХ субстраты, изменчивость этих показателей минимизирована, по сравнению с группами традиционного лечения. Но при сопоставлении групп традиционными методами описательной статистики эффекты зачастую маскируются их высокими индивидуальными колебаниями.

Таким образом, дополнительное введение МХ субстратов (ЯК, ГЛУ, МАЛ) в схемы традиционной фармакотерапии ведет к оптимизирующему фармакодинамическому и фармакокинетическому взаимодействию с базисными препаратами. Процесс реализуется не только на уровне систем энергопродукции тканей и органов, вовлеченных в патологический процесс, но и в МХ печени, как органе, играющем ключевую роль в метаболическом обеспечении гомеостатических функций (что закреплено филогенетически) и в реализации фармакологического действия многих медикаментозных средств, являющихся ксенобиотиками.

Мингазов Р.С., Янгиров И.В., Муслимов С.А.,
Мушина Л.А., Батанов А.Н.
**ВЛИЯНИЕ ФЕТАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ПЕЧЕНИ
И БИОМАТЕРИАЛА АЛЛОПЛАНТ
НА РЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ
ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ
ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ**

*Башкирский государственный медицинский
университет, г. Уфа*

В настоящее время вопросы патогенеза, диагностики и лечения диффузных заболеваний печени остаются одними из актуальных в медицине, как ввиду сложности диагностики и выбора оптимальных методов лечения, так и вследствие тенденции к росту количества больных этими заболеваниями (Нартайлаков М.А. и соавт., 2002).

Появление малоинвазивных методов их лечения (внутрипеченочное введение аллогенного биоматериала Аллоплант) (Мингазов Р.С., 1999; Мушина Л.А., 1999; Павлов В.Н. и соавт., 2000; Муслимов С.А., 2001), развитие клеточных технологий создали серьезные научные предпосылки в этой области. Поиск новых методов лечения дегенеративных поражений печени натолкнул нас на идею сочетанного применения аллогенного биоматериала Аллоплант и трансплантации фетальной ткани печени, так как разные механизмы стимулирующего воздействия на ее регенерацию могут привести к потенцированию эффекта в органе с тяжелыми функциональными нарушениями.

Цель работы: Исследование регенераторных процессов в печени при воздействии фетальных и биологических материалов на экспериментальной модели цирроза печени.

Материалы и методы: Нами проведены эксперименты на 150 белых крысах линии Вистар ($m=250-300$ гр.). В начале эксперимента для определения нормальных (исходных) величин изучаемых показателей исследовали 6 здоровых крыс, составивших 1-ю группу.

Модель цирроза была получена путем длительного введения внутривенно гепатотропного яда – тетрахлорметана в течение 3 месяцев (2-я опытная группа животных) по схеме (Шалимов С. А., Радзиховский А. П., 1989; Мингазов Р.С., 1998). Летальность составила 19,4 %. Отмечено снижение массы тела у каждой особи в среднем на $45 \pm 9,7$ гр.

Для изучения активности репаративных процессов крыс с циррозом печени разделили на группы: 3-я группа – без каких-либо терапевтических воздействий; 4-я группа – лапаротомия с резекцией части печени; 5-я группа – лапаротомия со стимуляцией регенерации печени аллогенным биоматериалом Аллоплант; 6-я группа – с трансплантацией фетальной ткани; 7-я группа – лапаротомия с сочетанным применением биоматериала Аллоплант и трансплантацией фетальной ткани.

Стимуляцию регенерации биоматериалом Аллоплант проводили по следующей методике: под эфирным наркозом из лапаротомного доступа в каждую долю вводили по 0,1-0,2 мл суспензии биоматериала крыс, который заготавливался в Всероссийском

центре глазной и пластической хирургии (г. Уфа) в соответствии с требованиями ТУ 42-2-537-2002.

Для стимуляции репаративных процессов трансплантацией фетальной ткани использовали печень 19-ти дневных эмбрионов крыс, заготовленного в Челябинском Биомедицинском центре (лицензия ЛАКО Челябинской области № 435). Трансплантацию проводили предбрюшинно инъекцией 1 мл. суспензии (3×10^5 ядросодержащих клеток).

В процессе эксперимента оценку состояния крыс проводили на основании макроскопических признаков (выпадение волос, гиподинамия, желтушность кожных покровов, изменение массы тела, визуальный осмотр печени при оперативных вмешательствах), изменений биохимических показателей сыворотки крови и данных световой и электронной микроскопии.

Животные выводились из опыта на 7, 14, 21, 30, 90, 180 сутки после операции. Препараты для гистологического исследования готовили по стандартной методике, гистологические срезы окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону и по Маллори. Результаты оценивали по воспалительно-клеточной инфильтрации паренхимы, степени некроза печеночных клеток, фиброза, гипертрофии, гиперплазии ядер, дистрофии гепатоцитов, пролиферации эпителия желчных протоков.

Результаты: В *первой группе* наблюдали гистологическую структуру печени крысы в норме. Во *второй группе* цирроз печени был подтвержден к концу 3-го месяца интоксикации визуальным осмотром брюшной полости и гистологическим исследованием печени. При гистологическом исследовании наблюдалась белковая и жировая дистрофия печеночных клеток, потеря балочной структуры паренхимы печени, интенсивное разрастание соединительной ткани вокруг портальных трактов, узловая трансформация паренхимы печени с формированием ложных долек, ложные дольки разделены фиброзными септами. Отмечалось образование шунтирующих сосудов в соединительнотканых прослойках.

У крыс контрольной *третьей группы*, выведенных из эксперимента в разные сроки после прекращения действия тетрахлорметана, гистологическая и электронно-микроскопическая картина соответствовала вышеописанной картине цирротически измененной печени. У них выявлялся монолобулярный цирроз с образованием ложных долек и прорастанием шунтирующих сосудов в соединительнотканых прослойках между ложными дольками.

При гистологическом исследовании экспериментального материала в *четвертой группе* после частичной резекции печени крыс в паренхиме возникали репаративно-восстановительные процессы, выражающиеся в активации макрофагов и последующей гипертрофии и гиперплазии гепатоцитов. Значительным и основным фактором в восстановлении паренхимы являлась полиплоидия печеночных клеток, выражающаяся в увеличении размеров ядер гепатоцитов и гипертрофия самих клеток. Соединительнотканые тяжи между печеночными дольками исчезали не полностью.

В *пятой группе* опытов после введения аллогенного биоматериала Аллоплант в цирротически измененную печень крыс в паренхиме на 21-30 сутки возникают репаративно-восстановительные процессы, выражающиеся в увеличении количества и стимуляции активности печеночных макрофагов, а также в интенсивной пролиферации гепатоцитов. Все эти слагаемые приводят к инволюции цирротической соединительной ткани и через 180 суток – к восстановлению структуры печени, хотя местами сохранялись признаки некоторой атипичности паренхимы в виде эксцентричного расположения центральных вен или их присутствия в количестве двух.

Результаты морфологического исследования печени крыс в *шестой группе* после предбрюшинного введения фетальной ткани при экспериментальном циррозе в паренхиме печени возникали репаративно-восстановительные процессы, выражающиеся главным образом в гипертрофии и гиперплазии гепатоцитов. Значительным и основным фактором в восстановлении паренхимы являлась полиплоидия печеночных клеток, выражающаяся в увеличении размеров ядер гепатоцитов и гипертрофии самих клеток. Соединительнотканые тяжи между печеночными дольками к концу эксперимента исчезали не полностью, что свидетельствовало о частичном восстановлении структуры печени.

В *седьмой группе* после введения в цирротически измененную печень диспергированного биоматериала Аллоплант и предбрюшинной имплантации фетальной ткани в паренхиме печени возникали репаративно-восстановительные процессы, выражающиеся как в интенсивной пролиферации гепатоцитов, так и в гипертрофии и полиплоидизации ядер гепатоцитов. Гипертрофия и полиплоидизация ядер гепатоцитов преобладали в начальные сроки экспериментов (7-14 суток). В дальнейшие сроки превалировали процессы пролиферации печеночных клеток. Стимуляция регенерации печени Аллоплантом и фетальными тканями приводит к активации печеночных макрофагов, которые резорбируют коллагеновые волокна, в результате чего цирротическая соединительная ткань между печеночными дольками подвергается инволюции. Через 180 суток структура печени крыс восстанавливается полностью.

По окончании введения тетрахлорметана у крыс выявлено повышение в периферической крови уровня общего билирубина и активности аминотрансфераз сыворотки крови. Темп нормализации показателей холестаза и цитолиза был выше в седьмой группе, и достоверно отличается от остальных групп в ранние сроки (7-30 сутки).

Выводы: Таким образом, на основании сравнительного анализа результатов хирургической стимуляции регенерации печени при экспериментальном циррозе показано, что при сочетанном применении биоматериала Аллоплант и фетальных тканей достигается наиболее полная инволюция цирротических изменений.

Молоковский Д.С., Войтенков Б.О., Дьячук Г.И., Михалева И.Н.

ВЛИЯНИЕ СИНТЕТИЧЕСКОГО ФРАГМЕНТА ИНТЕРЛЕЙКИНА-2 ЧЕЛОВЕКА НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ НАРУШЕННОЙ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ГЕПАТИТАХ

Санкт-Петербургская государственная академия им.

И.И.Мечникова, СПб Институт

биоорганической химии им. М.М. Шемякина -

Ю.А. Овчинникова РАН, Москва

Ранее нами показано, что модифицированный 14-членный олигопептид последовательности 59-72 интерлейкина-2 человека, одного из важнейших медиаторов иммунной системы, обладает высокой и специфической способностью модулировать активность макрофагов (МФ): избирательно усиливать их рост-стимулирующую активность и подавлять цитотоксическую гиперактивацию (патент РФ № 94023808/04 от 23.06.1994; Mikhaleva I.I. et al, 1995).

Учитывая определяющую роль иммунной системы и ее МФ компонента в течении и исходе вирусных и токсических гепатитов, мы изучили влияние данного олигопептида (далее С1-6) на восстановление нарушенной детоксикационной функции печени при экспериментальных токсических гепатитах, вызванных введением тетрахлорметана и галактозамина.

Эксперименты выполнены на мышах линий SHR массой 22-25 г, разводки питомника Рапполово. Гепатотоксин тетрахлорметан вводили мышам однократно, подкожно (в шейную кожную складку), в дозе 5 мл/кг массы животного в виде 50% раствора в подсолнечном масле, а галактозамин вводили животным внутривентриально, 2-хкратно, один раз в день, в дозе 1000 мг/кг массы животного.

Олигопептид С1-6 вводили мышам внутривентриально в 0,2 мл физ. раствора, 3-хкратно, один раз в день, в дозах 0,025 мкг/кг, 0,25 мкг/кг, 2,5 мкг/кг, 12,5 мкг/кг и 62,5 мкг/кг при тетрахлорметановом гепатите, и в дозе 2,5 мкг/кг – при галактозаминоном гепатите. В качестве препарата сравнения использовали эссенциале, который вводили животным внутривентриально, 3-хкратно один раз в день, в дозе 100 мг/кг. Введение препаратов начинали через 36 час после применения гепатотоксинов.

Критерием оценки состояния детоксикационной функции печени служил барбитуратовый тест (Макаров В.Г. и др., 1999; Небольсин В.Е. и др., 2001). Барбитурат – тиопентал натрия – вводили подопытным мышам в дозе 30 мкг/кг внутривенно, в латеральную хвостовую вену. О длительности наркотического сна судили по продолжительности бокового положения животных.

При тетрахлорметановом гепатите наблюдали выраженное нарушение детоксикационной функции печени: длительность тиопенталового наркотического сна у животных контрольной группы достоверно увеличилась в 11,1 раза ($P < 0,05$) по сравнению со значением этого показателя у интактных мышей (табл.1). В этих экспериментах лечебная активность олигопептида С1-6 в отношении нарушенной де-

токсикационной функции печени (в пределах доз 0,025 мкг/кг - 2,5 мкг/кг) носила отчетливый дозозависимый характер: увеличенная длительность тиопенталового наркотического сна у мышей с тетрахлорметановым гепатитом при применении С1-6 прогredientно снижалась, начиная с дозы 0,25 мкг/кг ($P < 0,05$). Максимально выраженный эффект С1-6 наблюдали при применении олигопептида в дозе 2,5 мкг/кг. При дальнейшем увеличении дозы олигопептида (12,5 мкг/кг и 62,5 мкг/кг) проявлялся «эффект насыщения»: дальнейшего изменения продолжительности тиопенталового наркотического сна (по сравнению с дозой 2,5 мкг/кг) не происходило.

Следует отметить, что олигопептид С1-6 (начиная с дозы 0,5 мкг/кг) по своей способности восстанавливать нарушенную детоксикационную функцию печени достоверно превосходил классический гепатопротектор эссенциале ($P < 0,05$).

При галактозаминоном гепатите длительность тиопенталового наркотического сна у подопытных мышей была достоверно повышена в 20,1 раза по сравнению со значением этого показателя у интакт-

ных животных. Введение олигопептида С1-6 (в дозе 2,5 мкг/кг, трехкратно, один раз в день) привело к снижению данного показателя в 4,7 раза ($P < 0,05$). При применении гепатопротектора эссенциале длительность тиопенталового наркотического сна у подопытных мышей с галактозаминоном гепатитом была также достоверно снижена по сравнению с контролем и составляла $26,5 \pm 3,9$ мин ($P < 0,05$).

Мы полагаем, что биологическая активность олигопептида С1-6 при экспериментальных гепатитах опосредуется через иммунную систему, в частности через ее МФ звено, и является следствием выявленной специфической способности данного олигопептида подавлять цитотоксическую гиперактивацию и усиливать рост-стимулирующую активность МФ. Олигопептид С1-6 в наших экспериментах по своей способности восстанавливать нарушенную детоксикационную функцию печени в 1,9 – 2,6 раза достоверно превосходил классический гепатопротектор эссенциале. Обсуждаются возможные механизмы выявленной активности и перспективы внедрения олигопептида С1-6 в клиническую практику.

Таблица 1

Влияние олигопептида С1-6 на длительность тиопенталового наркотического сна у мышей с токсическим гепатитом, вызванным тетрахлорметаном и галактозамином

Показатели Препараты/дозы	Длительность тиопенталового наркотического сна, мин.	
	Введение тетрахлорметана	Введение галактозамина
Интakтные животные	3,2±0,1	
Контроль	35,1±5,6	64,3±7,4
С1-6 (0,025 мкг/кг)	22,9±5,2	-
С1-6 (0,25 мкг/кг)	15,3±3,6*	-
С1-6 (0,5 мкг/кг)	12,6±2,1*	-
С1-6 (2,5 мкг/кг)	8,1±1,7**	13,7±2,1**
С1-6 (12,5 мкг/кг)	9,9±1,7**	-
С1-6 (62,5 мкг/кг)	7,4±0,9**	-
Эссенциале (100 мг/кг)	18,9±3,3*	26,5±3,9*

- Примечания: 1. * - $P < 0,05$ по сравнению с контролем (по критерию Стьюдента -t);
2. * - $P < 0,05$ по сравнению с группой животных, получавших эссенциале (по критерию t);
3. В каждой группе использовали 13 – 16 животных.

Молоковский Д.С., Дьячук Г.И.
**ВЛИЯНИЕ БИОКУЛЬТУРАЛЬНЫХ
 ПРЕПАРАТОВ ЖЕНЬШЕНЯ
 НА ЭНДОКРИННЫЙ БАЛАНС
 И ТОЛЕРАНТНОСТЬ ОРГАНИЗМА К
 ГЛЮКОЗЕ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ
 ГЕПАТИТЕ, ВЫЗВАННОМ
 ТЕТРАХЛОРМЕТАНОМ**

Санкт-Петербургская государственная академия
 им. И.И.Мечникова, СПб

При вирусных и токсических гепатитах эндокринный баланс организма в значительной степени изменен, что приводит к различным метаболическим и функциональным осложнениям (Подымова С.Д., 1997; Соренсен С.Н., 1998). У больных хроническими гепатитами содержание в крови кортикостероидов, эстрогенов и инсулина повышено, а сахарный диабет и нарушение толерантности к глюкозе встречается в 5 – 10 раз чаще, чем в популяции (Огороков А.Н., 1984; Подымова С.Д., 1997; Sherlock and Dooley, 1997). Соотношение T_3/T_4 в крови при хронических гепатитах снижено, а при циррозах различной этиологии повышается (Колесникова Е.В., 1999; Kabadi and Premachandra, 1983; Itoh et al, 1985). Причины и механизмы нарушения эндокринного баланса организма при гепатитах до конца не выяснены, а методы фармакотерапии требуют дальнейшей разработки.

Цель данной работы – изучить влияние биокультуральных препаратов женьшеня на содержание в крови кортикостерона (КС), альдостерона (АС), тироксина (T_4), трийодтиронина (T_3) и инсулина, а также на толерантность к глюкозе при экспериментальном гепатите, вызванном тетрахлорметаном.

Эксперименты выполнены на крысах-самцах линии ЛИО массой 180 – 200 г. Гепатотоксин тетрахлорметан вводили крысам однократно, подкожно (в шейную кожную складку) в дозе 5 мл/кг массы животного в виде 50% раствора в подсолнечном масле.

В экспериментах использовали биокультуральные препараты женьшеня: официальные настойки Биоженьшень и Панаксел, а также новый биокультуральный препарат женьшеня – настойку LX-5. Препараты женьшеня предварительно деалкоголизировали и вводили животным внутрь, один раз в день в дозе 0,75 мл на 100 г массы животного, начиная через 24 ч после инъекции тетрахлорметана в течение 7 суток.

Содержание в сыворотке крови КС, АС, тиреоидных гормонов и инсулина определяли методом иммунолюминесцентного анализа на анализаторе Magic Lite Analyzer II с использованием наборов Ciba Corning Diagnostic Corporation.

Глюкозотолерантный тест (ГТТ) проводили в «упрощенном» варианте, согласно рекомендациям ВОЗ (WHO Expert Committee on Diabetes Mellitus, 1980) - с однократным определением содержания глюкозы в крови. Глюкозу крысам вводили внутрь в дозе 5 г/кг массы тела в виде 20% раствора. Содержание глюкозы в сыворотке крови у крыс определяли через 45 мин после ее введения, с использованием глюкозооксидазного метода.

На 8-ой день после инъекции тетрахлорметана содержание КС и АС в сыворотке крови подопытных крыс с экспериментальным гепатитом было достоверно повышено соответственно в 1,3 и 2,1 раза (табл. 1), что является, очевидно, следствием нарушения метаболизма этих гормонов в печени. Уровень T_4 и инсулина у подопытных крыс практически соответствовало значениям этих показателей у интактных животных, а содержание T_3 было достоверно снижено на 25,3% ($P < 0,05$).

Настойки Биоженьшень, Панаксел и LX-5 практически нормализовали уровень КС, АС и T_3 у крыс с экспериментальным гепатитом, повысили содержание инсулина в сыворотке крови на 57,7%; 41,6% и 35,9%, а содержание T_4 – на 48,2%; 72,9% и 74,3% соответственно ($P < 0,05$).

Таблица 1

Влияние биокультуральных препаратов женьшеня на содержание кортикостерона (КС), альдостерона (АС), тироксина (T_4), трийодтиронина (T_3) и инсулина в сыворотке крови крыс с экспериментальным гепатитом, вызванным тетрахлорметаном

Показатели	КС сыворотки, нг/мл	АС сыворотки, пг/мл	T_4 сыворотки, нмоль/л	T_3 сыворотки, нмоль/л	Инсулин сыворотки, мкед/мл
Препараты					
Интактные животные	158,8 ± 6,7	81,6 ± 8,3	34,4 ± 2,6	0,75 ± 0,03	35,5 ± 3,2
Введение тетрахлорметана					
Контроль	209,2 ± 15,4*	170,7 ± 26,5*	31,1 ± 2,9	0,56 ± 0,06*	34,3 ± 5,9
Биоженьшень	154,2 ± 10,4**	84,2 ± 15,2**	46,1 ± 2,7**	0,87 ± 0,07**	54,1 ± 6,4**
Панаксел	151,1 ± 11,5**	94,2 ± 13,5**	53,8 ± 5,7**	0,86 ± 0,07**	48,6 ± 5,5**
LX-5	132,9 ± 9,8**	82,7 ± 13,7**	54,2 ± 4,9**	0,91 ± 0,08**	46,3 ± 4,8**

Примечания: 1.*- $P < 0,05$ по сравнению с контролем по критерию Стьюдента (t);

** - $P < 0,05$ по сравнению с контролем по критерию t;

2. В каждой группе использовали 14 – 18 животных.

Нормализация уровня стероидных гормонов у крыс с экспериментальным гепатитом при введении различных биокультуральных препаратов женьшеня является, очевидно, следствием показанного нами восстановления нарушенной тетрахлорметаном функциональной активности микросомальных метаболизирующих систем гепатоцитов (Молоковский Д.С. и др., 1990, 2001).

Повышение содержания тиреоидных гормонов и инсулина в сыворотке крови у животных, находящихся в условиях относительного функционального покоя, при применении биокультуральных препаратов женьшеня было описано нами ранее (Молоковский Д.С. и др., 1992, 2003).

При проведении ГТТ у крыс с экспериментальным гепатитом, вызванным тетрахлорметаном, на 8-ой день после инъекции гепатотоксина толерантность к глюкозе в контрольной группе подопытных животных была существенно нарушена: содержание глюкозы в сыворотке крови при проведении ГТТ было достоверно повышено до 11,6 ммоль/л, т.е. на 45,0% по сравнению со значением данного показателя у интактных животных (8,0 ммоль/л). Нарушение толерантности к глюкозе при гепатитах различного генеза, наблюдаемое на фоне отсутствия изменения или даже повышения содержания инсулина в крови, связывают с увеличением инсулинрезистентности периферических тканей (Молекулярная эндокринология, 2003).

Настойки Биоженьшень, Панаксел и LX-5 снижали повышенное содержание глюкозы в сыворотке крови у крыс с экспериментальным гепатитом на 29,9%; 29,7% и 32,3% ($P < 0,05$ по сравнению с контрольной группой). Таким образом, биокультуральные препараты женьшеня предотвращают развитие нарушения толерантности к глюкозе при экспериментальном гепатите, очевидно, за счет выявленной выраженной инсулиногенной активности изученных препаратов.

Обсуждаются механизмы нарушения эндокринного баланса организма при гепатитах различного генеза, а также перспективы применения официальных биокультуральных препаратов женьшеня в комплексной терапии и реабилитации при острых и хронических гепатитах у больных с сопутствующей эндокринной патологией.

Перминов А.С., Помаскин О.Б., Иванов С.В.

ВЛИЯНИЕ ОЗОНИРОВАНИЯ НА СОЕДИНИТЕЛЬНУЮ ТКАНЬ ПЕЧЕНИ МЫШЕЙ ЛИНИИ АКР

Коми филиал Кировской государственной медицинской академии, г. Сыктывкар

Цель исследования: качественная и количественная оценка влияния озонирования на соединительную ткань печени мышей линии АКР.

Материал и методы: в качестве объекта исследований выбрана линия инбредных мышей АКР, дающих самую высокую частоту спонтанных лейкозов. Для ускорения процесса развития лейкоза был применен метод перевиваемого лейкоза. В эксперименте применялся метод озонирования, путем внутрибрюшинного однократного и многократного введения озонированного физиологического раствора, полученного путем медленного электрического разряда на аппарате «Озон-6» в терапевтической дозировке (0,047

мг/кг). Животные выводились из эксперимента путем декапитации на высоте эфирного наркоза. Гистологические срезы печени окрашивались гематоксилином и эозином, а также по Ван Гизону. Морфометрия полутонких срезов органа проводилась на оптико-компьютерном комплексе «Интеграл – 2ТМ» и с помощью окулярной сетки. Числовые данные обрабатывались методами вариационной статистики с использованием корреляционного анализа.

Полученные результаты. Установлено, что после перевивки лейкозными клетками контрольных групп мышей АКР с 1 по 8 дни эксперимента наблюдается устойчивый рост относительного и абсолютного содержания соединительнотканых элементов печени от 37,3% до 39,6%. Установлена также достоверная ($P < 0,01$) корреляционная связь ($R = +0,987$) между нарастанием соединительнотканых структур и увеличением числа лимфоцитов в эти сроки.

При однократном введении озонированного физиологического раствора наблюдается достоверное ($P < 0,05$) снижение содержания соединительной ткани с 38,2 до 24,3%. После многократного введения озона также отмечается статистически значимое ($P < 0,05$) снижение волокнистых структур в печени до 20,9% против 38,8% в контроле.

Заключение. Соединительная ткань в печени при лейкозе интенсивно разрастается в зоне blastной инфильтрации в направлении от перипортальных отделов к перицентральному, причем развитие фиброза прямо пропорционально интенсивности blastной инфильтрации органа. После озонирования относительное и абсолютное содержание соединительнотканых структур печени уменьшается по сравнению с контролем: при однократном введении озона – до 24,3% ($P < 0,05$), а при многократном – до 20,9% ($P < 0,05$). Что аргументирует применение озонотерапии в комплексном лечении гемобластозов.

Помаскин О.Б., Иванов С.В., Перминов А.С.

ВЛИЯНИЕ ОЗОНИРОВАНИЯ НА СОДЕРЖАНИЕ ГЛИКОГЕНА В ГЕПАТОЦИТАХ И ЛИМФОБЛАСТАХ В ПЕЧЕНИ МЫШЕЙ ЛИНИИ АКР

Коми филиал Кировской государственной медицинской академии, г. Сыктывкар

Цель исследования – количественная оценка влияния озона на содержание гликогена в гепатоцитах и лейкозных blastных клетках мышей линии АКР. Особенностью мышей этой лейкозной линии является повышенная чувствительность к озону вследствие врожденного дефицита тирозиназы и пероксидазы.

Материал и методы: материалом исследования послужили 10 интактных линейных мышей (контроль), 20 мышей после двух пассажей, которым ежедневно в течение 10 суток внутрибрюшинно вводился озонированный физиологический раствор в объеме 0,5 мл (эксперимент). Из эксперимента животные выводились на высоте эфирного наркоза путем декапитации. Образцы печени окрашивались на гликоген по Шабдашу и Беста, а также с использованием ШИК-реакции. Содержание гликогена в клетках оценивалось при помощи оптико-компьютерной системы «Видеотест». Числовые данные обрабатывались методами вариационной статистики.

Полученные результаты. Установлено, что в контрольной группе мышей наблюдается семикратное достоверное ($P < 0,001$) снижение количества гликогена в гепатоцитах от 1 к 8 дню эксперимента. Его исчезновение происходит параллельно развитию лейкоза во всех отделах печеночной долики, начиная от перипортальных отделов, заканчивая периферическими. В экспериментальных группах снижение содержания гликогена в гепатоцитах в те же сроки менее выражено - примерно в 3 раза. К пятому и восьмому дню гликоген исчезает в области массивной blastной инфильтрации, которая визуализируется в перипортальной зоне. В периферических отделах гликоген еще остается. Таким образом, озонирование стимулирует энергосберегающую функцию гепатоцитов, сохраняя гликоген в клетках при развитии лейкоза.

В контрольных группах мышей гликоген в лимфообластах вишневого окраски, наблюдается рост его содержания с развитием лейкозной инфильтрации почти на 50%. В экспериментальных группах налицо обратный процесс. Регистрируется резкий (в 12 раз!) и достоверный ($P < 0,001$) спад содержания гликогена в blastах с одновременным снижением лейкозной инфильтрации. Таким образом, озон разрушает лейкозные клетки, уменьшая энергетический потенциал лимфобластов.

Заключение. Озонирование характеризуется энергосберегающим эффектом по отношению к гепатоцитам и цитотоксическим – по отношению к лимфообластам. Что аргументирует использование озонирования в комплексной терапии острых лейкозов.

Резцов О.В., Карцев А.В., Распутин П.Г.
**МОРФОЛОГИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ
 СОСУДОВ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ
 ПРЕДЕЛЬНО БОЛЬШИХ РЕЗЕКЦИЙ
 И ЛИМФОСТИМУЛЯЦИИ
 В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Большие и предельно большие резекции печени широко используются для хирургического лечения очаговых поражений печени. Серьезной проблемой после резекций печени является последующее функционально-морфологическое восстановление органа. Установлено, что, регенерационные процессы в печени способствуют лизису соединительной ткани. Однако, послеоперационный цирроз печени выявляется у 10-18% больных (Журавлев В.А., 1986, Вишневский Б.А. и соавт. 1993, Усов Д.В. 1994).

Цель исследования: выявить в динамике особенности структуры печени и ее лимфатических сосудов после предельно больших резекций печени в условиях лимфостимуляции.

Материал и методы: Эксперименты проведены на нелинейных крысах-самцах. Внутриорганные лимфатические сосуды печени исследовали у здоровых животных (1 группа-«норма»). Под эфирным наркозом удаляли 2/3 печени – животные 2 и 3 групп. В 1 группе у здоровых животных изучали внутриорганные строение и распределение лимфатических сосудов. Во 2 группе выявили реакцию и структурные осо-

бенности печени и лимфатических сосудов регенерата и оставшихся долей печени. В 3 группе животным подкожно один раз в 10 дней делали инъекцию химического лимфостимулятора (метилэргометрин) и подвергали аналогичному анализу. Исследовали структуру печени и регенерата через 1, 3 и 6 месяцев морфологическими методами (макроскопическая оценка, инъекции кровеносных сосудов тушью, лимфатические капилляры выявляли синей массой Герота, просветляли препараты по методу Жданова, микроскопическое и электронномикроскопическое исследование). Гистологические срезы окрашивали гематоксилин-эозином, где морфометрически определяли процент регенерации по количеству двуядерных гепатоцитов. Ультразвуковые данные в данной работе не публикуются.

Результаты и их обсуждение: В 1 группе животных печень имеет выраженный дольковый рисунок. При микроскопии обнаруживаются среди большого количества гепатоцитов единичные звездчатые ретикулоэндотелиоциты. В соединительной ткани печени находятся лимфатические сосуды, которые формируют внутриорганные поверхностную и глубокую сеть, анастомозирующие друг с другом. Поверхностная лимфатическая сеть однослойная с петлями округлой и овальной формы располагается в подсерозной основе и фиброзной оболочке диафрагмальной и висцеральной поверхности печени. Лимфатические капилляры тонкие с ровными контурами стенок, на месте их соединения часто образуются лакуны. Лимфатические капилляры поверхностной сети соединяются и образуют лимфатические сосуды, которые направляются к воротам печени, связкам и местам прикрепления связок печени, вглубь печени по междольковой соединительной ткани. Глубокая лимфатическая сеть сопровождает ветви печеночной артерии, воротной и печеночной вены, желчных протоков. Лимфатические капилляры начинаются вблизи гепатоцитов, имеют ровные контуры стенок, анастомозируют друг с другом, образуют вокруг вен сети с вытянутыми вдоль сосудов петлями. На крупных ветвях воротной и печеночной вен они продолжают в широкие лимфатические сосуды, которые также анастомозируют друг с другом. Глубокие лимфатические сосуды направляются к воротам печени и в соединительную ткань вокруг нижней полой вены, анастомозируют с поверхностными отводящими лимфатическими сосудами.

Во 2 группе после резекции на всех сроках исследования имеются спайки с желудком, кишечником и диафрагмой – 80% случаев. В 1 и 3 месяца выявляется выраженный дольковый рисунок больших размеров, а в 6 месяцев этого уже не наблюдается. На всех сроках имеется одиночный регенерат. В 3 группе на сроке в 1 месяц спаечный процесс выражен в 50% случаев. На поверхности печени четко выражен дольковый рисунок больших размеров. Имеется одиночный регенерат. В 3 и 6 месяцев спаечный процесс выражен в 20% случаев. Дольковый рисунок не изменен по отношению к норме. Имеется одиночный регенерат. В 3 месяца в 20% случаев в области ворот печени имеется «почка» регенерата (0,3 x 0,3 см). в 6 месяцев в 83% случаев имеются одна или две «почки» регенерата размером 0,3 x 0,5 см в области ворот печени.

Группа	Размеры печени в см	Месяцы		
		1	3	6
2	Оставшиеся доли	2,0 x 2,0	2,5 x 2,5	2,5 x 3,0
	Регенерат	1,0 x 1,0	2,0 x 2,0	2,0 x 2,0
3	Оставшиеся доли	2,0 x 2,0	2,5 x 3,0	3,0 x 3,0
	Регенерат	1,5 x 1,5	2,0 x 2,5	2,5 x 2,5

На просветленных препаратах у животных в 1 месяц в глубине печени лимфатические капилляры образуют сети с петлями неправильной, многоугольной формы вокруг артерий и вен портальных трактов. В 3 месяца вокруг сосудов хорошо выявляется соединительная ткань, в которой беспорядочно располагаются множество слепых булавовидных выростов лимфатических капилляров. Лимфатические капилляры широкие, их стенка проницаема для инъекционной массы, краска местами выходит в окружающую соединительную ткань. К 6 месяцам ширина лимфатических капилляров уменьшается до нормальных размеров.

В 3 группе в 1 месяц лимфатические капилляры широкие, в 3 месяца ширина их уменьшается до нормальных размеров. Хорошо выявляются лимфатические сосуды, расположенные вблизи артерий и вен в портальных трактов. В 6 месяцев ширина лимфатических капилляров не изменена, отчетливо выявляются глубокие лимфатические сосуды.

Во 2 группе при микроскопии срезов печени, окрашенных гематоксилин-эозином, сроком в 1 месяц отмечается что, гепатоциты увеличены, их ядра крупные. Сосуды полнокровны. Появляются молодые гепатоциты с крупными ядрами фиолетового цвета, цитоплазма базофильна. Увеличивается число двуядерных гепатоцитов. В 3 месяца гепатоциты крупных размеров, ядра бледно-фиолетового цвета, цитоплазма

базофильная, у некоторых животных местами расширены портальные зоны, в которых отмечается диффузное разрастание соединительной ткани. Вокруг сосудов портальных зон выявляется лимфоидно-клеточная инфильтрация, больше определяется звездчатых ретикулоэндотелиоцитов и двуядерных гепатоцитов. К 6 месяцам гепатоциты уменьшаются до нормальных размеров, ядра бледно-фиолетового цвета, цитоплазма лилово-розового цвета. У отдельных животных вокруг сосудов портальных зон – лимфоидноклеточная инфильтрация. Встречаются островки звездчатых ретикулоэндотелиоцитов, число которых увеличивается. Количество двуядерных гепатоцитов уменьшается. В 3 группе на микропрепаратах, окрашенных гематокселин-эозином, сроком в 1 месяц определяются крупные гепатоциты, цитоплазма базофильна, ядра ярко-фиолетового цвета. Появляется много молодых гепатоцитов, много двуядерных гепатоцитов. В 3 и 6 месяцев гепатоциты увеличены, цитоплазма базофильная, ядра большие хромофильные. Полнокровия сосудов не наблюдается. Нет разрастания соединительной ткани в портальных зонах. Отсутствует лимфоидноклеточная инфильтрация вокруг сосудов портальных зон. Островков ретикулоэндотелиальных клеток не обнаружено. Количество двуядерных гепатоцитов к 3 месяцам увеличивается, а к 6 месяцам уменьшается.

Заключение: Во 2 группе животных при регенерации печени увеличивается число и диаметр лимфатических капилляров на фоне разрастания соединительной ткани, что способствует усилению лимфодренажа. Аналогичную перестройку лимфатических капилляров отмечают М.А.Долгова (1952), М.В.Викалюк (1964) и А.В.Краев (1966) при циррозе печени. Введение лимфостимулятора 3 группе животных вызывает усиление оттока лимфы из печени, при этом не изменяется число лимфатических сосудов и не выявляется диффузное разрастание соединительной ткани в портальных зонах. При изучении микропрепаратов мы отмечаем, что с 1 по 3 месяц происходит увеличение числа двуядерных гепатоцитов, что соответствует данным З.А.Рябининой (1984) и Д.В.Усова (1966, 1994). Мы считаем, что с 3 месяцев у некоторых животных 2 группы появляются признаки воспаления печени, т.к. выявляется лимфоидно-клеточная инфильтрация вокруг сосудов портальных зон и мелкие очаги звездчатых ретикулоэндотелиоцитов. Такие же данные получили Х.Мансуров и С.Н.Кутчак (1964) в эксперименте на крысах. Мы отмечаем, что в эксперименте в структуре печени после резекции и в реге-

нерате лимфатические сосуды реагируют однотипно, участвуют в компенсации возникших нарушений.

Следовательно, во 2 группе животных после предельно больших резекций в динамике наблюдается восстановление структуры печени с последующим замедлением регенерации и более интенсивное развитие соединительной ткани на фоне усиления дренажных функций лимфатического русла. В 3 группе животных после предельно больших резекций и лимфостимуляции наблюдается восстановление печени в результате клеточного деления, внутриклеточной гипертрофии на фоне замедленного роста соединительной ткани. После резекции воспалительный процесс у отдельных животных является основной патогенетической причиной структурных нарушений в печени, что способствует диффузному развитию соединительной ткани. Химическая лимфостимуляция тормозит воспалительный процесс и блокирует развитие цирроза.

Раздел 2. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Арямкина О.Л., Варганова Д.Л., Горбунов В.И.,
Климова Н.Н.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В

Ульяновский государственный университет, Ульяновск

Последние десятилетия при различных заболеваниях активно изучаются не только клинические аспекты при различной патологии, но и вопросы самооценки больными своего состояния. В этой связи разработаны и внедрены методы оценки состояния пациентов по адаптированным опросникам – SF-36, ВОЗ-100.

Целью настоящей работы было выявить наиболее важные и значимые субъективные изменения с позиций больного.

Материалы и методы. Изучены параметры качества жизни (КЖ) по опроснику ВОЗКЖ-100 у 65 больных хроническим вирусным гепатитом В (ХГВ). Контрольную группу составили 47 человек сопоставимых по полу и возрасту, не предъявляющих в течение 2-3-х лет каких либо жалоб. Использовали критерии стандартных 24 шкал с балльной оценкой, включающие в себя сферы физическую, психологическую, духовную, уровень независимости, социальные отношения, окружающую среду.

Полученные результаты. Проведенный статистический анализ полученных результатов позволил выявить снижение качества жизни по целому ряду параметров. Итоговая суммарная оценка качества жизни по опроснику ВОЗКЖ-100 при у больных хроническим гепатитом В составила $75,6 \pm 1,88$ баллов по сравнению с контролем, где она равнялась $91,7 \pm 1,92$ баллов ($p < 0,05$) (рис. 1).

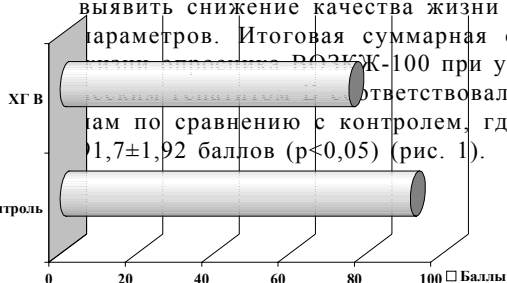


Рис. 1. Суммарные значения опросника КЖ ВОЗ-100

Анализ теста ВОЗКЖ–100 у больных хроническим гепатитом В выявил снижение параметров качества жизни при подсчете не только итоговой суммарной оценки, но и на уровне многих критериев – физической, психологической, духовной сфер, жизненной активности, уровня независимости, социальных отношений, окружающей среды (рис. 2-3).

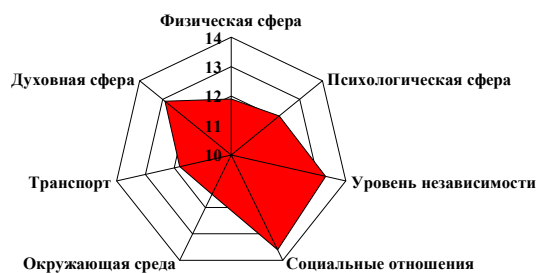


Рис. 2. Параметры КЖ ВОЗ-100 у больных хроническим гепатитом В (в баллах)

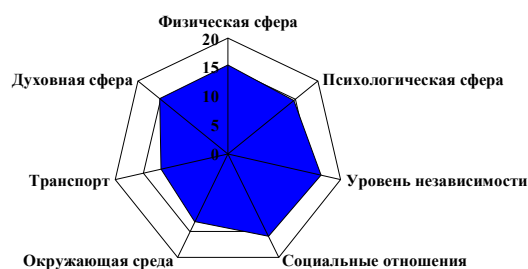


Рис. 3. Параметры КЖ ВОЗ-100 у здоровых доноров (в баллах)

При сопоставлении полученных данных у больных хроническим гепатитом В по сравнению со здоровыми индивидуумами с 95% уровнем значимости установлены различия. При анализе параметров «Общего КЖ и состояния здоровья» наиболее значимыми были снижение по шкалам «F2. Жизненная активность», «F3. Сон и отдых», «F4. Положительные эмоции», «F10. Способность выполнять повседневные дела», «F11. Зависимость от лекарств», «F12. Способность к работе», «F14. Социальная поддержка», «F15. Сексуальная активность», «F21. Отдых и развлечения» (рис. 4-5).

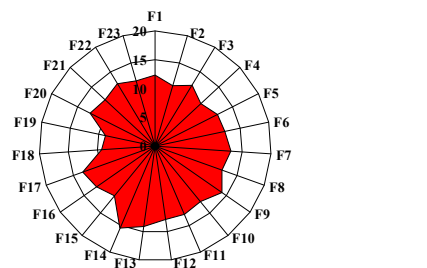


Рис. 4. Значения параметров ВОЗ-100 у больных хроническим гепатитом В (в баллах)

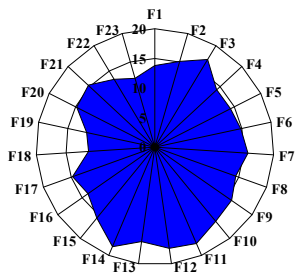


Рис. 5. Значения параметров ВОЗ-100 у здоровых доноров (в баллах)

Таким образом, анализируя состояние пациентов следует учитывать не только клинические проявления, но и снижение их общего самочувствия, невозможность ими выполнять повседневную работу. При хроническом гепатите В выявлены дезадаптационные процессы, требующие всестороннего анализа и установления корреляционных взаимоотношений с клиническими проявлениями хронического гепатита В, стадией болезни и фазой инфекционного процесса.

Барамзина С.В., Устюжанинов В.Н.
**ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
 HCV-ИНФЕКЦИЕЙ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ
 В РОССИИ И КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.
 ПРОГНОЗ ФОРМИРОВАНИЯ ЦИРРОЗА
 ПЕЧЕНИ НА ЭТАПЕ
 ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С**

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Проблема вирусного гепатита С сохраняет свои лидирующие позиции среди парентеральных гепатитов. В настоящее время более 200 млн. человек на земном шаре инфицированы ВГС. В Западной Европе и США HCV выходит в лидеры в качестве этиологического фактора поражения печени, в то время как в восточных регионах Евразии ведущим по-прежнему остается вирус гепатита В. Предполагается, что к 2015-2020 г.г. число инфицированных HCV в мире удвоится.

Цель исследования: Оценить динамику заболеваемости HCV-инфекцией в России и Кировской области и оценить иммуногенетические факторы формирования цирроза печени в исходе хронического гепатита С.

Материалы и методы: Изучались изменения клиничко-биохимических параметров у 101 больного с хроническим гепатитом С (ХГС), у 16 - циррозом печени, в возрасте от 18 до 78 лет, находившихся на лечении в Кировской городской инфекционной и областной клинической больницах. Из всех обследованных мужчин было 70 (59,8%), женщин - 47 (40,2%). Диагностика ХГС и цирроза печени была основана на клиничко-анамнестических данных, повышении активности аминотрансфераз в течение 6 и более месяцев, результатах сканирования и пункционной биопсии печени, обнаружении в крови сумм.анти-HCV, анти-HCV IgM (метод ИФА) и RNA HCV в полимеразной цепной реакции. Для исключения дру-

гих вирусных гепатитов определяли весь спектр маркеров методом ИФА. Иммунологические и иммуногенетические параметры изучены у 107 больных (из них 71 с ХГС, 16 - циррозом печени). Исследование показателей клеточного иммунитета осуществляли в комплементзависимом цитотоксическом тесте (M. Niks с соавт.) при помощи моноклональных антител ОКТ3, ОКТ4, ОКТ8, ОКТ16, ОКТ21 фирмы "Ortho" (США). Изучение HLA-фенотипа проводили в лимфоцитотоксическом тесте по Terasaki. Группу сравнения при исследовании HLA-антигенов составили 795 здоровых доноров, а при изучении показателей клеточного иммунитета - 30 здоровых лиц сопоставимых по возрасту и полу.

Результаты: В России регистрация HCV-инфекции началась с 1994 года. За 10-ти летний период наблюдалась тенденция к значительному росту больных ОГС в России с пиком в 1997 - 2000 г.г. (от 11,6 до 21,1 на 100 тыс. населения). Начиная с 2001 г, отмечалось снижение заболеваемости ОГС и в 2005 г. показатель заболеваемости был ниже в 5 раз - 4,47.

Для Кировской области HCV-инфекция также является актуальной проблемой. Несмотря на то, что частота встречаемости острой HCV-инфекции в Кирове и области в целом ниже, чем по России, однако ежегодно регистрируются случаи ОГС, пики заболеваемости выявлялись в 1997 и 2001 г.г. К 2005 г. заболеваемость в Кировской области была ниже, чем в России.

Следует отметить, что в связи с преобладанием безжелтушных и стертых форм острого гепатита С и трудностью их диагностики, в действительности число больных острой HCV-инфекцией выше, в среднем, в 5 раз.

Регистрация хронических форм HCV-инфекции в России и Кировской области началась с 2000 г. В целом показатель заболеваемости хроническими формами HCV-инфекции в России и Кировской области выше в 4-5 раз, чем ОГС. С 2000 г. ежегодно наблюдается рост числа больных ХГС.

Также следует отметить, что необычайно высок уровень выявленных так называемых носителей анти-HCV (14-24 на 100 тыс. в Кировской области и 41-124 на 100 тыс. в России). Как известно уровень истинного носительства не может превышать 5% от всех носителей. Таким образом, лица входящие в эту группу являются недостаточно обследованными (по разным причинам) и их основную массу можно отнести к больным ХГС. В таком случае истинная заболеваемость хроническими формами HCV-инфекции будет намного выше, чем показано в официальной статистике.

Значительное увеличение числа больных хроническим гепатитом С неизбежно приведет в дальнейшем к росту числа больных HCV-циррозом. Вирусный цирроз является исходом инфекционного процесса. От того, в какие сроки произойдет формирование цирроза, а также его декомпенсация, зависит продолжительность жизни больного. В развитии HCV-вирусного цирроза большое место занимают этиологические (вирус HCV) и генетические факторы, особенности иммунореактивности. С целью изучения роли генетических и иммунологических факторов в формировании HCV-цирроза мы исследовали HLA-антигены и показатели клеточного иммунитета у боль-

ных с ХГС и циррозом печени. Нами установлено, что предрасположенность к ХГС ассоциирована с антигенами: A29, A30, B18, B35, Cw2; и сочетаниями A10-B40, A1-B35, A9-B8; к HCV-вирусному циррозу - B18, Cw2, Cw4; гаплотипами - A1-B41, A3-B18, A10-B40.

Риск формирования HCV-цирроза значительно повышался у носителей A30, Cw4, B40, Cw2, A25, B18. По сравнению с больными ХГС, при циррозе достоверно выше был уровень антигена Cw4. По всей видимости, перечисленные специфичности, можно отнести к провоцирующим в плане формирования вирусного цирроза у больных с ХГС. Необходимо отметить, что антигены A25, A30, Cw2, A10-B40 были характерны для ХГС с высокой активностью и репликацией HCV-вируса. Данные характеристики способствуют быстрой трансформации гепатита С в цирроз.

Ведущей функцией системы HLA является регуляция иммунного ответа. Особенности клеточного иммунитета при HCV-циррозе обуславливают скорость развития необратимых изменений в печени. Нами установлено, что при циррозе печени развивается более выраженный по сравнению с ХГС иммунодефицит Т-системы, который проявлялся снижением по сравнению с контролем относительного содержания CD3- $(55,5 \pm 0,6 - 67,3 \pm 0,3\%$, $p < 0,001$), CD4- $(28,9 \pm 0,7 - 34,7 \pm 0,4\%$, $p < 0,001$), CD8- $(21,4 \pm 0,3 - 25,7 \pm 0,3\%$, $p < 0,001$), CD16-клеток, абсолютного количества CD3- $(1,13 \pm 0,1 - 1,4 \pm 0,05 \cdot 10^9$ л, $p < 0,01$), CD16- $(0,23 \pm 0,03 - 0,33 \pm 0,03 \cdot 10^9$ л, $p < 0,05$), повышением В-лимфоцитов $(14,5 \pm 0,7 - 11,3 \pm 0,4\%$, $p < 0,001$). Низкий уровень CD4-клеток обуславливает нарушение синтеза интерлейкинов, рост и созревание Т-киллеров и NK-клеток, что не позволяет осуществлять элиминацию HCV и ведет к прогрессированию фиброза. В свою очередь, пониженный уровень CD8-клеток способствует увеличению содержания В-лимфоцитов, продукции ими антител и развитию аутоиммунных реакций. У носителей A25, A1-A25 и Cw2-Cw4, которые часто встречались при циррозе, имелись значительные нарушения клеточного иммунитета. Так, у лиц с A25⁺ и A1-A25⁺ по сравнению лицами, не имеющими данные специфичности, наблюдалась выраженная Т-лимфоцитопения с достоверным снижением относительного содержания CD8-лимфоцитов, повышение CD21-клеток. У Cw2-Cw4⁺ - лиц по сравнению Cw2-Cw4⁻ установлено достоверное снижение относительного содержания NK-клеток и повышение уровня В-лимфоцитов, что затрудняет освобождение гепатоцитов от вируса.

Таким образом, на территории России и Кировской области за последние 10 лет наблюдался рост заболеваемости различными формами HCV-инфекции, особенно хроническими, что приведет неизбежно к увеличению числа больных с HCV- циррозом печени. генетически детерминированные особенности иммунного ответа являются одними из факторов предрасположенности к развитию HCV-цирроза печени. Нами установлены генетически детерминированные особенности иммунного ответа являются одними из факторов предрасположенности к развитию HCV-цирроза печени. Выявленные особенности HLA-фенотипа могут быть использованы в качестве прогностических критериев развития цирроза печени у больных острым и хроническим гепатитом С.

Бондаренко А.Л.
**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ**
ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров

Хронический вирусный гепатит - это диффузное воспалительно-дистрофическое поражение печени гепатотропными вирусами с лимфогистиоцитарной инфильтрацией портальных трактов, которое сопровождается выявлением серологических вирусных маркеров и повышением активности трансаминаз (АЛТ) в течение 6 и более месяцев.

Классификация хронических вирусных гепатитов (1994г., Лос-Анджелес, США с модификациями)

I. По этиологии:

- хронический гепатит В
- хронический гепатит D (В+D)
- хронический гепатит С,
- хронический вирусный микст-гепатит (В+D+С; В+С и др.)
- хронический вирусный гепатит неуточненной этиологии

II. По патогенезу выделяют фазу:

при гепатите В - репликации *при гепатите D, C* - высокорепликативная

- интеграции - низкорепликативная

III. По степени активности процесса:

- минимальная
- слабовыраженная
- умеренная
- выраженная.

Степень активности оценивается на основании клинико-лабораторных и морфологических данных. Для оценки активности инфекционного процесса при биопсии печени определяют индекс гистологической активности (ИГА) - «индекс Knodell». ИГА учитывает в баллах следующие компоненты: перипортальные некрозы (0-10 баллов), внутريدольковые фокальные некрозы и дистрофию гепатоцитов (0-4 балла), воспалительная инфильтрация в портальных трактов (0-4 балла).

При минимальной активности процесса уровень аланиновой трансаминазы (АЛТ) в крови увеличен не более чем в 2 раза (ИГА=1-3 балла), *слабовыраженной* - АЛТ повышена в 2-5 раз (ИГА=4-8 баллов), *умеренной* - АЛТ превышает норму в 5-10 раз (ИГА=9-12 баллов), *выраженной* - АЛТ увеличена более чем в 10 раз (ИГА=13-18 баллов).). Возможна *ремиссия процесса* в результате лечения или спонтанная

IV. По стадиям:

- F₀ — фиброз отсутствует,
- F₁ — слабый фиброз,
- F₂ — умеренный фиброз,
- F₃ — тяжелый фиброз,
- F₄ — цирроз печени.

Стадия хронического гепатита характеризует выраженность фиброза печени вплоть до формирования цирроза.. Согласно рекомендациям R.Knodell, J.Desmet, морфологическое исследование позволяет выявить *слабовыраженный фиброз* (ИГА=1 балл, фиброз и расширение портальных трактов), *умеренный*

(ИГА=2 балла, порто-портальные септы), *тяжелый* (ИГА=3 балла, порто-центральные септы), цирроз (ИГА=4 балла).

От момента попадания вируса гепатита В в организм человека до летального исхода, обусловленного осложнениями цирроза печени или развитием гепатоцеллюлярной карциномы, может пройти 30-50 лет. За это время из острой, чаще атипичной (безжелтушной, субклинической) формы инфекции возможно развитие хронического гепатита, который обычно в течение 10-20 лет имеет малосимптомное течение. Дальнейшее прогрессирование процесса может привести к циррозу или раку печени. Согласно статистическим данным, после острого гепатита В хроническая инфекция развивается в среднем в 10% случаев. Риск перехода острого гепатита в хронический выше у лиц, заразившихся при рождении и в детстве.

По данным ВОЗ, на земном шаре насчитывается 400 млн. носителей HBV. Перинатальная инфекция гепатита В в большинстве случаев протекает бессимптомно и в 90% случаев становится хронической. Риск перинатальной инфекции у детей, рожденных от HBeAg-положительных матерей достигает 90%, от HBeAg-негативных – около 10%. При инфицировании в возрасте от 1 до 5 лет заболевание также протекает в основном бессимптомно, но хроническое течение формируется реже – в 30% случаев. У взрослых желтушные формы болезни развиваются в 30% случаев, фульминантный гепатит – 0,5%. Инфекция заканчивается формированием антиHBs у 95% пациентов. Среди больных, перенесших желтушные формы болезни, хронический гепатит формируется в 5% случаев.

С момента инфицирования организма вирусом гепатита С до летального исхода может пройти от 15 до 35 лет. При этом, более чем в 80% случаев острый процесс сразу переходит в хронический, что сопровождается сохранением вирусной репликации.

В мире 200 млн. человек страдает хроническим гепатитом С. В Российской Федерации в структуре хронических вирусных гепатитов на долю гепатита С приходится 65%. Частота вновь выявленных случаев острого гепатита С в западных странах и России имеет тенденцию к снижению, в развивающихся – повышению. В последние годы все большую роль в передаче HCV играет в/в введение наркотиков и меньшую – гемотрансфузии. HCV может передаваться также половым путем (5-7%), при нанесении татуировок, пирсинге, акупунктуре. Частота вновь выявленных случаев хроническим гепатитом С увеличивается с возрастом (максимум приходится на 30-49 лет).

На Всемирных конгрессах гастроэнтерологов в Монреале, 2005 год, уточнены *рекомендации по проведению противовирусной терапии*, которая показана больным с уровнем DNA-HBV или RNA-HCV > 10⁵ копий/мл. Предиктором эффективности противовирусной терапии является увеличение активности АЛТ > 5 раз. Вместе с этим, этиотропную терапию проводят и при повышении активности АЛТ от 2 до 5 раз. Если у пациента на фоне высокого уровня DNA-HBV или RNA-HCV определяется незначительное повышение АЛТ (не более чем в 1,5-2 раза) антивирусная терапия проводится, если при биопсии печени най-

дены признаки умеренной (F2) и выраженной (F3) активности процесса.

Противовирусная терапия при хроническом гепатите преследует следующие цели:

1. Прекращение репликации HBV, HCV.
2. Клинико-биохимическая ремиссия.
3. Реверсия фиброза.
4. Прекращение прогрессирования поражения печени (предотвращение цирроза печени).
5. Предупреждение развития раку печени.
6. Увеличение продолжительности жизни.

В настоящее время *виды ответа на противовирусную терапию* больных хроническим вирусным гепатитом приведены к единому стандарту.

Биохимический – нормализация АЛТ.

Вирусологический – снижение репликативной активности вируса

(ДНК-HBV, RNA-HCV < 10⁵ копий/мл).

Гистологический - снижение ИГА на 2 и более баллов.

Комбинированный – биохимический+вирусологический+гистологический.

Полный – сероконверсия HBsAg (появление антиHBs).

Устойчивый ответ – через 12 месяцев после окончания лечения.

С каждым годом увеличивается выбор препаратов, которые можно использовать для лечения хронического гепатита В и С. Тем не менее, наиболее широко применяемыми противовирусными средствами являются *производные рекомбинантного альфа-интерферона*: реаферон (Россия), интрон А (США), роферон (Швейцария). Эти препараты обладают также иммуномодулирующей активностью. Противовирусная терапия хронического гепатита D малоэффективна. При лечении интерфероном возможны побочные эффекты: гриппоподобный синдром, анорексия, депрессия, алопеция, угнетение кроветворения, гипотиреозидизм, депрессия. В случае развития ретинопатии, саркоидоза, гипергликемии, интерстициальной пневмонии, поражения слуха, выраженной депрессии интерферон следует отменить. При развитии нейтропении, тромбоцитопении, нарушении функции щитовидной железы дозу лекарства снижают в 2 раза на 2 недели.

Многолетний опыт лечения (более 15 лет) около 300 больных хроническими вирусными гепатитом В и С, а также анализ российских и международных научных исследований позволил выработать подходы к эффективной противовирусной терапии.

При лечении HBeAg+ хронического гепатита В с уровнем DNA-HBV > 10⁵ копий/мл и повышении активности АЛТ > 2 раз могут быть использованы интерфероны (5 млн.МЕ/сут п/к 4 месяца), ламивудин (100 мг/сут per os 1 год), адефовир (10 мг/сут per os 1 год). Ламивудин особенно показан при выраженном фиброзе, даже при увеличении АЛТ менее чем в 2 раза. Для лечения HBeAg-отрицательных больных с повышенным уровнем ДНК и АЛТ предпочтительнее назначение ламивудина или адефовира. Следует иметь в виду, что при назначении ламивудина больным со слабовыраженной и минимальной активностью процесса высок риск образования резистентных

штаммов. Адефовир эффективен в отношении штаммов вируса, устойчивых к ламивудину. В случае неэффективности 1 курса интерферонотерапии (16-24 недель) HBeAg+больным, могут быть рекомендованы пегилированные интерфероны (например, пегИнтрон, пегасис) или комбинированная терапия интерфероном и ламивудином. Пегилированные интерфероны по сравнению со стандартными более эффективны при лечении больных с высокой вирусной нагрузкой и низкой активностью АЛТ. При терапии интерфероном и ламивудином вирусологический ответ после лечения сравним с эффективностью монотерапии интерфероном. Однако комбинированная терапия позволяет снизить дозы интерферона, частоту и выраженность побочных эффектов, в меньшей степени образуются ламивудин резистентные штаммы.

Золотым стандартом лечения хронического гепатита С является комбинированная противовирусная терапия. В случае инфицирования HCV-генотипом 2 или 3 возможны следующие схемы лечения:

1) Интерферон: 3 млн МЕ 3 р. в нед. п/к + рибавирин: 800 мг/сут. в течение 24 нед.

2) Пегасис: 180 мг п/к 1 р. в нед. + рибавирин: 800 мг/сут. в течение 24 нед.

3) Пегинтрон: 1,5 мг/кг п/к 1 р. в нед.+ рибавирин: 800 мг/сут. в течение 24 нед.

Схемы противовирусной терапии при HCV-генотипе 1 или 4:

1) Пегасис: 180 мг п/к 1 р. в нед. + рибавирин: 1000-1200 мг/сут. в течение 48 нед.

2) Пегинтрон: 1,5 мг/кг п/к 1 р. в нед. + рибавирин: 1000-1200 мг/сут. в течение 48 нед.

Основной проблемой противовирусной терапии хронических вирусных гепатитов является наличие вирусологического ответа только в 50 – 70 % случаев. В связи с этим постоянно идет поиск новых эффективных препаратов. Так, угнетающим действием на репликацию HBV обладают Emtricitabine, Entecavir, Clevudine, Nucleosides (B-L-thymidine, B-L-deoxycytidine). Подавляют репликацию HCV RNA такие препараты как NS2-3 proteinases, NS3 helicase, NS5b RNA-dependent RNA polymerase. Перспективным направлением лечения является также иммунотерапия: Thymosin alfa-1 (задаксин) ; цитокины: ИЛ-12, гамма-ИФН; терапевтические вакцины: S-,pre-S antigen vaccines, DNA vaccines, T-cell vaccines.

Таким образом, гепатит В и С остаются глобальной мировой проблемой. Наиболее эффективным методом профилактики гепатита В является вакцинация, которая охватывает около 150 стран и создает иммунитет до 15 лет. Хронический гепатит развивается в 10% случаев. Риск хронизации при гепатите С превышает 80%. В противовирусной терапии нуждаются больные с уровнем ДНК-HBV или РНК-HBV > 10⁵ копий/мл и увеличенной АЛТ. Для лечения хронического гепатита В рекомендуется использовать интерфероны, ламивудин или адефовир. Наиболее эффективным лечением хронического гепатита С является сочетание пегилированного интерферона и рибавирина.

Гибадулина И.О., Тупицын М.В.
**КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ
 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ
 ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ
 И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
 У ПАЦИЕНТОВ С
 ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ
 СИНДРОМОМ**

Томский Военно-медицинский институт, г. Томск

Цель исследования: Определить клинические особенности постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС), изучить функциональное состояние печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы у пациентов, перенесших холецистэктомию.

Материал и методы: Обследовано 84 пациентов с ПХЭС после выполненной ранее холецистэктомии по поводу различных форм желчнокаменной болезни (ЖКБ). Соотношение женского и мужского пола составило 4,6 : 1; средний возраст пациентов – 45,1±4,9 года. Средняя продолжительность анамнеза ЖКБ с момента впервые установленного диагноза и до оперативного лечения составила 5,9±2,3 года. Для реализации вышеуказанных задач осуществляли изучение клиничко-анамнестических данных, физикальные методы исследования, анализ биохимических показателей, ультразвуковое исследование печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, доплерографическую оценку печеночной гемодинамики, радиологическое исследование печени и желчных протоков посредством динамической гепатобилисцинтиграфии. Определенной категории пациентов (17,9%) осуществляли эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию.

Полученные результаты: Все пациенты были разделены на 3 группы наблюдения: 1) 58 (69,1%) пациентов с функциональными расстройствами желчевыделения; 2) 12 (14,3%) больных с органическими причинами нарушения желчеоттока; 3) 14 (16,6%) пациента, у которых ПХЭС был обусловлен поражением органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

При анализе жалоб, анамнестических данных и особенностей клинических проявлений у обследованных пациентов было отмечено, что функциональные расстройства желчевыделения после холецистэктомии регистрировались преимущественно у больных, перенесших оперативное лечение в раннем и неосложненном периоде ЖКБ, в состоянии ремиссии воспалительного процесса.

Частота развития органической патологии желчевыводящей системы оказалась значительно выше у больных с длительным анамнезом ЖКБ и после осуществления холецистэктомии в экстренном порядке на фоне выраженного воспалительного процесса в гепатобилиарной системе. При этом отмечено, что особенности развития ПХЭС существенно не повлияли на характер субъективных и объективных симптомов, диагностированных в ходе общеклинического обследования пациентов, что определило необходимость проведения углубленной оценки морфо-функционального состояния органов желудочно-кишечного тракта с целью верификации причин неудовлетворительных результатов холецистэктомии.

Функциональное состояние гепатобилиарной системы характеризовалось изменениями биохимических показателей крови, характеризующих липидный и белковый обмен, а также ферментов и пигментов печени. Наиболее часто у обследованных определялся цитолитический синдром (у 75,1% больных) и холестатический синдром (у 69,1% больных), реже нарушения жиролипидной функции печени и белкового обмена, отмеченные соответственно у 47,6% и 28,6% больных. Согласно полученным данным, колебания показателей активности ферментов печени, а также уровня средних значений белково-осадочных проб, протромбинового индекса, фибриногена были более значимыми у пациентов с нарушением желчеоттока.

Лабораторные индикаторы функционального состояния поджелудочной железы свидетельствовали о наличии ферментативного диспанкреатизма у 26,1% пациентов. Причем, как показали результаты инструментальных методов исследования, у обследованных 1 и 2 групп наблюдения изменения внешнесекреторной функции поджелудочной железы были обусловлены патологическими изменениями большого дуоденального сосочка с развитием холангио- и панкреатикоэктазии, а у части (21,4%) пациентов 3 группы наблюдения – вследствие обострения хронического панкреатита.

Оценка ультразвуковых параметров печени и поджелудочной железы позволила выявить у подавляющего большинства пациентов с ПХЭС (85,7% и 51,2% соответственно) наличие патологических изменений в виде эхоскопических признаков структурной перестройки паренхимы, а также гипертензии протоковой системы. При эхолокации элементов билиарного тракта верифицировано тотальное (59,5%) и субтотальное (23,8%) расширение желчных путей. При этом панкреатикоэктазия была выявлена у 22,4% пациентов в виде тотального (30,8%) или локального (69,2%) варианта.

Нарушения поглотительно-эксcretорной функции печени, по данным динамической гепатобилисцинтиграфии, проведенной у 52 пациентов, были выявлены в 84,6% случаях, причем наибольшие изменения отмечены у больных с признаками гипертензии желчевыводящей системы органического происхождения ($p < 0,05$), что, вероятнее всего, связано с прогрессированием патологических проявлений вследствие холестаза, а также с наличием сопутствующих заболеваний других органов пищеварения, прежде всего поджелудочной железы.

Заключение: Таким образом, комплексное обследование пациентов, неудовлетворенных результатами ранее перенесенной холецистэктомии, позволило определить клинико-функциональное состояние гепатобилиарной системы и поджелудочной железы, в основе патологических изменений которого чаще лежит нарушение желчеоттока. С целью профилактики ПХЭС проведение хирургического вмешательства по поводу ЖКБ целесообразно выполнять как можно в более ранние сроки развития холеолитиаза, в плановом порядке, после комплексного обследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта, с выполнением адекватной коррекции гипертензии желчевыводящих протоков в послеоперационном периоде.

Гуляева С.Ф., Циркин В.И., Гуляев П.В., Помаскина Т.В., Куншин А.А., Червоткина Л.А., Фоменкова О. С., Шуклина Е. В.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ АМБУЛАТОРНОЙ И КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД ВЯТСКОГО РЕГИОНА

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров,

Городская клиническая поликлиника №2 г. Кирова, Санаторий Нижне-Ивкино.

Цель исследования: формирование концепции эндогенной модуляции организма в процессе адаптации к стрессу хирургического контингента больных с заболеваниями гепатобилиарной системы и ЖКТ с использованием пМВ в комплексной амбулаторной и курортной реабилитации.

Материал и методы исследования. Обследовано 63 больных, перенесших оперативные вмешательства на печени и билиарном тракте. Возраст больных от 35 до 67 лет. Все пациенты представлены группой наблюдения (31 человек) и группой сравнения (32 человека) сопоставимых по возрасту и полу. Группа наблюдения проходила диспансерное наблюдение с включением в комплексную реабилитацию бальнеопитьевого лечения сульфатно-кальциевой минеральной водой типа «Нижне-Ивкинская 2К». Назначение пМВ проводилось из расчета 3 мл на 1 кг веса за 30 и 60 минут до еды в течение 21 дня. Проводилось 3 курса лечения через 6 месяцев. Группа сравнения проходила лечение по общепринятой схеме. Методы исследования включали оценку липидного и белкового спектра сыворотки крови, эндоскопию, УЗИ печени и желчных путей. Неспецифические адаптационные реакции организма изучались по анализу тиолдисульфидной системы на аппарате БИОМ-01 (патент 222038). Оценка хемомоделирующей активности сыворотки крови пациентов проводили в лаборатории физиологии по методике В. И. Циркина и соавт.

Полученные результаты: у всех пациентов в исходном состоянии отмечались проявления болевого ($53 \pm 1,3\%$) и диспепсического синдрома ($71 \pm 3,2\%$). Нарушение липидного обмена в исходном состоянии выявлено у $70 \pm 2,3\%$ больных, которое выявлялось на фоне избыточной массы тела у $78 \pm 2,7\%$. У $98 \pm 3,1\%$ больных в исходном состоянии определялись патологические адаптационные реакции организма, которые коррелировали с нарушением хемомоделирующей способности сыворотки крови ($r = 0,67$). В процессе диспансерного наблюдения больных основной группы стабилизация клинического состояния отмечалось у $89 \pm 3,6\%$ пациентов, в то время как в группе сравнения только у $53 \pm 3,5\%$ больных. Данная позитивная динамика сопровождалась улучшением основных лабораторных и метаболических показателей ($83 \pm 4,2\%$) и снижением массы тела у $68 \pm 3,7\%$ пациентов.

Заклучение. Таким образом, результаты исследования показали, что у хирургического контингента больных с заболеваниями гепатобилиарной систе-

мы через месяц после проведенного оперативного вмешательства в большинстве случаев отмечаются стрессовые реакции адаптации и нарушение метаболической и хемомоделирующей способности сыворотки крови, что необходимо учитывать при формировании программы реабилитации. Курсовая бальнеопитывающая терапия в амбулаторных и курортных условиях может быть эффективно использована в качестве метаболической терапии и модулятора эндогенной вегетативной реактивности организма в процессе адаптации к постоперационному стрессу и повышения клинической эффективности реабилитации.

Дробот Н. Н.
**СОПРЯЖЕННОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ
 ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ
 ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
 С РЕЖИМОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ
 ТЕРАПИИ**

*Кубанский государственный медицинский
 университет, Краснодар*

В современных условиях создан ряд предпосылок, которые усугубляют отрицательное влияние противотуберкулезных препаратов на больного: значительное ухудшение эпидемической ситуации по туберкулезу, утяжеление состава больных за счет сочетания туберкулезного процесса с другими заболеваниями, роста остро прогрессирующих и лекарственно устойчивых форм туберкулеза, необходимость проведения полихимиотерапии при комплексном лечении больного. Все эти факторы ухудшают результаты лечения и требуют увеличения сроков продолжительности лечения пациента.

Цель исследования – определить частоту лекарственных гепатитов у детей, больных туберкулезом органов дыхания и выяснить их зависимость от количества одновременно принимаемых больными противотуберкулезных лекарственных средств.

Под наблюдением находилось три группы больных с назначением различных схем лечения. 1-я группа (33 больных) получали три противотуберкулезных препарата: изониазид, рифампицин, пипразинамид; 2-я группа (48 больных) режим химиотерапии состоял из 4-5 противотуберкулезных препаратов, в который входили противотуберкулезные лекарственные средства, назначаемые больным 1-й группы, и один или два лекарственных средства из другой группы. Больные 3-й группы (23 пациента) получали схему из трех противотуберкулезных препаратов, в число которых не входили изониазид, рифампицин, пипразинамид.

Все три группы больных были идентичны по полу, возрасту, формам и распространенности туберкулезного процесса. У наблюдаемых больных отсутствовали сопутствующие заболевания.

До начала курса лечения туберкулеза всем больным проведено комплексное обследование, в т.ч. биохимическим скринингом патологии печени были показатели активности аланиновой трансаминазы (АЛТ), аспаргиновой трансаминазы (АСТ), тимоловой пробы, уровни общего билирубина и его фракций, общего белка и его фракций. У всех больных

изучаемые показатели были в пределах нормы и контролировались в процессе лечения ежемесячно.

Лекарственные поражения печени развились в течение первых трех месяцев лечения у 15,3% больных 1-й группы и 18,8% - 2-й. У больных 3-й группы аналогичные изменения выявлены в 9,2% случаев.

Установлено, что частота поражения печени увеличивается при одновременном назначении изониазида, рифампицина, пипразинамида, особенно возрастает риск при присутствии рифампицина, который является сильнодействующим ферментиндуцирующим препаратом.

Таким образом, лекарственные гепатиты и их частота определяется отдельными противотуберкулезными препаратами и их сочетанием, но не количеством одновременно назначаемых больным лекарственных средств против туберкулеза.

Кудрявцев В.А., Чапок П.И., Шешунова М.Г.,
 Шилов О.И., Еликова Е.П.
**ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ
 СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЛЕЧЕБНОМ
 ПРИМЕНЕНИИ ОПТИЧЕСКОГО
 ИЗЛУЧЕНИЯ СПЕКТРАЛЬНОГО
 ДИАПАЗОНА 440-495 НМ**

*ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
 академия г. Киров*

Электромагнитное излучение в диапазоне длин волн 440-495 нм представляет видимый синий свет и находит широкое применение в клинической практике (Карандашов В.И. и др., 2001; Чапок П.И. и др., 2005).

Цель исследования: изучить функциональное состояние печени путем клинико-лабораторного исследования в сыворотке крови активности ферментов и интермедиатов метаболизма белков, липидов, углеводов, нуклеиновых кислот, витаминов и показатели оксидантно-антиоксидантного баланса при лечебном применении оптического излучения спектрального диапазона 440-495 нм.

Материал и методы: источниками излучения являлись 10 твердотельных излучателей (светодиодов), которые закреплялись над участками кожи в области шеи. Первые три процедуры проводили с минимальной продолжительностью 4-8 мин с последующим увеличением до 15-20 мин. Во время курса лечения после 5-й процедуры делали перерыв на 2 дня для формирования ответной реакции организма на когерентное облучение. Курс лечения состоял из 10 сеансов. Материалом для биохимического исследования служила венозная кровь, взятие которой осуществляли до лечения, во время лечения и по окончании терапии. Тщательное клиническое обследование 90 пациенток (30 – с патологическим климактерием, 30 – с физиологическим течением климактерического периода и 30 женщин репродуктивного возраста) дополнялось изучением активности секреторных, экскреторных и индикаторных органоспецифических печеночных энзимов в сыворотке крови, содержания метаболитов белкового, липидного, углеводного, нуклеинового и энергетического обменов, а также состояния оксидантно-антиоксидантных систем. Интен-

сивность процессов свободнорадикального окисления (СРО) изучали с помощью железозависимой хемилюминесценции (ХЛ), инициированной пероксидом водорода (Цапок П.И., Галкин А.А., 1998). Определяли максимальный показатель фотовспышки (Im), позволяющий оценить содержание первичных продуктов СРО. Оценка конечных продуктов СРО производили спектрофотометрически по определению содержания продуктов, реагирующих с 2-тиобарбитуровой кислотой (ТБКап). Антиоксидантную активность (АОА) оценивали методом ХЛ по показателю светосуммы (S) за 60 сек; ее величина указывает на содержание радикалов, находящихся в конце свободнорадикальных реакций и поэтому обратно пропорциональна АОА. Кроме того, оценку активности антиоксидантной системы давали по отношению Im/S. Все полученные данные обработаны методом вариационной статистики.

Полученные результаты. Установлено, что курсовое лечение синим светом положительно отражалось на эмоциональном состоянии пациенток, что играет немаловажную роль в выздоровлении. Следует отметить, что период спада психоэмоционального состояния совпадал с периодом обострения заболевания на 3-4-й день курсового лечения, а подъем - на 7-й день. Воздействия оптического излучения спектрального диапазона 440-495 нм обладают многообразным влиянием на организм, что способствует развитию индивидуальных обратимых благоприятных явлений. При этом фототерапия синим светом не вызывала образования эндогенного тепла, повышения температуры и раздражения кожи. Отмечалась хорошая переносимость, особенно у лиц пожилого возраста. После фототерапии синим светом показатели содержания общего белка, среднемолекулярных пептидов, глюкозы, тотальных липидов в плазме крови не отличались от контрольных величин, нормализовались критерии тимоловой пробы, активности лактатдегидрогеназы, глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, 5-нуклеотидазы. Активность аминотрансфераз снижалась, однако была выше нормальных величин, коэффициент АСТ/АЛТ составил 0,72 (до лечения 0,56); содержание билирубина равнялось $3,45 \pm 0,31$ мкмоль/л. Параллельно установлено, что проводимая фототерапия вызывала снижение интенсивности процессов СРО: у 60% пациенток это выражалось уменьшением величины максимальной фотовспышки ХЛ и снижением уровня ТБКап в сыворотке крови. Уровень диеновых конъюгатов при этом был ниже более чем в 4 раза по сравнению с пациентками, не подвергавшимися воздействию синего света. Выявлено также достоверное снижение уровня общего холестерина (ХС) за счет его фракции в составе липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП). Результаты исследований антиоксидантной системы показали, что одним из механизмов влияния синего света на процессы АОА является увеличение активности в сыворотке крови медьсодержащего фермента - церулоплазмينا, который синтезируется в печени (Шешунова М.Г. и др., 2005).

Заключение. Установленные биохимические критерии могут быть использованы для прогнозирования степени эффективности применения оптического излучения спектрального диапазона 440-495 нм. Особую ценность имеют экспресс-методы изучения активности ферментов лактатдегидрогеназы, глюко-

зо-6-фосфатдегидрогеназы, аминотрансфераз, 5-нуклеотидазы, церулоплазмينا на фоне количественного определения содержания билирубина, тотальных липидов, коэффициента эстерификации холестерина и показателей окислительно-антиоксидантного баланса.

Левитан Б.Н., Гринберг Б.А., Рий А.А.
**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
УЛЬТРАЗВУКОВОГО
ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ ПОРТАЛЬНОГО
КРОВОТОКА ПРИ СИНДРОМЕ
ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИИ**

Астраханская государственная медицинская академия, г. Астрахань

Цель: установить дифференциально-диагностические особенности портального кровотока (ПК) при гематологических заболеваниях (ГЗ) с синдромом гепатоспленомегалии (ГСМ) и хронических диффузных заболеваниях печени (ХДЗП) по данным ультразвуковой доплерографии (УД).

Материалы и методы: Группу больных с гематологическими заболеваниями составили 27 пациентов с синдромом ГСМ (14 больных сублейкемическим миелозом, 9 - хроническим лимфолейкозом, 2 - аутоиммунной гемолитической анемией, по 1 больному эритромиелозом и лимфомой селезенки). В качестве групп сравнения были обследованы 68 больных хроническим гепатитом (ХГ) и 146 - циррозом печени (ЦП). Контрольную группу составили 23 практически здоровых пациента.

Комплексное ультразвуковое исследование выполнялось строго натощак на ультразвуковом сканере "Logic-500" (США) конвексным датчиком 3,5 МГц. При исследовании оценивались ультразвуковые свойства печени и селезенки (контуры, структура и размеры). При импульсной доплерографии и цветном доплеровском картировании сосудов брюшной полости изучались воротная (ВВ) и селезеночная (СВ) вены, а также общая печеночная (ПА) и селезеночная (СА) артерии. В каждом сосуде измерялся диаметр (d), а также количественные показатели спектра доплеровского сдвига частот, которые включали максимальную линейную скорость кровотока (V max), конец-диастолическую скорость кровотока (V min), объемную скорость кровотока (Q). Для воротной вены рассчитывался ТАМХ - максимальная линейная скорость кровотока, усредненная по времени, конгестивный индекс (СІ). Для интегральной оценки соотношения кровотока в воротной и селезеночной венах определяли воротно-селезеночный венозный индекс (ВСВИ). Для оценки кровотока в артериальных сосудах рассчитывались пульсационный индекс (PI) и индекс периферического сопротивления (RI), для интегральной оценки соотношения артериального и венозного кровотока в печени - индекс артериальной перфузии (ИАП). Для оценки соотношения параметров кровотока в воротной вене и общей печеночной артерии рассчитывались печеночный сосудистый индекс (ПСИ) и пульсационный индекс в общей пе-

ченочной артерии (PI опа). Для оценки кровотока в селезеночных сосудах (вене и артерии) определяли селезеночный сосудистый индекс (ССИ) и пульсационный индекс в селезеночной артерии (PI са).

Результаты. При сравнительном исследовании ПК у больных гематологическими заболеваниями с синдромом ГСМ по сравнению со здоровыми лицами было отмечено достоверное увеличение диаметра воротной (11,5±0,25 мм) и, особенно, селезеночной (10,8±0,45 мм) вен. При этом в воротной вене отмечалось достоверное снижение максимальной линейной скорости - $V_{\text{макс вв}}$ (24,7±1,6 см/с) и максимальной линейной скорости кровотока, усредненной по времени - $V_{\text{ср вв}}$ (20,2±1,3 см/с). Достоверно были увеличены все показатели линейной скорости кровотока в селезеночной вене и скорость объемного кровотока в селезеночной вене - $V_{\text{макс св}}$ (25,6±1,3 см/с), $V_{\text{мин св}}$ (17,8±1,0 см/с), $V_{\text{ср св}}$ (22,0±1,2 см/с), $V_{\text{об св}}$ (1161±91 мл/мин) по сравнению со здоровыми лицами. Выявлено достоверное увеличение CI (0,49±0,004) и достоверное снижение ВСВИ (1,26±0,15).

При сопоставлении показателей ПК у больных гематологическими заболеваниями и ХГ, в первом случае было отмечено достоверное увеличение диаметра селезеночной вены (соответственно 10,8±0,45 мм против 8,2±0,14 мм). При этом также отмечалось достоверное увеличение всех показателей линейной и объемной скоростей кровотока в селезеночной вене, по сравнению с больными ХГ - соответственно $V_{\text{макс св}}$ (20,4±0,8 см/с), $V_{\text{мин св}}$ (14,3±0,7 см/с), $V_{\text{ср св}}$ (17,1±0,75 см/с), $V_{\text{об св}}$ (549±27 мл/мин). Выявлено достоверное снижение ВСВИ (1,26±0,15 против 2,73±0,23 при ХГ).

При сравнении параметров ПК при гематологических заболеваниях и ЦП, в первом случае наблюдалась достоверно более низкая средняя величина диаметра воротной вены. При этом отмечалось достоверное увеличение $V_{\text{макс вв}}$ (24,7±1,6 см/с), $V_{\text{ср вв}}$ (20,2±1,3 см/с) по сравнению с аналогичными показателями в группе больных ЦП (20,4±0,7 см/с, 16,7±0,6 см/с). Зарегистрировано достоверное увеличение всех показателей линейной и объемной скоростей кровотока в селезеночной вене по сравнению с группой больных ЦП (19,0±0,5 см/с, 13,2±0,5 см/с, 15,9±0,5 см/с и 673±40 мл/мин). Также выявлено достоверное снижение ВСВИ (1,26±0,15) по сравнению с группой больных ЦП (2,14±0,13) и CI (соответственно 0,049±0,004 и 0,08±0,004).

При исследовании артериального кровотока в ПА и СА у гематологических больных по сравнению со здоровыми были отмечены достоверные изменения в общей печеночной артерии: увеличение ее диаметра - $D_{\text{она}}$ (5,8±0,18 мм). В селезеночной артерии наблюдалось достоверное увеличение диаметра и показателей максимальных линейных и объемной скоростей кровотока - $D_{\text{са}}$ (6,6±0,18 мм), $V_{\text{макс са}}$ (100±7,8 см/с), $V_{\text{мин са}}$ (37,9±3,8 см/с), $V_{\text{ср са}}$ (66,0±4,6 см/с), $V_{\text{об са}}$ (1121±92 мл/мин). Выявлено достоверное увеличение ССИ (23,5±1,3) и ИАП (0,37±0,03).

При исследовании артериального кровотока в ПА и СА у больных гематологическими заболеваниями по сравнению с ХГ отмечалось достоверное снижение пульсационного индекса в общей печеночной артерии - $PI_{\text{па}}$ (1,25±0,07). В селезеночной артерии наблюдалось достоверное увеличение диаметра и всех

показателей линейной и объемной скоростей кровотока по сравнению с группой больных ХГ (соответственно 6,1±0,17 мм, 76,9±3,3 см/с, 27,9±2,0 см/с, 47,1±2,3 см/с, 807±64 мл/мин). Выявлено достоверное увеличение ССИ (23,5±1,3 против 18,7±1,5).

При сопоставлении показателей артериального кровотока в ПА и СА у гематологических больных и лиц с ЦП, в первом случае отмечалось достоверное снижение пульсационного индекса в общей печеночной артерии - $PI_{\text{па}}$ (1,25±0,07 против 1,46±0,04). В селезеночной артерии наблюдалось достоверное увеличение диаметра и всех показателей линейной и объемной скоростей кровотока по сравнению с группой больных ЦП (соответственно 6,0±0,17 мм, 75,0±2,6 см/с, 26,6±1,6 см/с, 46,1±2,2 см/с, 774±51 мл/мин). $PI_{\text{са}}$ (0,96±0,05) был достоверно снижен по сравнению с аналогичным показателем при ЦП (1,14±0,04). Достоверно были увеличены ПСИ (18,8±1,6) и ССИ (23,5±1,3) против (13,9±0,8 и 16,5±1,2 соответственно).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют, что у гематологических больных с синдромом ГСМ при относительно неизменном печеночном кровотоке (нормокинетический тип) наблюдается выраженное усиление кровотока как в селезеночной вене, так и в селезеночной артерии. Причем в данных сосудах нарастают значения всех показателей кровотока (линейных и объемного), а также связанных с ними индексов (ВСВИ, ССИ).

Установленные закономерности можно использовать при проведении дифференциальной диагностики синдрома ГСМ при ХДЗП и гематологических заболеваниях. Мы предлагаем использовать для дифференциальной диагностики в спорных случаях следующие доплерографические показатели, сочетание которых (3 и более) у больного с синдромом ГСМ достоверно указывает на гематологическую природу заболевания:

1. нормокинетический тип портального кровотока;
2. $ВСВИ < 2,1$;
3. $V_{\text{об св}} > 900$ мл/мин;
4. $V_{\text{об са}} > 950$ мл/мин.

Любезнова О.Н., Устюжанинов В.Н.
**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ
 ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО
 ГЕПАТИТА В**

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Хронический гепатит В представляет собой одну из проблем здравоохранения, с которой сталкиваются врачи различных специальностей: инфекционисты, гастроэнтерологи, хирурги.

Цель нашего настоящего исследования - изучение клинико-эпидемиологических особенностей хронического гепатита В.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели нами было проанализировано 65 историй болезни пациентов с хроническим гепатитом В, которые проходили лечение в гепатологическом отделении Кировской городской инфекционной больницы в 2004-2005 годах.

В исследуемой группе большинство составили мужчины – 81,5%, женщины – 18,5%. Средний возраст пациентов – 35,8±1,3 лет. Чаще всего хронический гепатит встречался у лиц молодого и среднего возраста (от 17 до 39 лет) – 64,6%. Реже заболевание регистрировалось у лиц в возрасте от 40 до 60 лет и пожилых людей (35,4%).

По социальному статусу пациенты разделились следующим образом: чаще других заболевание регистрировалось у рабочих (24%), служащих (23%), студентов (19%), безработных (14%) и учащихся (8%).

Диагноз хронического вирусного гепатита В был поставлен на основании данных эпиданамнеза (парентеральные вмешательства, половой путь), длительности сохранения маркеров гепатитов В более 6 месяцев, лабораторных данных (гипербилирубинемия, синдром цитолиза, снижение уровня протромбина, диспротеинемия, синдрома холестаза), инструментальных (ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей), серологического подтверждения (обнаружение в реакции ИФА маркеров гепатита В).

У 56,9% пациентов была зарегистрирована фаза интеграции хронического гепатита В, у 43,1% - фаза репликации. Заболевание в стадии цирроза печени было диагностировано только у 3-х больных. По степени активности пациенты распределились следующим образом: минимальная – у 56,9%, умеренная – 35,4%, выраженная – 7,7%.

Полученные результаты.

При анализе данных эпид.анамнеза нами были выявлены следующие пути заражения:

1) Половой путь, который является самым распространённым среди уточнённых.

2) С оперативными вмешательствами связывают второе заболевание 12,3%, гемотрансфузиями – 9,2%, частыми инъекциями в медицинских учреждениях – 7,7%. На модные среди молодёжи татуировки, пирсинг и маникюр указали 4,6% и 3,1% больных соответственно.

3) У трети пациентов путь заражения остался неуточнённым.

Основные жалобы, которые предъявляли пациенты с хроническим гепатитом, это слабость и недомогание – 53,8%, тяжесть в правом подреберье 30,8%, желтушность кожных покровов и склер – 18,5%, нарушение сна – 9,2%, носовые кровотечения – 3,1%, кровоточивость десен – 1,5%, пастозность голеней – 1,5%.

У трети пациентов были обнаружены внепеченочные знаки в виде «сосудистых звездочек» на груди и лице, у 3,1% - пальмарная эритема. Внепеченочные проявления, такие как узловатая эритема на нижних конечностях, развились у 2-х пациентов, причем это было первое проявление хронического гепатита В.

Лабораторные изменения были выражены более значительно, чем клинические. В биохимическом анализе крови гипербилирубинемия, как за счет прямой, так и непрямой фракции, была зарегистрирована у 18,5% пациентов. Синдром цитолиза, проявлялся в виде увеличения количества АЛТ и АСТ, причем у 46,1% степень выраженности АСТ преобладала над АЛТ.

Синдром холестаза, проявляющийся кожным зудом, повышением уровня щелочной фосфатазы, ГГТП, был выявлен у каждого десятого пациента.

У 92,3% пациентов было зарегистрировано снижение уровня протромбина, общего белка и альбуминов. Особенно выраженное снижение данных показателей было отмечено у больных с циррозом печени.

При ультразвуковом исследовании диффузные изменения печени были выявлены у всех пациентов, гепатомегалия – у 61,5%, спленомегалия – 12,3%, у трёх пациентов диагноз цирроз печени подтвержден ультразвуковыми данными.

Выводы.

Таким образом, хронический гепатит В чаще регистрируется у лиц молодого и среднего возраста, что можно объяснить преобладанием полового пути передачи. Поэтому необходимо проводить профилактическую работу с группами риска по заражению парентеральными гепатитами и рекомендовать вакцинацию против гепатита В

Мазина Н.К., Сухоруков В.П., Булдаков А.В., Попов Д.В., Гоголев Н.В., Токарева Л.В.

ВЛИЯНИЕ ИНФУЗИОННОГО ЭНЕРГОПРОТЕКТОРА РЕАМБЕРИНА НА РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПЕЧЕНИ К ЛЕКАРСТВЕННОЙ АГРЕССИИ

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Фармакологическая коррекция критических состояний является актуальной гепатологической проблемой из-за длительной и высокой ксенобиотической нагрузки на печень вследствие интоксикации и лекарственной агрессии в условиях генерализованного нарушения гомеостатических функций и прогрессирующего энергодефицита. Комплекс традиционных медикаментозных средств инфузионно-трансфузионного (ИТ) обеспечения состоит из разных групп препаратов, которые, как правило, не обладают активирующей фармакодинамикой в отношении ведущей составляющей энергообеспечения гомеостаза – митохондриальных (МХ) систем энергопродукции тканей. Янтарная кислота (ЯК) и ее соли обладают кинетическими и энергетическими преимуществами перед другими энергетическими субстратами, окисляющимися МХ. Это позволяет в условиях гипоксии и энергодефицита обеспечивать поток энергетических эквивалентов, достаточных для поддержания адекватного уровня жизнедеятельности и функциональной активности клеток, тканей и органов в критических состояниях. Реамберин относится к плазмозаменителям на основе ЯК. Для него описаны гепатопротекторные свойства при вирусном и алкогольном поражении печени. Ведущая роль МХ и системы окисления ЯК в энергообеспечении жизнедеятельности позволяет ожидать гепатопротекторного действия реамберина при действии других неблагоприятных факторов, критических, как в отношении целостного организма, так и самой печени.

Цель работы: оценить возможности реамберина оказывать гепатопротекторное действие в условиях неизбежной лекарственной агрессии при критических состояниях, сопровождающих ишемический инсульт и хирургические вмешательства на печени.

Материал и методы: проводили ретроспективный сравнительный анализ данных, зафиксированных в архивной клинической документации, по эффективности использования реамберина в составе ИТ-обеспечения резекций печени (РП) на базе Кировской областной клинической больницы и при ишемическом инсульте (ИИ) на базе Кировской городской больницы №1. Гетерогенные группы сравнения были симметричны статистически, диагнозы верифицированы. Одни группы получали традиционное лечение (препараты типичной практики – ПТП), другие – дополнительно реамберин (ПТП+Р). Из историй болезни выкопировывали сведения по оценке состояния больных до вмешательства и при выписке (клиническую динамику, состояние гемодинамики, терморегуляции, иные специфические показатели-отклики, данные общего и биохимического анализа крови, мочи и др.). Согласно листам назначений определяли разовые и курсовые дозы медикаментозных средств, используемых при коррекции критических состояний в отделении интенсивной терапии и реанимации (ОИТиР) и в процессе «посткритической» реабилитации. Их сопоставление позволяло судить о фармакодинамическом взаимодействии ПТП и Р. Информацию заносили в индивидуальные регистрационные карты (ИРК) и использовали для формирования массивов данных и их обработки методами многомерной статистики, позволяющей учитывать высокий уровень изменчивости и неоднородность клинических показателей. Результаты анализировали в модулях ANOVA/MANOVA, Nonparametric statistics, Principal components & Classification Analysis системы ППП STATISTICA 6,0.

Полученные результаты: По клинической эффективности две медикаментозные схемы ведения больных с ИИ по результатам сопоставления частотных характеристик групп при выписке различались незначительно. Доля пациентов с остаточными нарушениями речи и двигательной активности в группе ПТП+Р (n=33) были на 11% и 14% ниже, чем при традиционном лечении. В группе ПТП (n=43) 7 (16%) пациентов повторно были направлены в ОИТиР с осложнениями. Согласно лабораторным показателям введение Р снижало интенсивность воспалительных процессов и препятствовало нарушениям функции печени из-за ксенобиотической нагрузки вследствие лекарственной агрессии в критический период при лечении в ОИТиР. Это выражалось в том, что активность АЛТ и АСТ за период лечения в группе ПТП+Р практически не изменялась, тогда, как при традиционном лечении увеличивалась на 20-30%, а коэффициент Де Ритиса возрастал на 55% (p=0,04). Частота нормализации значений этого коэффициента при выписке в группе ПТП+Р составляла 39%, а в ПТП 71% (p=0,02). Пациенты, получавшие Р, переводились из ОИТиР в среднем на 24 часа раньше (максимальное время пребывания оказалось почти в 3 раза короче). Время пребывания в неврологическом отделении и общая длительность госпитализации у пациентов этой группы тоже сокращалась в среднем на 5 суток (p=0,025). Эффекты фармакодинамического взаимодействия реамберина с препаратами типичной

практики проявились в виде снижения потребности в использовании антибиотиков, уменьшении курсовых доз антигипертензивных средств и антикоагулянтов, снижении курсовых доз нейропротекторов, в том числе, и дорогостоящих.

При РП группы ПТП (n=25) и ПТП+Р (n=25) различались по клиническому течению послеоперационного периода. Применению Р обеспечивало клинически (снижение относительного риска превышало 25%-50%) и статистически (p<0,05) значимое повышение эффективности вмешательства: ускоряло послеоперационную реабилитацию больных, снижало выраженность воспалительных процессов, уменьшало явления послеоперационной гиперсимпатикотонии, интенсивность болевого синдрома, также уменьшались длительность пребывания в ОИТиР и общей госпитализации. Эффекты фармакодинамического взаимодействия ПТП и Р проявлялись в виде снижения потребности пациентов в наркотических анальгетиках, в более ранних сроках отмены ИТ и уменьшении их курсовых доз, снижении частоты комбинированной антибиотикотерапии и применения антибиотиков резерва. Согласно динамике основных показателей биохимического анализа крови функциональная активность гепатоцитов и желчевыводящих путей нарушалась в меньшей степени и восстанавливалась быстрее. На протяжении всего послеоперационного периода уровень АСТ и АЛТ в группе ПТП+Р был достоверно ниже (p<0,01), чем при традиционном ведении пациентов. Послеоперационная гипопроотеинемия и гипербилирубинемия были в меньшей степени выражены и возвращались в диапазон нормы на 2-4 суток раньше в группе реамберина, что свидетельствовало о менее значительных нарушениях функции гепатоцитов и их более быстром восстановлении. Следовательно, гепатопротекторное действие реамберина проявилось как в условиях хирургической агрессии в отношении печени, так и при повышенной ксенобиотической нагрузке, обусловленной средствами наркоза, интенсивной антибиотикотерапией и применением других препаратов.

Заключение: введение энергопротекторного плазмозаменителя реамберина в схему типичной медикаментозной практики ведения больных в критических состояниях, обусловленных генерализованной дисрегуляцией всего организма (ИИ) или хирургической агрессией в отношении печени (РП), обеспечивало повышение клинической эффективности вмешательства, снижение курсовых доз ряда медикаментов, более короткие сроки выхода из критического состояния и ускорение реабилитации пациентов на стационарном этапе оказания медицинской помощи. Реамберин в составе инфузионно-трансфузионного обеспечения способствовал повышению устойчивости печени к высокой ксенобиотической нагрузке лекарственными средствами, традиционно применяемыми при интенсивной терапии.

Мартусевич А. К., Жданова О. Б.*,
Камакин Н. Ф., Янченко В. А.

**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ
«АЛЬВЕОКОКК – ЧЕЛОВЕК»:
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

ГОУ ВПО Кировская государственная
медицинская академия,

*Вятская государственная сельскохозяйственная
академия, г. Киров

В течение длительного времени в центре внимания медиков и паразитологов находится вопрос о характере метаболических взаимоотношений паразита и хозяина (человека), а также роли этого компонента в патогенезе рассматриваемых заболеваний. Несмотря на большое количество проведенных исследований, данная проблема до сих пор однозначно не разрешена [1]. Если обмен веществ самого альвеококка и особенности иммунного ответа на его присутствие в организме уже достаточно хорошо изучены, что позволило разработать ряд методов иммунологической диагностики этой патологии [2]. В то же время имеется сравнительно небольшой объем сведений относительно метаболического эффекта паразита. В частности, не изучена диагностическая и прогностическая значимость и информативность оценки компонентного состава и физико-химических свойств биологических жидкостей при альвеококкозе. Одним из наиболее простых и удобных способов исследования биосред являются кристаллографические методы исследования. В связи с этим, целью нашего исследования служило рассмотрение особенностей свободного и иницированного кристаллообразования слюны и мочи пациентов с альвеококкозом печени.

Материалы и методы исследования. Производилось изучение дегидратированных образцов слюны и мочи 8 пациентов, страдающих альвеококкозом с преимущественной локализацией паразита в печени.

В качестве комплекса кристаллографических методов были использованы классическая кристаллоскопия (непосредственная дегидратация биосред) и дифференциальная тезиграфия (оценка влияния биожидкостей на кристаллогенез различных по составу базисных веществ), выполняемые на одном стекле [3].

Интерпретация кристаллоскопических фаций производилась с помощью идентификационной таблицы кристаллических и аморфных структур, а так-

же дополнительных критериев. Результат тезиграфического теста оценивался с привлечением системы основных и дополнительных параметров в соответствии с традиционным подходом к анализу.

Статистическая обработка полученных данных производилась с помощью программного пакета SPSS 11.0. Достоверность выявлялась с использованием t-критерия Стьюдента и U-критерия Манна-Уитни.

Результаты исследования. При альвеококкозе у человека фациях мочи обнаружено появление фигур типа «пирамида», сопровождающееся исчезновением «октаэдров». В дендритной картине наблюдается тенденция к уменьшению размеров структур, в аморфной – дробление элементов (увеличение количества при меньших габаритах).

В образцах слюны пациентов по сравнению с практически здоровыми лицами установлено обеднение одиночно-кристаллического компонента за счет «призм» и «октаэдров», укрупнение дендритов при увеличении доли аморфных образований.

При анализе дополнительных критериев обнаружено достоверное снижение равномерности распределения элементов по текстуре фации у больных людей по сравнению со здоровыми ($p < 0,05$), сопровождаемое выраженным ростом степени деструкции фации ($p < 0,05$), что указывает на хаотизацию результата свободного кристаллогенеза. В образцах мочи и слюны пациентов наблюдается повышение содержания белковой составляющей (по критерию Кз).

Обнаруженное соотношение коэффициентов Q и P указывает на то, что трансформация свойств биологических жидкостей, а, следовательно, и их инициаторного потенциала, вследствие наличия альвеококкоза демонстрирует сходные тенденции (установленные по параметру Q) при существенно различающемся компонентом составе (косвенно оцениваемом по показателю P) (таблица). Данный факт свидетельствует об общности метаболических перестроек, происходящих в жидкой ткани организма больных с рассматриваемой патологией, несмотря на ее структурную неоднородность. Это подтверждается практически полным соответствием между инициаторным потенциалом смешанной слюны и мочи пациентов в отношении всего ряда базисных веществ (по коэффициенту Q). Коэффициент P, косвенно указывающий на дисперсию молекулярных масс компонентов анализируемого биосубстрата, существенно

Таблица

Координационный анализ инициаторного профиля биологических жидкостей на примере слюны и мочи пациентов с альвеококкозом с преимущественным поражением печени

Коэффициент	Биосреда	Базисное вещество				
		NaCl		0,1% адреналин	2% новокаин	40% этиловый спирт
		0,9%	10%			
Q	Слюна	«+»	«+»	«←» (выраженная трансформация элементов)	«←»	«←»
	Моча	«+»	«+»	«+»	«←»	«←»
P	Слюна	*	<2	2?	>2	>2
	Моча	<2	2?	<2	2?	?2

варьирует по абсолютному большинству кристаллообразователей, что, в частности, ассоциировано с дифференцированностью биосред по балансу между органическими и минеральными составляющими. Это предопределило установление контрольного уровня Р, равного 2, при котором имеет место баланс между ними. При меньшем значении Р преобладает минеральный компонент, при большем – органический.

Примечание: Q – основной тизиграфический коэффициент, Р – коэффициент поясности, «+» – инициация кристаллогенеза, «-» – ингибирование кристаллообразования; «*» – неоднозначный результат изучения коэффициента поясности

Таким образом, на основании данных дифференциальной тизиграфии по четырем различающимся по свойствам базисным веществам обнаружено, что метаболическая активность альвеококка способствует достаточно стойкому патологическому преобразованию инициаторного потенциала биосред пациента, что свидетельствует о сдвигах их физико-химических свойств. Это, в свою очередь, указывает на наличие жестко определенных изменений компонентного состава биологических субстратов, модулирующих их инициаторность в сторону ее сближения для различных биосред, что может обеспечиваться за счет присутствия в них одних и тех же продуктов метаболизма паразита.

Выводы:

Рассматриваемые биосреды человека при альвеококкозе (смешанная слюна, моча) обладают варибельным модулирующим эффектом на изученные базисные вещества, что позволяет выделить особый инициаторный профиль биожидкостей для данного патологического состояния.

Присутствие альвеококка в печени человека способствует формированию специфических изменений свободного и инициированного кристаллогенеза слюны и мочи, а, следовательно, сдвигах физических свойств и химического состава последних.

Назарова Е.Л., Шардаков В.И., Загоскина Т.П. ВЫЯВЛЕНИЕ МАРКЕРОВ ВИРУСОВ ГЕПАТИТОВ И ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ

ФГУ «Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови Росздрава» г. Киров

Цель исследования: изучить особенности иммунного ответа у больных индолентными неходжкинскими лимфомами при инфицировании вирусами гепатитов.

Материал и методы: нами было обследовано 50 больных индолентными неходжкинскими лимфомами (НХЛ). У всех пациентов методом иммуноферментного анализа выявляли сывороточные маркеры вирусов гепатитов В (HBsAg, HBsAb, HBcAb, HBcIgMAb, HBeAg, HBeAb), С (HCVAb) и Дельта (HDVAb). Кроме того, у них исследовали состояние иммунной системы, включавшее оценку численного состава ос-

новных популяций и субпопуляций иммунокомпетентных клеток с использованием панели моноклональных антител (к CD3, CD4, CD8, CD25, CD20, CD16 и CD95 антигенам лимфоцитов); функциональные способности нейтрофилов периферической крови оценивали по результатам НСТ-теста и метода с использованием частиц латекса, а также рассчитывали содержание сывороточных иммуноглобулинов G, A и M.

Полученные результаты: Первую группу составили 64 пациента (76,1%), не имевшие в сыворотке крови маркеры вирусов гепатитов. Во вторую группу больных вошли 20 пациентов с НХЛ (23,9%), у которых в сыворотке периферической крови выявлялись исследуемые маркеры (рис.1).

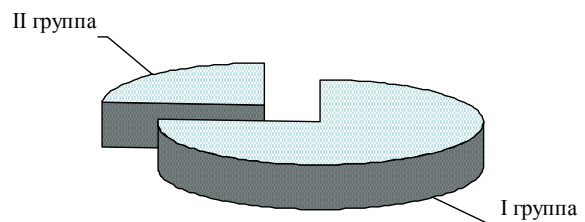


Рис. 1. Распределение больных НХЛ

Исследование показателей иммунной системы выявило наличие у пациентов первой группы признаков вторичного иммунодефицита, заключавшееся в снижении количества CD3+-, CD4+-лимфоцитов, при достаточно высокой способности лейкозных клеток к апоптозу, уменьшением числа натуральных киллерных клеток, сокращением количества фагоцитирующих нейтрофильных лейкоцитов и их резервных возможностей в кислородзависимом киллинге микроорганизмов после стимуляции клеток пирогеналом (табл. 1).

Найденные нарушения позволили сделать предположение о том, что они могут служить почвой для персистенции вирусов.

Анализ количественных и функциональных показателей клеточного звена иммунитета у пациентов второй группы выявил, что наряду с изменениями, наблюдаемыми в первой группе больных, отмечается достоверное снижение числа CD4+-лимфоцитов, CD25+ - клеток и CD95+-лимфоцитов, что может рассматриваться, как реакция организма на внедрение вирусов. Кроме того, было отмечено повышение уровня сывороточного IgG, рассматриваемого, как отражение специфического иммунного ответа на присутствие вирусов гепатитов (табл.2).

Заключение. В последние годы была доказана возможность возникновения моноклональной лимфоидной пролиферации вследствие хронической антигенной стимуляции. Персистирование вирусной инфекции рассматривается, как одна из причин возникновения лимфоидных опухолей и, в настоящее время, является актуальной проблемой онкогематологии. Тем более, что присутствие в организме латентных вирусов вызывает усугубление имеющихся иммунных нарушений, сопровождающих течение опухолевого процесса.

Показатели иммунной системы у больных НХЛ

Показатель	Больные НХЛ (n=64)	Здоровые лица (n=50)
CD3+-клетки, %	34,6±1,08	64,5±1,77
CD4+-клетки, %	23,3±1,23	38,2±2,84
CD95+-клетки, %	34,8±1,87	27,6±2,01
CD16+-клетки, %	12,6±1,22	24,4±3,26
ФАН, %	43,3±0,56	75,0±1,60
НСТ-стимулированный, %	14,7±0,21	31,5±1,55

Таблица 2

Сравнительный анализ отдельных показателей иммунитета в I и во II группах больных

Показатель	Больные НХЛ I группы (n=20)	Больные НХЛ II группы (n=64)
CD4+-клетки, %	18,7±0,43	23,3±1,23
CD25+-клетки, %	16,1±0,67	26,3±1,27
CD95+-клетки, %	20,4±0,89	34,8±1,87
IgG, г/л	18,9±1,34	10,9±0,18

Никонов П.В., Никонова Е.А.
**РОЛЬ УЛЬТРОСОНОСКОПИИ
 В ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРЕ СПОСОБА
 ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА
 У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО
 И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ**

*Муниципальная больница №1 г. Новотроицк,
 Оренбургская обл.*

Проблема выбора более рационального метода хирургического лечения больных с осложненными формами ЖКБ является в настоящее время достаточно сложной задачей. Несмотря на широкое внедрение новых диагностических и лечебных технологий, результаты лечения больных острым холециститом (ОХ) в категории пожилых больных остаются неудовлетворительными. Использование данных контрольно-динамических ультрасоноскопии (УСС) при выборе способа оперативного вмешательства в хирургическом лечении ОХ у больных данной категории ставит на качественно новый уровень диагностику характера и формы воспалительного процесса в стенке желчного пузыря и во многом определяет прогноз при этой патологии.

Целью настоящего сообщения явилась разработка дифференцированного подхода в определении способа оперативного вмешательства у больных ОХ пожилого и старческого возраста путем использования возможностей и преимуществ УСС.

Материалы и методы: проанализированы результаты УСС у 403 пациентов пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу острого деструктивного холецистита. Заболевание чаще встречалось у женщин-312 (77,6%), реже - у мужчин-91 (22,4%), в соотношении 1:3,4 в возрасте от 60 до 89 лет. Позже 24 часов на стационарное лечение поступило 292 (72,6%) больных по причине поздней обращаемости. Катаральный холецистит был выявлен в 25

(6,2%) случаев, флегмонозный-304(75,4%), гангренозный-74(18,4%). При этом у 147 (36,4%) больных был выявлен перивезикальный инфильтрат, у 14(3,4%) - перивезикальный абсцесс, а в 32(7,9%) случаях - перитонит. Диагностику ОХ проводили на основании клинико-лабораторных данных; результатов исследований на ультразвуковой диагностической системе Lodgiq 500 (GE USA) конвексным датчиком частотой 3,5МГц по стандартным методикам. Диагноз в приемном покое включал в себя форму воспаления в желчном пузыре.

Результаты: больным, поступившим с типичной или сомнительной клиникой перитонита, эхографически подтвержденными признаками наличия свободной жидкости в брюшной полости, эхопризнаками острого деструктивного холецистита, с прямыми или косвенными признаками перфорации стенки желчного пузыря в 46(11,4%) случаях проведена неотложная традиционная холецистэктомия через 2-3 часа от момента поступления в отделение. На выбор способа операции у пожилых и старых больных с деструктивным холециститом влияли тяжесть их физического состояния, характер осложнений основного заболевания, а так же характер сопутствующей патологии. При отсутствии ультрасоноскопических данных о воспалительно-инфильтративных изменениях в области гепато-дуоденальной связки, которые затрудняли идентификацию её структур с риском повреждения общего желчного протока, при минимальном анестезиологическом риске и отсутствии противопоказаний к наложению пневмоперитонеума выполнялась лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Эта операция проведена у 125(31%) больных, в том числе у 87 больных в течение 48 часов и у 38 больных в отсроченном порядке, после купирования приступа посредством наложения холецистостомии под УЗ-контролем. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа 3,5-4см в правом подреберье с использованием набора инструментов «Миниассистент» прово-

дилась при невозможности ЛХЭ из-за выраженного инфильтрата в области шейки пузыря, подтвержденного данными УСС в 170(42,2%) случаев, в том числе у 16 в отсроченном порядке после холецистостомии. При некупирующемся приступе ОХ в течение 6-24 часов, с сохраняющимися эхографическими признаками обтурации желчного пузыря, наличием интрамуральной эхопрозрачной полосы в стенке более 2мм с появлением нечеткости контуров стенки, а также у больных острым бескаменным холециститом в 106 случаях мы применили пункционную холецистостомию под УЗ-контролем. ЧЧХЦС накладывали под местной анестезией в условиях операционной по стандартной методике датчиком 3,5МГц с пункционной насадкой иглой 14G с мандреном и катетером диаметром 3мм. Контроль за положением трубки и лечебные мероприятия (промывание просвета, введение спазмолитиков и антибиотиков) проводили ежедневно 2-3 раза в день в сочетании с инфузионно-капельной терапией и другими мероприятиями общего плана. В результате после купирования приступа ОХ 38 пациентам проведена ЛХЭ и 16 оперированы с использованием набора «Мини-Ассистент». Тяжелая сопутствующая патология не позволила провести радикальную плановую операцию у 26 больных, а 26 сами отказались от операции.

Выводы: Благодаря широкому использованию УСС в диагностике и лечении ОХ можно добиться успешной и менее травматичной ликвидации гнойно-деструктивного очага, а также заметно расширить круг показаний к оперативным вмешательствам у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями. Высокая точность УСС, в особенности, при её использовании в динамике, позволяет определить тяжесть воспаления в стенке желчного пузыря, контролировать течение заболевания и корректировать хирургическую тактику.

Павлова О.О.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТУЛИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

*Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И.Мечникова,
НИИ гриппа РАМН Санкт-Петербург*

Цель исследования: оценить эффективность бетулина, тритерпеноида коры березы, в клиническом исследовании у больных ХГС.

Материалы и методы: В процессе клинической апробации обследован 21 пациент ХГС. Выполнено клиничко-лабораторное обследование (АСТ, АЛТ, ГГТП) и количественное определение РНК методом ПЦР до и после курса терапии бетулином в различных дозировках. 13 больных получали бетулин в дозе по 40 мг, 8 больных – по 100 мг 3 р/д. в течении 4 недель.

Полученные результаты: На фоне терапии бетулином у 75% пациентов наблюдался положительный эффект, однако, если у больных, получавших бетулин в дозе по 40 мг 3 р/д., наблюдали тенденцию к снижению выраженности цитолитического синдрома, то при повышении терапевтической дозировки

до 100 мг 3 р/д. снижение показателей характеризующих цитолиз гепатоцитов (АЛТ, ГГТП) носило более выраженный характер. Усредненный коэффициент эффективности препарата составляет 50%. У больных с повышенным уровнем активности ГГТП происходила достоверная нормализация активности гепатоспецифического фермента. Бетулин в наших исследованиях не влиял на динамику вирусологических показателей и вирусную нагрузку.

Выводы и заключение: Таким образом, весьма перспективным представляется использование бетулина в терапии ХВГС в дозе 100 мг 3 р/д в течение не менее 3 месяцев с целью купирования цитолитического синдрома.

Пашенко И.Г., Камнев М.С., Пашенко Н.Н.
**ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ
ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ
ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ СТЕАТОЗОМ
ПЕЧЕНИ**

*Ульяновский государственный университет
г. Ульяновск*

Цель исследования: изучить состояние желчевыделительной функции и оценить биохимический состав желчи у больных стеатозом печени (СП).

Материал и методы: исследования проведены у 57 больных (37 женщин и 20 мужчин в возрасте от 20 до 65 лет), у которых при комплексном обследовании был диагностирован СП, развившийся на фоне патологии легких (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких).

Для оценки желчевыделительной функции печени использовались результаты многомоментного дуоденального зондирования с последующим исследованием биохимического состава желчи порций В и С. Определялось количество желчи порции В, количество желчи порции С, регистрировалось время латентного периода. В обеих порциях желчи исследовалось содержание билирубина, холестерина, суммарных желчных кислот, белково-липидного комплекса. Рассчитывались индекс концентрации желчи порции В, холато-холестериновый коэффициент, отношение холева-дезоксихолевая желчной кислоты.

Наряду с этим проводилось целенаправленное ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря, внутрипеченочных и внепеченочных желчных протоков, а также радионуклидная гепатография с Б.Р. J¹³¹.

Функциональное состояние печени оценивалось по показателям основных биохимических синдромов: цитолитического, холестаза, меземхимально-воспалительного, печеночной недостаточности, которые в большинстве случаев были в пределах нормальных колебаний.

Группой сравнения были 12 здоровых людей (добровольцев).

Полученные результаты: результаты проведенных исследований свидетельствовали о том, что у больных СП вследствие дискинезий желчного пузыря и сфинктера общего желчного протока отмечалось увеличение времени латентного периода с 14,1±1,1 мин. у здоровых лиц до 22,3±3,2 мин. у больных (p<0,05).

Этим также можно объяснить увеличение количества «пузырной» желчи на 15,3% и увеличение индекса концентрации желчи на 12,1%.

Часовое количество «печеночной» порции желчи, напротив, было уменьшенным на 10,2%, что, по-видимому, было связано с проявлением скрытого холестаза.

Содержание общего билирубина преимущественно за счет конъюгированной фракции в обеих порциях желчи было увеличенным. Так, в порции В его содержание составило $69,2 \pm 8,7$ мг %, в порции С - $31,3 \pm 4,6$ мг % (у здоровых соответственно $40,9 \pm 3,8$ мг % и $21,1 \pm 0,8$ мг %, $p < 0,001$).

Содержание холестерина в порциях В и С также увеличивалось. В «пузырной» желчи его содержание составило $260,2 \pm 20,5$ мг %, в «печеночной» $154,3 \pm 5,9$ мг % (в группе сравнения соответственно $183,0 \pm 12,3$ мг % и $86,6 \pm 4,1$ мг %, $p < 0,001$).

Концентрация суммарных желчных кислот, напротив, была существенно сниженной и составила в порции В $548,5 \pm 22,8$ мг %, в порции С $272,4 \pm 28,7$ мг % (у здоровых лиц соответственно $945,0 \pm 36,4$ мг % и $500,0 \pm 18,9$ мг %, $p < 0,001$).

Содержание холевой и дезоксихолевой желчных кислот, а также величина отношения между ними были сниженными. У здоровых людей величина отношения холевая / дезоксихолевая кислоты в «пузырной» порции желчи была $2,1 \pm 0,3$, в «печеночной» порции $3,5 \pm 0,7$, у наблюдаемых больных СП этот показатель был соответственно $0,87 \pm 0,01$ и $0,97 \pm 0,03$, $p < 0,001$.

Снижение продукции желчных кислот является достаточно информативным критерием функционального состояния печени, а также состояния энтерогепатической рециркуляции желчных кислот.

О нарушении желчевыделительной функции печени свидетельствовали также результаты проведенной радионуклидной гепатографии. Если у здоровых лиц радионуклидный индикатор поступал в кишечник на $27,0 \pm 0,9$ мин., то у больных СП только на $37,6 \pm 1,9$, $p < 0,001$. В связи с этим необходимо подчеркнуть, что и у здоровых людей, и у больных радионуклид поступал в печень практически в одно и то же время ($27,9 \pm 1,9$ и $25,6 \pm 0,4$, $p > 0,05$).

Концентрация белково-липидного комплекса в «пузырной» порции желчи вследствие сгущения была повышенной ($826,6 \pm 45,1$), в «печеночной» порции желчи концентрация его была напротив сниженной более чем в 2 раза, что указывает на нарушение его продукции в печени.

Разнонаправленность изменений содержания холестерина и желчных кислот является причиной существенного снижения холато-холестеринового коэффициента. У здоровых лиц этот показатель составил в порции В $5,3 \pm 0,7$, в порции С - $5,9 \pm 0,8$, то у больных СП соответственно $1,8 \pm 0,2$ и $1,0 \pm 0,2$, $p < 0,001$.

Выводы:

Таким образом, учитывая характер морфологических изменений в печени при СП (Подымова С.Д., 2005; Яковенко Э.П., Агафонова И.А., 2005), а также литогенный характер желчи и нарушение пассажа ее по желчевыводящим путям у исследованных больных, имеется достаточно оснований отнести СП в группу факторов риска развития желчно-каменной болезни.

Савиных М.В.

ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ЛИМФОЦИТОВ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ МИКСТ-ИНФЕКЦИИ В И С

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Микст-гепатит В+С является актуальной проблемой среди посттрансфузионных гепатитов. Это обусловлено неуклонным ростом числа инфицированных, высоким риском хронизации, частым развитием цирроза и рака печени. Одним из факторов риска хронического течения является несостоятельность клеточного звена иммунитета, которая, в свою очередь, может быть обусловлена изменением перекисного окисления липидов в мембранах лимфоцитов.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей перекисного окисления липидов в лимфоцитах и показателей клеточного иммунитета у больных с различной активностью хронического гепатита В+С. Нами обследовано 93 пациента с хронической микст-инфекцией В и С. Средний возраст заболевших составил $32,7 \pm 1,5$ года. Среди них мужчин было 67,7%, женщин - 32,3%. Диагноз хронического гепатита В+С основывался на индикации специфических маркеров заболевания, повышенного уровня аминотрансфераз в течение 6 месяцев и более, результатах биопсии, сканирования и ультразвукового исследования печени. Активность гепатита оценивали по данным клинико-лабораторного и морфологического обследования с подсчетом индекса гистологической активности по R.G.Knodell et al., 1981. Изучение перекисного окисления липидов в лимфоцитах проведено у 45 человек с хронической инфекцией В+С в возрасте от 18 до 71 года. Среди них минимальная или слабовыраженная активность зарегистрирована у 66,7%, умеренная или высокая - у 33,3. Для определения физиологических колебаний процессов свободнорадикального окисления в лимфоцитах было обследовано 26 первичных доноров соответствующего возраста и пола. Интенсивность реакций свободнорадикального окисления липидов лимфоцитов оценивалась методом хемилюминесценции, основанном на регистрации сверхслабого свечения, возникающего при взаимодействии радикалов кислорода и усиливающегося в присутствии люминола. Изучались следующие показатели: S (mV) - светосумма свечения за 100 секунд; I max (mV) - максимальная амплитуда сигнала; индекс I max/S - безразмерный показатель, отражающий состоятельность антиоксидантной системы защиты. Показатели иммунной системы изучены у 58 заболевших, средний возраст которых составил 37 лет. В этой группе минимальная или слабовыраженная активность гепатита диагностирована у 62,1% пациентов, умеренная или высокая - у 37,9. Контроль при изучении показателей клеточного иммунитета составили 30 практически здоровых лиц в возрасте от 21 до 58 лет. Иммунологические показатели (CD3, CD4, CD8, CD16, CD21) оценивали в микролимфоцитотоксическом тесте с использованием моноклональных антител.

При умеренной и высокой активности хронического гепатита В+С наблюдалась дезорганизация систем перекисное окисление липидов – антиоксидантная защита. В данном случае имела место значительная интенсификация процессов липопероксидации, что проявилось трехкратным увеличением светосуммы свечения ($1406,47 \pm 426,53$ mV) по сравнению, как с группой контроля ($409,89 \pm 57,54$ mV, $p < 0,001$), так и с низкой активностью хронического гепатита ($418,5 \pm 106,43$ mV, $p < 0,001$). Максимальная амплитуда сигнала также значительно возрастала ($24,67 \pm 5,77$ mV) и имела достоверные различия с группой больных с низким цитолизом ($12,59 \pm 2,29$ mV, $p < 0,01$). У пациентов с высокой активностью хронической микст-инфекции В и С увеличение светосуммы превышало рост амплитуды сигнала, что свидетельствовало о значительном истощении антиоксидантной системы, проявляющемся в снижении коэффициента I_{\max}/S ($0,02 \pm 0,002$) по сравнению, как с группой контроля ($0,04 \pm 0,006$, $p < 0,01$), так и с больными с минимальной активностью процесса ($0,04 \pm 0,003$, $p < 0,01$).

При хроническом гепатите В+С по сравнению с контролем обнаружено достоверное повышение абсолютного ($2,4 \pm 0,11 * 10^9$ /л против $1,99 \pm 0,07 * 10^9$ /л в группе здоровых лиц, $p < 0,01$) и относительного ($37,5 \pm 1,2\%$ - $28,9 \pm 0,6\%$, $p < 0,001$) содержания лимфоцитов, что является результатом реакции иммунной системы на вирусную инфекцию. Относительное содержание CD3-клеток было достоверно ниже ($55,0 \pm 0,8\%$ против $67,3 \pm 0,3\%$ в контроле, $p < 0,001$) за счет снижения относительного количества как CD4- ($24,2 \pm 0,5\%$ - $30,3 \pm 0,4\%$, $p < 0,001$), так и CD8-лимфоцитов ($18,2 \pm 0,4\%$ - $22,4 \pm 0,3\%$, $p < 0,001$), а также натуральных киллеров ($12,6 \pm 0,4\%$ - $14,6 \pm 1,3\%$). Отмечалось существенное увеличение относительного ($16,6 \pm 0,7\%$ - $11,3 \pm 0,4\%$, $p < 0,001$) и абсолютного ($0,39 \pm 0,02 * 10^9$ /л - $0,23 \pm 0,01 * 10^9$ /л, $p < 0,001$) показателя В-лимфоцитов.

В группе пациентов с низкой активностью патологического процесса по сравнению с группой контроля отмечалось достоверное снижение процентного содержания CD3-клеток ($56,5 \pm 0,8\%$, $p < 0,001$) на фоне относительного ($37,3 \pm 1,6\%$, $p < 0,001$) и абсолютного ($2,38 \pm 0,11 * 10^9$ /л, $p < 0,01$) лимфоцитоза при одновременном повышении количества CD21-лимфоцитов ($14,9 \pm 0,7\%$, $p < 0,001$; $0,36 \pm 0,02 * 10^9$ /л, $p < 0,001$). При исследовании субпопуляций Т-лимфоцитов по сравнению со здоровыми обнаружено достоверное снижение относительного содержания как CD4- ($25,1 \pm 0,6\%$, $p < 0,001$), так и CD8-клеток ($17,8 \pm 0,4\%$, $p < 0,001$). В группе больных с выраженной активностью процесса имела место наиболее значительная депрессия клеточного звена иммунитета. В общем анализе крови на фоне относительного лимфоцитоза ($38,0 \pm 1,7\%$ против $28,9 \pm 0,6\%$ в контроле, $p < 0,001$) обнаруживалось достоверное по отношению к группе здоровых лиц снижение относительной концентрации CD3- ($52,6 \pm 1,6\%$, $p < 0,001$) и повышение процентного ($19,3 \pm 1,2\%$, $p < 0,001$) и абсолютного ($0,45 \pm 0,03 * 10^9$ /л, $p < 0,001$) содержания CD21-клеток. При анализе субпопуляций Т-лимфоцитов у больных с высоким цитолизом выявлялось достоверное снижение относительного количества NK- ($10,8 \pm 0,7\%$, $p < 0,01$), CD4- ($22,9 \pm 1,0\%$, $p < 0,001$) и CD8-лимфоци-

тов ($18,9 \pm 0,9\%$, $p < 0,001$). Сравнительный анализ иммунологических тестов в обеих группах пациентов показал достоверное снижение относительного содержания общего количества CD3-клеток ($52,6 \pm 1,6\%$ - $56,5 \pm 0,8\%$, $p < 0,05$) на фоне увеличения обоих показателей В-лимфоцитов ($19,3 \pm 1,2\%$ - $14,9 \pm 0,7\%$, $p < 0,01$; $0,45 \pm 0,03 * 10^9$ /л - $0,36 \pm 0,02 * 10^9$ /л, $p < 0,05$) у больных с высокой аминотрансфераземией по сравнению с лицами с низкой активностью хронического гепатита. Дефицит субпопуляций Т-лимфоцитов касался преимущественно CD4-клеток ($22,9 \pm 1,0\%$), следствием чего явилось достоверное уменьшение иммунорегуляторного индекса по отношению к пациентам с низким цитолизом ($1,25 \pm 0,07$ и $1,44 \pm 0,05$ соответственно, $p < 0,001$). Относительное содержание NK-клеток при хроническом гепатите выраженной активности также существенно уменьшалось и имело достоверные различия со сравниваемой группой больных ($10,8 \pm 0,7\%$ и $13,8 \pm 0,4\%$ соответственно, $p < 0,001$).

Таким образом, с увеличением активности хронической HBV+HCV-инфекции наблюдается усиление перекисного окисления липидов и истощение факторов антиоксидантной защиты в мембранах лимфоцитов. Хронический гепатит В+С сопровождается снижением уровня Т-лимфоцитов на фоне гиперстимуляции гуморального иммунитета. С ростом цитолитических сдвигов отмечается прогрессирующее снижение относительного количества CD3-лимфоцитов и повышение показателей CD21-лимфоцитов. Изменения субпопуляций Т-лимфоцитов касаются, прежде всего, CD4-клеток, что проявляется уменьшением индекса дифференцировки (CD4/CD8) у больных с высоким цитолизом по сравнению с лицами с низкой активностью процесса.

Садков С.А., Тимофеева В.Ю., Ситников С.А.
**ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ
 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПУНКЦИОННОЙ
 БИОПСИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ
 ГЕМОФИЛИЕЙ**

ФГУ «КНИИГПК Росздрава» г. Киров

Структура и характер поражений печени у больных гемофилией имеет ряд особенностей. На основании исследований, проведенных в центре по лечению больных гемофилией Кировского НИИ гематологии и переливания крови (более 1000 больных с наследственными коагулопатиями), выяснилось, что основной причиной гепатопатий у данной категории больных являются вирусные поражения печени, которые чаще всего принимают хроническое течение.

Особенность течения хронических гепатитов, в том числе и вирусной этиологии, у больных гемофилией, обусловлена спецификой основного заболевания, требующего регулярных внутривенных введений белковых препаратов (криопреципитат, свежемороженая плазма, концентраты факторов свертывания крови, другие препараты крови), а также токсинемией, при резорбции излившейся в ткани крови (обширные внутримышечные гематомы, гемартрозы крупных суставов), что значительно увеличивает нагрузку на гепатоциты и приводит к усилению цитолитического синдрома.

Диагностическая эндоскопическая пункционная биопсия печени значительно расширяет представления об особенностях поражения этого органа и позволяет проводить патогенетически и морфологически обоснованное лечение.

Биопсия печени была выполнена 5 больным гемофилией в возрасте от 20 до 35 лет. Цель проведения в данных случаях была невозможность диагностики поражений печени клинико-лабораторными методами и ухудшение течения основного заболевания.

Перед пункционной биопсией печени пациенту внутривенно вводили концентрат фактора VIII или IX из расчета повышения уровня его активности в крови не менее 50%.

Производили послойную анестезию 20 мл 0,5% раствора новокаина в верхней правой точке Калька. После разреза кожи, подкожной клетчатки размером 1 см, рассекали апоневроз. Через разрез в брюшную полость вводили троакар диаметром 10 мм. К троакару подсоединяли трубку для наложения пневмоперитонеума, в брюшную полость подавали кислород 4-6 литров с помощью инсуффлятора. Через троакар вводили оптику и производили осмотр брюшной полости по секторам Калька. Через биопсийный канал лапароскопа вводили пункционную иглу с надетым на канюлю шприцем. Выбирали технически удобный для проведения биопсии или визуально пораженный сегмент печени. Пункцию производили с помощью шприца, насывая ткань печени. Пункционную иглу извлекали. Содержимое пункционной иглы направляли на цитологическое исследование.

Непосредственно перед применением готовили гемостатический пломбировочный материал: концентрат фактора VIII или IX активностью 250 ЕД и разводили в 5 мл 5% раствора ϵ -аминокапроновой кислоты. Через биопсийный канал лапароскопа вводили металлическую трубку диаметром 5 мм, пункционное отверстие заполняли гемостатическим пломбировочным материалом. Оптику извлекали из брюшной полости. Через троакар кислород эвакуировали из брюшной полости. На рану накладывали шов и асептическую повязку. В послеоперационном периоде активность дефицитного прокоагулянта поддерживают на уровне не менее 50% в течение первых трех суток и не менее 10% в течение последующих 7 суток с использованием концентрата фактора VIII или IX.

При визуальном осмотре у всех пациентов печень была обычной формы и цвета. Во всех случаях при цитологическом исследовании выявлены дистрофические изменения гепатоцитов: жировая дистрофия в 2 случаях, белковая дистрофия в 3 случаях.

Метод позволил уточнить этиологию поражения печени и решить вопрос о назначении этиопатогенетической терапии у обследованных пациентов.

С целью предупреждения кровотечения в послеоперационном периоде активность дефицитного прокоагулянта поддерживали на уровне не менее 50% в течение первых трех суток и не менее 10% до 10 суток с использованием концентрата фактора VIII или IX.

Осложнений геморрагического или иного характера в ближайшее и отдаленное время зарегистрировано не было.

Предложенный способ пломбировки канала после диагностической пункционной биопсии печени в значительной степени снижает возможность острых и отсроченных кровотечений. Совместное использование концентрата фактора VIII или IX разведенного в 5 мл 5% ϵ -аминокапроновой кислоты позволяет решить сразу две задачи: обеспечить быстрое образование тромба в пункционном канале и предотвратить его лизис в дальнейшем за счет подавления местного фибринолиза.

Слободина О.Н., Арямкина О.Л., Хайруллин Р.М.
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ
ЖЕЛЧНОКМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ НВВ-
И НСВ-ИНФИЦИРОВАНИИ**

Ульяновский государственный университет, Ульяновск

Желчнокаменную болезнь (ЖКБ) относят к распространенным заболеваниям человека. Хотя развитие данного заболевания связывают в основном с характером питания, до настоящего времени остаются открытыми вопросы ее этиопатогенеза. Обсуждается вопрос о влиянии инфекции, в том числе вирусов и их роли и месте при данной патологии.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-морфологического состояния желчного пузыря и печени у 50 больных хирургической стадией ЖКБ с длительностью заболевания до 22 лет, прооперированных в областной клинической больнице в 1997-2002 годы. Из них 46 было женщин, 4 мужчин. Средний возраст составил $57,0 \pm 2,16$ лет (95% ДИ 52,7-61,4 года).

Материалы и методы. Изучены клиническая картина, варианты течения, морфологические данные по исследованию состояния печени и желчного пузыря. Морфологическую картину состояния печени и желчного пузыря оценивали по биоптатам, окрашиваемым стандартными методами - гематоксилином и эозином или пикрофуксином – окраской Ван-Гизону. Биоптаты печени оценивали согласно ранговому критерию активности воспаления по индексу гистологической активности (ИГА, шкала Knodell R.G. et al., 1981) и степени фиброза (шкала METAVIR - F₀, F_I, F_{II}, F_{III}, F_{IV}). Проведены морфометрические исследования стенки желчного пузыря. Верификацию НВВ- и НСВ-инфекции осуществляли определением серологических маркеров методом ИФА («Multiskan EX», (Финляндия) с использованием тест-систем НИИ вакцин и сывороток (Москва), НПО МЗ РФ (Нижний Новгород). Клинико-морфологические данные обрабатывали при помощи программного пакета STATISTICA 6.0 for Windows.

Полученные результаты. Длительность ЖКБ варьировала от 1 суток до 22 лет, в том числе у 20 пациентов - $6,8 \pm 1,24$ дня, у 10 - $3,65 \pm 1,21$ месяцев у 20 - $4,51 \pm 1,05$ лет соответственно. Ранее хронические диффузные болезни печени у 50 данных больных не диагностировали. По морфологическим данным у 48 из 50 больных ЖКБ (96%) впервые диагностирована патология печени – у 46 человек хронический гепатит, а у 2-х – цирроз печени, требующие этиологической верификации. Инфекция НВВ и/или НСВ ве-

рифицирована впервые у 22 из 50 больных (44%). Из них диагностированы моноинфекция HBV-инфекция у 12 пациентов, или в 54,5% случаев, HCV-инфекция у 6 больных, или в 27,3% и микстинфекция HBV+HCV у 4-х человек, или в 18,2% случаев (рис. 1).

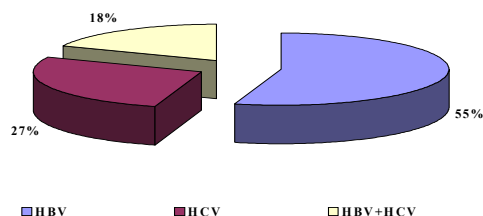


Рис. 1. Соотношения моно- и/или микстинфекции HBV и HCV у больных ЖКБ

Диагноз хронического гепатита В установлен в 24% случаев, хронического гепатита С - в 12% случаев, хронического микствирусного гепатита В+С - в 8% случаев, цирроза печени С - в 2% случаев и цирроза печени В+С - в 2% случаев. У остальных 26 больных ЖКБ были морфологические и лабораторные признаки хронического гепатита, вирусный генез которого по серологическим параметрам установить не удалось. Хронический гепатит гистологически у 48 пациентов соответствовал в умеренной его степени при средних значениях ИГА $9,2 \pm 0,7$ баллов (табл. 1). Наибольшая активность воспаления в печени была выявлена при микствирусном гепатите В+С - $12,8 \pm 1,03$ баллов.

Преобладали больные с фиброзом F_{II} - F_{III} - 58% и 20% соответственно, однако в 18% случаев выявили минимальную его степень F_I с наибольшим числом больных без маркеров вирусных гепатитов. Хронический гепатит не классифицируемый как вирусный характеризовался минимальными фиброзными разрастаниями в печени - в 38,5% случаев лишь фиброзом портальных трактов (F_I) и в 61,5% случаев - намечающимися порто-портальными септами (F_{II}).

Морфологически выявили: при HBV-инфицировании смешанную очаговую и диффузную лимфомакрофагальную инфильтрацию, «матово-стекловидные гепатоциты», внутриклеточный холестааз; при HCV-инфекции - мелкоклеточную жировую дистро-

фию, лимфоидные фолликулы, перидуктальный склероз; при микстифицировании HBV+HCV - диффузную смешанную клеточную инфильтрацию, наибольшую гистологическую активность и наиболее массивный фиброз. У 7 из 26 больных (26,9%) без маркеров HBV- и/или HCV-инфекции гистологическая картина биоптатов печени соответствовала таковой хроническому гепатиту С.

Среди 50 больных хирургической стадией ЖКБ у 30 (60%) человек были ее осложнения в виде перихолецистита у 19 (63,3%), перипузырного инфильтрата у 12 (40%), холангита у 3 (10%), гнойного перитонита у 1 (3,33%) и механической желтухи у 19 (63,3%) нередко в сочетаниях.

Морфологически калькулезный холецистит подразделили на простой у 18 (36%), флегмонозный у 11 (22%), гангренозный у 8 (16%), а также холецистит со склерозом стенки желчного пузыря у 8 (16%) и ее гиперплазией у 5 (10%). Холецисто- и холедохолитиаз одновременно диагностировали во время операций у 13 из 50 больных (26%). Патоморфология стенки желчного пузыря была различной не только при разных клинико-морфологических вариантах хронического калькулезного холецистита, но и зависела от наличия или отсутствия HBV- и/или HCV-инфицирования.

При отсутствии инфицирования гепатотропными вирусами преобладали осложненные формы ЖКБ. У них чаще регистрировались гангренозный и флегмонозный холецистит. У больных с HBV-инфицированием визуализировались отчетливо выраженные слои стенки желчного пузыря, гиперплазия слизистой оболочки с извитыми «пышными» железами, смешанная инфильтрация. У больных с HCV-инфицированием стенка желчного пузыря как правило была истончена, уплотнена, сам желчный пузырь был обычных либо уменьшенных размеров. Гистологическое исследование позволило выявить атрофию слизистой оболочки желчного пузыря, с ее короткими уплощенными ворсинками, зачастую преобладали явления фиброза а мышечном слое органа и превалировала лимфомакрофагальная инфильтрация.

Т.о., хронические гепатиты диагностировали у 48 из 50 больных ЖКБ IV стадии, из них хронические моно- и микствирусные гепатиты В и С, подтвержденные наличием маркеров HBV- и/или HCV-инфекции в крови - у 22 пациентов, или в 45,8% случаев.

Таблица 1.

Гистологическая активность в печени у больных ЖКБ

Группа больных	ИГА (баллы)
Без маркеров	$9,54 \pm 1,1$ (95% ДИ 7,4-11,7)
HBV-инфекция	$8,17 \pm 1,67$ (95% ДИ 9,9-12,4)
HCV-инфекция	$10,0 \pm 1,29$ (95% ДИ 5,89-14,1)
HBV-HCV-инфекция	$12,8 \pm 1,03$ (95% ДИ 9,5-16,0)
ИТОГО	$9,2 \pm 0,7$ (95% ДИ 7,72-10,6)

Смирнов В.С., Дмитриева М.И.
**ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ
 ХРОНИЧЕСКОГО
 ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ВЗРОСЛЫХ**
 Военно-медицинская академия, 112 поликлиника.
 Санкт-Петербург

Цель исследования: исследование эффективности парентерального и интраназального применения пептидного иммуномодулятора Тимогена при лечении хронического вирусного гепатита С (ХГС) у взрослых.

Материал и методы: проведено открытое сравнительное клиническое исследование. В исследовании принимало участие 135 человек (69 мужчин и 66 женщин) больных ХГС в фазе реактивации инфекции. Средний возраст больных $47 \pm 8,2$ лет (20 – 74 года). Больные методом случайной выборки распределены на 3 группы. Больным 1-й группы (52 человека) тимоген назначали внутримышечно в виде 0,01% раствора в объеме 1 мл (100 мкг) 1 раз в день в течение 30 дней. Больные 2-й группы (32 человека) получали тимоген интраназально в дозе 150 мкг (по 1 распылу в каждый носовой ход 3 раза в день) в течение 30 дней. Больные 3-й группы (контроль – 51 человек) получали симптоматическую терапию, включавшую желчегонные, витамины, антиоксиданты, метронидазол. До начала наблюдения и в процессе лечения всем больным проводили стандартное обследование, включавшее определение трансаминаз, билирубина, РНК вируса в сыворотке методом ПЦР, серологическое определение маркеров вирусов гепатита А, В и С методом ИФА, основные показатели иммунитета, клинико-лабораторные показатели. У всех больных проводили сонографическое обследование печени до и после окончания лечения. Полученные результаты обрабатывали стандартными методами вариационной статистики.

Полученные результаты: Клиническая картина у больных всех групп характеризовалась сопоставимыми проявлениями (табл. 1).

В процессе лечения не выявлено существенных изменений структуры клинических проявлений в процессе лечения. Иные результаты отмечены в опытных группах. Так уже к 14-м сут. лечения частота основных симптомов интоксикации уменьшилась в среднем в 7-8 раз. Более, чем в 2 раза реже наблюдались гепато- и спленомегалия, более, чем в 11 раз реже

отмечалась гипертрансаминаземия. К 30-м сут. исчезли практически все симптомы реактивации и только явления гепатомегалии сохранялись у 15-20% больных. Сравнительный анализ результатов парентерального и интраназального методов введения тимогена по динамике клинических проявлений между собой не различались.

Аналогичная динамика выявлена и при определении трансаминаз (рис. 1). Как следует из приведенных данных, на фоне введения тимогена у всех больных происходило быстрое снижение содержания АлАТ и АсАТ до уровня среднестатистической нормы. При последующем наблюдении установлено, что у большинства больных нормальный уровень трансаминаз сохранялся не менее 6 мес.

Рис. 1. Динамика трансаминаз в сыворотке крови больных ХГС на фоне лечения Тимогеном.

По оси абсцисс: Время после начала терапии Тимогеном (сут); по оси ординат – содержание трансаминаз, мкмоль/л.

Обозначения кривых: АлАТ в, АсАТ в – содержание АлАТ и АсАТ при внутримышечном введении Тимогена; АлАТ ин, АсАТ ин – содержание АлАТ и АсАТ при интраназальном введении; АлАТ кон, АсАТ кон – содержание АлАТ и АсАТ в группе, получавшей симптоматическое лечение.

Положительная клинико-биохимическая динамика сопровождалась отчетливым вирусологически ответом в виде снижения частоты положительных результатов определения HCV РНК в сыворотке методом качественной ПЦР (рис. 2)

Таблица 1.

Частота основных клинических проявлений (%) у больных ХГС до и в процессе лечения

Симптомы	До лечения			14-е сут. лечения			30-е сут. лечения		
	Конт.	ТП	ТИ	Конт.	ТП	ТИ	Конт.	ТП	ТИ
Общая слабость	100	98	99	98	12*	12*	92	3*	2*
Тяжесть в правом подреберье	100	95	97	92	18*	18*	85	0*	0*
Потемнение мочи	15	30	25	18	4*	3*	5	0*	0*
Гепатомегалия	88	100	97	85	38*	32*	70	20*	15*
Спленомегалия	7	12	12	12	5*	6*	5	2	0*
Гипертермия >37°C	48	54	65	60	0*	0*	42	0*	0*
Повышение АлАТ	78	80	88	88	8*	5*	72	0*	0*

Примечания: Конт. – контрольная группа; ТП – тимоген парентерально (1-я группа); ТИ – тимоген интраназально (2-я группа); повышение АлАТ более чем в 1,5 раза. Звездочкой отмечены достоверные различия с контролем ($P < 0,05$)

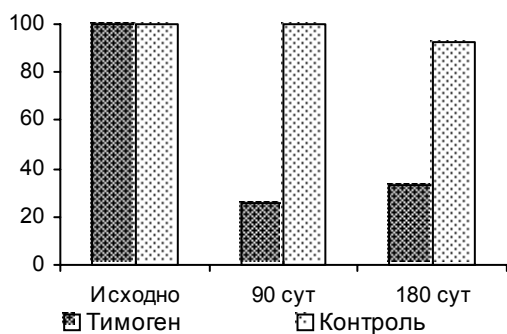


Рис.2. Влияние тимогена на динамику вирусологического ответа у больных ХГС

По шкале ординат: частота выявления HCV РНК в сыворотке методом ПЦР, %, по шкале абсцисс – срок наблюдения – сут.

Заключение: Клиническими исследованиями доказано, что пептидный иммуномодулятор Тимоген эффективное лекарственное средство для лечения больных ХГС, позволяющее добиться стабилизации процесса не менее, чем на 6 мес. Препарат особенно показан пожилым больным, у которых стандартная терапия зачастую не эффективна или противопоказана по тем или иным причинам. Тимоген можно применять и беременным женщинам, страдающим ХГС, поскольку стандартная терапия этим лицам противопоказана. Следует отметить и абсолютную безвредность Тимогена. Опыт клинического применения препарата на протяжении почти 20 лет не выявил ни одного случая осложнений или каких-либо побочных эффектов. Более того, Тимоген в ряде случаев позволяет уменьшить проявления аутоиммунных процессов, которые нередко наблюдаются у больных ХГС, получающих массивные дозы интерферонов и рибавирина.

Судакова О.Г., Кузнецова Н.П.

КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Иркутский государственный медицинский
университет г. Иркутск, Россия.

Цель исследования: выявить особенности течения и клинической картины псориаза в сочетании с хроническими парентеральными вирусными гепатитами, разработать алгоритм обследования и тактику лечения больных псориазом с сопутствующими хроническими вирусными гепатитами.

Материалы и методы: В исследование был включен 161 пациент, страдающий псориазом, в возрасте от 14 до 65 лет. Критерии включения: больные псориазом в возрасте до 65 лет. Критерии исключения: тяжелые сопутствующие соматические заболевания (сердечно-сосудистые, эндокринные, нервные, иммунные, психические, заболевания крови) в стадии обострения, онкопатология, беременность, лактация; больные с клиническими признаками стадио-

нарно-регрессивной и регрессивной стадией псориаза, так как динамика клинической картины при проведении терапии в данном случае может быть недостаточно ясной.

Диагноз псориаза устанавливался больным на основании визуальной оценки патологического кожного процесса, так как характер кожных высыпаний, динамика и специфика их регресса остаются основными критериями формы и стадии дерматоза. Клиническая оценка состояния кожи больного проводилась с использованием индекса Psoriasis Area and Severity Index (PASI), который позволяет стандартизировать полученные результаты и учитывать как площадь вовлеченной в патологический процесс кожи, так и степень выраженности основных клинических проявлений псориаза – шелушения, зуда, эритемы, инфильтрации.

Всем больным псориазом в сыворотках крови методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих тест-систем производства ЗАО «Вектор-Бест» определяли маркеры вирусных гепатитов В, С, D (HBsAg, HBeAg, анти – Hbcor IgM и IgG, HCV IgM и IgG, HDV), применяли подтверждающие тесты. Параллельно с определением маркеров вирусных гепатитов В, С, D исследовали клинические и биохимические показатели сыворотки крови (общий белок, сахар, общий холестерин, билирубин, сиаловая кислота, тимоловая проба, аминотрансферазы, С-реактивный белок) унифицированными стандартными методами, проводили УЗИ органов брюшной полости, консультацию инфекциониста, терапевта.

Полученные результаты: из 161 пациента с псориазом, маркеры парентеральных вирусных гепатитов В, С и D выявлены у 60 человек, что составило 37,3%. HBs Ag был обнаружен в крови 5 (3,1%) больных псориазом; HBe Ag - у 16 (9,9%) больных; Hbcor IgG обнаружен у 9 (5,6%) больных; Hbcor IgM обнаружен у 1 (0,6%) больного. Сочетание HBs Ag и HBe Ag отмечалось у 2 (1,2%) пациентов; HBs Ag, HBe Ag, Hbcor IgG – у 1 (0,6%) больного; HBe Ag, Hbcor IgG – у 1 (0,6%) больного; HBe Ag в сочетании с Hbcor IgG – 1 (0,6%) больного; положительный HBs Ag и Hbcor IgG – 1 (0,6%) человека. HCV IgM выявлен у 4 (2,5%) больных, HCV IgG – у 10 (6,2%) пациентов; HCV IgM и HCV IgG – у 4 (2,5%) больных. Всего маркеры гепатита В обнаружены у 36 (22,4%) пациентов, маркеры гепатита С – у 18 (11,2%), сочетание В и С составило 3,1% и с D гепатитом 0,6%. У мужчин маркеры парентеральных вирусных гепатитов выявлялись в 1,7 раз чаще, чем у женщин.

В группе больных псориазом с положительными маркерами вирусных гепатитов (I группа) 26,7% составили лица в возрасте 21 – 30 лет. В группе с отрицательными маркерами вирусных гепатитов (II группа), но с признаками функциональных изменений печени, 33,3% больных относились к возрастной группе от 41 до 50 лет. В группе без сопутствующей патологии печени (III группа) основной процент (31,9%) пациентов составили лица молодого трудоспособного возраста от 31 до 40 лет. Установлено, что вирусные гепатиты изменяют типичную картину псориаза.

В первой группе преобладала экссудативная форма псориаза (63,3%), а число пациентов, страдающих вульгарной формой составило 10,2%. Тяжелые формы псориаза (пустулезная, эритродермическая, артропатическая) чаще встречались в первой группе, чем во второй. Псориатический артрит в группе с сопутствующими хроническими вирусными гепатитами наблюдался в 2 раза чаще, чем в контрольной. Возможно, парентеральные вирусные гепатиты способствуют инициации аутоиммунного механизма развития или течения псориаза, что обуславливает преобладание в клинической картине тяжелых форм.

У 50,3% пациентов отмечался астено-вегетативный синдром, проявляющийся наличием жалоб на слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности. У 39,8% наблюдались проявления диспепсического синдрома, у 30,4% - абдоминального синдрома, у 14,3% - суставного синдрома. У 36,7% отмечалось сочетание нескольких синдромов. Наличие данных жалоб может быть обусловлено развитием синдрома эндогенной интоксикации.

У больных псориазом I группы исходный индекс PASI превышал соответствующий показатель у больных III группы. Увеличение данного показателя отмечалось за счет усиления зуда кожи, эритемы и инфильтрации и вовлечения в патологический процесс большей площади поражения, с локализацией на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей, крупных складок, ногтей пластин. Значительная распространенность псориазического процесса у пациентов с сопутствующими парентеральными вирусными гепатитами может быть связана как с существенными иммунологическими девиациями, так и с выраженностью воспалительного компонента у больных этой группы.

У больных I группы отмечалось статистически значимые ($p < 0,05$), по сравнению с III группой, увеличение уровня белка в 1,5 раза, общего и непрямого билирубина соответственно в 1,6 и 1,5 раза, АлАТ в 5, АсАТ в 4,5 раза, тимоловой пробы в 2,5 раза. В I группе отношение АсАТ/АлАТ (индекс де Ритиса) было меньше 1,0, что говорит о «печеночном» генезе гиперферментемии. Во II группе наблюдалось статистически значимое ($p < 0,05$) по сравнению с III группой увеличение показателей общего и непрямого билирубина в 1,4 раза. При анализе результатов биохимических показателей сыворотки крови больных псориазом установлены признаки цитолитического синдрома у 48,3%, холестатического у 31,1% и мезенхимально-воспалительного синдрома у 3,5% больных I группы. Во II группе признаки холестатического синдрома встречались у 17,3%, а мезенхимально – воспалительного у 6,9% больных.

Наиболее частой сопутствующей патологией, выявляемой по данным УЗИ органов брюшной полости и при консультации терапевта, у больных I и II группы были заболевания гепатоцеллюлярной системы и желудочно-кишечного тракта. Диффузные изменения печени отмечались у 41,7% больных I группы и 70,4% - II группы, при этом во II группе в 1,6 раз чаще. Хронический гепатохолецистит диагностирован терапевтом у 12 (20%) больных I группы, холецистохолангит у 10 (16,7%) пациентов, гастрит у 6

(10%), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у 1 (1,7%) больных, У 53,7% больных наблюдалась сочетанная патология. По заключению терапевта во II группе у 40,7% больных отмечался вялотекущий гепатохолецистит, у 53,7% - хронический холецистит. Сочетание нескольких заболеваний гепатобилиарной системы наблюдалось у 74,6% больных, в 3-ей группе патологических изменений не выявлено.

Данные проведенных исследований свидетельствуют о достаточно высокой частоте обнаружения маркеров вирусных гепатитов у больных псориазом, часто бессимптомном течении HBV и HCV – инфекций. Исходя из этого, целесообразно ввести в комплексное обследование больных псориазом исследование сыворотки крови на наличие гепатотропных вирусов. Необходимо проводить развернутое исследование биохимических показателей функционального состояния печени, УЗИ органов брюшной полости. При выявлении гепатотропных вирусов совместно с инфекционистами определять тактику лечения больных псориазом, ассоциированным с хроническими вирусными гепатитами.

Тупицын М.В.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКИХ ХОЛАНГИТОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Томский Военно-медицинский институт, г. Томск

Актуальность исследования определяется высокой распространенностью патологических состояний, объединенных термином «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС), в качестве одной из причин которых рассматривается хронический холангит (Пшонкина С.Ю., 2002; С.Г.Бурков, 2004; Krukowski L.H. et al., 1983).

Цель исследования: Изучить частоту встречаемости, характер (этиологию) и клинико-диагностические аспекты хронических бактериальных холангитов у пациентов с ПХЭС.

Материал и методы: Проведено комплексное обследование 109 пациентов с ПХЭС (средний возраст $40,5 \pm 5,5$ года, продолжительность анамнеза желчнокаменной болезни с момента установленного диагноза и до операции $5,4 \pm 1,3$ года, срок после холецистэктомии $4,7 \pm 2,1$ года). На первом этапе работы осуществляли клинико-анамнестический анализ, лабораторные и инструментальные исследования, оценку микробной контаминации желчи (Патент РФ № 2176791 от 10.12.2001г.).

В зависимости от поставленной задачи исследования были сформированы 2 группы наблюдения: I группа – 65 (59,6%) пациента с присутствием бактериального фактора в желчи, 2 группа – 44 (40,4%) больных без признаков микробной контаминации желчевыводящей системы. Второй этап заключался в оценке функционального состояния гепатобилиарной системы посредством анализа биохимических маркеров, динамической гепатобилисцинтиграфии, а также верификации причин билиарной гипертензии по-

средством ультразвуковой дифференциальной диагностики (Приоритетная справка № 2005118552 от 15.06.2005г.).

Полученные результаты: В 1 группе наблюдения функциональные и органические причины нарушения желчеоттока, по данным инструментальных методов исследования, выявлены у 53 (81,5%) и 12 (18,5%) пациентов соответственно. В 43,2% случаях в желчи присутствовала кишечная палочка, в 15,9% - стафилококки, в 9,1% - дрожжеподобные грибы, в 31,8% - различные ассоциации. Дисбиотические проявления характеризовались высокой (70,5%), умеренной (18,2%) и слабой степенью (11,3%).

При этом у 40 (36,7%) пациентов 1 группы диагностированы клинические признаки обострения хронического холангита. Определены коррелятивные связи между биохимическими показателями функционального состояния печени у данной категории больных и уровнем микробной обсемененности желчи ($r=0,97$, $t_{0,05}$). В частности, были выявлены синдромы цитолиза, холестаза, мезенхимально-воспалительный синдром умеренной степени выраженности: билирубинемия $36,2 \pm 7,9$ мкмоль/л; активность АсАТ возростала (по сравнению со среднефизиологической нормой) в 2,1 раза, АлАТ – в 1,3 раза, ЩФ – в 1,9 раза, ГГТГ – в 1,5 раза и пр.

Кроме того, по данным ультразвукового исследования, выявлены специфические признаки хронического холангита (расширение протоковой системы с наличием неоднородного содержимого в виде гиперэхогенной взвеси, уплотненные и неравномерно утолщенные стенки, перидуктальный фиброз, увеличение регионарных лимфатических узлов, выявленных при полипозиционной эхолокации тканей по ходу гепатодуоденальной связки и в парапанкреатической клетчатке). Согласно данным динамической гепатобилисцинтиграфии, определялись признаки выраженного нарушения поглотительно-выделительной функции печени, особенно выраженные у пациентов с органическими причинами нарушения желчеоттока.

В остальных случаях – у 25 (22,9%) больных 1 группы – зарегистрировано отсутствие признаков воспаления желчных путей, что было расценено как латентно протекающая бактериохолия.

У большинства (88,6%) пациентов с ПХЭС без признаков микробной контаминации желчевыводящей системы (2 группа наблюдения) верифицированы признаки дискинезии желчевыводящей системы без специфических изменений биохимических и сцинтиграфических показателей функционального состояния печени.

Заключение: Таким образом, выявлена высокая распространенность хронических холангитов у пациентов после перенесенной холецистэктомии – 36,7%. При обострении хронических холангитов диагностировано нарушение функционального состояния печени, обусловленное выраженной билиарной гипертензией функционального или органического генеза, дисбиотическими и воспалительными изменениями печени и билиарного тракта.

Уралов Ш.М., Рустамов М.Р., Закирова Б.И.,
Абдусаламов А.А.

СОСТОЯНИЕ ГЛЮКОНЕОГЕННОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Самаркандский медицинский институт, г. Самарканд

Цель исследования. В связи с увеличением роста заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей и учитывая тесную взаимосвязь гастродуоденальной и гепатобилиарной систем организма, представлял интерес изучить функциональное состояние печени, в частности её глюконеогенную функцию при хронических гастритах (ХГ), хронических гастродуоденитах (ХГД) и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) в зависимости от давности заболевания.

Материал и методы. Обследовано в динамике 116 детей с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП), в возрасте 7-14 лет, в период обострения заболевания. Контрольную группу составили 22 практически здоровых детей. ХГ был диагностирован у 34 больных, ХГД - у 63 и ЯБДК у 19. Давность заболевания у детей с ХГДП в более чем в половине случаев (54,0%) не превышало 1 года, а у 46,0 % детей, более 1 года.

Наряду с общепринятыми клинико-лабораторными методами исследования, проведено изучение синтеза глюкозы из неуглеводных соединений по методике Н.В.Блиновой (1992). В качестве предшественника глюкозы использовался медицинский глицерин. Исследовалась скорость глюконеогенеза и толерантность периферических тканей к глюкозе глюконеогенного генеза.

Полученные результаты. Нами было установлено, что у больных ХГ второй группы, с давностью заболевания свыше 1 года, содержание глюкозы в крови натощак было равно в среднем $3,16 \pm 0,09$ ммоль/л, что достоверно выше, чем у больных первой группы, с давностью заболевания до 1 года ($P < 0,02$). У больных ХГ с давностью заболевания до 1 года, прирост новообразованной глюкозы, после нагрузки глицерином, составил в среднем $0,76$ ммоль/л/ч, а у больных второй группы скорость глюконеогенеза равнялась $0,91$ ммоль/л/ч ($P < 0,05$). Толерантность периферических тканей у больных I группы равнялась $0,42$, а во второй группе - была несколько выше ($0,55$ ммоль/л).

У больных с ХГД в первой группе содержание глюкозы в крови натощак было равно $2,98 \pm 0,11$ ммоль/л, а во второй, с давностью заболевания более 1 года, этот показатель был равен $3,19 \pm 0,11$ ммоль/л, что на $0,21$ ммоль/л выше. Прирост новообразованной глюкозы после нагрузки глицерином, у больных ХГД первой и второй группы составил, соответственно, $0,80$ и $1,04$ ммоль/л/час. Толерантность периферических тканей к глюконеогенной глюкозы составила, соответственно, $0,62$ и $0,91$ ммоль/л.

Натощак, уровень глюкозы в крови, у больных страдающий ЯБДК до 1 года был равен $2,85 \pm 0,09$ ммоль/л. Статистически достоверно, по сравнению с практически здоровыми детьми, он увеличивался у больных второй группы, составляя в среднем

3,26±0,10 ммоль/л (P<0,001). Прирост новообразованной глюкозы у больных первой группы был равен 0,93, а у больных второй группы - 1,17 ммоль/л/ч.

Выводы и заключение. У практически здоровых детей нами выявлено низкое содержание глюкозы в крови натощак и некоторое повышение её концентрации у больных с ХГДП, что свидетельствует о повышенной потребности организма больных в энергетическом материале. При анализе интенсивности глюконеогенной функции печени у больных ХГДП в зависимости от давности заболевания был установлен следующий факт: с увеличением срока давности заболевания, в печени скорость синтеза глюкозы из глицерина оказывается высокой у больных, страдающих ХГДП свыше 1 года, по сравнению с больными, с давностью менее 1 года. Интересно отметить, что с увеличением срока давности заболевания, толерантность периферических тканей к новообразованной глюкозе понижается ($r=0,91$).

Таким образом установлено, что интенсивность глюконеогенной функции печени, у больных ХГДП, нарастает с увеличением длительности заболевания, потребность периферических тканей к новообразованной глюкозе выше у больных с длительным течением заболевания. Все вышеизложенное диктует о необходимости всем больным, с длительным течением ХГДП, помимо лечения основного заболевания, проводить дополнительную коррекцию измененных параметров функционального состояния печени.

Уралов Ш.М., Рустамов М.Р.,
Махмудова Ф.В., Атаева М.С.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АЗОТИСТОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Самаркандский медицинский институт, г. Самарканд

Цель исследования. Учитывая тесную анатомо-функциональную взаимосвязь гастродуоденальной и гепатобилиарной систем организма и увеличенный рост хронических заболеваний гастродуоденальной зоны, нами изучена мочевинообразовательная функция печени у детей при хронических гастродуоденитах (ХГД) и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) в зависимости от давности заболевания.

Материал и методы. Обследовано в динамике 82 детей с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП), в возрасте 7-14 лет, в период обострения заболевания. Контрольную группу составили 22 практически здоровых детей. ХГД был диагностирован у 63 больных, ЯБДК - у 19. Давность заболевания у детей с ХГДП в более чем в половине случаев (54,0%) не превышало 1 года, а у 46,0 % детей, более 1 года.

Наряду с общепринятыми клинико-лабораторными методами исследования, проведено изучение конечных продуктов азотистого обмена: аммиака, мочевины и глутамина. Концентрацию мочевины в

сыворотке крови определяли диацетилмоноксидным методом по S.V.Barker, набором реактивов фирмы "Lachema". Для определения аммиака и глутамина мы использовали мик-рометод А.И.Силаковой.

Полученные результаты.

У практически здоровых детей натощак уровень аммиака был равен 126,14±11,1 мкмоль/л, мочевины - 4,03±0,13 ммоль/л, глутамина - 738,14±17,4 мкмоль/л.

В зависимости от давности заболевания, все больные с гастродуоденальной патологией были разделены на 2 группы. В первую группу вошли пациенты с давностью заболевания до 1 года, во вторую - болеющие в течении более 1 года.

Изучая показатели азотистого обмена у больных хроническим гастродуоденитом выявлено, что у больных второй группы, уровень аммиака в крови натощак равнялся 226,45±7,62 мкмоль/л, что статистически достоверно выше, чем у больных I группы (187,63±6,91 мкмоль/л; P<0,001). Уровень мочевины у больных ХГД натощак равнялся 4,78±0,08 ммоль/л. Это на 0,75 ммоль/л выше концентрации этого метаболита, характерной для практически здоровых детей (P<0,001). Высокое содержание аммиака, видимо, потенцирует синтез глутамина у больных ХГД, содержание этого обычно мало изменяющегося соединения, у больных было статистически достоверно выше (P<0,01), чем в норме.

Натощак в крови у больных ЯБДК второй группы, уровень аммиака был равен 242,63±7,52 мкмоль/л, а у больных первой группы, он был достоверно ниже и составил 192,84±11,4 мкмоль/л (P<0,001).

У ЯБДК натощак, содержание мочевины в крови было примерно одинаковым, причём значительная её уровень у практически здоровых детей на 0,95 и 1,05 ммоль/л (P<0,001), а концентрация глутамина оказалась достоверно более высокой, у больных, с давностью заболевания свыше 1 года (P<0,05).

Выводы и заключение.

При гастродуоденальной патологии у детей наблюдаются существенные нарушения в азотистом обмене. Выявленная нами у больных с хронической гастродуоденальной патологией гипераммониемия указывает о компенсаторном усилении мочевинообразовательной функции печени у больных ХГД и ЯБДК с нарастанием длительности заболевания, видимо, как следствие усиленного распада белков и последующего дезаминирования аминокислот. Этот токсический метаболит успешно обезвреживается у практически здоровых детей в виде мочевины и глутамина, тогда как у больных с гастродуоденальной патологией лишь в виде мочевины, о чём свидетельствует гиперуреемия у больных натощак.

У больных с гипераммониемией клинически выявлено более выраженный болевой синдром сочетанного характера и значительные проявления интоксикации ЦНС (раздражительность, нарушение сна).

Мы считаем, что у больных с гастродуоденальной патологией синтез мочевины в печени изменяется в широких пределах компенсаторного характера. Биосинтез этого конечного продукта азотистого обмена, при указанной патологии у детей, не нарушен и резервы печени в этом отношении значительны.

Устюжанинов В.Н., Вожегова Н.П.,
Стражникова Г.А.

**КЛИНИЧЕСКАЯ И
ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КАРТИНА
ПРИ ГЕПАТИТЕ А
НА ФОНЕ НОСИТЕЛЬСТВА HBV**

*ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров*

Актуальность. Сохраняющийся в России высокий уровень распространенности HAV и HBV, активное вовлечение на современном этапе в эпидпроцесс при данных патологиях взрослых, отсутствие перекрестного иммунитета между HAV и HBV создают реальные предпосылки для развития смешанной инфекции HAV+HBV, удельный вес которой среди вирусных гепатитов в последние годы отличается устойчивым ростом. Анализ литературных данных позволяет заключить, что микст-гепатит А+В по-прежнему остается недостаточно исследованным, а опубликованные по данной проблеме сведения нередко отличаются противоречивостью. Многочисленные сведения о роли HLA-системы при гепатитах А и В, накопленные к настоящему времени, позволяют с уверенностью утверждать о наличии генетической обусловленности данных заболеваний, влиянии иммуногенетических факторов на их течение и исходы. Следует отметить, что изучение HLA-комплекса при микст-гепатите А+В до сих пор не проводилось.

Цель исследования. В связи с этим, целью нашего исследования стало уточнение клинических и иммуногенетических проявлений при одном из наиболее распространенных вариантов смешанной инфекции HAV+HBV – гепатите А на фоне носительства HBV.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач нами была проанализирована течение и исходы микст-гепатита А+В у 99 больных в возрасте от 15 до 55 лет (в среднем $21,84 \pm 0,80$ лет), проходивших стационарное лечение в 1998-2005 гг. в ОГУЗ «Кировская городская инфекционная больница» (гл. врач А. Шубин); из них мужчин было 56, женщин – 43. Во всех случаях диагноз был поставлен на основании комплекса эпидемиологических и клинико-лабораторных данных и подтвержден серологическим способом (ИФА III поколения). Из 99 пациентов, находившихся под наблюдением, иммуногенетические исследования были проведены у 81. HLA-типирование осуществлено стандартным двухступенчатым микролимфоцитотоксическим тестом (P. Terasaki et al., 1978) с использованием набора специфических сывороток СПБНИИ гематологии и переливания крови (Россия). Из 81 больного с установленным HLA-фенотипом антигены локусов А и В были исследованы у всех (81), Сw – 60. Группу контроля при иммуногенетических исследованиях составили 795 практически здоровых доноров Волго-Вятского региона, сопоставимых по возрасту и полу с группой больных смешанной инфекцией HAV+HBV (Г. Зайцева, 1989). Для оценки клинических и биохимических, данных, а также для выявления взаимосвязи между отдельными HLA-параметрами (антигенами, фенотипами, гаплотипами) и клинико-лабораторными показателями применяли общепринятые методы вариационной статистики.

Полученные результаты. В ходе проведенного исследования было установлено, что гепатит А на фоне носительства HBV отличается доминированием типичных форм болезни (87%), легким (57%) или среднетяжелым (41%) течением, возможностью развития глубоких биохимических сдвигов (28%) в основном за счет интенсивного цитолиза (22%), холестерина (5%) или их сочетания (1%).

Заболевание характеризуется острым началом (76%), короткой продолжительностью продромального периода (не более 7 сут.), имеющего чаще диспепсический (22%), а также смешанный характер в виде сочетания диспепсии с гриппоподобной (27%) или астенической (18%) симптоматикой.

С появлением иктеричности самочувствие большинства заболевших не изменяется (61%) или ухудшается (19%). Клиническая картина желтушного периода болезни формируется из проявлений печеночной интоксикации – чаще жалоб астенического и/или диспепсического плана; возможно наличие кожного зуда (25%). Объективные изменения заключаются в развитии яркой желтухи (87%), холурии (87%), ахолии (56%), умеренным (в среднем $2,58 \pm 0,12$ см) увеличением размеров печени с болезненным при пальпации ее краем (57%) и возможностью уплотнения ее консистенции (25%). Изредка отмечаются спленомегалия (7%) и геморрагический синдром (4%). Вторичные печеночные знаки имеют место в 1/3 (32%) части случаев. Биохимические отклонения в желтушный период представлены невысокой гипербилирубинемией, умеренным цитолизом, мезенхимально-воспалительной реакцией средней интенсивности, минимальным нарушением синтеза белка в печени и незначительным внутрипеченочным холестазом.

Значительная продолжительность желтушного периода болезни (в среднем $19,19 \pm 3,96$ сут.), времени стационарного лечения пациентов (в среднем $28,19 \pm 1,56$ сут.), обострения и рецидивы (6%), преобладание форм болезни с замедленными темпами выздоровления в виде затяжной реконвалесценции (68%) и затяжного течения (13%), а также частое развитие стойких остаточных явлений (51%) отражают выраженную склонность данного варианта микст-гепатита А+В к негладкому и прогрессивному течению. После суперинфицирования HAV носительство HBV характеризуется частым (51%) прогрессированием (в виде трансформации в хронический гепатит и/или появления репликации HBV); в половине случаев (49%) отмечается отсутствие отрицательной динамики хронического HBV-процесса.

В результате изучения HLA-системы при смешанной инфекции HAV+HBV было установлено, что ее иммуногенетическими маркерами являются A10, B21, Cw2, Cw5, A10-A19, B17-B18, B21-B35, A3-B21, A9-B8, A9-B21, A10-B7, A10-Cw3, B18-Cw2. У пациентов с атипичными формами болезни достоверно чаще по сравнению со здоровыми встречаются HLA-Cw5, B27-B35, A3-B14, A3-B21, A9-B14, A9-B21, типичными формами – HLA-A10, A10-A19, B8-B13, B17-B18, B21-B35, A9-B8, B18-Cw2. Среди больных с легкой тяжестью микст-гепатита А+В по сравнению со здоровыми значительно повышена частота HLA-A10, B22, A10-A19, B8-B13, A3-B21, A9-B8, A10-B14, A10-B22, A10-Cw3. Среднетяжелые и тяжелые формы болезни связаны с присутствием в фенотипе пациентов HLA-

B17, B17-B18, B21-B35, A28-B21, B18-Cw2. У больных с полным выздоровлением по сравнению с контролем существенно чаще обнаруживаются HLA-B22, A10-A19, B8-B13, A10-B22, A10-Cw3, с затяжной реконвалесценцией – HLA-A10-B7, A10-B17, B18-Cw2, с затяжным течением – HLA-B21, B35, A19-A28, B21-B35, A3-B21, A28-B35. Развитие различных остаточных явлений обусловлено наличием HLA-A10, B21, A10-A19, B7-B21, B21-B35, A3-B21, A9-B8, A9-B21, A10-B14, A10-B17, A28-B21, B18-Cw2. Повышенным риском прогрессирования носительства HBV (после суперинфицирования HAV) обладают носители HLA-Cw5, B17-B18, A10-B7, A28-B21, B18-Cw2.

Выводы. Таким образом, гепатит А на фоне носительства HBV характеризуется преобладанием типичных форм болезни (87%) с легким (57%) или среднетяжелым (41%) течением, острым началом (в 3/4 случаев), короткой продолжительностью преджелтушного периода, в период разгара – умеренно выраженными явлениями печеночной интоксикации, объективными и биохимическими изменениями средней интенсивности. Заболевание отличается склонностью к негладкому и прогрессивному течению, что находит отражение в довольно высокой частоте обострений и рецидивов (6%), затяжной реконвалесценции (68%), затяжного течения (13%) и остаточных явлений (в 1/2 случаев). Перенесенный гепатит А способствует дальнейшему прогрессированию носительства HBV у половины больных.

Тканевые антигены играют важную роль в развитии HAV-инфекции на фоне носительства HBV. Иммуногенетическими маркерами заболевания являются HLA-A10, B21, Cw2, Cw5, A10-A19, B8-B13, B21-B35, A3-B21, A9-B21. Генетический фон оказывает влияние на клинику смешанной инфекции HAV+HBV. Среднетяжелые и тяжелые формы болезни ассоциированы с HLA-B17, затяжная реконвалесценция – HLA-Cw2, затяжное течение – HLA-B21, B35, обострения и рецидивы – HLA-A2-B35, остаточные явления – HLA-A10, B21, прогрессирование хронической HBV-инфекции (после перенесенного гепатита А) – HLA-Cw5.

Устюжанинов В.Н., Вожегова Н.П.,
Стражникова Г.А.

ЗАВИСИМОСТЬ ВЫРАЖЕННОСТИ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ МИКСТ-ИНФЕКЦИИ HAV+HBV ОТ HLA-АНТИГЕНОВ

*ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров*

Актуальность. Согласно последним представлениям, механизм формирования любого патологического состояния обусловлен взаимодействием двух факторов: «внешних», определяющих возникновение болезни, и «внутренних», ответственных за ответ организма на развитие патологического процесса. Среди эндогенных факторов в последнее время важное место отводят системе главного комплекса гистосовместимости человека HLA (Human Leucocyte Antigens) – одной из наиболее биологически значимых систем организма человека, характеризующейся выраженным

полиморфизмом и являющейся наиболее изученной из всех генетических систем. Согласно вирусно-иммуногенетической концепции патогенеза вирусных гепатитов, их возникновение, клинический полиморфизм, характер течения и исходов обусловлены генетически детерминированными особенностями иммунного ответа. Вместе с тем, несмотря на потенциально большую опасность микст-инфекции HAV+HBV для здоровья больных по сравнению с соответствующими моногепатитами, изучение HLA-антигенов при ней до сих пор не проводилось.

Цель исследования. В связи с этим, целью нашего исследования стало изучение выраженности клинико-биохимических изменений при гепатите А на фоне носительства HBV в зависимости от особенностей HLA-фенотипа больных.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач нами были проведены иммуногенетические исследования у 81 пациента с микст-инфекцией HAV+HBV в возрасте от 15 до 50 лет (в среднем 21,49±0,90 год), проходивших стационарное лечение в 1998-2005 гг. в Кировской инфекционной клинической больнице (гл. врач А. Шубин). Из них мужчин было 45, женщин – 36. Во всех случаях диагноз был поставлен на основании комплекса эпидемиологических и клинико-лабораторных данных и подтвержден серологическим способом (ИФА III поколения). HLA-типирование осуществлено стандартным двухступенчатым микролимфоцитотоксическим тестом (P. Terasaki et al., 1978) с использованием набора специфических сывороток СПбНИИ гематологии и переливания крови (Россия). Из 81 пациента с установленным HLA-фенотипом антигены локусов А и В были исследованы у всех (81), Cw – 60. Группу контроля при иммуногенетических исследованиях составили 795 практически здоровых доноров Волго-Вятского региона, сопоставимых по возрасту и полу с группой больных смешанной инфекцией HAV+HBV (Г. Зайцева, 1989). Для оценки клинических и биохимических данных, а также для выявления взаимосвязи между отдельными HLA-параметрами (антигенами, фенотипами, гаплотипами) и клинико-лабораторными показателями применяли общепринятые методы вариационной статистики.

Полученные результаты. При анализе частоты встречаемости тканевых антигенов у пациентов с микст-гепатитом А+В по сравнению со здоровыми были обнаружены ряд особенностей. В частности, у больных с повышенной частотой встречаются антигены HLA-A10, B21, Cw2 и Cw5, увеличивая риск развития смешанной инфекции HAV+HBV у их обладателей в 2,27-7,64 раз. Напротив, антиген HLA-B5 встречается у заболевших достоверно реже, чем у здоровых, обуславливая повышенную устойчивость к микст-гепатиту А+В его носителей. Сведения о характере распределения у больных не отдельных HLA-антигенов, а их сочетаний по двум и более антигенным локусам значительно увеличивает диагностическую ценность исследований. В связи с этим, мы проанализировали частоту встречаемости фено- и гаплотипических сочетаний тканевых антигенов при микст-гепатите А+В по сравнению со здоровыми. Было обнаружено, что относительно контроля среди больных смешанной инфекцией HAV+HBV достоверно чаще выявляются HLA-фенотипы A10-A19, B7-B21, B8-B13, B17-B18, B21-

B35, Cw2-Cw3 и гаплотипы HLA-A3-B21, A9-B8, A9-B21, A10-B7, A10-B14, A10-B17, A10-B22, A3-Cw2, A10-Cw3, A19-Cw2, B18-Cw2, A2-B18-Cw2, значительно предрасполагающие к развитию заболевания их обладателей.

Итак, иммуногенетическим маркерами HAV-инфекции на фоне носительства HBV являются HLA-A10, B21, Cw2, Cw5, A10-A19, B8-B13, B17-B18, B21-B35, A3-B21, A9-B8, A9-B21, A10-B7, A10-Cw3, B18-Cw2. Защитную роль в отношении развития заболевания играют HLA-B5, A2-Cw3, A3-Cw4, B35-Cw4, A3-B35-Cw4.

Для выяснения механизма взаимосвязи тканевых антигенов с предрасположенностью к патологическому процессу, с целью уточнения причин клинического полиморфизма заболевания, мы изучили выраженность клинико-биохимических параметров при смешанной инфекции HAV+HBV в зависимости от HLA-фенотипа пациентов. В результате было обнаружено, что среди больных с ухудшением самочувствия при появлении желтухи по сравнению с пациентами без его ухудшения достоверно повышена частота HLA-B13. Головокружение имеет положительные ассоциации с HLA-B40, A9-B40, B8-Cw2, B40-Cw2, A3-B8-Cw2, головная боль – A2-B18-Cw2, нарушение сна – A2-A11, A2-B35, A11-B35, рвота – Cw6, B7-B35, боли в области печени – B21, A2-B7, неустойчивость стула – B35, метеоризм, вздутие живота – A26, A28-B21, A9-B18-Cw2. Геморрагический синдром обусловлен присутствием в фенотипе больных HLA-B13, A2-B8, значительное увеличение размеров печени – B8, спленомегалия – A19, высокая гипербилирубинемия – B17, интенсивный цитолиз – Cw3, B40-Cw3, выраженная мезенхимально-воспалительная реакция – B18-Cw2, существенное угнетение процессов синтеза белка в печени – B35-Cw4, A2-B35-Cw4. Выраженная продолжительность периода разгара имеет положительные ассоциации с HLA-A28, Cw4, A2-A3, B21-B35, A2-B8, A1-Cw4, A2-Cw4, A3-Cw4, B8-Cw4, B35-Cw4.

Таким образом, клинико-биохимические показатели при смешанной инфекции HAV+HBV более выражены при наличии в фенотипе HLA-A19, A28, B8, B13, B17, Cw3, Cw4, A2-A3, B21-B35, A2-B8, A1-Cw4, A2-Cw4, A3-Cw4, B8-Cw4, B18-Cw2, B35-Cw4, B40-Cw3, A2-B35-Cw4, среди которых многие специфичности (HLA-B8, B17, A2-A3, B21-B35, A2-B8, A3-Cw4, B18-Cw2, B35-Cw4), видимо, ассоциируясь с неадекватной иммунореактивностью, не только предрасполагают к развитию данного заболевания, но также обуславливают его среднетяжелое или тяжелое, негладкое и затяжное течение, а также формирование неблагоприятных исходов.

Выводы. Генетический фон играет важную роль в развитии микст-инфекции гепатита А и носительства HBV: иммуногенетическими маркерами заболевания являются HLA-A10, B21, Cw2, Cw5, A10-A19, B8-B13, B21-B35, A3-B21, A9-B21. Защитную роль в отношении возникновения сочетанной инфекции HAV+HBV играют HLA-B5, A2-Cw3, A3-Cw4, B35-Cw4, A3-B35-Cw4. Приведенные данные можно использовать для формирования среди населения групп, имеющих повышенный риск развития данной патологии, с целью ее своевременной профилактики (путем вакцинации против гепатита А всех неиммунных к HAV носителей HBV).

Преимущественная выраженность клинико-биохимических изменений при микст-гепатите А+В генетически детерминирована и ассоциируется с наличием в фенотипе больных HLA-A19, A28, B8, B13, B17, Cw3, Cw4, A2-A3, B21-B35, A2-B8, A1-Cw4, A2-Cw4, A3-Cw4, B8-Cw4, B18-Cw2, B35-Cw4, B40-Cw3, A2-B35-Cw4. Полученные результаты можно использовать в качестве дополнительных критериев прогноза данной патологии, а также для выбора ее адекватной терапии еще в начале инфекционного процесса с целью улучшения прогноза заболевания.

О.Н.Филиппова
**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОДУКТОВ
 ЗАО «БИОФИТ» В КОМПЛЕКСНОЙ
 ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ
 ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**
 ЗАО «Биофит», г. Нижний Новгород

ЗАО «Биофит» - одна из известных Российских компаний, занимающихся разработкой и производством продуктов функционального питания, - была основана в октябре 1993 года.

Компания использует уникальные технологии для производства продуктов функционального питания, имеет сертификат системы менеджмента качества ИСО 9001-2001 и немецкой системы качества DAR. Продукция «Биофит» отмечена почетным знаком качества «Золотой Эталон» за продукцию для детей и награждена медалями международных выставок (19 золотых, 2 серебряных и 2 бронзовых медали).

В основе технологии лежат фундаментальные, комплексные и междисциплинарные исследования. Исследования осуществляются в сотрудничестве с учеными Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского (ННГУ), Научно-исследовательского института химии ННГУ, Нижегородской государственной медицинской академии, Нижегородского научно-исследовательского института детской гастроэнтерологии, Института питания РАМН, Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова, Научно-исследовательского института биомедицинской химии РАЕН им. В.П. Ореховича.

Уникальная биосберегающая криотехнология позволила сохранить, сконцентрировать и значительно увеличить биодоступность биологически активных веществ исходного сырья, получив в результате этого продукты высокой биологической ценности и эффективного физиологического воздействия на организм человека.

В продуктах ЗАО «Биофит» представлены все группы натуральных биологически активных соединений растений. Каждый комплекс представляет собой растительный концентрат, полученный из экологически чистого сырья, без содержания каких-либо синтетических добавок, консервантов, красителей. При этом отмечается абсолютная переносимость продукта всеми без исключения возрастными группами.

Эффективность и безопасность препаратов «Биофит» подтверждены клиническими испытаниями и многолетней врачебной практикой.

Клинические исследования проводились в ведущих лечебных учреждениях Нижнего Новгорода и Москвы по следующим нозологическим группам: заболевания сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей, мочеполовой системы и др.

В частности, клинические исследования продуктов ЗАО «Биофит» были проведены на базе Нижегородского научно-исследовательского института детской гастроэнтерологии, где был разработан и применен новый способ лечения функциональных заболеваний желчевыводящих путей, основанный на использовании растительных таблеток из криопорошка кукурузы при гипомоторной дискинезии и растительных таблеток из криопорошка овса при гипермоторной дискинезии. Данные препараты оказались наиболее эффективными у детей с дисфункцией желчного пузыря на фоне хронического гастродуоденита и пищевой аллергии. В результате исследования было зарегистрировано изобретение (патент №2245158, авторы: Плетнева Н.Б., Харитоновна О.Ю., Варначева Л.Н., Назарова Е.В.).

Новизна данного способа лечения дискинезии состоит в том, что по сравнению с фитотерапией эффект достигается быстрее. Кроме того, новый способ более удобен и прост в применении, чем приготовление сборов и отваров и не вызывает побочных эффектов.

Было обследовано 54 ребенка, из них гипомоторная дискинезия наблюдалась у 41 ребенка, гипермоторная у 13. В качестве средства лечения дисфункции желчного пузыря по гипомоторному варианту были назначены растительные таблетки из криопорошка кукурузы, при гипермоторном варианте - из криопорошка овса. Препараты принимались в течение 10 дней; доза для детей до 5 лет составляла 2 таблетки в день, старше 5 лет - 4 таблетки в день.

Через 3 недели проводился эходинамический контроль функции желчного пузыря. Контрольная группа, получавшая фитотерапию, составляла 10 человек. Эффективность восстановления моторики на первом году наблюдения составила в среднем 77%, на втором году наблюдения - 88%. В контрольных группах, где дети получали фитотерапию, эффективность лечения составила менее 50 % за тот же срок лечения.

Фрейд Г.Г., Соколов Ю.Ю., Микова Е. В.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БИЛИАРНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ

*Пермская государственная медицинская академия
им. ак. Е. А. Вагнера*

Цель исследования – изучить клиничко-морфологические особенности аномалий ЖП и магистральных желчных протоков, а также уточнить их роль в развитии хирургической патологии у детей.

Материал и методы. Проанализированы результаты морфологических исследований и хирургического лечения 115 детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет с различными аномалиями билиарной системы. I группу составили 78 больных с различными аномалиями желчного пузыря (ЖП) и пузырного протока.

Во II группу были включены 37 детей с врожденными кистозными расширениями и стенозами гепатикохоледоха.

Результаты. Калькулезный холецистит диагностирован у 49 (62,8%) детей первой группы и у 3 (8,1%) – во второй группе. Холедохолитиаз у 4 (11,4%) и у 11 (29,7%) больных, соответственно. Гепатохолагиолиитиаз был диагностирован у 5 (13,5%) больных с врожденными кистозными расширениями желчных протоков (КРЖП). В I группе деструктивный холецистит отмечен у 3 (3,8%) больных, во II группе гнойный холангит развился у 19 (51,4%) детей, обструктивная желтуха имела у 2 (5,4%) больных, билиарный цирроз печени с портальной гипертензией установлен в 1 (2,7%) случае. Ранее по поводу установленных пороков были оперированы 9 (7,8%) больных, из которых цистодуодено- или цистоеюноанастомоз был наложен у 5, резекция кисты холедоха с гепатикодуоденоанастомозом выполнена у 3, удвоенный ЖП удален в 1 случае. Топографо-анатомический вариант порока устанавливали на основании анализа результатов ультрасонографии, ЭРХПГ и компьютерной томографии, а также данных интраоперационной ревизии органов дуоденопанкреатобилиарной области. Морфологические исследования включали изучение биопсийного и операционного материала: удаленных ЖП, стенок резецированных кист гепатикохоледоха и стенозированных протоков. Электронномикроскопические исследования выполнены в 29 наблюдениях.

Результаты исследования. Изолированные аномалии выявлены у 74 (64,3%), множественные – у 28 (24,3%), сочетанные – у 13 (11,3%) больных. При морфологическом исследовании, в случае удвоения ЖП обнаружено наличие двух сформированных пузырей, разделенных широкими прослойками соединительной ткани. При исследовании врожденного дивертикула дна отмечалась гетеротопия малодифференцированного эпителия в его стенку. При сифонопатиях отмечался избыточный коллагеногенез в воронкошечном и шеечно-протоковом отделах. При врожденных стенозах и гипоплазии пузырного протока выявлялись фиброз стенки, гипертрофия и хаотичное расположение миоцитов. В патологически удлиненных пузырных протоках чередовались очаги склероза с гиперплазией миоцитов. При изучении нервного аппарата выявлены признаки гипоплазии и дисплазии вегетативных ганглиев. Морфологическое изучение отдельных компартментов ЖП показало, что наиболее неблагоприятными в плане нарушений билиодинамики являлись полные перегородки шейки, кисты, удвоения, перегородки, фиброз, удлинение пузырного протока с его спиральным ходом, а также частое сочетание этих пороков. В меньшей степени на нарушение желчеоттока влияли изолированные сифонопатии, перегибы тела пузыря, аномалии его фиксации.

Морфологические исследования проведены у 37 детей с врожденными кистозными расширениями и стенозами желчных протоков. Изменения внепеченочных желчных протоков определялись типом кист, наличием или отсутствием аномального панкреатико-билиарного соединения. Выделены основные гистологические варианты кист – железистый и фиб-

розный, были выражены нейрональные и сосудистые дисплазии. При этом часто выявлялся фиброз пузырного протока. При наличии аномального панкреатико-билиарного соединения у 13 детей с различными вариантами кист отмечалась пролиферация билиарных желез и более грубый фиброз стенки, нередко выявлялся холангит. Наиболее глубокие нарушения структуры желчных протоков и холангит отмечены в группе ранее оперированных больных.

Заключение. Аномалии билиарного тракта играют ведущую роль в развитии холецистита, холелитиаза и холангита у детей. В основе билиарных аномалий лежат различные варианты тканевых пороков эпителиальных, мезенхимальных и нервных структур желчного пузыря, пузырного протока и гепатикохоледоха. Приобретенные воспалительные, дистрофические и фибропластические процессы в билиарной системе усугубляются с возрастом, при развитии осложнений со стороны смежных органов, а также после неадекватно выполненных оперативных вмешательств.

Шулятьев И.С., Ильченко Л.Ю.,
Дроздов В.Н., Петраков А.В.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА

*Центральный научно-исследовательский институт
гастроэнтерологии г. Москва*

Цель исследования: совершенствование диагностики синдрома Жильбера (СЖ) на основании функциональных и генетических методов исследования.

Материал и методы: 43 больным проведено комплексное клиничко-биохимическое обследование включающее функциональные тесты с низкокалорийной диетой (400 ккал/сут. в течение 3 дней) и пробу с фенобарбиталом (0,1 г н/н в течение 7 дней). Больным с установленным диагнозом синдрома Жильбера проводилось исследование генотипа UGT1A1 с помощью полимеразно-цепной реакции. Генетические исследования осуществлялись в Центре молекулярной генетики РАМН г. Москвы (отделение ДНК-диагностики, лаборатория молекулярной генетики, зав. лабораторией д. б. н. А.В. Поляков). Группы контроля составили здоровые добровольцы (n=15) и больные с хроническим гепатитом (ХГ) (n=15) низкой степени активности сопоставимые по полу и возрасту.

Полученные результаты. У всех 43 пациентов было выявлено изменение в промоторной области гена UGT1 (UGT1 Promotor (ta)n). Кроме этого у 18 из них также был проведен поиск мутаций в гене UGT1 методом SSCP анализа. Ни у одного из 18 обследованных дефекта в гене выявлено не было, а все изменения обнаружены лишь в промоторной области. У всех пациентов с гипербилирубинемией выявлено увеличение количества повторов в области UGT1 Promotor (ta)n: в гетерозиготном состоянии (8 человек) или гомозиготное (35 человек) состояние.

Группа гомозиготных пациентов (n=35) имела более выраженную клиническую симптоматику, что проявлялось в более высоких цифрах билирубина

при поступлении $34.3 \pm 2,1$ мкмоль/л, а также в более длительных сроках наблюдения у врача по поводу неконъюгированной гипербилирубинемии, в отличие от гетерозиготных пациентов (билирубин - $15,5 \pm 1,6$ мкмоль/л), которые, как правило, попадали в поле зрения врача случайно. В ответ на гипокалорийную диету у гомозиготных больных отмечено значительное увеличение содержания билирубина. В ряде случаев превышающее 100 мкмоль/л. В ответ на назначение фенобарбитала уровень билирубина достиг нормальных значений у 100 % гетерозиготных пациентов, у гомозигот, также отмечена положительная динамика, но нормализация уровня билирубина за 7 дней получена не у всех обследованных с СЖ.

При проведении пробы с низкокалорийной диетой при СЖ выявлено достоверное повышение уровня билирубина (с 36,2 мкмоль/л до 60,2 мкмоль/л), у больных ХГ – некоторое его снижение (с 27,2 мкмоль/л до 24,5 мкмоль/л), а в группе здоровых добровольцев изменений этого показателя обнаружено не было. Чувствительность теста с низкокалорийной диетой определялась как доля больных, ответивших увеличением содержания билирубина на 21,4 мкмоль/л. Это повышение билирубина определялось у больных с выявленным полиморфизмом гена UGT1A1 в случаях гомозиготного носительства. При увеличении билирубина более чем на 21,4 мкмоль/л, чувствительность пробы с низкокалорийной диетой составила 73%, а специфичность - 100%.

У пациентов с СЖ прием фенобарбитала способствовал уменьшению ($p < 0,05$) содержания билирубина (до 23,6 мкмоль/л), при ХГ его уровень достоверно не изменился.

Аналогично была рассчитана чувствительность и специфичность теста с фенобарбиталом. Положительным результатом считали нормализацию или снижение уровня билирубина более чем в 3 раза от его значения, определяемого после пробы с низкокалорийной диетой. Чувствительность теста с фенобарбиталом составила 82,9 %, специфичность - 63,3 %.

Выводы

1. У всех пациентов обнаружено увеличение количества повторов в области UGT1A1: у 8 в гетерозиготном состоянии и 35 в гомозиготном состоянии.

2. У гетерозиготных носителей дефекта промоторной области UGT1A1 клинические проявления менее выражены и часто выявляются лишь после провоцирующих факторов.

3. Для установления диагноза СЖ целесообразно последовательное проведение теста с гипокалорийной диетой и последующим назначением фенобарбитала.

4. В случае сомнительных или отрицательных результатов функциональных тестов целесообразно проведение генотипирования.

5. Для уточнения диагноза СЖ с помощью генотипирования достаточно исследовать лишь промоторную область гена UGT1.

Раздел 3. ХИРУРГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Аллаяров У.Д.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЕННОГО КАМНЯ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи, Ташкент, Узбекистан,

Цель исследования: Выявление характерных клинических, лабораторных и эндоскопических признаков ущемленного камня большого дуоденального сосочка и систематизация подходов к его лечению.

Материал и методы: Проведен анализ результатов лечения 630 больных с механической желтухой калькулезной этиологии. Из них у 55 (8,7%) больных при обследовании установлен диагноз: «ущемленный камень БДС». Мужчины составили 13 (23,6%), а женщины 42 (76,4%). Пациенты пожилого и старческого возраста составили 29 (52,7%). Все больные имели анамнез ЖКБ от одного месяца до 15 лет.

Интенсивность болевого приступа у большинства больных была выраженной, поэтому в течение 1 суток поступили 21 (38,2%), и 34 (61,8%) больных поступили позже суток от начала приступа. 51 (92,7%) больной наряду с болями в правом подреберье жаловались на боли в эпигастральной области. У 37 (67,2%) больных отмечалось желтуха. Клиника гнойного холангита (озноб с повышением температуры тела) отмечено у 8 (14,5%) больных.

Всем больным при поступлении проводились общеклинические и инструментальные методы обследования. В анализах крови за исключением лейкоцитоза у 25 пациентов (53,2%) патологических отклонений не выявлено. В биохимических анализах крови, несмотря на полный блок билиарной системы у 23 (41,8%) больных содержание билирубина в крови было в пределах нормы. Это обычно отмечали у пациентов поступивших в первые часы от начала приступа. У 13 (23,6%) пациентов отмечалось повышение содержания билирубина в крови. У 21 (38,1%) пациента имело место гиперамилаземия и амилаурия, что указывало на наличие билиарного панкреатита.

Ультразвуковое исследование печени, желчных путей и поджелудочной железы проводилось всем больным. Наиболее информативным признаком оказался расширение гепатикохоледоха у 32 (58,1%), признаки острого воспаления желчного пузыря у 22 (40%) больных, увеличение размера поджелудочной железы – у 6 (10,9%).

При подозрении на ущемленный камень БДС больным проводили фибродуоденоскопию по экстренным показаниям. При подтверждении диагноза выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией. При этом у 5 (9%) больных выявлены признаки гнойного холангита, хотя классическая триада Шарко отмечено лишь у 2 (3,6%). Двум больным РХПГ провести не удалось, из-за дивертикула БДС. Общим больным выполнена лапаротомия, при интраоперационной ревизии выявлен ущемленный камень БДС. Им камни из БДС удале-

ны путем трансдуоденальной папиллосфинктеропластики.

Полученные результаты: Выполнение ЭПСТ оказалась эффективной у 34 (61,8%). При этом у этих больных в ближайшие часы улучшилось общее состояние, купировался болевой синдром, нормализовалась температура тела. 18 больным в последующем выполнена холецистэктомия в плановом порядке. Остальные 16 больных от отсроченной операции отказались и в удовлетворительном состоянии были выписаны домой. У 21 больного ЭПСТ оказалась неэффективной в связи с прогрессированием панкреатита (17) и гнойного холангита (4). Проводимая консервативная терапия оказалась эффективной у 11 больных. Из них 8 пациентов оперированы в плановом порядке. Лапароскопическая холецистэктомия 6 больным и 2 больным холецистэктомия традиционным доступом. В связи с неэффективностью консервативной терапии с развитием панкреонекроза оперировано 10 больных. Из них у 5 больных отмечено жировой и у 5 – геморрагический панкреонекроз. Умерли 3 (5,4%) больных от прогрессирующего панкреонекроза и его осложнений, что соответствует 33,3% от числа пациентов с билиарным панкреонекрозом.

Заключение: результаты лечения ущемленного камня БДС зависят от ранней диагностики и, соответственно, возможно раннего восстановления желчевыведения, к чему способствуют учет характерных клинических, биохимических, сонографических и эндоскопических признаков заболевания, а также расширение показаний к ЭПСТ. Относительно высокая вероятность развития билиарного панкреатита, в том числе его деструктивных форм, при ущемленном камне БДС остается на сегодняшний день не до конца разрешенной проблемой и требует дальнейших исследований.

Алтыев Б.К., Алиджанов Ф.Б., Шелаев О.И.,
Хашимов М.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи, Узбекистан

Больные с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны среди всех больных механической желтухой, составляют 27 - 42%. Трудности диагностики и связанные с этим запоздалые вмешательства при этом сопровождаются высокой частотой осложнений и летальностью. Данное обстоятельство обусловило необходимость поиска и внедрения малоинвазивных методик декомпрессии желчных протоков в качестве этапа подготовки к полостной операции, либо, в качестве самостоятельного способа отведения желчи у неоперабельных больных или в случаях отказа от полостной операции.

Под нашим наблюдением с 2001 по 2006 гг. находились 41 пациентов с опухолями гепатопанкреатобилиарной зоны, осложненными механической желтухой с использованием эндоскопических методов. Мужчин было 13, женщин – 28. Возраст пациен-

тов составлял от 37 до 84 лет. Диагностика характера патологии основывалась на клинко-лабораторных данных, ультрасонографии, компьютерной томографии, эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии.

Средний уровень билирубинемии у пациентов исследуемой группы составил 310,0 мкмоль/л. У 25 больных имел место гнойный холангит. Метастазы в печени и в легких выявлены у 4 больных. Причиной развития механической желтухи явились: обструкция билиарных протоков, злокачественной опухолью: периапулярной зоны у 23 пациентов и на уровне ворот печени – у 18 пациентов. Данные патологические процессы явились показанием для проведения малоинвазивных вмешательств. Эндопротезирование желчных протоков выполнено у 34, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) – у 4 и супрапапиллярная холедоходуоденостомия – у 3 пациентов. Во избежание обструктивного панкреатита во всех случаях перед эндопротезированием выполняли ЭПСТ.

Эндопротезирование удалось в 32 случаях, а в 2 случаях не увенчалось успехом, в связи с невозможностью бужирования стенозированного участка. У 25 пациентов эндопротезирование желчных протоков явилось окончательным методом лечения. У 5 пациентов после снижения показателей билирубина произведено билиодигистивное анастомозирование и у 2 больных выполнено радикальная операция - панкреатодуоденальная резекция.

Умер 1 пациент на 5 сутки после эндопротезирования желчных протоков из-за множественных холангиогенных абсцессов печени и на фоне прогрессирования явлений полиорганной недостаточности. Летальность составила 2,4%.

Таким образом, применение эндоскопических способов декомпрессии желчных путей является как первый этап подготовки полостной операции и позволяет улучшить результаты лечения, и качество жизни неоперабельных пациентов с злокачественными опухолями панкреатобилиарной зоны.

Артемьева Н.Н., Коханенко Н.Ю.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯТРОГЕННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ИХ ВЫЯВЛЕНИЯ

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, г. Санкт Петербург

Наиболее сложной и драматичной ситуацией в гепато-билиарной хирургии являются ятрогенные повреждения желчных протоков (ЯПЖП). Более чем в 90% случаев ЯПЖП происходят при холецистэктомии, а в последние годы – преимущественно при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

ЦЕЛЬЮ работы были анализ причин неудачных исходов первичных восстановительных и реконструктивных операций после ЯПЖП во время лапароскопической холецистэктомии и определение оптимальной хирургической тактики в зависимости от осложнений и сроков диагностики повреждения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 1993 по 2005 год по поводу ЯПЖП во время ЛХЭ были оперированы 54 больных в возрасте от 18 - 79 лет. Мужчин было 8, женщин – 46 (85,2 %). Для диагностики ЯПЖП использовали повторную лапароскопию, УЗИ, МРТ, методы прямого контрастирования желчных протоков: чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ), фистулохолангиографию, эндоскопическую ретроградную холангиографию (ЭРХГ). По показаниям применяли и КТ. В последние годы инвазивным методом (ЭРХПГ) предпочитали магнитно-резонансную холангиопанкреатографию, позволяющую получить исчерпывающую информацию о состоянии протоков (МРХПГ).

Об уровне повреждения желчных протоков определено можно было судить только при «свежих» повреждениях, то есть распознанных сразу во время ЛХЭ, или в раннем послеоперационном периоде. Для определения уровня повреждения использовали классификацию Н. Bismuth (I тип повреждения – низкий, II – средний, III – высокий (на уровне бифуркации), IV – высокий (с разрушением бифуркации), V – повреждены долевого и сегментарные протоки). Среди 20 больных, оперированных нами при «свежих» повреждениях низкий и средний тип (I – II) наблюдался в 5 случаях, в остальных – имело место высокое повреждение – тип III, IV, V (9, 3 и 3 соответственно).

У большинства больных после повторных операций по поводу ЯПЖП находили высокий уровень повреждения: тип III – 16, IV – 25, тип V – 7. В двух случаях был пересечен, а в одном – иссечен правый долевого проток, у одного больного пересечены общий печеночный проток на уровне бифуркации и клипирован левый долевого проток, в двух случаях повреждены сегментарные протоки правой доли. Наряду с повреждением протока на уровне бифуркации у одной больной была клипирована правая долевого печеночная артерия, вследствие чего в правой доле печени возникли массивные участки некроза.

Признаками ЯПЖП являлись: во время ЛХЭ – появление желчи под печенью при манипуляциях на шейке желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связке, а в послеоперационном периоде – симптомов перитонита и желчеистечения по контрольному дренажу. Сроки распознавания ЯПЖП были различные. Менее чем в половине случаев (20 больных) повреждения были замечены во время ЛХЭ.

У 34 больных повреждение было распознано уже после операции (63,0 %) , в том числе, в трех случаях при наличие частичного клипирования гепатикохоледоха через 3 мес и 2 года .

РЕЗУЛЬТАТЫ. Хирургическая тактика во многом определялась наличием того или иного осложнения.

Среди 31 больного 13 – перенесли по две, а трое – по три лапаротомии.

Кроме того, еще 3 больных оперированы через 3 месяца – 2 года после ЛХЭ в связи с развитием рубцовой стриктуры на месте клипирования . У многих больных (11 из 31 – 35,5%) ранее были сделаны восстановительные операции, чаще их выполняли сразу после попытки ЛХЭ. Мы также 4 раза наложили билиобилиарный анастомоз в разных ситуациях: сразу после попытки лапароскопической холецистэктомии – 1, при желчеистечении по дренажу – 2 и при

желтухе – 1. Во всех случаях в сроки до 6 месяцев возникла клиника рубцовой стриктуры билиобилиарного анастомоза (ББА) (100% !).

Кроме 4 больных, с рубцовой стриктурой билиобилиарного анастомоза, которых мы вынуждены были оперировать повторно еще четверо были оперированы двухмоментно. В качестве первого вмешательства было применено наружное дренирование протоков (при перитоните – 3, при прогрессирующей желтухе и подпеченочном абсцессе – 1), а после стихания воспалительного процесса выполнили реконструктивную операцию. У всех 12 больных, которым сразу был наложен билиодигестивный анастомоз (БДА), отмечены хорошие результаты. У одной пациентки 71 года ЯПЖП возникло вследствие наличия холецистохоледохолеального свища. При попытке выполнить холецистэктомии лапароскопическим путем было замечено повреждение стенки холедоха. Операция продолжена открытым способом. Удаляя пузырь, хирург иссек стенку протока на протяжении трех см. Мы применили методiku, которую использовали ранее после «открытых» повреждений – сделали пластику протока с помощью невскрытой стенки тонкой кишки на Т-образном дренаже. Дренаж был удален через 6 мес. Через 3 года признаков стриктуры протока нет.

Двенадцать больных, оперированных нами сразу после распознавания ЯПЖП, перенесли только одно вмешательство. У остальных 42 пациентов, несмотря на попытки восстановить проходимость протоков, развились следующие осложнения: рубцовая стриктура ББА – 12, рубцовая стриктура билиодигестивного анастомоза (БДА) – 6, наружные желчные свищи – 12, внутренние желчные свищи – 3, подпеченочный абсцесс – 4. Наружный дренаж желчных протоков имелся у 11 больных.

Почти у каждого больного имелась клиника гнойного холангита, у 6 – с абсцессами в печени.

Отличительной особенностью операций при «свежих» ЯПЖП, а также диагностированных в первые дни после ЛХЭ является относительная простота поисков поврежденных протоков, поскольку еще не развился грубый рубцовый процесс. Стенка протока еще рубцово не изменена, как правило, не бывает гнойного холангита и других гнойно-инфекционных осложнений.

При перитоните тактика оказывалась довольно сложной. В большинстве случаев (11 из 13 (85%) диагноз перитонита был поставлен в 1-3 сутки, в одном случае – на 12 день, и еще в одном – через 4 недели, когда в брюшной полости скопилось более 4 литров желчи. В этом случае поиски поврежденного протока в воротах печени были сопряжены с определенными трудностями. У этой больной, как и еще у двух, оперированных на фоне перитонита, реконструктивная операция выполнялась двухмоментно: наружное дренирование протоков и через 2-3 месяца – наложение гепатико (бигепетико) еюноанастомоза на сменных транспеченочных дренажах (СТД). Наши наблюдения показали, что любые попытки восстановительных и реконструктивных операций при перитоните оканчиваются неудачей.

Были выполнены следующие реконструктивные операции: наложение гепатикоюноанастомоза – 7, бигепатикоюноанастомоза – 28, тригепатикою-

ноанастомоза – 3, анастомоза только с правым долевым протоком – 3, только с левым – 1.

Если у больных, оперированных сразу или в ранние сроки после повреждения, мы применяли в основном дренажи Т, У-образные или одноканальные, сроки пребывания которых не превышали 3-6 месяцев, то в группе больных, ранее уже перенесших открытые операции, всегда использовали сменные дренажи, особенно они были необходимы при наложении анастомозов с долевыми и сегментарными протоками.

Умерла одна больная 68 лет, перенесшая 4 «открытых» вмешательства и билиарный сепсис. Причиной смерти на 10 сутки после операции явилась тромбозомболия легочной артерии. Летальность составила 1,9%. Чтобы дать оценку отдаленным результатам различных вмешательств при ЯПЖП, по нашему мнению, должно пройти не менее года после удаления дренажей. В настоящее время с дренажами ходят 12 пациентов, в том числе до года – 5, до 2-х лет – 4, до 3-х лет – 3. У остальных 40 выживших больных после удаления дренажей приступов холангита или иных проявлений рубцовой стриктуры не наблюдается.

Таким образом, результаты хирургической коррекции повреждений желчных протоков во время ЛХЭ зависят от сроков их обнаружения. Лучшие результаты получены при наложении гепатико(бигепатико)юноанастомоза на отключенной по Ру петле тонкой кишки, выполненной сразу после повреждения. Любые восстановительные и реконструктивные операции при наличии перитонита завершаются рубцеванием анастомозов. Повторные реконструктивные вмешательства при ЯПЖП отличаются значительной сложностью их выполнения, поскольку практически во всех случаях уровень повреждения становится высоким (тип III – V). Длительное каркасное дренирование протоков сменными транспеченочными дренажами (СТД) предупреждает развитие повторных стриктур анастомозов.

Выводы: 1. При «свежих» ЯПЖП методом выбора должны быть билиодигестивные анастомозы. Чем выше повреждение, тем более показано использование каркасных дренажей, вариант которых может быть различным.

2. В случаях, осложненных перитонитом операции должны выполняться двухмоментно: наружное дренирование желчных протоков с последующей реконструктивной операцией.

3. Для купирования механической желтухи при клипировании проксимального конца поврежденного протока целесообразно использовать чрескожную чреспеченочную холангиостомию.

4. При операциях по поводу рубцовых стриктур билиобилиарных и билиодигестивных анастомозов реконструктивные операции должны выполняться с применением СТД. Такие дренажи должны применяться и при стриктурах протоков типа III – V.

5. Сроки замены дренажей зависят от исходного состояния протоков, наличия холангита и литогенности желчи. Поэтому они должны быть индивидуальными и варьировать от 6 до 12 недель при условии регулярного их промывания.

6. Отдаленные результаты операций по поводу ЯПЖП можно оценивать не ранее чем через год после удаления дренажей.

Барванян Г.М., Колюхов Ф.Р.,
Тишанский В.С., Усов А.В.
**ПРИЧИНЫ ЯТРОГЕННЫХ
ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ
ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ
ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

*Коми Республиканская больница,
Городская больница №1, г. Сыктывкар.*

Современными тенденциями билиарной хирургии являются резкое увеличение операций по поводу желчнокаменной болезни и внедрение новых технологий при оперативных вмешательствах. При отсутствии проблем технической и коммерческой доступности операцией выбора является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Реже выполняют холецистэктомию из мини-доступа и открытую холецистэктомию (ОХ). Следствием увеличения количества операций явилось увеличение ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков (ВЖП). Точных статистических данных, по всей вероятности, не существует. Публикации из клиник, занимающихся данной проблемой, приводят сводную статистику по больным, поступившим из других стационаров. По литературным данным частота повреждений ВЖП достигает при ОХ 0,1 – 0,8%, а при ЛХЭ – 0,3 – 3%. Период становления страховых медицинских компаний и невысокая правовая культура населения на данном этапе позволяет избегать крупных экономических санкций в отношении лечебно-профилактических учреждений и оперировавшего хирурга. Однако, травма ВПЖ в большинстве случаев обрекает больного на длительные страдания, инвалидизацию, а летальность при этой патологии доходит до 8 – 40%. Повторные операции, направленные на восстановление адекватного оттока желчи в просвет желудочно-кишечного тракта, сложны и нередко многоэтапны. Несмотря на значительный прогресс в хирургии желчнокаменной болезни частота травм ВЖП не имеет тенденции к снижению, что определяет актуальность проблемы.

Целью данного исследования является изучение причин ятрогенных повреждений ВПЖ и определение возможных путей их снижения.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 25 пациентов с ятрогенными повреждениями ВЖП с 1995 по 2005 г. Двадцати трем пациентам выполнены повторные операции в хирургическом отделении Республиканской больницы, двое оперированы хирургом санитарной авиации в других стационарах республики.

Женщин было 22, мужчин – 3. Возраст от 23 лет до 71 года. Все больные оперированы по поводу желчнокаменной болезни. Вмешательство на желчных путях до операции у этих больных не планировалось. В условиях ургентной хирургии оперировано 14 пациентов. ОХ сделана 19 пациентам, ЛХЭ – 4, из мини-доступа – 2. Во время первой операции повреждение распознано только у 4 больных. Им выполнены первичные восстановительные и реконструктивные операции. Двое из них повторно оперированы: через 5 месяцев и через год. С клиникой механической желтухи поступило 14 больных, с желчным свищом – 8 больных. У одной больной при поступлении выявлен

разлитой желчный перитонит. У 2 больных до поступления повторные операции безуспешно выполнены в стационарах, где во время первой операции были повреждены ВЖП. Локализация повреждений такова: долевые печеночные протоки – 3 больных, общий печеночный проток – 15 больных, зона впадения пузырного протока в общий печеночный проток – 7 больных. Повреждений дистального отдела общего желчного протока не было. Восстановительные операции выполнены 3 больным, реконструктивные – 20 больным. Одной больной выполнено наружное дренирование правого печеночного протока и одному больному наружное дренирование гепатикохоледоха с микрогастростомией. На реконструктивный этап операции эти больные не явились. Умерло 4 (16%) больных: двое непосредственно после повторной операции, одна больная с дренажом правого печеночного протока через два года и один больной – через год (причина смерти не известна в связи с выездом из региона).

Выделяем три группы причин ятрогенных повреждений: а) аномалии развития и технические трудности; б) квалификация хирурга и опыт в желчной хирургии; в) организационные.

Технические причины. Выраженный воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки встретились в 13 случаях. Трудность была обусловлена изменением нормальных анатомических взаимоотношений из-за выраженного и (или) длительного воспаления в этой зоне. В 5 случаях причиной повреждения были попытки остановки кровотечения из культуры пузырной артерии. Аномалий и редких вариантов нормальной анатомии этой зоны отмечено не было ни в одном случае. Операционная холангиография не выполнялась ни в одном случае. Надо отметить, что в заключительном диагнозе в 4 случаях по понятным причинам был выставлен диагноз аномалии развития желчных протоков.

Недостаточная квалификация хирурга явилась причиной ятрогенных повреждений в 19 случаях (76%). При этом операции выполнялись хирургами с небольшим стажем работы или хирургами с большим стажем работы в абдоминальной хирургии, но с небольшим опытом в хирургии желчных путей. В ряде случаев (достоверно о количестве судить трудно) по данным протокола предшествующей операции, бесед с хирургом и находкам повторной операции при использовании известных технических приемов можно было избежать повреждения ВЖП. В 6 случаях ятрогении допущены хирургами, имеющими достаточный опыт в билиарной хирургии. В 3 случаях ими были повреждены протоки в период освоения ЛХЭ и в одном случае при настойчивых попытках продолжить ЛХЭ при наличии подострого воспаления и инфильтрата в области шейки желчного пузыря.

Организационные причины. После внедрения в 1995 году малоинвазивных методик в хирургии желчнокаменной болезни больные с этой патологией стали концентрироваться в хирургических отделениях нескольких крупных многопрофильных больниц республики. При этом с 1999 года отмечено резкое уменьшение ятрогенных повреждений. Но затем отмечен подъем в 2004 году. Отсутствие, хотя и небольшого, опыта плановой хирургии желчнокаменной

болезни у хирургов небольших районных больниц в последние годы явилось прямым следствием увеличения количества травм протоков. Эти ошибки допущены при экстренных холецистэктомиях, выполненных районными хирургами. Напротив, при ЛХЭ в последние годы отмечено только одно повреждение протока. Это обусловлено нарабатанным опытом, а хирурги, осваивающие эту методику, проходят длительный тренинг под наблюдением опытного оператора. Повышает ответственность хирургов, выполняющих ЛХЭ, запись хода операции на электронные носители. При этом при технических трудностях проводится коллегиальное обсуждение операционной находки, особенно «непонятных» трубчатых структур в проекции шейки желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки, при необходимости выполняется холангиография и (или) переход на ОХ.

Особо следует отметить, что при анализе ошибок, тем более в беседах с пациентом и родственниками, следует остерегаться прокурорской роли лечебно-профилактического учреждения, где выполнялись повторные операции. Необходим тщательный анализ ятрогенных повреждений ВЖП и принятие превентивных мер для их предупреждения.

Выводы:

1. Наиболее частая причина ятрогенных повреждений ВЖП это недостаточная квалификация оперирующего хирурга, для которого технические трудности при нормальной анатомии желчных путей могут явиться фактором, ведущим к ятрогении.

2. Для снижения количества ятрогений необходимо определить крупные межрайонные стационары с учетом возможности быстрой транспортировки, в которых будут концентрироваться больные для оперативного лечения желчнокаменной болезни.

3. Необходим длительный тренинг молодых хирургов под наблюдением опытного оператора.

4. В трудных ситуациях при всех вариантах холецистэктомий до принятия окончательного решения необходимо коллегиальное обсуждение операционной находки, выполнение операционной холангиографии для уточнения анатомии желчных путей, а при ЛХЭ – своевременный переход на ОХ.

5. Ход операции необходимо записывать на электронные носители для последующего объективного анализа причин возникших осложнений. Также это способствует повышению ответственности хирурга.

Бахтин В.А., Янченко В.А., Киров М.А.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия г. Киров

В последние годы отмечается неуклонный рост числа больных с непаразитарными кистами печени (НКП). Это связано с широким внедрением в практическое здравоохранение неинвазивных методов исследования. Длительное бессимптомное течение, неспецифичность клинических проявлений, поздняя диагностика и отсутствие единых тактических подходов к хирургическому лечению требует выработки адекватной хирургической тактики у этой группы больных.

В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА в период с 1999 по 2005 год находилось на обследовании и лечении 77 больных с НКП: 17 мужчин и 60 женщин. Возраст больных варьировал от 22 до 78 лет.

Клинические проявления заболевания отмечены у 47 больных (61,3%). Жалобы сводились, в основном, к ощущению дискомфорта и тяжести в области печени. У остальных больных заболевание протекало бессимптомно. Все больные прошли инструментальное обследование УЗИ, КТ, МРТ. На основании полученных данных проводилась дифференциальная диагностика с паразитарными кистами и другими очаговыми поражениями печени. На основании полученных в процессе обследования данных выработывалась дальнейшая лечебная тактика.

Больных с одиночными НКП диаметром менее 5 см без клинических проявлений оставляли под наблюдением с периодическим УЗИ-контролем не реже 1 раза в год. Всего таких больных было 30 (39,0%). Больным с кистами диаметром более 5 см, при наличии клинической симптоматики, осложнений, а также в случаях увеличения размеров кист при динамическом контроле, ставили показания к хирургическому лечению.

Оперировано 47 (61,0%) пациентов. «Открытые» хирургические вмешательства выполнены у 26 (55,3%) больных. Из них – левосторонняя гемигепатэктомия – 2 больным, правосторонняя гемигепатэктомия – 2, центральная резекция печени у 1 больного, левая кавальная лобэктомия – у 2, резекция пятого сегмента печени с кистой – у 1, удаление кисты с оболочкой – у 3 пациентов, фенестрация кист с последующей дезэпителизацией и капитонажем – у 15. Показаниями к выполнению «открытых» операций у больных с НКП служили: множественное поражение одной из долей печени с атрофией функционально полноценной паренхимы, сочетание с другими заболеваниями органов брюшной полости, требующими хирургического лечения, сдавление кистами магистральных сосудов печени и желчных протоков.

Малоинвазивные вмешательства выполнены у 18 пациентов (38,3%). При наличии у больного солитарной кисты, выходящей одной из стенок на поверхность печени, предпочтением отдавали эндоскопическим методикам – лапароскопической фенестрации кист с максимально возможным иссечением оболочек и обработкой полости склерозирующим раствором. Данная методика выполнена 6 больным (12,8%).

У 12 пациентов (25,5%) выполнены чрескожные вмешательства (пункции и дренирование кист под контролем УЗИ с последующим введением склерозанта). Показанием к выбору этого метода лечения являлась интрапаренхиматозная локализация кисты и отсутствие осложнений.

Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 2 больных (4,5%). Из них у 1 больного наблюдался желчный затек после гемигепатэктомии, который потребовал повторного оперативного вмешательства (пункция с дренированием), и у 1-го больного развился левосторонний плеврит, который излечен пункционно. Летальных исходов не было.

Таким образом, в лечении больных с НКП остаются актуальными вопросы выбора оптимальной хирургической тактики. Необходим строго индивидуаль-

ный подход к лечению этой группы больных, который должен определяться объемом поражения ткани печени, локализацией кист, их количеством, отношением к поверхности печени, величиной, состоянием функции печени, наличием и характером сопутствующей патологии.

Бахтин В.А., Аракелян С.М., Янченко В.А.
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
 СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ
 ПОРАЖЕНИЯМИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ
 ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ,
 ОСЛОЖНЕННЫМИ МЕХАНИЧЕСКОЙ
 ЖЕЛТУХОЙ**

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

В настоящее время отмечается стойкая тенденция к росту числа больных со злокачественными новообразованиями внепеченочных желчных протоков, осложненными механической желтухой, что определяет актуальность данной проблемы для хирургии вообще и хирургической гепатологии в частности.

В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА с 1996 по 2005 год находились под наблюдением 111 больных с опухолевыми поражениями внепеченочных желчных протоков, осложненными механической желтухой: женщин – 50, мужчин – 61; возраст больных от 35 до 82 лет.

Длительность желтушного периода варьировала от 1 до 36 недель, а показатели общего билирубина от 39,4 до 760,7 мкмоль/л. Более чем у половины больных наблюдался болевой синдром различной степени выраженности. У 47 больных (42,3%) клиника холестаза сопровождалась кожным зудом.

45 больных (40,5%) с высокой гипербилирубинемией поступили с клиникой гнойного холангита, у 5 из них (4,5%) холангит осложнился множественными холангиогенными абсцессами печени.

Точный диагноз до поступления в хирургическую клинику был установлен лишь у 28 пациентов, что составило 25,2% от общего количества больных. 26 больных (23,4%) поступили из инфекционных больниц или терапевтических отделений. Безуспешное лечение потребовало пересмотра диагноза и направления этих больных в хирургическое отделение.

Всем больным при поступлении проводился комплекс диагностических мероприятий, включавший ультразвуковое исследование с доплерографией сосудов, ЭРХПГ, ЧХХГ, компьютерную и магнитно-резонансную томографию. 10 больным (9,0%) с целью уточнения распространения опухолевого процесса была выполнена лапароскопия.

Все больные были оперированы. Всего 111 больным было выполнено 142 оперативных вмешательства. 31 больному операции выполнены в 2 этапа. Радикально оперирован 21 больной (18,9%). 12 больным выполнена резекция внепеченочных желчных протоков с лимфаденэктомией, 5 – правосторонняя гемигепатэктомия и одному – левосторонняя гемигепатэктомия с иссечением внепеченочных желчных протоков. Трем пациентам выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция.

Паллиативные желчеотводящие оперативные вмешательства выполнены 78 (70,3%) пациентам. Чрескожная чреспеченочная пункционная холангиостомия выполнена 4 больным, 2 – наружная операционная холангиостомия, 2 – наружная холангиостомия через круглую связку печени. Билиодигестивный анастомоз на дренаже-каркасе выполнен 4 больным, 2 – гепато-дигестивный анастомоз на дренаже-каркасе после пункционной чреспеченочной холангиостомии, 16 больным – билиодигестивный анастомоз без дренажа-каркаса. Реканализация желчных протоков с чреспеченочным дренированием по Прадери или по Сейпол-Куриану произведена 24 больным. 24 пациентам выполнена реканализация желчных протоков с внутренним эндопротезированием расщепленным скрученным дренажем. 12 больным из-за выраженной распространенности опухолевого процесса объем операции ограничили эксплоративной лапаротомией или лапароскопией с биопсией опухоли.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдали у 24 (21,6%) больных. Умерло 12 больных, общая послеоперационная летальность составила 10,8%.

Бомбизо В.А., Цеймах Е.А., Толстокоров И.Г., Яцын А.М., Буддаков П.Н., Сиявин А.В., Осипов Е.С.
**ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА
 У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО
 И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Алтайский государственный медицинский университет, Городская больница 1

Цель исследования – определить особенности диагностики и тактики лечения острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы – анализируются результаты лечения 712 больных острым холециститом (170 мужчин и 542 женщин), пролечившихся в клинике за последние 2 года. Возраст больных варьировал от 71 года до 98 лет.

Результаты – как правило, начало и развитие заболевания носило стертый характер. Только 347 больных (48,7%) госпитализированы в первые сутки. Большинство пациентов (365 больных 55,2%) доставлены в клинику позже 24 часов, а 69 (9,6%) – через трое суток от начала заболевания. У больных пожилого и старческого возраста преобладали деструктивные формы холецистита (393 больных 55,2%). Флегмонозный холецистит выявлен у 276 (38,8%), гангренозный – у 117 (16,4%), перфоративный у 14 (1,97%). Катаральный холецистит оказался у 319 больных (44,8%). У 705 (99,0%) острый холецистит развился на фоне желчнокаменной болезни. У 154 пациентов (21,6%) имелся билиарный панкреатит. У 142 больных в (19,9%) были осложненные формы острого холецистита. Холедохолитиаз с механической желтухой был у 81 больного (11,4%), острый гнойный холангит – у 29 (4,1%), разлитой перитонит – у 8 пациентов (1,1%), ограниченный – у 53 (7,4%).

Всем больным с целью уточнения диагноза проведено ультразвуковое исследование. Лапароскопия выполнена у 56 больных. Она позволила уточнить морфологические изменения в желчном пузыре,

оценить распространенность воспаления, а также по показаниям выполнить лечебные мероприятия.

Оперированы 418 пациентов (58,7%). 70 больным (9,8%) проведена экстренная операция в первые 6 часов после поступления, 328 пациентов (46,1%) оперированы в последующие 48 часов по срочным показаниям. Всем больным произведена холецистэктомия, у 75 пациентов она сочеталась с холедохотомией, наружным дренированием холедоха. У 134 пациентов (18,8%) проведена видеолапароскопическая холецистэктомия, из них с флегмонозным холециститом прооперированы 93 человека (13,1%), с гангренозным – 41 (5,8%). Не оперированы 294 (41,3%) пациента. У 8 из них выполнена санация желчного пузыря или микрохолецистостома под контролем лапароскопа, папиллотомия с удалением камней из холедоха. Это были больные с флегмонозным холециститом, когда воспалительный процесс не распространялся за пределы желчного пузыря, а также катаральным холециститом с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, когда радикальная операция была сопряжена с большим риском. Умерло 3 (0,4%) пациента с гнойным холангитом и сепсисом.

Заключение – стертость клинической картины острого холецистита у лиц пожилого возраста вызывает затруднения в распознавании морфологических изменений в желчном пузыре. Оценить форму острого холецистита помогают ультразвуковое и лапароскопические исследования. К выбору тактики лечения следует подходить дифференцированно сочетая миниинвазивные и радикальные оперативные вмешательства.

Бордуновский В.Н., Бондаревский И.Я.,
Збицкий А.Д.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ИСТИННЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

*Челябинская государственная медицинская академия,
Челябинский государственный институт лазерной
хирургии ЮУНЦ РАМН*

Введение: Лечебная тактика в отношении истинных кист печени в настоящее время окончательно не определена [2], [4], [5], [8]. В связи с широким распространением неинвазивных высокоточных методов инструментальной диагностики количество лиц имеющих кисты печени неуклонно возрастает. На сегодняшний день распространенность кист среди населения составляет 2,5 – 5% [7]. На дооперационном этапе нельзя с достоверностью исключить паразитарный характер кист, кроме того кисты больших размеров склонны к осложнениям (нагноение, спонтанный разрыв, и другие). Только в 10 – 15% наблюдений, кисты вызывают появление клинической симптоматики и требуют активных хирургических действий [1], [3]. Часто риск предстоящей операции многократно превышает опасность наличия самой кисты. Введение склерозирующих агентов оказывается эффективным лишь у незначительного количества больных [1], [4], [6], [8]. Безуспешность склеротерапии так же связана с формированием толстых ригидных стенок кисты или большими размерами, препятствующими спадению и облитерации полости. Пункци-

онные методики лечения, безусловно, подкупают своей простотой, но по мнению многих исследователей количество рецидивов в отдаленном периоде достигает 100% [1], [3], [4], [5], [7]. Традиционные «открытые» операции оправданы при возникновении неотложных состояний (кровотечение, разрыв и т.д.) или появлении клинической симптоматики, связанной с растяжением капсулы печени или сдавлением соседних органов. Большинство авторов считают необходимым после иссечения стенки кисты выполнять деstrukцию всей внутренней эпителиальной выстилки для предотвращения рецидивов [2], [4], [6], [8]. Для этого предлагается множество современных физических способов: криовоздействие, аргонплазменная коагуляция, электрокоагуляция, использование углекислотного лазера.

Цель исследования: Использовать малотравматичный видеолапароскопический доступ при радикальном хирургическом удалении истинных кист печени.

Материалы и методы исследования: В течение пяти лет, с 1996 по 2000 годы, на базе Челябинского государственного института лазерной хирургии (ЧГИЛХ), нами было проведено экспериментально-клиническое исследование. В эксперименте на 25 беспородных собаках был разработан органосберегающий способ лазерно-пластического лечения полостных очаговых образований печени (патент № 2160068 от 10.12.2000). В соответствии с методикой, при операциях по поводу истинных кист печени, их просвет вскрывается, вся внутренняя поверхность обрабатывается излучением диодного лазера (длина волны 805 нм) на мощности 15 Вт. Остаточная полость ликвидируется при плотной фиксации в ней биологического тампона, состоящего из ксеногенной брюшины и пряди аутосальника. В клинике выполнено 20 операций по предложенной методике. При динамическом наблюдении в течение 5 лет не установлено рецидивов образований и осложнений. Единственным недостатком операции является травматичный доступ – лапаротомия. Этот существенный недостаток успешно решен в сочетании с видеоэндоскопическим вмешательством. На основании первых трех подопытных операций можно сказать, что они выполняемы при «удобной» локализации кисты, а именно в пределах II – V сегментов. При этом после пункции и опорожнения кисты производится максимальное иссечение её капсулы в бессосудистой зоне, тщательная ревизия внутренней поверхности для выявления внутренних отверстий желчных свищей и после этого вся внутренняя поверхность обрабатывается лазерным излучением на мощности 15 – 20 Вт в постоянном режиме. При необходимости производится дополнительная лазерная коагуляция кровотокающих участков. Использование видеоэндоскопической техники сокращает операционное время и интраоперационную кровопотерю. Недостатком проведения видеоэндоскопических операций при кистах печени можно считать техническую невозможность создания тугий тампонады остаточной полости. Если коагуляция внутренней эпителиальной выстилки кисты выполнена недостаточно, то существует реальная опасность формирования околораневой серомы или билломы с последующим инфицированием.

Заключение: Таким образом, использование высокоинтенсивного лазерного излучения ближнего инфракрасного диапазона и видеоэндоскопического хирургического пособия при истинных кистах печени является радикальным и щадящим способом лечения. Показания к «открытым» операциям должны базироваться в первую очередь на противопоказаниях к видеоэндоскопическим операциям. При локализациях в области портальных или кавальных ворот, в I-VIII сегментах, при подозрении на наличие цистобилиарного свища, операцию необходимо выполнять из лапаротомного доступа. При соблюдении показаний видеоэндоскопическое удаление кисты с лазерной обработкой сопровождается минимальной кровопотерей и быстрым восстановительным периодом после операции.

Восканян С.Э., Оноприев В.И., Артемьев А.И.,
Костенко Л.Л., Заболотских И.Б., Данилюк П.И.,
Большот Е.В., Синьков С.В., Дегтярев В.С.,
Зыбин К.Д., Иванов К.Ф.

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ УСПЕШНОЙ
ТРАНСПЛАНТАЦИИ
ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ
ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА
В ЮЖНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ**

*ФГУ «Российский центр функциональной
хирургической гастроэнтерологии» Росздрава,
г. Краснодар*

Цель: отразить первый успешный опыт трансплантации печени в ЮФО.

Материалы и методы. Больная К., 29 лет, с диагнозом цирроз печени вирусной этиологии «С» (ат HCV+, ат HCV Jg M+, РНК HCV), класс С по Чайлд-Пью, декомпенсация, активная фаза, синдром портальной гипертензии, состояние после оперативного лечения в 2003 году (спленэктомия, наложение спленоренального анастомоза), стадия декомпенсации: варикозное расширение вен пищевода –II-III ст., асцит, синдром гепатоцеллюлярной недостаточности, печеночная энцефалопатия I-II ст., хроническая почечная недостаточность II ст. в экстренном порядке поступила в хирургическое отделение ФГУ «РЦФХГ» Росздрава для хирургического лечения.

Учитывая тяжесть пациента и добровольное согласие родственников на близкородственную пересадку, было принято решение о пересадки доли печени. В качестве донора был отобран отец. Критериями отбора явились совместимость групп крови пациентов по АВО системе (реципиент III группы Rh «+», донор I группы Rh «+»), отсутствие патологии печени у донора, удовлетворительная ее функциональная и гистологическая характеристика (по результатам биопсии).

Краткосрочная предоперационная подготовка, включала оценку всех органов и систем реципиента и донора, общие санитарно-гигиенические мероприятия, селективную деконтаминацию кишечника и его механическую очистку.

Иммуносупрессия была начата за 12 часов до операции и включала индукцию в иммуносупрессию (даклизумаб 1 мг/кг, сандиммун-неорал 5 мг/кг/сут).

Операция выполнялась в условиях общей комбинированной анестезии (тотальная внутривенная анестезия + ингаляционная анестезия изофлюроном) с полным непрерывным мониторингом сердечно-сосудистой системы, включавший также инвазивное периферическое АД, давление заклинивание легочных капилляров, давление легочных артерий, сердечный выброс термодилуционным методом).

У донора проводилась сочетанная анестезия (ингаляционная анестезия (изофлюран) + эпидуральная анестезия (лидокаин)).

Забор правой доли печени у донора осуществлялся в условиях сохраненного портального и артериального кровотока. Диссекция долей печени производилась типично при помощи ультразвукового деструктора, биполярного электрокоагуляционного пинцета, Лига – Шу, при этом выполнялась лигирование крупных сосудистых и протоковых структур. Окончательный паренхиматозный гемостаз достигался с использованием аргон-усиленной коагуляции. Правая печеночная вена были резецирована с участком стенки нижней полой вены (НПВ), последующая пластика дефекта не привела к стенозированию просвета НПВ, а плоскость пересечения в воротах печени проходила так, чтобы не повредить внутрипеченочные портальные структуры левой доли и одновременно сохранить полноценные культы сосудистые и протоковые структуры правой доли.

Консервацию донорской печени осуществляли «back table», при этом производилась холодовая перфузия печени изотоническими растворами и консервация раствором НТК («Custodiol» Dr. Franz Kohler Chemie GmbH, Германия) по стандартной методике.

Операция у донора заканчивалась контролем гемостаза и желчеистечения.

Гепатэктомия у реципиента выполнялась с сохранением НПВ в условиях оригинального порто-кавального байпаса. Имплантация донорской доли печени заключалась в формировании сосудистых и билиарного анастомозов. Правая печеночная вена на «площадке» вшита в предварительно сформированное окно НПВ реципиента «конец-в-бок», далее производилось формирование анастомоза между стволом воротной вены реципиента и правой долевой портальной веной донорской печени «конец-в-конец», после чего был восстановлен кровоток в трансплантате. Минимальное кровотечение по срезу трансплантата остановлено при помощи аргон-усиленной коагуляции. Продукция желчи через 10 минут. После контроля гемостаза и продукции желчи трансплантатом сформирован артериальный анастомоз - «конец-в-конец». Билиарная реконструкция выполнена между правым долевым протоком трансплантата и участком гепатикохоледоха реципиента «конец-в-конец». Деконпрессионного дренирования билиарного дерева не применялось.

Полученные результаты. Общее время операции у реципиента составило 9 часов, у донора – 5 часов. Время тепловой ишемии составило 4 минуты, холодной ишемии – 42 минуты. Продолжительность агепатического периода составила 25 минут. Общий объем кровопотери у донора 300 мл, у реципиента – 3500 мл, при этом реинфузия аутоэритроцитарной массы аппаратом «Cell-saver» составила 1500 мл.

В связи с развитием РДСВ умеренной степени тяжести и ОПН больная в течение 37 часов после операции находилась на продленной ИВЛ. Явления ОПН были купированы консервативными мероприятиями. Реципиент получала двухкомпонентную иммуносупрессивную терапию (сандимун-неорал от 3 до 7 мг/кг/сутки, пульс-терапию метилпреднизолона с постепенным снижением дозы). Проводилась профилактика инфекционных осложнений.

На 7 сутки была выполнена чрескожная биопсия трансплантата по УЗ-контролем: морфологическое исследование трансплантата не показало явлений лимфоцитарной инфильтрации печеночной ткани.

Течение послеоперационного периода у донора без осложнений.

На 16 сутки после операции пациенты были выписаны. В настоящее время реципиент чувствует себя удовлетворительно, социально адаптировалась, находится на монокомпонентной иммуносупрессивной терапии (сандимун-неорал), период наблюдения составляет 5 месяца.

Донор также социально адаптировался, работает по профессии.

Выводы и заключения. Число больных с диффузными заболеваниями печени с исходом в терминальную стадию цирроза, которым показана пересадка печени, неуклонно возрастает, что в первую очередь связано с ростом количества больных вирусными гепатитами В и С. К сожалению, вопрос трансплантации трупной донорской печени в России стоит остро и имеет больше противников, чем сторонников. В этой ситуации родственное донорство органов является универсальной альтернативой, и позволяет излечивать инкурабельных пациентов.

Учитывая многолетний успешный опыт выполнения обширных резекций печени, наибольший опыт аутотрансплантации печени в России и наличие в ФГУ «РЦФХГ» Росздрава всех необходимых технологий, аппаратуры и высококвалифицированных специалистов, внедрение технологий трансплантации печени не явилось сложной проблемой и ее дальнейшее развитие открывает новые перспективы в радикальном лечении больных с хроническими диффузными заболеваниями печени в ЮФО.

Восканян С.Э., Оноприев В.И., Артемьев А.И.,
Костенко Л.Л., Заболотских И.Б., Данилюк П.И.,
Большот Е.В.

**«EX SITU» И «IN SITU»
АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ
ПРИ ЕЕ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ
ПЕРВИЧНЫХ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ
ОПУХОЛЯХ**

ФГУ «Российский центр функциональной хирургии
гастроэнтерологии» Росздрава, г. Краснодар

Цель: оценить ближайшие результаты клинического внедрения технологий аутотрансплантации печени в условиях ФГУ «РЦФХГ» Росздрава.

Материалы и методы: В условиях ФГУ «РЦФХГ» Росздрава с 2004 по 2006 год выполнено 19 аутотрансплантаций печени, из них 6 (31,6%) при колорек-

тальных метастазах в печень, 12 (63,2%) при обширных очаговых образованиях первичного рака печени (гепатоцеллюлярная карцинома) и 1 (5,2%) – холангиоцеллюлярный рак с инвазией в магистральные сосуды. Поражение печеночных вен в кавальных воротах встречалось в 3 случаях (15,8%), их магистральных участков – в 4 (21%); инвазия воротной вены в зоне бифуркации имело место у 6 пациентов (31,6%), поражение ее долевых ветвей – у 7 (36,8%); инвазия нижней полой вены встречалось в 9 случаях (47,3%). Поражение магистральных сосудов имело как единичный в 8 случаях (26,3%), так и сочетанный характер в 11 случаях (73,4%). Возраст больных колебался от 35 до 59 лет.

Учитывая характер поражения, всем больным выполнялась резекция печени в условиях полной сосудистой изоляции с применением трех вариантов временного сосудистого байпаса (нижнекавально-порто-правопредсердный через ушко правого предсердия, нижнекавально-порто-правопредсердный через супрапеченочный сегмент нижней полой вены и порто-кавальный). У 8 больных операции выполнены в варианте “in situ”. В зависимости от зоны опухолевой инвазии магистральных сосудов производилась мобилизация печени в двух вариантах: мобилизация связочного аппарата печени с резекцией гепатодуоденальной связки, либо с резекцией кавальных ворот печени. У 11 больных в результате сочетанной инвазии магистральных сосудов и труднодоступного расположения опухоли операции выполнены в варианте “ex situ” (экстракорпоральные резекции печени). Весь агепатический этап проводилась непрерывная холодовая консервация печени раствором НТК («Custodiol» Dr. Franz Kohler Chemie GmbH, Германия) по стандартной методике. У 8 больных операции выполнены в условиях оригинального нижнекавально-порто-правопредсердного байпаса через ушко правого предсердия (операции в варианте “in situ” – 4 больных и в варианте “ex situ” – 4 больных), у 9 – в условиях нижнекавально-порто-правопредсердного байпаса через супрапеченочный сегмент нижней полой вены (операции в варианте “in situ” – 4 больных и в варианте “ex situ” – 5 больных), у 2 – в условиях порто-кавального пассивного байпаса в варианте “ex situ” с сохранением нижней полой вены. Аутотрансплантация печени в варианте “in situ” сопровождалась следующими вариантами реконструкции магистральных сосудов: резекция и пластика бифуркации воротной вены, внутripеченочное протезирование магистральных участков печеночных вен к V и VI сегментам при помощи ПТФЕ-кондуита, внутripеченочное протезирование магистральных участков печеночных вен к IV, V, VI и VII сегментам при помощи ПТФЕ-кондуита, внутripеченочное протезирование магистральных участков печеночных вен к II, III, IV, V, VIII при помощи ПТФЕ-кондуита. Расширенная левосторонняя гемигепатэктомия с аутотрансплантацией VI, VII, VIII и частично V сегментов в варианте “ex situ” выполнена у 4 больных. Расширенная левосторонняя гемигепатэктомия с аутотрансплантацией V, VI, VII, VIII и частично IV сегмента с протезирование НПВ и правой печеночной вены у 2 больных. Резекция IV, V, VIII сегментов печени с аутотрансплантацией II, III, VI, VII и частично V, VIII сегментов печени с протезированием правой печеночной вены и левой до-

левой воротной вены при помощи PTFE-кондуита в варианте “ex vivo” выполнена у 4 больных. Расширенная правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией нижней полой вены и аутотрансплантацией II, III, IV сегментов печени и протезированием НПВ при помощи PTFE-кондуита в варианте “ex situ” выполнена у 1 больного. Парциальная аутотрансплантация: V, VI и VII сегментов печени с протезированием правой печеночной вены с использованием PTFE-кондуита выполнена 2 больным; VI, VII и II, III сегментов с протезированием правой и левой печеночных вен у 2 больного.

Резекция паренхимы печени осуществлялась с применением прецизионных технологий, а также технологий атипичных и типичных обширных резекций печени. Диссекция долей печени при операциях в варианте «in situ» производилась при помощи ультразвукового деструктора, биполярного электрокоагуляционного пинцета, Лига – Шу, при этом выполнялась лигирование крупных сосудистых и протоковых структур. Диссекция печени при ее экстракорпоральных резекциях осуществлялась только с использованием биполярного коагулятора.

Во время операции использовались технологии реинфузии аутоэритроцитарной массы аппаратом «Cell-saver», что существенно уменьшало или позволяло исключить в ряде случаев потребности в донорской эритроцитарной массе.

Результаты. Летальность в раннем послеоперационном периоде составила 26,3%, в варианте “in situ” – 25,0%, а в варианте “ex vivo” – 27,8%, из них смертность от инфекционных нозокомиальных осложнений (внутригоспитальная пневмония) составила 5,3%, в остальных случаях причиной смерти стала острая печеночная недостаточность.

Общая частота послеоперационных осложнений составила 47,4%. В 15,7% случаев наблюдались в послеоперационном периоде затеки желчи, которые разрешались малоинвазивным методом (дренирование под УЗ-контролем). В 21,1% случаев в первые послеоперационные дни развился ДВС-синдром, тяжелой степени. В 31,6% случаев – РДСВ средней и тяжелой степени тяжести, требующий продленной искусственной вентиляции легких.

Средняя продолжительность операции в варианте “in situ” составила 380,5±48,3 мин, в варианте “ex vivo” – 445,2±62,6 мин. Операционная кровопотеря в варианте “in situ” составила 1320,4±380,4 мл, в варианте “ex vivo” – 1305,4±375,0 мл. Аутологическая реперфузия крови аппаратом «Cell Saver» составляла в среднем 700,5±365,0 мл. Продолжительность агепатического периода в варианте “in situ” составила 58,7±15,4 мин, в варианте “ex vivo” – 128,4±28,7 мин. Средний послеоперационный койко-день в варианте “in situ” составил 14,5±3,0 суток, в варианте “ex vivo” – 13,3±5,5 суток.

Время наблюдения больных в послеоперационном периоде составляет от 18 месяцев до 5 месяцев.

Рецидив имел место у 2 больных: одна больная повторно оперирована – выполнена атипичная резекция печени, с образованием в другом случае процесс признан инкурабельным.

Все пациенты социально адаптировались.

Выводы и заключения. В ряде случаев традиционные типичные и атипичные резекции печени при первичных и метастатических опухолях с инвазией кавальных ворот, ретропеченочного отдела нижней полой вены, крупных внутрипеченочных сосудистых структур (правой, левой долевой и бифуркации воротной, и сегментарных печеночных вен) выполнить не представляется возможным ввиду высокого риска жизнеугрожающего кровотечения и развития печеночной недостаточности в послеоперационном периоде.

Наиболее эффективными и радикальными методами в лечении данных заболеваний является аутотрансплантация и трансплантация печени, альтернативой которым является, пожалуй, паллиативные циторедуктивные вмешательства и химиотерапевтическое лечение.

Выполнение трансплантации печени в нашей стране осложняется дефицитом донорских органов, да и у этого контингента больных малоцелесообразно ввиду высокой вероятности рецидива заболевания. Эти обстоятельства вынуждают к внедрению и совершенствованию технологий аутотрансплантации. Наш опыт свидетельствует, что технологии аутотрансплантации печени сопряжены с высоким операционным риском, однако в ряде случаев они успешно могут быть применены в лечении нерезектабельных первичных и метастатических опухолей печени.

Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева, Э.К. Гусейнов, О.Ю. Стрельцова

ЛОКОРЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОКСАЛИПЛАТИНА И ДОКСОРУБИЦИНА

*Московская медицинская академия
имени И.М. Сеченова, Москва*

Проведен анализ лечения 25 больных, которым по поводу метастазов колоректального рака печени произвели химиоэмболизацию печеночной артерии (ХЭПА). Использовали оксалиплатин (ОП)+лейковорин+5-фторурацил или доксорубин (ДР)+лейковорин+5-фторурацил.

У 16 больных повторные курсы ХЭПА (от 1 до 11) являлись адьювантной химиотерапией после различных видов резекции печени (гемигепатэктомии, в том числе расширенные -6, бисегментэктомии – 4, околоопухолевые резекции -6). У 9 больных отмечено билобарное поражение печени. 10 больным с целью воздействия на мелкие, недиагностированные узлы и для профилактики внутриорганных метастазирования сразу после резекции печени в печеночную артерию или воротную вену вводили оксалиплатин или доксорубин. Для интраоперационной химиотерапии использовали разработанный нами ранее селективно-окклюзионный способ. Временную окклюзию создавали пятиминутным пережатием печеночнодвенадцатиперстной связки (ниже места введения препарата) и наложением зажимов на печеночные вены. Затем кровоток восстанавливали.

У 9 больных с билобарным поражением печени операцию не производили, ХЭПА использовали в качестве самостоятельного вида лечения.

Интраоперационной и госпитальной летальности не было. Внутривенное введение препаратов во время операции не сопровождалось значимым нарушением функции печени, о чем свидетельствовали уровень белка крови, билирубина и печеночных ферментов в послеоперационном периоде.

У 13 из 16 больных наступил рецидив опухоли. 5 из них были оперированы повторно: однократные резекции произведены 2, двукратные - 3 больным. Продолжительность жизни у больных, которые были оперированы повторно и которым между операциями производили ХЭПА, составила 25,30,31 и 38 мес. Одна больная живет более 5 лет. У больных, которым резекции не производили продолжительность жизни составила 3,5, 8, 10,12,12,15 и 26 мес.

Медиана выживаемости при использовании ОП составила 25 мес. у оперированных больных и 12 мес. у неоперированных больных. В группе с ДР этот показатель составил, соответственно, 12 и 9 мес.

Гибадулин Н.В., Новокрещенных А.С., Захаров А.Н.,
Ерошенко В.В.

СПОСОБ ФУНКЦИОНАЛЬНО ВЫГОДНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ БИЛИАРНОГО ДЕРЕВА У БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Томский военно-медицинский институт, г. Томск

Основным недостатком широко применяемых в хирургической гастроэнтерологии билиодигестивных соустьев, в частности холедоходуоденоанастомоза, является развитие у пациентов в послеоперационный период рефлюкс-холангитов и стриктур сформированного соустья.

Цель исследования: Улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных с механической желтухой, обусловленной доброкачественным поражением панкреатодуоденальной зоны и внепеченочных желчных протоков, путем формирования аретфлюксного холедоходуоденоанастомоза.

Материал и методы: Экспериментальная часть работы выполнена на 10 беспородных собаках обоего пола, массой тела от 8 до 20 кг, в соответствии с «Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей». Клинический раздел работы основан на анализе результатов хирургического лечения 12 больных с механической желтухой, обусловленной в 7 (58,3%) случаях протяженными стриктурами дистального отдела холедоха, в 3 (25%) случаях - холедохолитиазом с наличием множественных конкрементов во вне- и внутривеночных протоках, и у 2 (16,7%) больных наличием хронического панкреатита.

Все больные были оперированы по оригинальной методике (приоритетная справка по заявке на изобретение №2006104753/14 от 15.02.2006), заключающейся в выполнении продольно-поперечного холедоходуоденоанастомоза между супрадуоденальным отделом общего желчного протока и передней стенкой двенадцатиперстной кишки, с формированием из слизисто-подслизистых слоев последней двустворчатого аретфлюксного инвагинационного клапана. В

случае недостаточной подвижности передней стенки двенадцатиперстной кишки дополнительно проводили ее мобилизацию по Кохеру, что позволило во всех случаях выполнить холедоходуоденоанастомоз с формированием инвагинационного клапана однорядным узловым швом без натяжения. Наружное дренирование холедоха по Халстеду-Пиковскому выполняли с целью декомпрессии желчных протоков в ранний послеоперационный период.

Полученные результаты: Данные экспериментальных исследований свидетельствуют, что применяемая методика прецизионной техники в формировании аретфлюксных билиодигестивных соустьев способствует заживлению анастомотического кольца по типу первичного натяжения с минимальной воспалительной реакцией и без образования грубого рубца. Изучение динамики морфологической картины зоны сформированного инвагинационного клапана показывает наличие последовательных фаз развития раневого асептического воспаления и репаративной регенерации, свидетельствует об отсутствии дистрофических и дегенеративных изменений тканей в отдаленные сроки после операций.

Анализируя результаты клинического применения разработанного способа хирургической коррекции механической желтухи, следует подчеркнуть, что случаев послеоперационной летальности и развития общехирургических осложнений нами отмечено не было. Послеоперационный койко-день в среднем составил $6,2 \pm 1,3$. При комплексном обследовании пациентов в ближайший и отдаленный послеоперационный период отмечалось значительное повышение уровня качества жизни пациентов, приближавшегося к показателям самооценки здоровых людей.

Результаты инструментальных исследований пациентов свидетельствовали о хорошей функциональной активности обходных билиодигестивных анастомозов. При этом сформированный из слизисто-подслизистых оболочек двенадцатиперстной кишки двустворчатый инвагинационный клапан не приводил к стенозированию обходного соустья, надежно препятствуя развитию регургитационных осложнений.

Заключение: Таким образом, внедрение в клиническую практику разработанного способа холедоходуоденоанастомоза позволило не только избежать летальности и тяжелых осложнений раннего послеоперационного периода, но и предотвратить развитие рефлюкс-холангита и рубцового стеноза сформированных соустьев, добиться адекватной хирургической коррекции желчеоттока при обтурационных поражениях желчевыводящих путей. По-видимому, пришло время пересмотреть основное условие полноценного отведения желчи при формировании обходных билиодигестивных анастомозов, используя при хирургической коррекции обтурационной желтухи функционально выгодные аретфлюксные соустья, как альтернативу свободному (как можно более широкому) сообщению желчных протоков с желудочно-кишечным трактом.

Выводы:

1. Применяемая методика прецизионной техники в формировании аретфлюксного холедоходуоденоанастомоза способствует заживлению анастомотического кольца по типу первичного натяжения с

минимальной воспалительной реакцией и без образования грубого рубца.

2. Формирование двустворчатого инвагинационного клапана не приводит к грубой деформации двенадцатиперстной кишки, не препятствует желчеоттоку и обеспечивает надежные арефлюксные свойства холедоходуоденоанастомозу.

3. Клиническое применение разработанного арефлюксного билиодигестивного соустья не увеличивает послеоперационную летальность и не способствует росту общехирургических осложнений, обеспечивая скорейшую реабилитацию пациентов и восстановление показателей уровня качества жизни оперированных больных.

Гусев А.В., Мартинш Ч.Т., Черенков С.П.,
Покровский Е.Ж., Мамонтов П.Н., Кузнецов Р.А.,
Пахомов А.В.

ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ИХ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ

*ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская
академия Росздрава, г. Иваново.*

Актуальность.

Изучение состояния желчных протоков после баллонной дилатации является очень важным моментом в определении эффективности самой процедуры эндобилиарной дилатации, прогнозировании непосредственных и отдаленных результатов, оценки риска развития осложнений и возможности их профилактики.

Цель исследования: используя комплекс различных методов исследования изучить постдилатационные изменения желчных путей.

Материалы и методы.

В лечении острого калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой, обусловленной нарушением проходимости терминального отдела общего желчного протока (ТООЖП), мы с 2003г по 2006г в 46 случаях применили интраоперационную эндобилиарную баллонную дилатацию большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК), как альтернативу эндоскопической папиллосфинктеротомии при невозможности ее выполнения. При этом, в 40% интраоперационно выполнялась баллонная дилатация пузырного протока с целью его расширения и выполнения эндобилиарных вмешательств без холедохотомии.

В подобных ситуациях мы иссекали часть пузырного протока после его баллонной дилатации и проводили морфологическое изучение его изменений (послойно).

Кроме этого, изучали изменения желчных путей после их баллонной дилатации с помощью дуоденоскопии и динамической гидравлической папиллосфинктероманометрии.

Полученные результаты.

Первый из применяемых методов – дуоденоскопия, которая выполнялась у пациентов до и после баллонной дилатации БСДПК. Оценивались видимые со стороны слизистой постдилатационные изменения, которые сравнивались с преддилатационным состоянием БСДПК. Следует отметить, что для вмешательств на БСДПК мы использовали баллонные катетеры от 1 до 1,5 см в диаметре. Время дилатации

составляло от 5 до 10 минут. Сроки контрольной дуоденоскопии после баллонной дилатации БСДПК варьировали от интраоперационных до 7 суток после операции. Прослежены 5 клинических случаев. Выявлено, что после дилатации в зоне БСДПК определяются умеренные петехиальные кровоизлияния, гиперемия и отечность сосочковой зоны, которые к 7 суткам нивелируются. При этом устье БСДПК в первые сутки после дилатации около 5-6 мм, атонично. После 7 суток изменения регрессировали и практически не отличались от преддилатационного состояния.

Таким образом, при сравнительной дуоденоскопии грубых внешних изменений зоны БСДПК после его баллонной дилатации мы не выявили.

Второй метод – изучение морфологических изменений стенки пузырного протока после его баллонной дилатации. При этом проведен сравнительный анализ морфологических изменений пузырного протока после его дилатации (n=15) и без таковой (n=17) при однотипных формах воспаления желчного пузыря на фоне ЖКБ, осложненной механической желтухой, обусловленной нарушением проходимости ТООЖП.

При гангренозном холецистите в пузырном протоке (без его баллонной дилатации) наиболее часто отмечены: гнойное воспаление или атрофия слизистой оболочки, фиброз или выраженный склероз с умеренным хроническим воспалением всех слоев.

При флегмонозном холецистите в пузырном протоке (без его баллонной дилатации) определялось умеренное хроническое воспаление слизистой и склероз всех слоев.

При гангренозном холецистите в пузырном протоке (после его баллонной дилатации) выявлены следующие изменения: слизистая оболочка – некроз и гнойное воспаление, в мышечном слое – хронические склеротические изменения в условиях хронического воспаления.

При флегмонозном холецистите в пузырном протоке (после его дилатации) наиболее часто определялись: хроническое воспаление, склероз и очаговая атрофия слизистой, диффузная лейкоцитарная инфильтрация всех слоев. Кроме этого, в 50% выявлено наличие желчных ходов в стенке протока.

Таким образом, морфологические изменения пузырного протока без его дилатации и после таковой практически соответствуют выраженности воспалительного процесса в стенке желчного пузыря при однотипном воспалительном процессе во внепеченочных желчных путях.

Соответственно, сама баллонная дилатация не вызывает грубых морфологических изменений в стенке пузырного протока. Это заключение является достаточно важным моментом исследования, позволяющим предположить, что применение баллонной дилатации других участков желчных путей с лечебной целью так же не приведет к значительным их изменениям и, таким образом, является безопасной лечебной процедурой.

Третий метод – динамическая гидравлическая папиллосфинктероманометрия (n=43). Следует отметить, что в подавляющем большинстве изученных случаев изначально имелась внутрипротоковая желчная гипертензия, причиной которой являлись стенотические поражения БСДПК, холедохолитиаз или их комбинация.

Исследование проводилось трижды по разработанной нами методике (в основе – методика операционной холангиоманометрии, разработанная J. Caroli (1939) и P. Mallet-Guy (1942)). Первое измерение выполнялось непосредственно после баллонной дилатации БСДПК, второе – на следующий день, третье – через 5-7 дней. Интраоперационно после баллонной дилатации внутрипротоковое давление в среднем составляло 60-70 мм.вод.ст. На следующий день – 60-80 мм.вод.ст. К 7 суткам в пределах 100-120 мм.вод.ст. Следовательно, результаты динамической гидравлической папиллосфинктероманометрии свидетельствуют о временной (минимум 1 сутки) атонии сфинктерного аппарата БСДПК после его баллонной дилатации с последующим повышением внутрипротокового давления до нормальных значений.

Заключение. Таким образом, данные сравнительного визуального осмотра БСДПК при дуоденоскопии, динамической гидравлической папиллосфинктероманометрии и постдилатационные морфологические изменения пузырного протока позволяют сделать заключение, что баллонная эндобилиарная дилатация не вызывает грубых макро- и микроскопических изменений желчных путей и вызывает постдилатационное расширение устья БСДПК и временную атонию сфинктерного аппарата БСДПК, что, в свою очередь, позволяет (на данном этапе исследования) отнести непосредственно процедуру эндобилиарной баллонной дилатации к разряду относительно безопасных.

Журавлев В.А., Русинов В.М., Казаковцев Д.В.

СНИЖЕНИЕ РИСКА ОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Целью наших исследований было изучение влияния новых кровесберегающих технологий разделения паренхимы печени на снижение риска интраоперационной кровопотери при обширных резекциях.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты обширных резекций печени в объеме гемии (ГГЭ) и расширенных гемигепатэктомий (РГГЭ) у 125 больных, находившихся на лечении за последние 10 лет в Кировском зональном центре хирургии печени и желчных путей МЗ РФ. При анализе всех больных разделили на 2 группы: I гр. – 102 пациента, которым были выполнены анатомические резекции печени в период с 1995 по 2003 г с применением традиционной техники разделения паренхимы при помощи зажимов; II гр. – 23 пациента, которым разделение паренхимы при аналогичных резекциях за последние два года было выполнено с использованием ультразвуковых ножниц и деструктора - аспиратора, биполярной электрокоагуляции и клипирования сосудов с обработкой паренхимы аргоноплазменной коагуляцией или аппликацией пластинок «Тахокомб».

Чаще всего показаниями к обширным резекциям печени были: альвеококкоз (28,5% - в первой группе и 26,1% - во второй) и первичный рак пече-

ни (24,6% в первой группе и 30,5% - во второй). Группы были сопоставимы и по частоте вовлечения в очаг поражения магистральных сосудов печени и нижней полой вены (НПВ). Вовлечение воротной вены (ВВ) и ее ветвей в I гр. наблюдалось у 68,6% больных и во II гр. у 69,6%. Поражение НПВ - соответственно у 57,8% и 65,2%.

Результаты: правосторонние ГГЭ и правосторонние РГГЭ были выполнены у 75 больных в первой группе и у 18 – во второй; левосторонние ГГЭ и левосторонние РГГЭ были выполнены у 27 – в первой группе и у 5 – во второй. В обеих группах резекции печени сопровождались сочетанными вмешательствами на ВВ, ПА, НПВ и печеночных венах. В I гр. для профилактики кровотечения и полной сосудистой изоляции печени у 6 (5,9%) применили временный экстракорпоральный вено-(порто) венозный шунт.

Современные технологии разделения паренхимы печени и средства местного гемостаза при гемигепатэктомиях и расширенных резекциях позволили выполнять операции без применения приема Pringle. Это исключало эффект депонирования портальной крови и предупреждало снижение венозного возврата к сердцу, что положительно сказывалось на показателях центральной гемодинамики и снижении кровотока из тканей брюшной полости и забрюшинного пространства.

Кровопотеря во время операции во II гр. была значительно ниже и составила 447±106 мл против 1037±209 мл в I гр. ($p < 0,01$). Снижение кровопотери при обширных резекциях печени и применение нормоволемической гемодилюции с интраоперационным резервированием крови позволили нам в абсолютном большинстве случаев полностью исключить переливание донорской крови.

Умерло после ГГЭ и расширенных ГГЭ в I гр. – 10 (9,8%) больных, во II гр. – 1(4,5%).

Заключение: Современные кровесберегающие технологии резекции печени, применяющиеся на фоне нормоволемической гемодилюции с интраоперационным резервированием крови снижают риск операционной кровопотери и позволяют практически бескровно выполнять обширные резекции с вовлечением крупных магистральных сосудов органа и НПВ.

Резекция печени, выполняемая без пережатия печеночно-двенадцатиперстной связки, позволяет избежать нестабильности гемодинамики за счет отсутствия эффекта депонирования крови в портальном русле и отрицательных последствий этого депонирования в послеоперационном периоде.

Иванов М.А., Беляева О.А., Шаповалов А.С.

К ВОПРОСУ О РОЛИ МИНИ-ДОСТУПА И ВОЗМОЖНОЙ КОНВЕРСИИ В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия, г. Санкт-Петербург

Хирургическое лечение желчно-каменной болезни предполагает использование нескольких вариантов оперативного пособия. Ведущее место сегодня

занимают малоинвазивные вмешательства – лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из т.н. мини-доступа. Классический вариант холецистэктомии выполняется лишь в определенных случаях, либо является итогом конверсии при выявлении каких-либо особенностей во время осуществления малоинвазивных процедур. Использование конверсии не всегда поощряется, в т.ч. не только по причине увеличения травматичности оперативного вмешательства.

Целью настоящего исследования является рассмотрение причин для перевода вмешательства при желчно-каменной болезни из мини-доступа в традиционный вариант оперативного пособия.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения над 55 больными, которым предполагалось выполнение холецистэктомии, а также возможные манипуляции на протоках посредством использования мини-доступа.

Результаты. По итогам интраоперационной ревизии в 8 случаях осуществлена конверсия с выполнением традиционного варианта холецистэктомии и соответствующего пособия на желчевыводящих путях. Показанием к конверсии в двух случаях явилось кровотечение из ложа желчного пузыря, которое не удалось остановить через мини-доступ, в двух наблюдениях мини-доступ не позволил выполнить разъединение сращений на фоне выполненных ранее оперативных вмешательств, в одном случае причиной конверсии явилась выявленная опухоль желчного пузыря и в трех наблюдениях пришлось выполнять традиционный вариант холецистэктомии в связи со значительной глубиной операционной раны и недостаточными условиями для визуальной оценки у пациентов с выраженными вариантами ожирения и возрастными деформациями позвоночника.

Встретившиеся причины конверсии могут иметь неоднозначную трактовку. Кровотечение из любого источника значительной интенсивности, требующее мануальных действий, затруднительно остановить в условиях мини-доступа. Отсюда необходимость в немедленном решении о переводе операции в режим традиционного воздействия через необходимый по протяженности доступ.

Спаечный процесс в правом подреберье может иметь значительную степень выраженности, что препятствует постановке крючков для мини-доступа и выполнению необходимых манипуляций на элементах печеночно-двенадцатиперстной связки. Особенно небезопасны длительные попытки обеспечить необходимую экспозицию у пожилых больных с компонентом портальной гипертензии, поскольку сохраняется вероятность повреждения расширенных вен ретракторами. Мини-доступ также ограничивает возможность использования распространённого приема преодоления выраженного спаечного процесса, когда к шейке желчного пузыря рекомендуется подходить вдоль края печени от латеральных сегментов к медиальным.

Ограничивают возможность выполнения холецистэктомии из мини-доступа и конституциональные особенности больных, особенности анатомического строения. В частности, некоторые трудности встречаются у лиц с патологией позвоночника (т.н. «горб вдовы»), гиперстеническим типом строения, а также в случае значительно выраженных воспалитель-

ных изменений в проекции печеночно-двенадцатиперстной связки и желчного пузыря, особенно при больших размерах последнего, когда пузырь почти полностью перекрывает обзор и препятствует манипуляциям на протоках. Не всегда удается выполнить холецистэктомию из мини-доступа у пациентов с пузырно-двенадцатиперстным свищом, в т.ч. при сочетании данной патологии с выраженным спаечным процессом.

Выводы. В большинстве вышеуказанных случаев следует рационально взвешивать необходимость длительных попыток во что бы то ни стало выполнить вмешательство из мини-доступа. Своевременная конверсия может оказаться чрезвычайно полезной.

Казаковцев Д.В., Воробьев Д.Н., Русинов В.М.

ОСОБЕННОСТИ АФФЕРЕНТНОГО КРОВОТОКА ПРИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ОККЛЮЗИЯМИ ДОЛЕВЫХ ВЕТВЕЙ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров.

Цель исследования: Изучить особенности афферентного печеночного кровотока у больных с очаговыми поражениями печени, осложненными механической желтухой и окклюзиями ветвей воротной вены и определить значение этих показателей в диагностике и лечебной тактике.

Материалы и методы: Нами проведено исследование афферентного печеночного кровотока у 10 больных с очаговыми поражениями печени, осложненными механической желтухой и окклюзиями ветвей ВВ. Мужчин и женщин было по 5 человек (50%) в возрасте от 21 до 72 лет (средний возраст $39,2 \pm 10,9$ лет). Причиной окклюзий ветвей ВВ и механической желтухи у 7 больных был альвеококкоз, у 1 – первичный рак печени, у 1 холангиокарцинома конfluence желчных протоков, у 1 – доброкачественная стриктура. Окклюзия левой ветви ВВ диагностирована у 2 больных, в обоих случаях с вовлечением бифуркации ВВ; окклюзия правой ветви ВВ – у 8, из них с вовлечением бифуркации у 7. Группу сравнения составили 46 больных с очаговыми поражениями печени, осложненными окклюзиями ветвей ВВ без механической желтухи.

Характер поражения ВВ и ее ветвей диагностировали путем ультразвуковой эхографии у всех пациентов (100%), в режиме дуплексного сканирования на аппарате «ACUSON 128 xp» (SIEMENS, Германия) методом импульсной доплерографии и цветового доплеровского картирования. Измеряли диаметр сосудов, определяли максимальную систолическую скорость кровотока (V_{max}), конечно-диастолическую скорость кровотока (V_{min}), среднюю скорость кровотока (TP), рассчитывали объемную скорость кровотока (Q), определяли систоло-диастолическое отношение, пульсационный (PI) и резистивный (RI) индексы, индекс артериальной перфузии печени (ИАПП).

Результаты: В группе больных с механической желтухой все показатели линейных скоростей, а так-

же объемной скорости кровотока по контралатеральной (здоровой) половине печени превышали аналогичные в группе сравнения. Так величина объемного кровотока по долевым ветвям воротной вены составила $1,33 \pm 0,27$ л/мин в исследуемой группе, а в группе сравнения – $1,18 \pm 0,35$ л/мин ($p < 0,05$). Ускорение кровотока по основному стволу воротной вены при окклюзии одной из ее долевым ветвей отражает и снижение величины конгестивного индекса $0,042 \pm 0,008$ против $0,038 \pm 0,011$ в группе сравнения, что значительно ниже этого показателя у здоровых лиц ($0,060 \pm 0,013$ по данным Sato и соавт., 1996). Различий диаметров воротной вены в исследуемой и сравниваемой группах не было: $11,5 \pm 2,7$ мм в первой группе против $9,9 \pm 1,1$ мм ($p > 0,05$). Одновременно с увеличением портального кровотока, наблюдалось достоверное снижение артериального притока по СПА: объемная скорость артериального кровотока была $0,33 \pm 0,11$ л/мин против $0,51 \pm 0,17$ л/мин в группе сравнения ($p < 0,05$); отмечалось снижение средних величин всех линейных показателей кровотока. Несмотря на отсутствие достоверной разницы пульсационных индексов для СПА в обеих группах он был значительно ниже нормальных средних значений ($< 1,5$) и составил $1,19 \pm 0,18$ и $1,30 \pm 0,17$ соответственно, что является одним из критериев снижения периферического (внутрипеченочного) сопротивления.

Заключение: У больных с очаговыми поражениями печени, осложненными механической желтухой и окклюзиями ветвей воротной вены наблюдаются изменения афферентной печеночной гемодинамики, сопровождающиеся повышением объемного портального кровотока, адаптационным раскрытием артерио-портальных шунтов с уменьшением доли артериального притока в общем кровоснабжении печени. Снижение артериального объемного кровотока у больных с механической желтухой на фоне окклюзий ветвей воротной вены необходимо учитывать в лечебной тактике этой категории больных.

Кислицин Д.П., Ионин В.П., Хрячков В.В.,
Добровольский А.А., Колмачевский Н.А.,
Васильев П.В., Кузнецов Е.В.

РЕЗЕКЦИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ОПИСТОРХОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ

Окружная клиническая больница, г. Ханты-Мансийск

Цель исследования: оценить непосредственные результаты обширных резекций печени при очаговых поражениях на базе специализированного центра ОКБ, выявить специфические осложнения лечения на фоне описторхозного поражения печени и пути их предупреждения.

Материалы и методы. На базе окружного Центра хирургии печени и поджелудочной железы ОКБ г. Ханты-Мансийска за 5 лет выполнено 38 обширных резекции печени при очаговом поражении органа. Средний возраст пациентов составил 44,2 года, женщины и мужчины распределились поровну. Основные нозологии и наличие фонового поражения печени описторхозной инвазией у пациентов представлены в таблице №1.

У 20 пациентов (52,6%) с очаговыми поражениями печени выявлена описторхозная инвазия, причем пораженность описторхозом при холангиоцеллюлярном раке составила 85,7%. Холангиоэктоазы по данным УЗИ выявлены у всех пациентов с описторхозной инвазией, нарушение функциональных проб печени в виде снижения протромбинового индекса, повышения трансаминаз отмечено у 12 (31,6%) пациентов.

Результаты:

У 15 больных выполнена правосторонняя анатомическая гемигепатэктомия (ПГГЭ)-39,5%, у 5 – расширенные правосторонняя гемигепатэктомия (РПГГЭ)-13,2%, у 6 – левосторонняя анатомическая гемигепатэктомия (ЛГГЭ)-15,8%, у 4 – расширенная левосторонняя гемигепатэктомия (РЛГГЭ)-10,5%, у 8 (21,1%) – другие варианты резекций печени (из них: 3 – бисегментэктомии, 2 – трисегментэктомии, 1 – сегментэктомия-1, 2 – атипичных резекции печени). Операции выполнены с применением новых технологий (ультразвуковой деструктор-аспиратор Cusa-Exel 2000, гармонический скальпель Auto-Sonix, генератор электролигирования сосудов Liga-Sure, аргон-плазменный скальпель Erbe-APC-300, клипатор, гемостатические пластинки ТахоКомб, аппарат для реинфузий отмытых эритроцитов Sell-Saver). Летальность составила 5,2%, в обоих случаях имело место массивное интраоперационное кровотечение из системы печеночных вен при обширных опухолевых резекциях.

Осложнения интра- и послеоперационного периода представлены в таблице №2

Осложнения во время операций и в послеоперационном периоде имели место у 11 (28,9%) пациентов. Фатальные интраоперационные массивные кровотечения произошли у двух пациентов (5,2%) с прорастанием опухоли в устье печеночных вен. Специфические билиарные осложнения в послеоперационном периоде имели место у 6 пациентов (15,8%), причем во всех случаях имела место билиарная гипертензия и холангиоэктазии на фоне описторхозной инвазии. У двух пациентов не выполнялось дренирование билиарной системы, а в одном случае дренирование через культю пузырного протока оказалось неэффективным. Дренирование билом проводили под контролем УЗИ с установкой дренажей Ившина. Билиарные свищи потребовали реконструктивных операций в одном случае – гепатоэнтеростомии после РЛГГЭ по поводу ГЦР. Острая печеночная недостаточность у двух больных после РПГГЭ купирована с использованием экстракорпоральных методов детоксикации (низкопоточная гемодиализация).

Выводы:

1. Результаты обширных резекций при очаговом поражении печени, выполняемых на базе специализированного центра ОКБ сравнимы с результатами ряда европейских клиник.

2. Описторхозная инвазия влияет на частоту возникновения холангиоцеллюлярного рака печени, увеличивает риск возникновения билиарных осложнений.

3. Уменьшить риск массивных кровотечений, последствий кровопотери, билиарных осложнений после обширных резекций возможно при использовании современных технологий гемо-билиостаза и использовании аппарата для реинфузии крови Sell-Saver.

Таблица №1

Нозологические формы опухолевого поражения печени

Заболевание	Общее количество	Наличие описторхоза
Доброкачественные	5	2
Гемангиомы	2	1
ФНГ	1	
Аденомы	1	1
Цистаденомы	1	
Злокачественные	33	18
ХЦР	7	6
ГЦР	15	7
ГХЦР	2	2
Недифференцированный рак	1	
Цистаденокарцинома	1	1
Саркома	1	
Метастазы колоректального рака	6	2

Таблица №2

Виды осложнений

Вид осложнения	Количество	Наличие описторхоза
Интраоперационное массивное кровотечение из системы печеночных вен	2	1
Билома подпеченочного или поддиафрагмального пространства	4	4
Наружный желчный свищ	2	2
Острая печеночная недостаточность	2	1
Нагноение послеоперационной раны	1	1

Кислицин Д.П., Хрячков В.В., Ионин В.П.,
Добровольский А.А. Колмачевский
**ХИРУРГИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ
НА ФОНЕ ОПИСТОРХОЗА**

*Окружная клиническая больница, ХМГМИ,
г. Ханты-Мансийск*

Цель исследования: изучить хирургические аспекты при сочетанном поражении печени описторхозной инвазией и эхинококкозом.

Материалы и методы: С 2001 по 2005 годы пролечено 38 пациентов с эхинококковыми кистами печени. У 26 больных (68,4%) выявлена описторхозная инвазия, причем изменения печени-гепатомегалия, внутрипеченочная протоковая гипертензия, холангиоэктазы по данным ультразвукового исследования (УЗИ) и магнитнорезонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) обнаружены у 11 (42,3%) носителей описторхоза. В диагностике использовали УЗИ, включая интраоперационное (ИОУЗИ), спиральную компьютерную томографию (СКТ), МРХПГ, иммунологические тесты. Оперировано 28 женщин (73,7%) и 10 (26,3%) мужчин в возрасте от 22 до 65 лет. У 17 пациентов (44,7%) выявлена одиночная киста, у 21 (55,3%) - множественные кисты печени, в т.ч. у 8

(21,1%) - с поражением правой и левой доли, в пяти случаях (13,2%) - сочетанное поражение других органов. Осложненная форма выявлена в виде нагноения у 7 (18,4%) и обызвествления - у 5 (13,2%) пациентов, сообщение кист с билиарной системой с развитием холангита имело место у двух (5,3%) пациентов. Выполнено 8 (21,1%) анатомических резекций, 5 (13,2%) неанатомических резекций, 16 (42,1%) перицистэктомий и 14 (36,8%) эхинококкэктомий (5 из них - в сочетании с резекциями при билобарном поражении). У двух пациентов после частичной перицистэктомии при нагноившихся кистах 4 и 8 сегментов печени применяли криодеструкцию фиброзной капсулы на стенке нижней полой вены. Резекции печени и перицистэктомии выполняли с использованием ультразвукового деструктора-аспиратора CUSA-Exel. Во всех случаях после эхинококкэктомии и перицистэктомии применяли аргон-плазменную коагуляцию.

Результаты: Чувствительность УЗИ (n=38), СКТ (n=26) и МРТ (n=15) в выявлении эхинококковых кист составила 89,5%, 92,3% и 93,3% соответственно, $p < 0,05$. МРТ предпочтительна при наличии описторхозной инвазии для оценки протоковой системы, при диагностике осложнений кист в виде нагноения, ци-

сто-билиарных сообщений. ИОУЗИ (n=16) целесообразно при множественном поражении печени, небольших размерах кист и их внутриорганных локализаций. Осложнения имели место у четырех пациентов (10,5%) - острая печеночная недостаточность (n=1) после выполнения левосторонней гемигепатэктомии и перичистэктомии из правой доли при множественном осложненном эхинококкозе, нагноение остаточной полости после эхинококкэктомии (n=2), наружный желчный свищ (n=1) после частичной перичистэктомии и криодеструкции. Абсцессы санированы пункционно-дренажными методами, свищ закрылся самостоятельно на 23-е сутки. Летальных исходов не было.

Заключение: Методы хирургического лечения больных эхинококкозом печени индивидуальны и зависят от общего состояния пациента, количества и расположения кист, наличия осложнений, что в значительной степени определяют данные лучевых исследований. Применение современных методов гемии и билиостаза уменьшают количество послеоперационных осложнений.

Л. П. Котельникова, А. Н. Попов, Н. А. Порошина
**РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПО
ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ
У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ**
*Пермская государственная медицинская академия
г. Пермь*

По данным литературы метастазы печени при колоректальном раке встречаются в 16-40 % случаев, что приводит к развитию печеночной недостаточности и может быть непосредственной причиной смерти. До недавнего времени больные даже с солитарными метастазами печени небольших размеров признавались неоперабельными. Лишь в последние десятилетия таким больным стали выполнять радикальные операции в виде анатомических и неанатомических резекций печени, радиочастотную абляцию, лазерную коагуляцию, криодеструкцию метастатических очагов печени. Оптимальным методом лечения в настоящее время признан хирургический.

Нами изучены отдаленные результаты хирургического лечения у 16 больных колоректальным раком 4 стадии с метастазами в печень. Все пациенты были оперированы в 1 хирургическом отделении Пермской областной клинической больницы в период с 2003 по 2005 г. Среди них было 9 мужчин и 7 женщин в возрасте от 36 до 75 лет. У большинства больных (13) в клинической картине преобладали жалобы, обусловленные наличием первичной опухоли прямой или ободочной кишки, такие как; боли в нижних отделах живота, запоры, поносы, патологические примеси в кале, снижение массы тела. У 2 отмечены явления частичной кишечной непроходимости, 3 пациентов предъявляли жалобы на боли в правом подреберье.

При обследовании ни у одного больного изменений показателей биохимического анализа крови не обнаружено. Только у 3 диагностирована анемия различной степени тяжести.

Для обнаружения опухоли толстой и прямой кишок использовали рутинные методы: пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию, ирригоскопию, колоноскопию с биопсией слизистой. У 9 пациентов диагностирован рак прямой кишки, у 5 – рак левой половины ободочной кишки, у 2 – рак правой половины толстой кишки.

Для выявления отдаленных метастазов всем больным проводили УЗИ печени. У 5 человек из 16 удалось диагностировать метастазы в печень до операции. Еще у 3 метастазы в печени диагностированы через 1-4 года после удаления первичной опухоли. Дополнительно 6 больным выполнена компьютерная томография органов брюшной полости, которая позволила обнаружить метастаз печени еще у 1 больного через 9 месяцев после операции, а у остальных уточнить размеры и локализацию синхронных очагов. 1 больному с метастазом 8 сегмента компьютерную томографию сочетали с болюсным введением омнипака для выявления взаимоотношений опухоли с сосудистой системой. У 7 человек метастазы в печени были выявлены только при лапаротомии.

По результатам дооперационного обследования солитарные метастазы в правую долю печени обнаружены у 3 больных, в левую – 4, солитарные метастазы в обеих долях выявлены у 1 пациента, множественные очаговые образования у 1 больного. Метастазы в печени у 12 человек были синхронными, у 4 – метастазными.

2 пациентам с синхронными солитарными метастазами диаметром 7-8см (3 ст по mTNM) выполнены одномоментные операции: правосторонняя гемигепатэктомия и левосторонняя бисегментэктомия (2,3) в сочетании с резекцией толстой, прямой кишки и восстановлением пассажа с использованием сшивающих аппаратов фирмы Auto Suture диаметром 31 мм. Больной с опухолью сигмовидной кишки, биллобарными метастазами и гематомой печени больших размеров с внутрибрюшным кровотечением выполнена резекция сигмы по Гартману и паллиативная правосторонняя гемигепатэктомия по жизненным показаниям. Больная умерла на 5 сутки от явлений полиорганной недостаточности на фоне выраженного ДВС-синдрома.

Остальным 9 больным колоректальным раком с синхронными метастазами печени удален только первичный очаг: у 7 с восстановлением пассажа по толстой кишке (резекция сигмы – 1, правосторонняя гемиколонэктомия – 2, передняя резекция прямой кишки – 2, передняя резекция прямой кишки с наложением сигморектального анастомоза аппаратом Auto Suture диаметром 31мм – 2), 1 – экстирпация прямой кишки, 1 – обструктивная резекция сигмы.

Резекцию печени у пациентов данной группы невозможно было осуществить ввиду массивного двустороннего поражения печени (6); микроперфорации опухоли ободочной кишки (1); из-за тяжести общего состояния(2).

Метастазы диагностированы УЗИ и КТ у 4 больных, через 1 год (2) и через 4 года (2) после удаления первичной опухоли. Первым этапом

им были выполнены условно радикальные операции: передняя резекция прямой кишки (2), резекция сигмы с наложением сигморектального анастомоза сшивающим аппаратом (1), брюшнопромежностная экстирпация прямой кишки (1). При выявлении отдаленных метастазов печени 2-3 ст. по mTNM вторым этапом им проведены левосторонняя гемигепатэктомия (1), левосторонняя бисегментэктомия (1), правосторонняя гемигепатэктомия (1), атипичная резекция 8 сегмента.

Из 16 наблюдаемых нами больных отдаленные результаты хирургического лечения удалось проследить у 15, из них у 8 – после паллиативной резекции толстой кишки по поводу колоректального рака 4 ст. с метастазами печени и у 7 – после удаления первичного очага и резекции печени (у 3 – по поводу синхронных метастазов, у 4 – по поводу метастазов).

Из 8 человек, перенесших паллиативные резекции толстой и прямой кишки с множественными метастазами печени, 16 месяцев прожил только 1 больной. У всех пациентов на фоне проводимой химиотерапии отмечалось прогрессирование роста метастазов, отрицательная динамика по УЗИ и КТ, появление новых метастатических очагов в печени, легких.

Из 4 пациентов с метастазами в печень 3 живут после резекции печени уже больше 1,5 лет. Свое состояние оценивают как удовлетворительное. По данным УЗИ, КТ, ирригграфии рецидива опухоли и метастазов в печени нет. 1 пациент умер через 3 месяца после правосторонней гемигепатэктомии по поводу метастазов диаметром 15 см. По документам причину смерти нам установить не удалось.

Из 3 пациентов, которым одномоментно выполнили резекцию толстой кишки в сочетании с резекцией печени, больше года прожила 1 больная. У нее через 8 месяцев после передней резекции прямой кишки аппаратным швом и правосторонней гемигепатэктомии по поводу метастаза правой доли диаметром 8 см обнаружен рецидив метастаза печени в 8 сегменте, сдавливающий элементы кавальных ворот печени. Ей проведена эндоваскулярная химиоэмболизация липиодолом (20 мг) и иринотеканом в дозе 5 мг общей печеночной, левой желудочной, селезеночной артерий. По истечении 2 лет сама больная оценивает свое состояние как посредственное. Периодически беспокоят боли, вздутие живота, поносы, значительная слабость, умеренное снижение массы тела. На фоне проводимой химиотерапии отмечается положительная динамика по данным компьютерной томографии. 1 пациент из этой группы умер через 2 месяца после передней резекции прямой кишки аппаратным швом и левосторонней бисегментэктомии от острой коронарной патологии.

Таким образом, благодаря выполненной резекции печени по поводу метастазов колоректального рака 25 % из наблюдаемых нами больных живут больше 1,5 лет. Результат при таких операциях зависит от времени появления метастазов в печени, их размеров, расположения.

Коханенко Н.Ю.

СЛЕДУЕТ ЛИ ФОРМИРОВАТЬ БИЛИОБИЛИАРНЫЙ АНАСТОМОЗ ПРИ ЯТРОГЕННОМ (циркулярном) ПОВРЕЖДЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ?

*Государственная педиатрическая академия,
г. Санкт-Петербург*

Наш опыт лечения ЯПЖП составляет более 200 операций (большая часть больных оперирована проф. Н.Н. Артемьевой). Но в данной работе хотелось бы остановиться на одном вопросе. Стоит ли накладывать билиобилиарный анастомоз (ББА) при циркулярном повреждении протока, даже если это выявлено во время операции?

Целью работы являлось определение целесообразности наложения билиобилиарного анастомоза (ББА) (в том числе и при интраоперационном выявлении) при ятрогенном полном пересечении гепатикохоледоха.

Материалы и методы. По поводу рубцовой стриктуры на месте ББА оперирован 41 больной (или 19,8% от всех рубцовых стриктур желчных протоков, оперированных нами). Мужчин было 5, женщин – 36. Возраст больных колебался от 30 до 67 лет, составив в среднем 54,3 года. В 11 случаях ББА был наложен сразу после попытки ЛСХЭ и ЯПЖП, еще в 14 случаях ЯПЖП было выявлено во время открытой операции и хирурги сразу наложили ББА, в остальных 16 случаях ББА был наложен в сроки 1-8 суток.

Четыре больных были оперированы проф. Н.Н. Артемьевой до 1990 года сразу после выявления ЯПЖП (послеоперационный период при этом во всех случаях протекал гладко), 37 пациентов поступали в клинику и стационары города из других учреждений после наложенных ранее ББА в сроки от 6 до 24 месяцев. Как удалось установить, у 12 из них в раннем послеоперационном периоде развилась несостоятельность ББА, у 5 – сформировался наружный желчный свищ, у 3 – внутренний билиодигестивный свищ. Остальные 4 – были оперированы по поводу желчного перитонита, в 3 случаях им был наложен билиодигестивный анастомоз (БДА), в одном – лишь наружное дренирование желчных протоков. До поступления в клинику больные были оперированы от одного до пяти раз, причем 14 из них (34,1%) два раза, а 11 (26,8%) – три и более раз (иссечение стриктуры и наложение повторного ББА при этом было осуществлено 7 пациентам, в остальных случаях формировали различные варианты БДА без каркасного дренирования желчных протоков). Всего 41 больному было выполнено 72 операции.

При поступлении у большинства больных имелись осложнения рубцовой стриктуры желчных протоков на месте ББА: механическая желтуха была у 35 пациентов (85,4%), острый холангит – у 32 (78,0%), в т.ч. у 5 – были выявлены холангиогенные абсцессы печени (12,2%). Наружный желчный свищ имелся у 6 больных (14,6%), вторичный холелитиаз протоков – у 5 (12,2%), еще у 4 – обнаружен подпеченочный абсцесс (9,8%).

Для диагностики заболевания, определения характера повреждения протоков, состояния печени,

желудка, двенадцатиперстной кишки кроме обычных клинико-лабораторных методов применяли ФГДС, УЗИ, КТ, методы прямого контрастирования желчных протоков (фистулохолангиографию, эндоскопическую ретроградную холангиографию (ЭРХГ) и чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ), а в последние годы и магнитнорезонансную холангиографию.

Результаты. Локализация и число наблюдений рубцовых стриктур желчных протоков на месте ранее наложенных ББА представлен в таблице 1.

Таким образом, у 34 (82,9%) больных был выявлен высокий тип стриктуры.

При стриктуре ББА или последующего БДА нами были сформированы различные варианты билиодигестивных анастомозов : гепатикоюноанастомоз (ГЕА) – 20 (48,8%), бигепатикоюноанастомоз – 17 (41,5%), тригепатикоюноанастомоз – 1 (2,4%), ГЕА с долевыми протоками наложены 3 больным (7,3 %) . Билио-билиарные анастомозы не формировали.

При создании БДА предпочтение отдавали чрезанастомозному дренированию протоков. **Обсуждение.** Вроде бы имеются очевидные физиологические преимущества ББА: сшиваются однородные ткани, восстанавливается естественный желчеотток, создается нормальная система защиты протоков от рефлюкса пищи и микробного обсеменения – сохраняется «автономность» печени, благодаря сохранению замыкательной функции большого дуоденального сосочка. Кроме того , формировать ББА технически гораздо проще (особенно если диастаз между концами пересеченного протока совсем незначительный). Ранее в литературе сообщали о таких восстановительных операциях, писали о благоприятных непосредственных результатах. Однако, проанализировав отдаленные результаты ББА при ЯПЖП, даже сторонники восстановительных операций от них отказались (А.А. Шалимов и соавт., 2000). Так, в одной из работ 2000 года А.А. Шалимов сообщает о том, что в его клинике ранее было выполнено 150 ББА, что составило 23,6% от всех операций при ЯПЖП. Результаты этих операций подробно не анализируются, но в конце статьи авторы сообщают «... с 1985 года мы пересмотрели показания к восстановительным операциям, резко сократив их количество в связи с повышенным риском рестриктуры в области шва протока.».

В работах Э.И. Гальперина и его сотрудников (1982) показано, что рубцовая стриктура желчных протоков диаметром 1 мм на протяжении 1 см практически не влияет на холерез . Значит клиническая картина появляется при более значительном уменьшении просвета стриктуры. Поэтому на определенном этапе и бывает эффективным консервативное лечение, но желчная гипертензия сохраняется и врачи, которые надеются на чудо, обрекают больного на длительные страдания, холангит, билиарный цирроз, но пытаются оттянуть неминуемую реконструктивную операцию, которая при развитии осложнений более рискованна.

Несмотря на то, что у всех 4 больных, оперированных проф. Н.Н. Артемьевой, осложнений после операции не было, в течение двух лет у них сформировалась рубцовая стриктура на месте ББА.

Приведем данные других видных отечественных билиарных хирургов, имеющих большой опыт реконструктивной хирургии желчных протоков. Э.И. Гальперин и Н.Ф. Кузовлев (1996) сообщают, что они в 5 случаях накладывали ББА при «свежей» травме протоков. В раннем послеоперационном периоде осложнений не было, стриктура ББА развилась через 2, 3 и 8 месяцев у 3 больных. Авторы считают, что вероятность рубцевания ББА очень велика и накладывать его не рекомендуют. По данным руководителя отдела хирургии желчевыводящих путей института клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины проф. М.Е. Нечитайло (1999), стриктуры после наложения ББА наступают более чем в половине случаев, поэтому в упомянутой клинике ББА не рекомендуют накладывать. Известный московский билиарный хирург проф. С.И. Емельянов и соавт. (2005) так же сообщают о 9 наблюдениях, когда они наложили ББА при интраоперационном выявлении ЯПЖП. Далее говорится, что в 8 случаях (88,9 %) результаты операции были неудовлетворительными и потребовалось выполнение повторной реконструктивной операции. Авторы пришли к выводу, что ББА должен формироваться лишь в исключительных случаях, когда стенка протока уплотнена, его диаметр не менее 7-8 мм, а выполнение реконструктивной операции по тем или иным причинам не показано.

Пластика желчного протока с использованием Т-образного дренажа возможна лишь в случаях

Таблица 1

Локализация и число наблюдений рубцовых стриктур желчных протоков на месте ранее наложенных ББА (по Bismuth-Гальперину, 2003).

Локализация повреждения	Число наблюдений
Правый долевого проток	2 (4,9%)
Левый долевого проток	1 (2,4%)
Стриктура - 2	1 (2,4%)
Стриктура 0 - -1	17 (41,5%)
Стриктура 0 - +1	13 (31,7%)
Стриктура +1 - +2	7 (17,1%)
Всего	41 (100%)

менее травматичных повреждений гепатикохоледоха (пристеночные повреждения не превышающие четверти окружности протока).

При выполнении ББА при циркулярных повреждениях, даже при наличии идеальных для этого условий, риск последующего развития стриктуры протока очень велик. Аналогичные данные приводит A. Stendes с соавт., 1989. Как свидетельствует наш опыт и данные других авторов, билиобилиарные анастомозы, несмотря на кажущиеся простоту формирования и физиологичность, подвергаются рубцеванию в течение 1-2 лет после операции в 80-100% случаев (Шалимов А.А., 2000; Гальперин Э.И., 2004; Емельянов С.И., 2006; Toschi A. et al, 1996 и др.). Применять этот анастомоз при свежем циркулярном пересечении протока нецелесообразно. Причина развития стриктур ББА кроется в анатомических особенностях кровоснабжения стенки желчного протока – кровеносные сосуды идут вдоль протока (Parke W.P., 1963). Следовательно при его пересечении нарушается кровоснабжение гепатикохоледоха, которое не восстанавливается после наложения ББА. И если при пересечении протока во время «открытой» холецистэктомии есть хотя бы небольшие надежды на надежность ББА, то после лапароскопических ЯПЖП стриктура формируется у всех. По-видимому, именно комбинированное (механическое и термическое) воздействие на стенку протока вызывает длительный асептический воспалительный процесс, и как следствие, рубцевание анастомоза [Вишневский В.А., Кубышкин В.А., 2005; Sarmiento J.M., et all.; 2004].

Заключение. Таким образом, наш опыт и данные литературы свидетельствуют, что даже при интраоперационном выявлении циркулярного пересечения гепатикохоледоха ББА формировать не следует, т.к. в течение года он почти всегда рубцуется (даже при формировании ББА билиарными хирургами высокого класса). Оптимальным методом восстановления желчеоттока при циркулярных повреждениях внепеченочных желчных протоков является формирование анастомоза между проксимальным отделом желчного протока и тонкой кишкой, исключенной по Ру. Для анастомоза следует использовать сегмент тонкой кишки длиной не менее 60 см (для профилактики холангита). Желчный анастомоз необходимо накладывать однорядным узловым швом атравматическими иглами с монофиламентными нитями (нерассасывающимися – пролен или рассасывающимися – викрил, максон 4/0, 5/0).

Кузнецов И.С., Ситников В.А., Стяжкина С.Н.
**ГЕПАТИКДИГЕСТИВНЫЕ И
 ХОЛЕДОХОДИГЕСТИВНЫЕ
 АНАСТОМОЗЫ ПРИ РУБЦОВЫХ
 СТРИКТУРАХ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА В
 СВЕТЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ**
 ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская
 академия, г. Ижевск

Лечение рубцовых, воспалительных стриктур и рестриктур гепатикохоледоха (ГХ) на сегодня остается одной из актуальных проблем в современной абдоминальной хирургии. Реконструкции желчных

протоков и билиодигестивных анастомозов, пораженных рубцовым процессом, относится к категории сложных вмешательств. Издержки ятрогении, сложные анатомо-топографические взаимоотношения органов брюшной полости подпеченочной области и тяжелое поражение функции, структуры печени – это факторы, затрудняющие выбор способа и исход операции. До недавнего времени во избежание несостоятельности швов и профилактики реинфекции с реоблитерацией анастомозов с печеночными желчными протоками многие клиницисты (1-2) пропагандировали гепатикоюностомии в различных модификациях, дополненные чреспеченочным каркасным дренированием. Однако длительные сроки лечения, послеоперационной реабилитации, «иное» качество жизни оперированных в отдаленные сроки вызывают необходимость поиска альтернативных методов лечения обструкций желчных протоков, оберегающих органы гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПТЗ) от последствий функциональной разгерметизации билиарного тракта.

Материалы и методы. В хирургических стационарах АО «Ижсталь» и ГУЗ «1РКБ» в 1985-2003г.г. по поводу рубцовых, воспалительных стриктур гепатикохоледоха, реоблитерации билиобилиарных, билиодигестивных анастомозов оперировано 39 больных, 7 мужчин, 32 женщины в возрасте от 38 до 83 лет. Среднетяжелая обструктивная желтуха отмечена у 29 больных, тяжелая печеночноклеточная недостаточность в 7 наблюдениях. У 3 больных выявлены выраженные признаки эндотоксемии в виде дегидратации, гипертермии и абдоминальных проявлений. Рубцовое поражение желчных протоков было обусловлено последствиями ятрогении в 38 наблюдениях: после холецистэктомии из открытого доступа (37), дистальной резекции желудка и необоснованной холецистэктомии (1). Рубцовые стриктуры типа «0-1» верифицированы у 9, рестенозы билиобилиарных, гепатикодигестивных анастомозов у 8 больных. Рубцовые стриктуры среднего уровня и терминального отдела общего желчного протока (ТО ОЖП), реоблитерация супрадуоденальных холедоходуоденостомий (СД ХДС) диагностированы у 16 пациентов.

Верификация патологии проводилась методом физикальных и специальных исследований. Общеклинические, биохимические исследования дополнялись рентгено-, эндоскопическими, радиологическими, интраоперационными и КТ. Для оценки послеоперационной реабилитации БГ, регистрации восстановления структуры печени и смежных органов после операций с помощью рентгенологической компьютеризованной томографической системы SCT – 4560 «Soniamizu» (Япония) у 9 больных в отдаленные сроки после образования анастомозов с ПЖП, ОЖП при нестандартных ситуациях проведены КТ с усилением билигностом, холевидом, билимином. Им также осуществлены доплерографические исследования на ультразвуковом сканере – Ai-5200S Envision фирмы «Darnier».

Всем больным по поводу обструкций внепеченочных желчных протоков осуществлено внутреннее желчеотведение с помощью билиодигестивных анастомозов, созданных манжетным способом (АС 1572537). Гепатикодуоденостомии (ГДС) создавались и осуществлена реконструкция ГДС, билиобилиар-

ного анастомоза по поводу реоблитации у 22, образованы анастомозы на уровне ОЖП и произведена реконструкция СД ХДС у 8 больных. Внутреннее желчеотведение с помощью анастомозов общим печеночным протоком осуществлено в условиях функционирующего наружного желчного свища, исходящего из зоны конfluence (1), рестеноза, осложненного включением левой доли печени с абсцедированием (1), реоблитации ГДС после формирования на «потерянном» дренаже.

Результаты исследований. Исходы реконструктивных операций были благоприятны у 35 больных. В послеоперационном периоде у оперированных больных не возникали функциональные, органические синдромы. Респонденты в сроки от 1 до 3 лет восстановили привычный образ, качество жизни; была сохранена толерантность к пищевым физическим нагрузкам.

Комплекс специальных тестов, определяющих функции печени и желчных путей, выявил стабильное улучшение в динамике послеоперационного периода. Установлено более выраженное улучшение функций, эхо-, морфоструктуры. Холангиоэктазия получала обратное развитие, регистрировалась резорбция фиброзной ткани в печени при тяжелых последствиях БГ в группе больных, оперированных разработанными нами способами внутреннего дренирования. Это подтверждено определенными наблюдениями сроком от 2 лет до 31 года. Сроки послеоперационной реабилитации составили 1-3 года. Неблагоприятные результаты операций установлены у 2 больных при необратимом морфологическом поражении печени и желчных протоков.

Летальных исходов было 2, причиной которых были: гнойно-септическое осложнение при синдроме отключенной левой доли печени с абсцедированием (1), печеночная недостаточность при склерозирующем холангите, возникшем в связи с впадением ОЖП в дивертикул 12-перстной кишки.

Выводы:

1) Адекватное внутреннее дренирование протоковой системы ГХ, восстановленное при билиодигестивных анастомозах, обладающих антирефлюксной функцией, физиологически активной холединамикой, является надежным способом профилактики рефлюкс-осложнений. Адекватное дренирование играет активную патогенетическую роль в послеоперационной реабилитации билиарной гипертензии и ее осложнений.

Курбанов Ш.П., Гулямов Б.Т.
**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ПЕЧЕНИ**

*Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи
(Республика Узбекистан, г. Ташкент)*

В современных условиях отмечается бурное развитие и внедрение малоинвазивных вмешательств в плановую и неотложную хирургию. Повреждение печени является одним из компонентов изолирован-

ной или сочетанной травмы живота. По данным ведущих клиник в последние годы растет количество тяжелых повреждений органов брюшной полости, в том числе открытых ранений, которые сопровождаются высокой летальностью. Это обуславливает необходимость широкого применения инструментальных методов диагностики при повреждениях органов брюшной полости.

Материалы и методы. За последние 4 года в клинику РНЦЭМП МЗ РУзб. доставлено 1026 пострадавших с сочетанной и изолированной травмой живота, из которых у 114 (11%) диагностирована травма печени. Повреждение печени при открытой травме живота имелись у 60 пострадавших, при закрытой - у 54 пострадавших. Возраст больных колебался от 19 до 80 лет. Пострадавшие молодого и трудоспособного возраста составили 55%. Мужчин было 96, женщин - 18.

При диагностике повреждений печени, кроме общеклинических исследований у 65,8% пострадавших использовали УЗИ брюшной полости, лапароскопическое исследование выполнена у 56 (42%) больных. Все больные с повреждениями печени были оперированы. У 64 пострадавших обнаружены надрывы и субкапсулярные гематомы печени. У 56 больных диагноз установлен при диагностической лапароскопии, при этом у 27 пациентов произведена конверсия. В этой группе сочетанные и множественные повреждения имелись у 26 пациентов: черепно мозговая травма у 12, повреждение грудной клетки у 8, и у 6 переломы опорно двигательного аппарата. У 23 больных при поступлении состояние расценивалось крайне тяжелой.

Результаты: Разрывы печени локализовались преимущественно IV-м, V-м и VI-м сегментах, соответствовали I и II степени тяжести (по В. С. Шапкину, 1977). Разрывы, относящиеся к I степени, были коагулированы.

Из 29 больных у 18 при диагностической лапароскопии обнаружены поверхностные разрывы печени, а у 11 пострадавших касательные ранения печени в результате проникающих ранений живота. Им всем произведены коагуляция повреждения печени с санацией и дренированием брюшной полости лапароскопическим способом.

У одного пациента с повреждением печени II степени, при котором глубина разрыва 4-го сегмента составляла 4,5-5 см, не удалось добиться устойчивого гемостаза лапароскопическим способом. Осуществлен переход на лапаротомию. В одном случае при подкапсулярных гематомах печени, эндовидеовмешательства включали вскрытие гематомы и коагуляцию зоны повреждения

Показанием для выполнения лапароскопической операции считаем гемоперитонеум не более 500 мл, отсутствие признаков повреждения полых органов. После визуальной диагностики и принятия решения о выполнении лечебной лапароскопии дополнительно устанавливали рабочие троакары в правой или левой подреберной области, а при открытых травмах в зависимости от локализации раневого канала. У 2 больных при поверхностных множественных разрывах печени к месту повреждения зафиксировали прядь большого сальника с помощью биоклея «Кат-

сил». Осложнений после лапароскопических вмешательств мы не наблюдали.

Выводы: Диагностическая и лечебная лапароскопия является эффективным вмешательством при открытых и закрытых повреждениях печени, позволяющий значительно снизить хирургическую агрессию, что особенно важно при сочетанных травмах живота.

Макарова Н.П., Столин А.В., Лимонов А.В.,
Габбазов Х.М., Соловьев А.Д.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Уральская государственная медицинская академия,
госпиталь ГУВД Свердловской области
г. Екатеринбург*

Цель исследования. Показать возможности хирургического лечения пациентов с холелитиазом с использованием современных технологий.

Материал исследования - 104 больных калькулезным холециститом, оперированных в клинике в 2002- 2005 гг.

Результаты исследования.

Госпиталь ГУВД Свердловской области оказывает помощь 30 тыс. населения. Ежегодно в хирургическое отделение поступает более 1500 пациентов. Из них 3% составляют больные хроническим калькулезным холециститом и urgentными осложнениями ЖКБ. С 1999 г. в практику работы отделения внедрена эндохирургическая холецистэктомия из минилапаротомного доступа по М.И.Прудкову.

Лечебно-диагностический алгоритм при ЖКБ выглядит следующим образом.

1. Предоперационное ультразвуковое исследование желчевыводящей системы, биохимическое исследование крови, сбор анамнеза (выявление положительных прогностических факторов холедохолитиаза: желтуха и холангит в настоящее время или в анамнезе, расширение общего желчного протока при УЗИ > 8 мм, приступы опоясывающих болей, повышение уровня печеночных ферментов в сыворотке крови).

2. Учитывая высокую стоимость, увеличение периода стационарного лечения, возможные ранние и поздние осложнения, связанные в том числе с разрушением сфинктерного аппарата, ЭРХПГ выполняется только по строгим показаниям (выраженная обструктивная желтуха и/или холангит), в качестве обязательной предоперационной подготовки, под прикрытием селективной антибиотикотерапии.

3. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) показана пациентам без прогностических факторов холедохолитиаза.

4. Мини-ассистированная ХЭ с селективной ИОХГ выполняется больным с наличием положительных прогностических факторов холедохолитиаза.

5. При обнаружении холедохолитиаза основным принципом является одномоментность санации желчевыводящих путей. Для этого применимы три подхода:

- Санация через пузырный проток (если пузырный проток проходим, диаметр конкрементов не превышает 5—6 мм, и они располагаются ниже холедохолитиаза).

- Супрадуоденальная холедохотомия (если пузырный проток не проходим и/или имеются множественные конкременты диаметром > 7 мм).

- Интраоперационная ЭРХПГ с ЭРСТ (если лапароскопические методы оказались неэффективны или неосуществимы).

5. Переход к традиционной ХЭ (если малоинвазивный подход не удался).

Всего оперировано 104 пациента. Холедохолитиаз диагностирован у 5 больных. Конверсий, интраоперационного повреждения внепеченочных желчных протоков не было. Частота осложнений составила 2,5%, летальность – 0%.

Заключение. Применение минидоступа привело к более быстрому разрешению пареза кишечника, меньшей выраженности болевого синдрома после операции и меньшей потребности в медикаментозном обезболивании. Малоинвазивные вмешательства позволили значительно сократить срок нахождения пациентов в стационаре, и последующих этапах реабилитации.

Мартинш Ч.Т., Гусев А.В., Черенков С.П.,
Покровский Е.Ж.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОБИЛИАРНОЙ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ

*ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская
академия Росздрава, г. Иваново.*

Цель исследования: на основании анализа непосредственных результатов лечения в двух группах больных острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой, оценить эффективность эндобилиарной баллонной дилатации.

Материалы и методы. Для оценки эффективности предлагаемого метода лечения всех оперированных больных (с 2003 по 2006 гг) с вышеуказанной патологией мы разделили на две группы, так как они сравнимы по полу, возрасту, характеру патологии, тяжести состояния, выбранной лечебно-диагностической тактике, видам хирургических вмешательств. Следует отметить, что осуществить двухэтапное лечение (с использованием ЭПСТ) было невозможно по ряду причин – анатомических, тактических, технических, организационных.

I группа – оперированные по поводу острого калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой традиционными методами (холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование желчных путей) – 98 человек, включая 7 пациентов, которым, в связи с не устраненной интраоперационно патологией терминального отдела общего желчного протока (ТООЖП), в послеоперационном периоде выполнена чресфистульная баллонная дилатация ТООЖП и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК).

II группа – оперированные по поводу острого калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой, с применением интраоперационной эндобилиарной баллонной дилатации – 43 человека.

Полученные результаты. Выздоровление в I группе составило 50%, улучшение (удовлетворительный результат) – 10,2%, осложнения отмечены в 16,3%, неэффективность оперативного лечения – 8,2%, летальный исход – 15,3%. Во II группе выздоровление – 83,7%, улучшение – 2,3%, осложнения – 9,3%, неэффективность – 4,7%, летальных исходов не было.

Таким образом, выздоровление во II группе на 33,7% выше, чем в I группе (83,7+/-5,6% и 50+/-5,1% соответственно; $t=4,4$ при P менее 0,001). Количество осложнений во второй группе на 7% меньше, чем в первой (9,3+/-4,4% и 16,3+/-3,7% соответственно; $t=1,21$ при P более 0,2, то есть разность между сравниваемыми показателями осложнений не является статистически достоверной). Количество неэффективных процедур (включая летальные исходы) во второй группе на 18,8% ниже, чем в первой группе (4,7+/-3,2% и 23,5+/-4,3% соответственно; $t=3,5$ при P менее 0,001, то есть результат достоверный).

Диаметр применяемого баллонного дилататора (в раздутом состоянии) имеет ключевую роль. Так, диаметр до 0,5 см неэффективен при дилатации БСДПК (чаще возникает постдилатационный спазм, закупорка, блок), но применим при дилатации пузырьного протока (оптимален при этом диаметр 0,5-1,0 см). Оптимальный диаметр для дилатации БСДПК 1,0 – 1,5 см. При использовании дилататора диаметром от 1,5 до 2 см чаще возникает гиперамилазурия (в наших наблюдениях все случаи гиперамилазурии отмечены после применения 1,5 см баллона).

Во II группе бессимптомная гиперамилазурия наблюдалась в 3 случаях в первые сутки после баллонной дилатации БСДПК (продолжительность до 24 часов в двух случаях до 128 ед, в третьем – до 256 ед, но и до операции была диастаза 128 ед). В 1 случае – в послеоперационном периоде острый панкреатит в течение 10 суток (диастаза в первые сутки 9192 с дальнейшим снижением). Таким образом, острый панкреатит и бессимптомная гиперамилазурия во второй группе встречался на 0,1% чаще, чем в первой (9,3+/-4,4% и 9,2+/-2,9% соответственно, $t=0,02$, то есть увеличение числа данного вида осложнений во второй группе не является статистически достоверным).

На основании вышеизложенного можем сделать заключение, что, несмотря на ряд сообщений о более высоком риске развития гиперамилаземии и острого панкреатита (вплоть до панкреонекроза) после баллонной дилатации БСДПК, мы не подтвердили этого заключения. По нашим данным этот вид осложнений встречается практически одинаково часто как после дилатации, так и без нее. Из этого следует, что баллонная дилатация БСДПК является относительно безопасной процедурой (на данном этапе исследования) в плане развития постдилатационной панкреатической гипертензии. При этом необходимо отметить, что для профилактики острого панкреатита после баллонной дилатации БСДПК применяем сандостатин и контрикал в обычных дозировках, а так же не используем баллоны более 1,5 см в диаметре для дилатации БСДПК (несмотря на то, что ряд авторов применяют баллоны 2 см).

Учитывая, что основными причинами развития механической желтухи в обеих группах являются холедохолитиаз и стеноз БСДПК, мы провели срав-

нительный статистический анализ непосредственных результатов лечения в зависимости от этих причин.

При стенотических поражениях БСДПК и ТООЖП в I группе из 18 пациентов различные варианты осложнений и не полной эффективности отмечены в 9 случаях, а во II группе из 29 пациентов в 4 случаях. Таким образом, при использовании интраоперационной баллонной дилатации по поводу стенотических поражений БСДПК и ТООЖП результаты на 36,2% лучше, чем без таковой (50+/-11,8% в I группе и 13,8+/-5,6% во II группе, $t=2,7$ при P менее 0,01; то есть результат статистически достоверный).

При холедохолитиазе в I группе из 48 пациентов различные варианты осложнений и не полной эффективности отмечены в 17 случаях, а во II группе из 29 пациентов в 5 случаях. Таким образом, при использовании интраоперационной баллонной дилатации по поводу холедохолитиаза результаты на 18,2% лучше чем без таковой (35,4+/-6,9% в I группе и 17,2+/-7% во II группе, $t=1,86$ при P менее 0,1; то есть результат не является статистически достоверным). Если анализировать причины не эффективности баллонной дилатации БСДПК при холедохолитиазе во II группе, необходимо отметить, что они в основном обусловлены либо развитием бессимптомной гиперамилазурии и острого панкреатита либо резидуальным холедохолитиазом. Развитие гиперамилазурии и острого панкреатита мы связываем непосредственно с раздражением головки поджелудочной железы во время баллонной дилатации БСДПК, поэтому, на данном этапе исследования, уменьшить количество подобного рода осложнений затруднительно. Другая ситуация с резидуальным холедохолитиазом. Он возникал при крупных размерах конкрементов (когда после баллонной дилатации они не мигрировали в ДПК) или при множественном холедохолитиазе (при размере более 0,5 см), когда после баллонной дилатации часть «забытых» конкрементов «спускалась» из печеночных протоков и не могла пройти в ДПК в связи с восстановлением функции сфинктера Одди. Таким образом, крупный холедохолитиаз и множественный холедохолитиаз (при размере конкрементов более 0,5 см) необходимо отнести в относительные противопоказания к баллонной дилатации БСДПК. Относительные – так как теоретически возможны при крупном размере конкремента его фрагментация, а при множественном холедохолитиазе – повторные дилатации. Однако, мы на сегодняшний день не имеем опыта данного вида вмешательства.

Учитывая данные относительные противопоказания при холедохолитиазе, результаты статистического анализа следующие. Во II группе различные варианты не полной эффективности и осложнений встречались на 25,1% реже, чем в I группе (10,3+/-5,6% и 35,4+/-6,9% соответственно; $t=2,8$ при P менее 0,01, то есть результат достоверный).

Заключение. Исходя из полученных нами данных, мы считаем, что количество конкрементов более 6 является относительным противопоказанием к баллонной дилатации БСДПК. Оптимальные результаты баллонной дилатации БСДПК отмечены при диаметре конкрементов до 0,4 см. При размере конкрементов до 0,6 см возможно его низведение в ДПК после

баллонной дилатации БСДПК или удаление при холедохотомии (при условии единичного холедохолитиаза). Если имеются большие размеры конкрементов, наряду с баллонной дилатацией БСДПК применяется как холедохолитотомия, так и баллонная холедохолитэкстракция, однако, в подобных ситуациях мы не получили достоверного положительного результата, в связи с чем крупные размеры конкрементов (более 1 см) являются относительным противопоказанием к баллонной дилатации БСДПК.

Махамадаминов А.Г.

БРОНХО-ЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Ташкентский институт усовершенствования врачей
и РНЦЭМП г. Ташкент, Узбекистан.*

Цель исследования. Несмотря на усовершенствование техники оперативных вмешательств, методов общей анестезии и наличие разнообразных профилактических комплексов, проблема осложнений возникающих со стороны респираторной системы, после операций на органах брюшной полости остается неизменно актуальной.

В связи с этим целью наших исследований было изучение частоты бронхолегочных осложнений (БЛО) у больных острым калькулезным холециститом до и послеоперационных периодах.

Материал и методы. Анализу подвергнуты данные 189 больных находившихся на лечении в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) за период 2003-2005 годов. Мужчин было 36, женщин – 153. Средний возраст больных составил 54,2 лет.

Полученные результаты. Все больные были разделены на 3 группы перенесших холецистэктомию традиционную (ТХЭ) – 60 больных, лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) – 101 больных и холецистэктомию из мини-лапаротомного доступа (МХЭ) – 28 больных. Всем больным холецистэктомию была выполнена по экстренным (30) и срочным (159) показаниям. Результаты исследований показали, что частота БЛО в первой и второй группах подобных больных составляя соответственно 16,8% и 13,2% значительно превышал таковой показатель в третьей группе 7,8%.

Выводы. Подобное вполне объяснимо тем обстоятельством, что после ТХЭ происходит рефлекторное ограничение глубокого дыхания и кашля из-за пересечения больших мышечно-апоневротических слоев и соответственно болю в области проведения операции.

При ЛХЭ же наблюдается диафрагмальная дисфункция возникающая в связи с рефлекторным подавлением экскурсии диафрагмы через стимуляцию механорецепторов висцеральных нервов в результате остаточного CO_2 в брюшной полости, а также снижение вентиляции базальных отделов легких из-за интраоперационного наложения напряженного пневмоперитонеума [Ветшев П.С. и др., 2000.]. Немаловажным фактором в этих группах больных служила достаточно большая продолжительность операции и анестезии.

В этом отношении МХЭ выгодно отличается от предыдущих вмешательств тем, что вызывает малую степень травматизации тканей, а длительность вмешательства и анестезии минимальная. Кроме того, она лишена таких нежелательных факторов, как интраоперационная дисфункция диафрагмы.

Махамадаминов А.Г.

ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БРОНХО-ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Ташкентский институт усовершенствования врачей
и РНЦЭМП, г. Ташкент*

Цель исследований. Необходимо отметить, что среди патогенетических механизмов развития бронхо-легочных осложнений (БЛО) после холецистэктомии немаловажное значение имеет нарушение защитного барьера дыхательных путей, обозначаемого как слизьтрахеобронхиальный секрет (ТБС). Последний покрывает эпителий дыхательных путей и рассматривается как постоянно восстанавливающийся фильтр, способствующий удалению ингалированных частиц, в том числе и микроорганизмов. [Эммануэль В.Л., 1997].

В связи с вышеизложенными данными целью нашего исследования явилось выявление возможностей изучения состояния ТБС, путем цитологического исследования мокроты, в прогнозировании послеоперационных БЛО при различных вариантах холецистэктомии.

Материал и методы исследования. Исследования проведены у 108 больных с острым калькулезным холециститом, находившихся на лечении в абдоминальном и эндохирургических отделениях РНЦЭМП и подвергнутых различным вариантам холецистэктомии. Мужчин было - 19, женщин - 89. Средний возраст составлял 55,2 лет. При этом традиционная холецистэктомию (ТХЭ) выполнена у 30, лапароскопическая холецистэктомию (ЛХЭ) у 46, холецистэктомию из мини-лапаротомного доступа (МХЭ) у 32 больных. Оперативное пособие больным проведено под сбалансированной анестезией с ИВЛ. У всех больных проводили изучение цитологического пейзажа мокроты в до и послеоперационных периодах с верификацией клеток содержимого последнего: эпителиальные (реснитчатые, бокаловидные, промежуточные, базальные, дистрофически измененные клетки мерцательного эпителия), альвеолярные макрофаги, нейтрофильные и эозинофильные лейкоциты, моноциты, лимфоциты, базофилы и тучные клетки. При этом использовали коэффициенты (К) характеризующие удельный вес отдельных типов клеток в общей массе или взаимоотношения отдельных типов клеток :

K_1 – отношение процентного количества бокаловидных клеток к процентному количеству реснитчатых.

K_2 – отношение процентного количества дистрофически измененных эпителиальных клеток ко всем эпителиальным.

K_3 – отношение процентного количества базальных клеток, к сумме всех эпителиальных.

K_4 – отношение процентного содержания реснитчатых клеток к числу всех эпителиальных клеток

K_5 – отношение процентного содержания нейтрофильных лейкоцитов к процентному содержанию других клеток, проникающих в просвет бронхов путем миграции: лимфоцитов, макрофагов, эозинофильных лейкоцитов, базофилов, тучных клеток и др.

Полученные результаты. Результаты исследований показали, что в наибольшей степени нарушения показателей цитологии мокроты наблюдались у больных перенесших ТХЭ и ЛХЭ. Именно в этих группах больных данные показатели оказались достоверно измененными по сравнению с таковыми у больных перенесших холецистэктомию из мини-лапаротомного доступа МХЭ. Так, при детальном анализе полученных данных установлено, что в этих группах больных в послеоперационном периоде отмечалось достоверное повышение показателя бокаловидноклеточной гиперплазии эпителия бронхов K_1 ($0,36 \pm 0,08$ и $0,34 \pm 0,07$). Наряду с этим определялось снижение показателя состояния эвакуаторного механизма, несомненно, связанного с уменьшением абсолютного числа реснитчатых клеток. Подобные изменения приводили к увеличению выработки бронхиального секрета и нарушениям процессов бронхоочистения, т.е. угнетению мукоцилиарного клиренса. Отражением этого явилось увеличение у них показателя воспалительной реакции K_5 ($0,52 \pm 0,1$ и $0,41 \pm 0,08$). Наряду с этим, необходимо отметить, что показатель регенерации реснитчатых клеток K_3 у больных группы 2 практически втрое превышал таковой больных группы 1 ($0,034 \pm 0,007$ и $0,092 \pm 0,01$). Совершенно очевидно, что это свидетельствовало о более высоких возможностях компенсаторных механизмов ТБС у больных с ЛХЭ, по сравнению с таковыми с ТХЭ.

Установленные изменения у обследуемых больных вполне созвучны с частотой возникновения БЛО в зависимости от перенесенного оперативного вмешательства. Так, наибольшее количество послеоперационных БЛО отмечалось в группе больных перенесших ТХЭ (24,1%), тогда как у больных с ЛХЭ и МХЭ данный показатель был в 2 раза ниже, составляя соответственно (13,2%) и (11%).

Выводы. Подобные результаты вполне объяснимы тем обстоятельством, что после ТХЭ происходит рефлекторное ограничение глубокого дыхания и кашля из-за пересечения больших мышечно-апоневротических слоев и соответственно болью в области проведения операции. При ЛХЭ же наблюдается диафрагмальная дисфункция возникающая в связи с рефлекторным подавлением экскурсии диафрагмы через стимуляцию механорецепторов висцеральных нервов в результате остаточного CO_2 в брюшной полости, а также снижение вентиляции базальных отделов легких из-за интраоперационного наложения напряженного пневмоперитонеума. Однако, необходимо отметить, что отрицательные вышеперечисленные факторы вызываемые при ТХЭ носят по сравнению с таковыми при ЛХЭ более агрессивный, стойкий и продолжительный характер. Скорее всего, это обуславливает намного выраженное снижение у этой группы больных возможностей компенсаторных ме-

ханизмов функций дыхания в целом, в частности ТБС. Поэтому, несмотря на наличие, практически идентичных изменений состояния ТБС и мукоцилиарного клиренса процент послеоперационных БЛО оказался в 2 раза больше в группе больных с ТХЭ по сравнению с таковыми при ЛХЭ.

Наряду с этим немаловажным фактором в этих группах больных служила достаточно большая продолжительность операции и анестезии. Проведенный хронометраж длительности оперативного вмешательства и анестезии показал, что наиболее продолжительным оно оказалось именно в группе больных подвергнутых ТХЭ.

В этом отношении МХЭ выгодно отличалось от предыдущих вмешательств тем, что вызывал малую степень травматизации тканей, а длительность вмешательства и анестезии была минимальной. Кроме того, она лишена таких нежелательных факторов, как интраоперационная дисфункция диафрагмы. Поэтому все исследуемые показатели мукоцилиарного клиренса у них оставались в пределах нижней границы условных нормальных значений.

Таким образом, суммируя все вышеизложенное, можно заключить, что исследование цитологического пейзажа мокроты, несомненно, позволяет определить состояние ТБС и степень выраженности нарушений мукоцилиарного клиренса в послеоперационном периоде, и, следовательно, прогнозировать возможную вероятность послеоперационных БЛО. При прочих равных условиях степень нарушения ТБС и мукоцилиарного клиренса зависят, прежде всего, от травматичности и продолжительности оперативного пособия, длительности общей анестезии. Поэтому при ТХЭ, по сравнению с ЛХЭ и МХЭ наблюдаются наиболее выраженные нарушения последних обуславливающие высокий процент послеоперационных БЛО у больных после подобных оперативных вмешательств.

Мустафин А. Х., Грицаенко А. И., Пешков Н. В.,
Галимов И. И.

СПОСОБ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ

*Башкирский государственный медицинский
университет, г. Уфа*

Цель исследования: Разработка тактики сочетанного использования оперативного лечения и склеротерапии гемангиом печени.

Материалы и методы: Нами анализированы результаты обследования и лечения 170 больных в возрасте от 18 до 67 лет с гемангиомами печени, находившихся на лечении в Республиканском центре хирургической гепатологии на базе Республиканской клинической больницы им. Г. Г. Куватова с 1994 по 2003 гг. Размеры гемангиом варьировали от 2 до 30 см., в среднем $8,3 \pm 1,1$ см. 108 пациентов находились под динамическим наблюдением, 62 выполнены различные хирургические вмешательства. Из оперированных больных множественно-очаговая форма гемангиоматоза печени имела место в 10 (16%) случаях, солитарная – в 52 (84%). У пациентов с солитарной формой гемангиомы поражение правой доли от-

мечалось у 34 (65,4%) и левой – у 18 (34,6%). Кавернозные гемангиомы встретились у 44 (70%), капиллярные – у 2 (3,2%), смешанные – у 16 (25,8%) пациентов.

Из хирургических вмешательств 50 больным произведена резекция печени, в т.ч. у 35 – в объеме анатомических гемигепатэктомий. При средних гемангиомах, распространяющихся обычно на 2-3 сегмента, оптимальным считали выполнение околоопухолевых би- и трисегментэктомий атипичным способом (15 случаев), обеспечивающих максимальное сохранение непораженной паренхимы.

7 пациентам, у которых гемангиома локализовалась вблизи крупных сосудистых структур, и радикальное лечение было нецелесообразным из-за значительных технических сложностей, нами проводилась лапаротомия с последующей изолированной склеротерапией, и 5 пациентам произведено пункционное склерозирующее лечение под контролем УЗИ.

В качестве склерозанта нами применялся раствор «Этоксисклерол», в состав которого входит основное действующее вещество полидоканол, двузамещенный фосфат натрия дигидрат, однозамещенный фосфат калия, этанол 96 %. Состав данного склерозирующего препарата, имеющего повышенную вязкость, снижает скорость элиминации препарата из гемангиомы. Во время операции, после лапаротомии, производилась чреспеченочная прицельная пункция гемангиомы под визуальным контролем. Кратковременным пережатием сосудов печеночно-двенадцатипестной связки с одновременным сдавлением опухоли извне достигалось частичное опорожнение от крови сосудистых лакун гемангиомы. Вслед за этим в опухоль вводили склерозант. Для пункции гемангиом и введения склерозанта использовались иглы типа «Chiba» с наружным диаметром от 0,6 до 0,8 мм. Количество склерозанта выбирали из расчета 50-70% объема опухолевого узла. После введения склерозанта производилась умеренная компрессия на гемангиому посредством увлажненной салфетки в течение 3-5 минут.

Результаты: Во время операции, после введения склерозанта, наблюдалось уменьшение гемангиоматозных узлов, четко определялись границы опухоли, изменение ее консистенции. Появляющаяся после этого «борозда» между капсулой опухоли и печеночной тканью совпадала с плоскостью разделения ткани и облегчала проведение околоопухолевой резекции, при которой возможно большее сохранение функционирующей паренхимы печени. Склерозирование также применялось дополнительно к резекции печени при множественно-очаговой форме гемангиоматоза, когда очаги располагались в обеих долях, и не было возможности удалить все узлы. При этом склерозирование гемангиомой одной доли печени сочеталось с резекцией другой доли. Нами проведено склерозирование гемангиомой 12 пациентам с получением хороших непосредственных результатов. В отдаленном периоде по данным УЗИ и пункционных биопсий отмечено замещение гемангиомой фиброзной тканью.

Заключение: Таким образом, проведенное нами исследование показало, что резекция печени с патологическим очагом является радикальным методом в

лечении гемангиом. При этом склерозирование опухоли позволяет снизить объем кровопотери во время операции. При невозможности выполнения радикального лечения склеротерапия является паллиативным вмешательством и позволяет остановить рост опухоли.

Намазов Ф.У., Казаковцев Д.В., Журавлев В.А.
**ОСОБЕННОСТИ ПОРТАЛЬНОГО
 КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ЗАДНЕНИЖНИХ
 СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ**

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров.

Число выполняемых резекций печени в последние годы неуклонно возрастает. Единственным радикальным методом лечения очаговых поражений является резекция. За последние 10-15 лет заметно улучшилось техническое и анестезиологическое обеспечение таких вмешательств, что позволило увеличить резектабельность и снизить частоту послеоперационных осложнений и летальность.

Однако до сих пор остается актуальной проблема хирургического лечения, когда очаг поражения локализуется в задних и нижних отделах печени.

Печень является труднодоступным органом брюшной полости, располагаясь глубоко в подреберье. Особенно сложна для хирурга задняя поверхность правой половины печени, область кавальных ворот и ретропеченочного отдела нижней полой вены.

Перестройка гемодинамики печени при поражении её магистральных сосудов очагом, локализуемым в 6, 7 или 1 сегментах, во время операции может сопровождаться профузным кровотечением. Поражение первого сегмента печени часто сопровождается вовлечением нижней полой вены и устьев печеночных вен, что необходимо учитывать в лечебной тактике.

Последнее десятилетие изобилует дискуссиями по анатомическому строению задне нижних сегментов печени, даже предлагалось выделять дополнительный сегмент в этой зоне, что говорит о нерешенности этих вопросов (Couinaud., 1995).

Цель исследования: Изучить особенности кровоснабжения задне нижних сегментов печени для разработки метода резекции с предварительной перевязкой сосудисто-секреторных ножек.

Материал и методы: Для решения этой задачи изучено внутриорганный деление воротной вены (ВВ) печени человека на 30 трупных препаратах.

В проведенном нами исследовании были использованы методы тонкой препаровки ветвей воротной вены, правой латеральной долевой ножки и её ветвей к 6, 7 и ветвей 1 сегменту. Изучена глубина залегания правой латеральной глиссоновой ножки, протяженность её и варианты строения.

Результаты: В глиссоновых воротах печени деление ВВ на два основных ствола наблюдалось в 24 (80,0%) случаях, в 6 (20,0%) - ВВ образовывала трифуркацию.

В 5 (16,66%) препаратах из 30 правая латеральная долевая ножка отсутствовала, т.к. сегментарные ножки отходили непосредственно от правой ветви воротной вены к 6, 7 сегментам.

В 25 (83,34%) препаратах из 30 правая латеральная долевая ножка к 6,7 сегментам отходила от правой ветви ВВ и залегала на глубине паренхимы от нижней поверхности печени до 1 см – в 8 (32,0%) препаратах, до 1,5 см – в 12 (48,0%), до 2,0 см – в 5 (20,0%) случаях.

В 6 (20,0%) случаях из 30 глиссонова ножка к 6 сегменту находилась в поперечной борозде, местами не покрыта паренхимой, где была доступна для препаровки.

Также были выделены ветви воротной вены, кровоснабжающие 1 сегмент, количество которых, по нашим данным, колебалось от 1 до 9. Наиболее часто было отмечено наличие 4 ветвей – в 9 (30,0%) препаратах, 2 ветвей – в 8 (26,7%) препаратах, 3 вет-

вей – в 5 (16,7%) препаратах, 5 ветвей – в 4 (13,3%) препаратах.

Реже встречались варианты, кровоснабжающие первый сегмент печени одной ветвью, отходящей от воротной вены – в 2 (6,7%) случаях, шесть и девять ветвями – по 1 (3,3%) наблюдению.

В 4 (13,3%) случаях мы выявили по 1 ветви к первому сегменту печени от правой латеральной долевой ножки.

Заключение: Полученные результаты могут способствовать разработке методов изолированной анатомической резекции нижних сегментов печени, направленных на снижение интраоперационных осложнений и послеоперационной летальности.

Таблица.

Варианты портального кровоснабжения первого сегмента печени в зависимости от количества ветвей и источника

Количество ветвей	Источник кровоснабжения первого сегмента					
	Правая ветвь ВВ		Левая ветвь ВВ		Воротная вена	
	n	%	n	%	n	%
Одна	12	40,0	4	13,3	5	16,7
Две	3	10,0	15	50,0	3	10
Три	4	13,3	6	20,0	-	-
Семь	-	-	1	3,3	-	-
Не выявлено сосудов к 1 сегменту	11	36,7	4	13,3	22	73,3
Всего	30	100	30	100	30	100

Нартайлаков М.А., Курбангулов И.Р., Гвоздик Т.П.
ВЫБОР ТИПА ПОРТОКАВАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
 Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Цель исследования. Сравнить результаты хирургического лечения больных с портальной гипертензией (ПГ) различного генеза, разработать схему профилактики тромбгеморрагических осложнений в комплексном хирургическом лечении ПГ.

Материалы и методы. Работа включает наблюдение за 74 больными с ПГ различного генеза за период с 1997 по 2004 годы. Всем пациентам было выполнено комплексное оперативное лечение, включающее в себя наложение портокавального анастомоза (ПКА), стимуляцию регенерации печени диспергированным биоматериалом «Стимулятор регенерации», канюлирование воротной вены. Нами выполнены различные виды ПКА. К тотальному типу ПКА отнесены проксимальный спленоренальный анастомоз (ПСРА), мезентерикокавальный анастомоз «конец в бок» (МКА), МКА Н-типа в том случае, если в качестве вставки использован сегмент внутренней яремной вены диаметром более 1,2 см. Остальные ПКА отнесены к парциальным. Тотальных ПКА выполнено 40, парциальных – 34. Оценка функционального состояния печени проводилась по прогностической системе критериев Чайлда-Пью. Среди наблюдаемых пациентов преобладали лица в стадии субкомпенсации. С помощью ультразвуковой доплерографии оп-

ределялись направление кровотока, просвет сосудов, линейная и объемная скорости кровотоков. ФЭГДС использовали для диагностики наличия варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка и диагностики кровотечения.

Результаты. Среди всех ПКА доля ранней послеоперационной летальности при тотальных шунтах составила 10,8 %, при парциальных – 5,6 %.

Ранний послеоперационный тромбоз шунта был отмечен в трех случаях, все они закончились летальными исходами. В первом случае тромбозу подвергся МКА Н-типа из аутовены (V. saphena magna). Во втором случае наступил тромбоз умбиликокавального анастомоза с последующим кровотечением из ВРВ пищевода. В третьем случае был тромбоз ПСРА.

Тромбозы шунтов в отдаленном периоде отмечены в 5 (12,5 %) случаях, из них 3 – ПСРА, 1 – ССРА, 1 – ПКА Н-типа (Zulcer Vascutec), причем в 4 случаях тромбоз шунта привел к пищеводно-желудочному кровотечению. Это свидетельствует о необходимости дальнейшего поиска путей профилактики тромбозов ПКА.

Печеночная энцефалопатия (ПЭ) после портокавального шунтирования (ПКШ) в раннем послеоперационном периоде возникла у трех пациентов (4,0 %) после выполнения тотальных ПКА.

Нами проведен анализ показателей портального кровотока, при котором наиболее характерными были изменения по воротной вене (ВВ). Так, объемная скорость кровотока (ОСК, мл/мин) при тотальных ПКА составила 1590,90±184,17 до операции и 1079,40±179,28 после, при парциальных -

1259,2±142,31 и 940,82±110,82. Наиболее выраженную амплитуду средних значений ОСК по ВВ мы получили при внепеченочной ПГ (ВПГ): 803,25±876,99 против 1068,50±925,97 до операции. Это объясняется различными стадиями тромбоза ВВ и ее ветвей, когда кровотоки или не определялись, либо были снижены, либо приближались к нормальным при реканализации тромба.

При различных типах шунтирования мы наблюдали и различную степень уменьшения размеров ВРВ после операции. После выполнения тотальных ПКА отмечается значительное снижение размеров ВРВ, более чем в 2 раза (4,15±0,61 мм до операции, после - 1,85±0,93 мм). После парциальных ПКА также наблюдается снижение размеров ВРВ, но в 1,3 раза (до операции - 3,83±0,41 мм, после - 2,83±0,29 мм). В отдаленном периоде кровотечения из ВРВ пищевода наблюдались у 8 (20 %) пациентов: при тотальном типе шунтирования – у 3, при парциальном – у 5.

При сравнении двух типов шунтирования в отдаленном послеоперационном периоде обращает на себя внимание тот факт, что при тотальном типе сохраняется более выраженная редукция показателей портопеченочного кровотока. Таким образом, выполнение парциального ПКА создает условия для более благоприятного кровоснабжения печени на фоне редукции всех показателей портопеченочного кровотока.

При сравнении двух типов шунтирования выявляется, что у больных с тотальными ПКА энцефалопатия II степени развивается чаще (47,6 % при тотальных ПКА, 31,6 % - при парциальных), что неблагоприятно сказывается на качестве жизни.

Анализируя выживаемость больных с учетом видов ПКА, мы не выявили существенной разницы годичной и трехлетней выживаемости. Однако пятилетняя выживаемость в группе с парциальными шунтами значительно лучше (70 % против 50 % – с тотальными шунтами).

При ВПГ имеется гиперкоагуляционный фон, который после операции усугубляется в предтромботическое состояние. Об этом свидетельствуют изменения таких показателей, как тромбиновое время, концентрация фибриногена и растворимых фибрин-мономерных комплексов. Это приводит к тому, что при ВПГ имеет место высокий риск тромбозов, а это требует антикоагулянтного и антитромбоцитарного лечения. При надпеченочной и внутripеченочной форме ПГ, напротив, имеет место гипокоагуляция, что вызывает риск кровоточивости и требует соответствующей предоперационной подготовки – свежезамороженная плазма, дицинон, гепатопротекторы, витамин К, ангиопротекторы, а после операции необходимо продолжить подобное лечение под контролем гемостазиограммы. Учитывая это, нами разработана схема профилактики тромбгеморрагических осложнений. Схема включает в себя назначение антикоагулянтов и дезагрегантов. Предпочтительнее использовать низкомолекулярные гепарины (НМГ), являющиеся более безопасными, с меньшим количеством осложнений и меньшим риском развития кровотечений. Кроме применения НМГ в раннем послеоперационном периоде назначали дезагреганты, причем предпочтение отдавалось внутripеченочному введению через катетеризованную ВВ. Данная схема профилактики

тромбозов ПКА применена нами во всех случаях. Пациентам, перенесшим операции ПКШ, при выписке из стационара был рекомендован прием дезагрегантов под контролем коагулограммы.

Заключение. Среди портокавальных анастомозов более выраженный декомпрессивный эффект, оцененный по показателям портопеченочного кровотока, проявляют тотальные анастомозы, но при их применении более выражена печеночная энцефалопатия. Парциальные портокавальные анастомозы создают достаточный для профилактики рецидивов пищеводно-желудочных кровотечений декомпрессивный эффект, и при их применении проявления печеночной энцефалопатии минимальные.

Учитывая возможность нахождения пациента в листе ожидания ортотопической трансплантации печени, необходимо выполнение ПКА, не препятствующего дальнейшей трансплантации печени. Оптимальным с этой позиции является выполнение парциального МКА Н-типа.

При ВПГ во всех случаях присутствует дооперационное предтромботическое состояние, которое после операций ПКШ при отсутствии антикоагулянтной терапии может вызывать острый тромбоз ПКА. Это требует проведения целенаправленной профилактики тромбоза шунта НМГ.

Нартайлаков М.А., Мушарапов Д.Р., Соколов В.П., Габдрахимов С.Р., Олимов С.С.

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения больных гидатидозным эхинококкозом печени (ГЭП) внедрением лазерных технологий.

Материал и методы: За период с 1998 по 2004 годы нами прооперированы 176 больных с эхинококкозом печени, в т.ч. 58,5% женщин, 41,5% - мужчин. В 80% случаев эхинококковая киста локализовалась в правой доле печени, в 13% - в левой, в 7% - в обеих долях. При этом поражалась в основном только печень (157 случаев, или 89,2%), реже имелось сочетанное поражение печени и легких (12 случаев, или 6,8%), селезенки (2 случая, или 1,1%), другой редкой локализации: брюшной стенки, малого таза, забрюшинной клетчатки, почек, головного мозга (5 случаев, или 2,9%). Размеры кист в печени варьировали от 2 до 30 см в диаметре. Осложненный эхинококкоз печени наблюдали у 30 (17,0%) пациентов, в т.ч. нагноение кист – в 12% случаев. Рецидивный эхинококкоз имели 12,5% поступивших в клинику пациентов.

При хирургическом лечении больных эхинококкозом печени в контрольной группе пациентов мы применяли основные традиционные оперативные методы: эхинококкэктомию без рассечения хитиновой оболочки (“идеальная“ эхинококкэктомия) - 29 случаев, открытую эхинококкэктомию (наружное дренирование) – 18, закрытую эхинококкэктомию (капитонаж и оментопластика, капитонаж и наружное дренирование) - 44, резекцию печени – 21.

В основной группе нами использованы лазерные технологии. Так, в 48 случаях фиброзная капсула обрабатывалась расфокусированным лучом CO₂-лазера («Ланцет-1», г.Тула) с мощностью лазерного излучения 15-20 Вт. При этом производили выпаривание фиброзной капсулы кисты, чем достигали ее обескровивание и гемостаз, то есть по существу выполняли бескровную цистперикэктомию. После такой обработки остаточную полость рыхло заполняли прядью сальника или аллогенным пластическим материалом («Аллоплант», «Биоплант» г.Уфа), с оставлением в остаточной полости перфорированной силиконовой трубки. Рану печени над пластическим материалом ушивали П-образными швами, дренаж удаляли через 4-6 суток после операции. Резекция печени с использованием луча CO₂-лазера выполнена 4 больным. Лапароскопическая лазерная эхинококкэктомия применялась нами у 12 больных при неосложненных кистах размерами 5-10 см, расположенных в поверхностных (II-III, IV-VI) сегментах печени. При этом для обработки фиброзной капсулы использовалась лазерная лапароскопическая жесткая насадка ЛН-2-375 (г.Тула), которая присоединялась к аппарату «Ланцет-1».

С целью антисептической обработки остаточной полости, а также для стимуляции регенеративных процессов в раннем послеоперационном периоде через дренажные трубки выполнялась лазеротерапия красным терапевтическим лазером с энергией лазера 1 мвт, длиной волны 0,63 мкм с экспозицией 10 минут ежедневно, количеством 5-10 сеансов.

Полученные результаты: При гидатидозном неосложненном эхинококкозе печени закрытая эхинококкэктомия является наиболее простой и достаточно надежной операцией, особенно при небольших и средних размерах кист. Наилучшие результаты были получены после закрытой эхинококкэктомии с оментопластикой. При обработке фиброзной капсулы лучом лазера отпадает необходимость в её удалении, так как при этом уничтожаются живые протоколексы. Кроме того, зона нежного коагуляционного некроза, возникающая на поверхности фиброзной капсулы, играет роль биологического барьера, препятствующего проникновению содержимого раневой поверхности и инфекции в морфологически сохраненные ткани, предотвращает такие осложнения, как кровотечение, желчеистечение и скопление крови и желчи в остаточной полости с последующим инфицированием.

При сравнении традиционных методов хирургического лечения больных ГЭП и лапароскопической эхинококкэктомии с эндолазерной обработкой остаточной полости средняя продолжительность оперативного вмешательства сопоставима (табл.1), но среднее пребывание пациентов в стационаре сократилось вдвое (с 23,3±5,1 до 11,5±3,2 койко-дня).

В послеоперационном периоде различные осложнения наблюдались у 24 (13,6%) больных. Послеоперационные гнойные осложнения отмечены у 8,9% больных после традиционной закрытой эхинококкэктомии, в основной группе – у 4,6%. При нагноении остаточных полостей и формировании внутрибрюшных абсцессов их удалось ликвидировать пункциями с дренированием под контролем УЗИ. Чрездренажное лазерное облучение остаточной полости в раннем послеоперационном периоде способствовало сокращению сроков ликвидации остаточной полости в печени вдвое и тем самым сроков пребывания больных в стационаре. Положительное влияние низкоинтенсивного лазерного облучения на послеоперационный период обусловлено, по-видимому, непосредственным действием лазерного облучения на регенераторные процессы в печени с повышением уровня адаптивных защитных и компенсаторных реакций организма.

Новые технологии при хирургическом лечении эхинококкоза печени способствовали снижению частоты ранних послеоперационных осложнений до 9,4% по сравнению с традиционными методами (16,1%) (табл. 2).

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения показал, что при выполнении эхинококкэктомии с использованием энергии лазера снижаются рецидивы заболевания - частота рецидивного эхинококкоза печени сократилась с 16,0% в контрольной группе больных до 4,7% – в основной.

Выводы: Таким образом, использование современных способов обработки фиброзной капсулы и ликвидации остаточной полости позволяют значительно улучшить исходы операций при ГЭП. Лапароскопическая лазерная эхинококкэктомия обладает рядом неоспоримых преимуществ, таких как минимальная травматичность, отсутствие осложнений со стороны послеоперационной раны, сокращение сроков пребывания больных в стационаре. Новые лазерные технологии при хирургическом лечении эхинококкоза печени способствуют снижению частоты ранних послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Таблица 1

Характеристика различных методов хирургического лечения ГЭП

Продолжительность операции и сроки пребывания больных в стационаре	Методы хирургического лечения ГЭП		
	традиционные методы (n=112)	с применением хирургического лазера (n=52)	лапароскопическая эхинококкэктомия (n=12)
Средняя продолжительность оперативного вмешательства, мин	103,8±18,4	101,2±15,6	92,1±10,5
Сроки пребывания больных в стационаре, сут	23,3±5,1	17,7±4,2	11,5±3,2

Послеоперационные осложнения у больных ГЭП

Осложнения	Контрольная группа (n=112)	Основная группа (n=64)	Итого (n=176)
Абсцесс печени, нагноение остаточной полости	6 (5,3%)	2 (3,0%)	8 (4,5%)
Нагноение послеоперационной раны	4 (3,6%)	1 (1,6%)	5 (2,8%)
Желчный свищ	4 (3,6%)	1 (1,6%)	5 (2,8%)
Кровотечение из остаточной полости	1 (0,9%)	1 (1,6%)	2 (1,2%)
Пневмоторакс, гидроторакс, пневмония	2 (1,8%)	1 (1,6%)	3 (1,7%)
Ранняя спаечная кишечная непроходимость	1 (0,9%)	0	1 (0,6%)
ВСЕГО	18 (16,1%)	6 (9,4%)	24 (13,6%)

Никитин Н.А., Коршунова Т.П., Касаткин Е.Н.,
Онучин М.А

**РЕЛАПАРОТОМИЯ
В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ
ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО
ХОЛЕЦИСТИТА**

*ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров*

Последние десятилетия характеризуются неуклонным ростом заболеваемости калькулезным холециститом, преобладанием его деструктивных форм. По данным литературы, частота осложнений острого калькулезного холецистита возросла до 35%, что привело к увеличению количества urgentных оперативных вмешательств. Несомненно, повышение хирургической активности в условиях минимального обследования и подготовки больных неизбежно ведет к возникновению послеоперационных осложнений, которые зачастую требуют в раннем послеоперационном периоде повторных хирургических вмешательств. В настоящее время, по данным различных авторов, число релапаротомий после операций на желчных путях возросло до 10% с летальностью, близкой к 40%. В связи с тем, что более половины больных острым калькулезным холециститом составляют лица пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией, данная проблема наиболее актуальна для геронтологической хирургии и гериатрии в целом.

Цель исследования: изучить наиболее частые причины релапаротомий в urgentной хирургии острого холецистита для профилактики их возникновения и, как следствие, для снижения числа повторных вмешательств в раннем послеоперационном периоде и улучшения результатов лечения больных холелитиазом.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели нами проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 1302 больных острым холециститом, оперированных по неотложным показаниям в хирургических отделениях Северной городской клинической больницы за период с 2001 по 2005 годы.

В раннем послеоперационном периоде у 35 (2,7%) больных выполнены от одной до трех релапаротомий: у 25 (71,4%) женщин и 10 (28,6%) мужчин

в возрасте от 24 до 85 лет. Средний возраст составил 64 года.

Из 35 наблюдений в 24 (68,6%) случаях имелся «желчнокаменный» анамнез: в 18 (75%) случаях – длительностью менее 10 лет и в 6 (25%) – более 10 лет. У 11 пациентов (31,4%) заболевание впервые проявилось приступом острого холецистита.

При расспросе и клиническом обследовании у 31 (88,6%) больного выявлена сопутствующая соматическая патология (артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет, хронические заболевания легких), причем у 15 (42,9%) пациентов имелась комбинация сопутствующих заболеваний в различных вариантах.

Для оценки клинико-морфологического варианта острого холецистита применялась классификация В.С. Савельева (1986). В 27 (77,1%) случаях диагностированы осложнения острого калькулезного холецистита: в 11 – околопузырный инфильтрат, в 8 – механическая желтуха, в 5 – околопузырный абсцесс, в 3 – холангит.

Больным проводилось традиционное клинко-лабораторное и инструментальное обследование с обязательным определением маркеров биохимических печеночных сывороточных синдромов, активности альфа-амилазы в сыворотке крови и в моче, ультразвуковое исследование гепатопанкреатодуоденальной зоны. При выполнении УЗИ у 7 (19,44%) пациентов визуализированы конкременты в холедохе.

Всем больным до операции проводилась стандартная консервативная терапия, направленная на купирование болевого приступа, уменьшение явлений воспаления, интоксикации и механической желтухи. В зависимости от эффективности консервативного лечения сроки от момента госпитализации до оперативного вмешательства колебались в пределах от 5 до 87 часов. Средняя продолжительность периода от госпитализации до оперативного лечения составила 34 часа.

Объем первичного оперативного вмешательства определялся характером патологии, выраженностью воспалительного процесса, тяжестью общего состояния больного и сопутствующей патологией, а также результатами интраоперационной холангиографии. Из 35 пациентов у 17 (48,6%) холецистэктомия и дренирование брюшной полости были дополнены наружным билиарным дренированием по Холстеду или

Керу, у 10 (28,6%) – холедоходуоденоанастомозом, у 8 (22,8%) – холедохотомией с глухим швом холедоха.

Полученные результаты. В группе выбранных больных после операции потребовалась, помимо релапаротомии-I, в 8 случаях – релапаротомия-II и в 1 – релапаротомия-III. Показаниями к повторным операциям явились: желчный перитонит – у 22 (62,9%) пациентов, гнойные осложнения – у 6, неустраненные причины билиарной гипертензии – у 4, кровотечение в брюшную полость – у 2, послеоперационный панкреонекроз – у 1 пациента.

Наиболее частым показанием к релапаротомии-I был желчный перитонит. Среди причин, приводящих к излитою желчи в брюшную полость ведущую роль играла несостоятельность холедоходуоденоанастомоза – в 6 случаях, несостоятельность швов холедоха – в 5, ятрогенное повреждение холедоха – в 5, несостоятельность культи пузырного протока – в 3, желчеистечение из ложа желчного пузыря – в 3 случаях.

Релапаротомии-II чаще выполнялись по поводу гнойных осложнений (подпеченочного и поддиафрагмального абсцессов, абсцессов печени) – у 3 больных, а также желчного перитонита в результате недостаточности холедоходуоденоанастомоза – у 1 и несостоятельности культи пузырного протока – у 1 больного. В 1 наблюдении показанием к релапаротомии-II стал наружный желчный свищ.

Необходимость релапаротомии-III была вызвана прогрессированием гнойных осложнений (поддиафрагмального абсцесса, множественных абсцессов печени).

Летальность после релапаротомий составила 22,9% (8 случаев). В структуре непосредственных причин летальных исходов ведущую роль играли: острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому, либо геморрагическому типу – у 3 больных; острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая печеночно-почечная недостаточность, острая дыхательная недостаточность на фоне декомпенсации сопутствующей патологии, реже – гнойных осложнений или острого послеоперационного панкреонекроза.

Анализ интраоперационных ситуаций первичных и повторных хирургических вмешательств выявил, что основными факторами, приведшими к необходимости выполнения релапаротомий, явились технические трудности, обусловленные анатомо-морфологическими изменениями гепатопанкреатодуоденальной зоны в условиях запущенного, выраженного деструктивного воспаления желчного пузыря и наличия плотного околопузырного инфильтрата – в 19 (54,3%) случаях, гнойные осложнения из-за прогрессирования инфекционного процесса – в 6 случаях, неадекватный объем оперативного вмешательства – в 5 случаях, ятрогении – в 5 случаях.

Выводы. Основной причиной ранних повторных операций на желчных путях явились технические трудности, обусловленные осложнениями острого калькулезного холецистита, приведшие к развитию желчного перитонита.

Для снижения числа релапаротомий необходима адекватная интраоперационная диагностика, тщательная препаровка тканей гепатодуоденальной связки в условиях воспалительного процесса и оптимальный объем оперативного вмешательства.

Никонов П.В., Никонова Е.А.
**ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ
УЗИ - КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

*Муниципальная больница №1 г. Новотроицк,
Оренбургская обл.*

Имеющиеся сегодня показатели послеоперационной летальности при остром холецистите (ОХ) во многом зависят от результатов лечения больных пожилого и старческого возраста с высокой степенью операционного риска, доля которых неуклонно увеличивается, достигая 60-70%. В хирургическом плане достаточно четко определилась значимость малоинвазивных методов топической диагностики, санации и дренирования очагов инфекционно-воспалительной деструкции. Эффективным методом купирования приступа ОХ является превентивная санационная декомпрессия желчного пузыря методом чрескожной чреспеченочной холецистостомии (ЧЧХЦС) под контролем УЗИ.

Цель: Оценить эффективность ЧЧХЦС под контролем УЗИ в лечении ОХ у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы: Анализировано лечение 212 больных ОХ в возрасте от 60 до 89 лет, составивших 64,5% от общего числа поступивших. Мужчин было 28 (13,2%), женщин 183 (86,8%). Позже 24 часов на стационарное лечение поступило 292 (72,6%) больных по причине поздней обращаемости. Катаральный холецистит был выявлен в 25(6,2%) случаев, флегмонозный-304(75,4%), гангренозный-74(18,4%). Тяжесть основного заболевания усугублялась наличием от 2 до 7 сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистой системы в 83%, легких-25%, сахарный диабет-14% и др.). Диагностику ОХ и оценку функционального состояния организма при поступлении и в процессе лечения проводили на основании комплексных клинико-лабораторных данных (лейкоцитарный индекс интоксикации-ЛИИ, индекс резистентности организма-ИРО, индекс сдвига лейкоцитов крови-ИСЛК) и результатов исследований на ультразвуковой диагностической системе Lodgiq 500 (GE USA) конвексным датчиком 3,5МГц. ЧЧХЦС накладывали под местной анестезией в условиях операционной по стандартной методике датчиком с пункционной насадкой иглой 14G с мандреном и катетером диаметром 3мм. После наложения ЧЧХЦС проводили комплексную терапию острого холецистита в сочетании с местным лечением. Все больные разделены на 2 группы. Первая группа (контрольная)-106 больных, которым проводилось традиционное хирургическое лечение с предварительной консервативной терапией. Вторая группа –106 больных с превентивно наложенной декомпрессивной ЧЧХЦС и последующим комплексным лечением.

Результаты: Анализ клиники, первичных и контрольных изображений в каждом конкретном случае позволил проследить состояние больного и динамику воспалительных изменений в желчном пузыре и окружающих тканях и органах. Среди больных (контрольной) группы в срочном порядке оперировано 27

больных (25,5%), умер 1 больной. В первые сутки операцию проводили лишь по поводу разлитого перитонита или прогрессирующего холангита. У 33 (31%) больных не удалось добиться стихания острого воспаления консервативными мероприятиями, они были оперированы на 2-3 сутки после поступления в стационар, 4 из них умерли. У 46 (43,5%) больных операцию проводили на 4-10 сутки после стихания приступа и предоперационной подготовки. Летальных исходов в этой группе не было. Послеоперационная летальность у лиц пожилого и старческого возраста составила 4,8%.

60 пациентам из второй группы в связи с тяжелым состоянием, обусловленным основным и сопутствующими заболеваниями, ЧЧХЦС для декомпрессии желчного пузыря были наложены в первые сутки, т.к. выполнение радикальной холецистэктомии представляло большую опасность для жизни. У 46 пациентов, в связи с сохраняющейся опасностью проведения радикальной операции и отсутствием эффекта от консервативной терапии ЧЧХЦС наложена на 2-3 сутки. В этой группе умер один больной от прогрессирования сердечно-сосудистой недостаточности. Летальность составила 0,94%. Большинство больных уже в первые часы после холецистостомии отмечали улучшение общего состояния, уменьшение болевого синдрома и защитного напряжения мышц живота, улучшение дыхательной экскурсии диафрагмы и легких, уменьшение явлений интоксикации. На 3-5 сутки снизился лейкоцитоз до нормальных показателей (при поступлении лейкоцитоз составлял $12,5 \pm 2,8 \times 10^9$, а к 3-5 суткам $-5,2 \pm 2,6 \times 10^9$), по дренажу начинала выделяться чистая желчь. Эхографические признаки деструкции воспаленной стенки желчного пузыря в условиях стойкой декомпрессии у 98 пациентов регрессировали на 3-4 сутки, а через 7-10 суток уже не определялись. Основными ультразвуковыми признаками были: уменьшение размеров желчного пузыря, толщины его стенки, лучшая визуализация элементов гепато-дуоденальной связки. У 4% больных ЧЧХЦС, несмотря на застывшую УЗ-картину в течение 3-4 дней, дала возможность подготовить их к операции. Осложнение в виде желчного перитонита было одно: подтекание желчи между дренажом и пункционным каналом печени в результате закупорки дренажа мелким конкрементом и песком. Произведена срочная операция. Анализируя динамику клинико-лабораторных показателей у больных после пункции желчного пузыря, можно отметить, что на следующий день после ЧЧХЦС показатели оставались без изменений или улучшались у 103 пациентов. И только у 3 пациентов отмечено ухудшение показателей. Подобная закономерность остается до 3-х суток после дренирования. К 5-7-м суткам показатели сравнялись с нормативными: ЛИИ колебался в пределах 0,4 – 1,8, ИРО повышался до 166 – 199, ИСЛК снижался до 1,8 - 1,0. Таким образом, на 6-7 сутки после пункции желчного пузыря у больных ОХ отмечается улучшение показателей, что может быть основой выбора оптимальных сроков оперативного лечения. Из 106 больных, которым произведена ЧЧХЦС, радикально оперировано в плановом порядке 54 пациента. 26 пациентов от операции отказались, мотивируя свой отказ полным благополучием, отсутствием бо-

лей в правом подреберье. Остальным отказано в оперативном лечении в связи со стиханием воспалительных явлений и наличием веских противопоказаний

Выводы: Широкие лечебные и диагностические возможности ЧЧХЦС под контролем УЗИ, относительная ее безопасность позволяет эффективно применять этот метод у больных ОХ пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией. Возможность быстрой ликвидации воспалительного очага, объективной оценки состояния желчевыводящих путей, прогнозирование течения патологического процесса позволяет определить оптимальные сроки последующего оперативного вмешательства, снизить его опасность, а в ряде наблюдений отказаться от операции.

Охотина Г.Н., Рудаков В.А., Измайлова Л.Г.,
Рудакова О.В., Бабенко Е.А., Рудаков А. В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАДИКАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМ ВОРОТНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

*Российский Центр Функциональной Хирургической
Гастроэнтерологии г. Краснодар*

Цель исследования: разработка и внедрение новых методов для повышения радикальности и резектабельности хирургического лечения больных с глиусными холангиокарциномами, осложненными механической желтухой и инвазией в магистральные сосуды ворот органа.

Материал и методы: под наблюдением находилось 61 пациент с глиусными холангиокарциномами (ГХ), осложненными механической желтухой. Мужчин 23, женщин 38, в возрасте от 31 до 86 лет. Радикальные операции выполнены в 32 (52,46%) случаях с 1 (1,64%) летальным исходом и у 29 (47,54%) больных - произведены паллиативные вмешательства с 3 (4,92%) летальными исходами.

При поражении глиусной опухолью только желчных протоков (тип II, Ш-А, Ш-В по М. Bismuth - М.В. Corlette, 1975) наблюдалось в 5 (8,2%) случаях. Им выполнены: би- сегментэктомии - 3, гемигепатэктомии с удалением 1 сегмента - 2 больным, с резекцией у всех гепатикохоледох и глиуса с последующим формированием прецизионного одностороннего билиодигестивного анастомоза с выключенной петлей тонкой кишки по Ру, а так же лимфаденэктомии гепатодуоденальной связки, области головки поджелудочной железы и чревного ствола.

У 27 (44,26%) пациентов наряду с опухолевой обструкцией желчных протоков выявлена инвазия печеночной артерии, воротной вены и их ветвей (2-3-4 стадии по G.M. Gazzaniga, 1985). Из них у 3 (4,92%) больных с инвазией на ограниченном участке воротной, ее ветви и нижней полой вен - выполнены краевая (сегментарная) резекция сосудистой стенки с наложением сосудистого шва или анастомоза «конец в конец».

В 24 (39,34%) случаях, с обширной инфильтрацией и участками глубокой инвазии печеночной артерии, воротной вены и остающихся ветвей после гемигепатэктомии или расширенной гемигепатэкто-

мии, они были выделены почти полностью, различными способами, из ракового инфильтрата с оставлением небольших «пластинок» опухолевой ткани на сосудистых стенках с последующей их криодеструкцией по разработанной нами технологии. Остающиеся на выделенных из инфильтрата стенках сосудов, микрометастазы, были подвергнуты «поверхностной» криодеструкции методом крионапыления.

Определяющим в объеме оперативного вмешательства являлся уровень поражения холангиокарциномой желчных протоков, а не уровень инвазии внутрипеченочных сосудов. Остающийся достаточный объем здоровой паренхимы печени, с непораженными опухолью желчными протоками, способной обеспечить нормальную функцию организма, - являлся критерием объема оперативного вмешательства при глиосных холангиокарциномах с инвазией в магистральные сосуды ворот органа.

Пораженные опухолью желчные протоки, вне- и внутрипеченочные, иссекались с гистологическим исследованием тканей по границам резекции с последующей реконструктивной операцией - наложением прецизионного билиодигестивного анастомоза.

Результаты: в 24 (39,34%) случаях, у пациентов с глиосными холангиокарциномами были использованы два метода криодеструкции: аппликационный на «пластинки» опухолевой ткани - при глубокой инвазии стенок сосудов и крионапыление - при наличии поверхностных микрометастазов на стенках сосудов, выделенных из ракового инфильтрата - удалось достоверно достигнуть радикальности лечения, при одном летальном исходе, увеличение сроков выживаемости с отсутствием отдаленных рецидивов в области криовоздействия.

Пропп А.Р., Полуэктов В.Л., Добровольский А.И., Стефановский В.Г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯТРОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

*Омская государственная медицинская академия,
Областная клиническая больница, г. Омск.*

Цель исследования: 1. Выделить наиболее тяжелые группы пациентов с ятрогенными повреждениями внепеченочных желчных протоков (ВЖП) после холецистэктомии и резекции желудка. 2. Выделить методы хирургического вмешательства с наиболее удовлетворительными результатами.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов лечения 71 оперированного пациента с ятрогенным повреждением ВЖП. У 60 пациентов повреждения имели место при выполнении холецистэктомии, у 11 - при резекции желудка. Среди 60 пациентов с повреждениями ВЖП при холецистэктомии оказалось 9 мужчин и 51 женщина, при резекции желудка - 9 мужчин и 2 женщины. В возрасте до 50 лет было 46 пациентов из 71. Первично оперированы в плановом порядке 25 из 71 пациента (35%). В 7 случаях имела место изначально механическая желтуха. Показаниями к резекции желудка у 11 пациентов были: в 7 случаях - стеноз выхода из желудка, в 4 -

язвенное кровотечение. При лапароскопической холецистэктомии ятрогенная ВЖП имела место у 29 пациентов. В 3-х случаях имело место ятрогенное повреждение ВЖП при выполнении оперирующей хирургом своей первой холецистэктомии. В 36 случаях (50,1%) травма была замечена сразу, в остальных - в позднем послеоперационном периоде (в 3 случаях после резекции желудка и в 32 после холецистэктомии). Клиника повреждения ВЖП в позднем послеоперационном периоде была различной, в частности, после холецистэктомии механическая желтуха развилась у 11 пациентов, наружное желчеистечение - у 14, внутреннее желчеистечение (перитонит) - у 7; после резекции желудка перитонит имел место в 3 случаях (в 1 - вместе с желтухой).

Учитывая характер травмы, мы выявили следующие виды ятрогенных повреждений ВЖП после холецистэктомии: пристеночное ранение гепатикохоледоха - 11, полное его пересечение - 13 и высечение - 36 пациентов. Из 36 пациентов с высечением гепатикохоледоха 13 по уровню поражения соответствовали стриктуре 0 типа по Э.И. Гальперину (пересечение выше развилки на левый и правый печеночные протоки). Изолированная травма ВЖП без (вирсунгова протока) после резекции желудка имела место в 3 случаях. Варианты оперативных вмешательств у пациентов с ятрогенными повреждениями ВЖП представлены в таблице № 1.

В группе пациентов с ятрогенной травмой ВЖП после холецистэктомии лапароскопическое устранение осложнений всегда дополнялось папиллосфинктеротомией и контрольной фистулохолангиографией (4). Первичный шов гепатикохоледоха (18) выполнен при краевом дефекте или полном пересечении его с дополнительным дренированием по показаниям при условии достаточной его ширины. Различные варианты (би)гепатикоэнтероанастомозов с транспеченочным дренированием выполнены у 26 пациентов с наиболее «тяжелыми» повреждениями. Оперировано 3 раза и более - 20 человек. При отсутствии условий выполнения реконструктивной операции (желтуха, перитонит, тяжелая сопутствующая патология и т.д.) выполнялся минимальный объем вмешательства в виде наложения наружного желчного свища. Через 1-2 месяца предпринималась реконструктивная операция. В последние годы мы чаще стали выполнять (би)гепатикоэнтероанастомозы без транспеченочного дренирования (9).

В группе пациентов с ятрогенной травмой ВЖП после резекции желудка изолированное повреждение холедоха (без вирсунгова протока) имело место в 3 случаях, которые завершились выполнением билиодигестивного анастомоза. В 8 случаях уровень повреждения ВЖП находился в области большого дуоденального сосочка (БДС) с одновременным повреждением вирсунгова протока. При сразу замеченном повреждении БДС выполнено 3 транспозиции его на новый участок 12-перстной кишки, при чём вирсунго- и холедоходуоденоанастомозы выполнены на нижнегоризонтальную петлю 12-перстной кишки в 6-7 см от первоначального нахождения БДС и при отсутствии таких возможностей технически 1 транспозиция БДС выполнена на отключенную по Ру петлю тонкой кишки. Позднее распознавание осложнения или неадекватная хирургическая помощь чаще

Варианты оперативных вмешательств при ятрогенных повреждениях ВЖП

После холецистэктомии	Количество
(Ре)лапароскопическое дренирование холедоха по Пиковскому	4
Первичный шов холедоха без дренирования холедоха	5
Первичный шов холедоха с дренирование холедоха по Пиковскому или Вишневному	13
Гепатикоэнтероанастомоз с транспечёночным дренированием правой доли печени	17
Бигепатикоэнтероанастомоз с транспечёночным дренированием правой доли и «слепым» дренирование левой доли печени	3
Бигепатикоэнтероанастомоз с транспечёночным дренированием обеих долей печени	6
Гепатикоэнтероанастомоз без транспечёночного дренирования	7
Бигепатикоэнтероанастомоз без транспечёночного дренирования	2
Санационная лапаротомия	3
После резекции желудка	
Билиодигестивный анастомоз	6
Гепатикоэнтероанастомоз с транспечёночным дренированием правой доли печени	1
Транспозиция БДС на новый участок 12-перстной или тонкую кишку	4
Всего	71

заканчивались повторными вмешательствами. Оперировано 3 раза и более, включая панкреатодуоденальную резекцию, 4 человек.

Полученные результаты: В группе пациентов с ятрогенной травмой ВЖП после холецистэктомии послеоперационная летальность составила 8,3 % (5 случаев). В течение первого года умерло ещё 6 человек от холангиогенных абсцессов печени. Результаты операций со сменными транспечёночными дренажами не всегда удовлетворяли хирурга, приводя пациентов к инвалидизации. Качество жизни пациентов после выполненных (би)гепатикоэнтероанастомозов без транспечёночного дренирования оказалось выше, % инвалидизации ниже. В группе пациентов с ятрогенной травмой ВЖП после резекции желудка послеоперационная летальность составила 45 % (5 случаев). Относительно удовлетворительные результаты имели место в 3 случаях изолированного повреждения холедоха, когда был выполнен билиодигестивный анастомоз и в 3 случаях транспозиции БДС на новый участок 12-перстной кишки.

Выводы: 1. Наиболее тяжелыми группами пациентов с ятрогенными повреждениями ВЖП являются поздно диагностированные случаи пересечения таковых на уровне БДС при резекции желудка и «высокого» высечения гепатикохоледоха при холецистэктомии. Своевременность распознавания осложнения, правильно выбранная тактика и метод хирургического вмешательства позволяют улучшить результаты лечения и снизить послеоперационную летальность. 2. При сразу обнаруженном повреждении ВЖП во время холецистэктомии при условии отсутствия тяжелых осложнений основного заболевания необходимо адекватно восстановить проходимость желчных протоков, при чём при высечении гепатикохоледоха и невозможности выполнить его первичный шов приоритет необходимо отдать (би)гепатикоэнтероанастомозу на отключенной по Ру тонкой кишке без транспечёночного дренирования. При позднем обра-

жении пациента оптимальный вариант должен заключаться в минимальном оперативном вмешательстве - формировании наружного желчного свища с решением вопроса о восстановительной операции через 1-2 месяца после стихания «острых» явлений. При сразу диагностированном повреждении ВЖП и вирусного протока при резекции желудка удовлетворительные результаты получены от транспозиции БДС в нижнегоризонтальную часть 12-перстной кишки.

Пушкарев В. П., Никоненко Л.С., Лекомцев Б.А., Морякова В.Т., Бекбурова М.Х., Шемякина Т.В., Швецов О.В., Созонова Т.Г.

ЭВОЛЮЦИЯ ПОДХОДОВ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия г. Ижевск

За период с 1986 г. в клинике общей хирургии находилось на лечении 4208 больных с холециститом и его осложнениями. До 1990 года наблюдалось незначительное снижение количества больных холециститом, а с начала 90-х годов прошлого века имеет место стремительный рост заболеваемости холециститом. Из сравнения количества больных острым аппендицитом и холециститом следует, что последний, начиная с 1999г., держится на одном уровне или даже превосходит по частоте острый аппендицит.

Выполнено 2790 операций по поводу холецистита и его осложнений. Количество холецистэктомий в 2002г. достигло количества апендэктомий и держится в настоящее время примерно на одном уровне или незначительно уступает им. Эти обстоятельства являются весьма важными и оказывают влияние на лечение больных холециститом и его осложнений.

За период с 1986г. менялась тактика лечения холецистита и его осложнений. Она отражала тенденции подходов в коррекции желчнокаменной болезни.

Мы выделили несколько периодов в подходах к лечению осложненного холецистита.

Первый период (1986—1991 гг.), когда отсутствовала ультразвуковая диагностика, лапароскопическое диагностическое оборудование было не совершенным, количество больных по годам было стабильным, соотношение плановых и экстренных вмешательств примерно равным и держалось на одном уровне, стремительно снижался процент поздней обращаемости с 60 до 24 %. Наиболее частым хирургическим вмешательством в этот период была холецистэктомия с дренированием общего желчного протока через культю пузырного протока. Общая летальность колебалась от 0,97 до 5,13 %, послеоперационная при экстренных вмешательствах от 0 до 12 %, плановых от 0 до 2,22 % и была самой высокой за весь анализируемый период. Она объяснялась не столько тяжестью операции, сколько тяжестью патологического процесса в печени и желчных протоках, когда вследствие местных изменений тканей при деструктивном холецистите, осложненном перитонитом и желтухой, холедохостомия была в большинстве случаев единственно возможным способом окончания операции.

Второй период (1992 – 1997 гг.) начался с широкого применения УЗИ при диагностике заболеваний желчевыводящих путей, а с 1994г. проведения УЗИ и фиброгастроскопии у больных с холециститом по показаниям круглосуточно и характеризовался более широким применением диагностической лапароскопии, умеренным ростом процента поздней обращаемости, с постепенным, стабильным, пропорциональным ростом количества плановых и экстренных вмешательств в два раза за указанный период. При необходимости постоянного внутреннего дренирования желчевыводящих протоков при множественных камнях общего желчного протока, протяженном стенозе большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), неуверенности в полном удалении конкрементов из протоков холедоходуоденостомии (ХДС) считали операцией выбора во всех наблюдениях. В эти годы начато внедрение эндолимфатической терапии. Общая летальность колебалась от 0 до 3,6 %, послеоперационная летальность при экстренных вмешательствах от 0 до 6,6 %, плановых от 0 до 2 % (снижение с предыдущим периодом).

Третий период (1998 - 2005 гг.) начался с активного внедрения эндоскопических вмешательств при холецистите и его осложнениях, сначала плановых, а затем и экстренных. За это время 527 больным произведена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Удельный вес лапароскопических вмешательств растет, и за последние три года приближается к 50 %. Совершенствуется методика УЗИ, чувствительность которой при патологии желчевыводящих путей достигла 95 % благодаря росту квалификации УЗИ - специалистов и большей кратности исследований, позволяющей определить толщину стенок желчного пузыря, выявить формирование инфильтрата, перипузырного абсцесса. Однако, сравнивая результаты УЗИ и интраоперационной холангиографии, мы пришли к убеждению, что вероятность ошибки при использовании первой в ряде случаев высока. В связи с этим считаем, что прямое рентгеноконтрастное исследование остается наиболее достоверным и обязательно

показанным при диаметре общего желчного протока свыше 10мм., или при наличии в анамнезе приступов острого холецистита с желтухой. Ретроградная панкреатохолангиография применялась в единичных случаях по строгим показаниям. Определенную роль в качестве диагностики имело введение обязательных медико-экономических стандартов (МЭС). Период охарактеризовался приходом в клинику молодых, энергичных, грамотных хирургов.

Структура оперативных вмешательств на желчевыводящих путях изменилась: практически не выполнялась холецистостомия. Изучение результатов ХДС: свидетельствовало о развитии после операции в значительном числе наблюдений синдрома “слепого мешка”. В связи с чем показания к этой операции были ограничены и определялись протяженной стриктурой терминального отдела общего желчного протока, а также наличием множественного холедохолиаза, осложненного механической желтухой и холангитом лишь у лиц пожилого и старческого возраста. При ФГС обязательным является осмотр БСДК. По мере накопления опыта вмешательств на терминальном отделе общего желчного протока их техника изменялась таким образом, что позволила значительно уменьшить степень травматизации двенадцатиперстной кишки и снизить опасность развития послеоперационного панкреатита. Следует подчеркнуть, что все виды вмешательств на протоках заканчивали их наружным дренированием с целью декомпрессии. Широкое использование наружного дренирования, а также обязательное дренирование подпеченочного пространства улавливающими дренажами позволили практически отказаться от тампонов и применять их лишь в единичных случаях ненадежного гемостаза. Включение в лечение профилактической эндолимфатической терапии у больных позволило значительно уменьшить число послеоперационных осложнений.

Считаем показанным дренирование холедоха после лечебной холедохотомии полагая, что зашить проток наглухо можно лишь при полной уверенности в восстановлении его проходимости. Отек БСДК после его рассечения при папиллосфинктеропластике (ПСП) или диагностическое бужирование папиллы ведут в ближайшие сроки после операции к возникновению функциональной желчной гипертензии, способствуя несостоятельности швов протока. В этих случаях также прибегаем к дренированию, чаще через культю пузырного протока по Холстеду—Пиковскому.

Увеличилось число больных с панкреатитом, вызванным желчнокаменной болезнью, проявляющимся механической желтухой и холангитом. Возможность в минимальные сроки уточнить диагноз толкает хирурга порой к необоснованно раннему оперативному вмешательству. В этом случае стихающий воспалительный процесс в гепатопанкреатодуоденальной зоне не позволяет адекватно произвести ревизию и санацию внепеченочных желчных путей, тем более, панкреатического и интрамурального отделов холедоха, что, в свою очередь, препятствует выполнению адекватного объема хирургического пособия.

В данный период наблюдается увеличение количества больных с холециститом и его осложнениями, при некотором замедлении темпов роста. Количество плановых вмешательств незначительно превышает количество экстренных. Несмотря на некоторые отрицательные тенденции (стремительный рост по-

здней обращаемости при остром холецистите), улучшились показатели общей летальности и составили от 0 до 1,8 %, при экстренных вмешательствах от 0 до 4,6 %, плановых от 0 до 0,86 %. Считаем, что это связано с улучшением точности диагностики в предоперационном периоде, широким внедрением эндоскопических технологий, в том числе ЛХЭ, совершенствованием хирургической тактики и техники.

Рахимов Б.М., Лескин А.С., Колесников В.В.
**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ
ПЕЧЕНИ ПО МАТЕРИАЛАМ**

ГКБ №5 «МЕДВАЗ»

Городская клиническая больница №5 «МЕДВАЗ»,
Тольятти

Лечение заболеваний и повреждений печени является одним из труднейших разделов хирургии, а результаты их не могут в полной мере удовлетворить хирургов.

Цель показать эволюцию взглядов за двадцатилетний период на лечебно-диагностическую тактику при различных заболеваниях и повреждениях печени в одном лечебном учреждении.

Материал и методы: нами анализируется опыт лечения 641 больного с травмой и объемными образованиями печени (ООП). Нозологические формы и количество оперированных больных приведены в таблице №1.

При раке печени нами выполнены 65 операций с 12 летальными исходами.

Объем операции при метастатическом поражении печени у наших больных: правосторонняя гемигепатэктомия – 27, левосторонняя – 3, эксплоративная лапаротомия – 4. При различных доброкачественных заболеваниях печени нами выполнены 62 операции. В 11 случаях поражение локализовалось в левой доле печени, в остальных случаях справа.

Располагаем опытом лечения 241 пациента с травматическими повреждениями печени.

При осложнении цирроза печени портальной гипертензией и пищеводном кровотечении оперированы 66 пациентов, из которых 22 умерли.

Результаты: при первичном раке из 65 оперированных больных только у 22 удалось произвести тот или иной вид радикальной операции. К сожалению ни один из оперированных больных не пережил двухлетний период. При метастатическом раке печени из 34 оперированных больных у 30 удалось произвести резекцию печени с опухолью. В технике операции мы являемся принципиальными сторонниками анатомических резекций. Средняя кровопотеря при больших резекциях достигала $1400 \pm 500,0$ мл.

При эхинококкозе печени из 114 пациентов у 31 произведена резекция печени у 83 эхинококкэктомия с перицистэктомией. Троем больным, с альвеококкозом произведена резекция печени с одним летальным исходом, с рецидивом и повторной операцией в другом. При портальной гипертензии произведено 66 операции следующего характера: прошивание кардиоэзофагеальных вен по М.Д. Пациора – 42/18; на сегодняшний день по нашему мнению и по данным литературы это операция является операцией выбора при профузных пищеводных кровотечениях после исчерпания консервативных мероприятий. С 1998 года применяем операцию Сигура, сделано 12 операции: в 4 случаях торакальным доступом и восьми абдоминальным доступом. Все эти четверо больных были ранее оперированы в различных лечебных учреждениях, причем двое из них повторно. Используем свою модификацию пересечения пищевода. Осложнений и летальных исходов, после данных операции не имели. С 2002 года при плановых операциях применяем различные варианты портокавального анастомоза, произвели 7 операции с одним летальным исходом. Если говорить об эволюции взглядов, то в лечении портальной гипертензии мы полностью отказались от краевых резекции печени, перевязки селезеночной артерии, различных вариантов органоанастомозов как малообоснованных и неэффективных. При травматических повреждениях печени произведена – 241 операция из них – 23 лапароскопические вмешательства. На сегодняшний день нам представляется весьма привлекательным использование малоинвазивных лапароскопических операции, особенно у тяжелого контингента пострадавших с

Таблица №1

Нозологические формы и общее количество больных с заболеваниями и травмами печени за период с 1984 по 2004 гг.

Нозологические формы	Количество пациентов
Первичный рак печени	65
Метастатический рак печени	34
Доброкачественные опухоли печени	62
Эхинококкоз печени	114
Альвеококкоз печени	3
Непаразитарные кисты печени	56
Портальная гипертензия	66
Травма печени	241
Итого	641

сочетанной и множественной травмой. Если учесть, что более половина пострадавших имеют I – II степень тяжести повреждения паренхимы, то актуальность данного направления не вызывает сомнений. На общий круг 641 операции на печени при заболеваниях и травмах органа имели 70 смертельных исходов.

Заключение: для улучшения результатов лечения больных с повреждениями и заболеваниями печени необходимо создание специализированных отделений в многопрофильных стационарах, оборудованных необходимой лечебно-диагностической аппаратурой, подготовленными специалистами и целенаправленным государственным финансированием. Целесообразно также проводить углубленную подготовку студентов и врачей по актуальным вопросам хирургической гепатологии.

Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Рудакова О.В., Охотина А.В., Рудаков А.В., Бабенко Е.А.

РАДИКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ И ПЕРИОДОВ ЕГО ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

*Российский Центр Хирургической Функциональной
Гастроэнтерологии, г. Краснодар.*

Цель: повышение радикальности хирургического лечения эхинококкоза печени путем целесообразного использования эффективных технологий в зависимости от локализации и периода жизнедеятельности паразита в органе.

Материал и методы: хирургическое лечение эхинококкоза печени было произведено у 166 больных с 1 (0,6%) летальным исходом. Из них у 56 (33,73%) больных паразит находился в первом периоде жизнедеятельности (по М.Ю. Гилевичу, 1990); 70 (42,17%) – во втором и 40 (24,1%) – в третьем периодах. Мужчин было 65 (39,2%), женщин – 101 (60,8%). Средний возраст составил $45,7 \pm 9,4$.

Резекция печени выполнена у 40 (24,1%) пациентов, из которых правосторонняя гемигепатэктомия произведена у 5 (3,01%) больных с 1 летальным исходом (эмболия легочной артерии); левосторонняя гемигепатэктомия – у 9 (5,42%); три -, би-, сегментэктомия – у 26 (15,66%). Перичистэктомия выполнена у 47 (28,32%). Эхинококкэктомия с криодеструкцией стенки остаточной полости (фиброзной капсулы) и последующей ее абдоминализацией – у 79 (47,59%) больных.

Резекцию печени выполняли в случаях обывествления паразита, содержащего некротические массы, занимающего анатомическую область органа.

Перичистэктомия производилась чаще всего при расположении паразита вне проекции прохождения магистральных сосудисто-секреторных элементов органа, при одиночных локализациях и небольших размерах кист.

Эхинококкэктомия с криодеструкцией стенки фиброзной капсулы (остаточной полости) выполнялась дозированными методами криоаппликацией или крионапылением всей стенки на глубину до 1,5 – 2,0 см и последующей ее абдоминализацией – чаще

всего при воротных и множественных локализациях, в проекции расположения магистральных сосудисто-секреторных элементов органа. Выступающую над поверхность печени, фиброзную капсулу вместе с кутикулярной и зародышевой оболочками паразита иссекали с надежным краевым гемостазом – создавая сообщение между остаточной и брюшной полостями (абдоминализация остаточной полости). Кроме того, у 43 (25,9%) больных, с рецидивным эхинококкозом, ранее были оперированы в других клиниках: 1 раз – 22 больных, 2 раза – 9, от 3 до 8 раз – 12 пациентов.

Результаты: у 110 (66,27%) больных паразит находился в периоде поздних посмертных изменений кутикулы или в периоде осложненного эхинококкоза, т.е. тогда, когда за пределами кутикулы – в фиброзной капсуле и прилегающей паренхиме предполагалось наличие мелких дочерних гидатид и сколексов, являющихся источниками будущих рецидивов. У данных больных, оперированных различными методами, в отдаленном периоде отсутствовали рецидивы заболевания. У 9 (5,42%) больных наблюдали наружные желчные свищи остаточной полости, которые как правило, закрывались на 6 – 15 сутки после криодеструкции, чему способствовало «организация» ткани, подвергшейся асептическому крионекрозу и наружное микродренирование холедоха.

Заключение: эффективное использование криометода для уничтожения всех зародышевых элементов паразита, как в остаточной полости, так и за ее пределами, являющейся органосберегающей технологией, особенно в наиболее сложных случаях, а также при множественных локализациях осложненного эхинококкоза, позволило добиться радикальности вмешательства во всех случаях.

Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Бабенко Е.А., Рудаков А.В., Измайлова Л.Г. Рудакова О.В., Шевченко СС.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛУХОЙ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ПРОЦЕСС СОСУДИСТЫХ СТРУКТУР

*Российский Центр Функциональной хирургической
Гастроэнтерологии, г. Краснодар.*

Цель исследования: разработка и внедрение новых технологий и методов для повышения радикальности и резектабельности в хирургическом лечении очаговых поражений печени (ОПП) центральных локализаций, осложненных механической желтухой, причиной которой является вовлечение в процесс магистральных желчных протоков и сосудов ворот органа.

Материал и методы: из 64 пациентов с ОПП, осложненных механической желтухой, радикальные операции выполнены в 39 (60,94%) случаях (4 – с альвеококкозом, 3 – с метастазами, 32 – с первичным раком), с 1 (1,56%) летальным исходом и у 25 (39,06%) больных – произведены паллиативные вмешательства с 3 (4,69%) летальными исходами. Мужчин 43, женщин 21 в возрасте от 17 до 88 лет.

Из радикально оперированных больных с вовлечением в опухолевый или паразитарный процесс только желчные протоки наблюдалось 11 (17,19%) пациентов. У них были выполнены би-, сегментэктомии или гемигепатэктомии с резекцией гепатикохоледоха и конfluence, вплоть до второго деления протоков (в проксимальном направлении), и обязательным гистологическим исследованием на наличие микрометастазов по краям резекции, лимфаденэктомии гепатодуоденальной связки, области головки поджелудочной железы и чревного ствола, с последующим формированием прецизионного однорядного билиодигестивного анастомоза с выключенной петлей тонкой кишки по Ру.

С вовлечением в опухолевый или паразитарный процесс желчных протоков и сосудов оперировано 28 (43,75%) больных. Выполнены: лево-, правосторонние геми- или расширенные гемигепатэктомии с резекцией желчных протоков в пределах здоровых тканей с реконструктивной операцией – формированием билиодигестивного прецизионного анастомоза. Магистральные сосудистые структуры были выделены различными методами из ракового или паразитарного инфильтрата с оставлением «пластинок» патологической ткани на стенках трубчатых структур - при глубоком поражении, которые невозможно было удалить без образования неустраняемого дефекта в их стенке. Аппликационным методом выполнена глубокая криодеструкция «пластинок» патологической ткани и «мягкая» криодеструкция, методом крионапыления – при наличии поверхностных микрометастазов на сосудах, выделенных из инфильтратов.

Всем больным с механической желтухой на первом этапе, в экстренном порядке было произведено временное или окончательное наружное отведение желчи методом чрескожной чреспеченочной холангиостомии под контролем УЗИ, с последующим через 3-4 недели оперативным лечением по показаниям.

Результаты: отдаленные послеоперационные результаты выявлены у 34 больных, радикально оперированных. Выживаемость составила 1 год – у 34 (97,4%), кроме 1(2,56%) летального случая, 2 года – 20 (58,82%), 3 года – у 18 (52,94%), 5 лет – у 6 (17,65%). Необходимо отметить отсутствие рецидивов заболеваний в области криодеструкций магистральных сосудистых структур.

Русинов В.М., Воробьев Д.Н., Сулопаров В.А., Якушев К.Б., Попырин И.А., Ковязин А. Н.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия,

Кировская областная клиническая больница, г. Киров.

Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения очаговых поражений печени с вовлечением НПВ за счет резекций печени, сочетанных с вмешательствами на НПВ.

Материал и методы: В Кировском зональном центре хирургии печени и желчных путей МЗ РФ с 1994 по 2005 г.г. находилось на обследовании и лечении 1449 больных с очаговыми поражениями печени, из них 151 (10,4%) - с вовлечением НПВ в очаг поражения в возрасте от 9 до 71 года (45,2±2,3). Мужчин было 60 (39,7%), женщин - 91 (60,3%).

Диагностика вовлечения НПВ включала УЗИ с дуплексным сканированием, КТ у 129 (85,4%) и/или спиральную КТ с болюсным контрастированием у 28 (18,5%) либо МРТ у 107(70,7%). Для уточнения степени стеноза, его протяженности, дислокации НПВ, а также анатомических вариантов кровоснабжения печени из 151 больного с признаками вовлечения НПВ у 66 (43,7%) выполнены ангиографические исследования: целиакография у 52(34,4%), спленопортография у 53(35,1%), каваграфия у 51(33,8%), у 3 из них с флебографией печеночных вен, прямая портография у 3(2,0%). Интраоперационное УЗИ для этих же целей потребовалось у 25 (16,5%) больных.

Результаты: Вовлечение НПВ наблюдали при альвеококкозе у 50 (45,5%) из 110 больных, эхинококкозе у 15 (23,8%) из 63, первичном раке и саркомах у 45(17,1%) из 262 больных, метастатическом раке у 12 (6,2%) из 195 больных, гемангиомах у 25 (6,7%) из 359, доброкачественных опухолях печени у 4 (5,4%) из 74 больных. Наиболее часто НПВ была вовлечена в очаг, исходящий из правой доли у 39 (25,8%), из правой и левой у 91 (60,3%), из левой – у 9 (6,0%), из культы левой доли у 8 (5,3%) и из культы правой доли у 4 (2,6%). Ретропеченочный отдел НПВ без устьев печеночных вен был поражен у 37 (24,5%) больных. НПВ с устьями печеночных вен (ПВ) была вовлечена у 114 (75,5%) пациентов: в сочетании с правой ПВ у 97 (64,2%), срединной ПВ у 88 (58,3%), левой ПВ у 60 (39,7%). Одновременное вовлечение всех трех печеночных вен наблюдалось у 38 (25,2%) больных.

Резекции печени с вмешательством на НПВ выполнены у 100 (66,2%) больных: радикальные – у 89 (58,9%), паллиативные - у 11 (7,3%). Объем операций включал: ГГЭ у 30 (30,0%), расширенные ГГЭ у 46 (46,0%), бисегментэктомии у 10 (10,0%), атипичные резекции у 5 (5,0%), ререзекции культы у 9 (9,0%).

У 98 (98,0%) из 100 оперированных больных предприняты вмешательства на НПВ: выделение и скелетирование у - 75 (75,0%), краевая резекция у - 20 (20,0%), резекция сегмента у - 3(3,0%): с анастомозом у - 1, аутовенозным протезированием НПВ у -2. Операции на НПВ сочетались в 33 (33,0%) случаях с вмешательствами на остающихся ПВ: препаровкой и скелетированием ППВ у - 13 (13,0%), СПВ у - 19 (19,0%), ЛПВ у - 8 (8,0%); резекцией единственной ППВ с реимплантацией в аутовенозный протез у 1 (1,0%), резекцией ЛПВ и СПВ с аутовенозным протезированием и реимплантацией в аутопротез НПВ у – 1 (1,0%).

Реконструктивные вмешательства на НПВ и печеночных венах в 6 случаях потребовали обходного вено-(порто) венозного шунтирования: у 2 с внешним насосом и гипотермической защитой печени, у 4 – с пассивным шунтированием кровотока. Интраоперационная кровопотеря составила 1022±202 мл.

У 11 (7,3%) больных с очаговыми поражениями печени с вовлечением НПВ выполнены диагностические лапаротомии, у 10 (6,6%) - желчеотводящие и дренирующие операции. 30 (19,9%) пациентов

из-за распространенности процесса и сопутствующей патологией не оперированы.

После радикальных операций у 38 (42,7%) возникли различные осложнения, у 5 (5,6%) потребовались релапаротомии, у 11(12,4%) – дренирования под УЗИ остаточных полостей или желчных затеков, умерло 9 (10,1%) больных. В группе с паллиативными вмешательствами умерло 4 (19,0%) чел.

Заключение: Вовлечение нижней полой вены в очаг поражения печени, диагностированное современными визуализационными методами (УЗИ, интраоперационное УЗИ, КТ, МРТ, ангиография) не является фатальным осложнением и НПВ может быть выделена в процессе резекции печени.

Радикальные вмешательства у таких больных с очаговыми поражениями печени с вовлечением НПВ возможны в 58,9% случаев.

Русинов В.М., Казаковцев Д.В., Воробьев Д.Н.
ОСОБЕННОСТИ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ОККЛЮЗИЯМИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ И ЕЕ ВЕТВЕЙ

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров.

Цель исследования: Изучить особенности портального кровотока у больных с очаговыми поражениями печени, осложненными окклюзиями воротной вены (ВВ) и ее ветвей.

Материалы и методы: Нами проведено исследование портального кровотока у 46 больных с очаговыми поражениями печени, осложненными окклюзиями ветвей ВВ. Мужчин было 22, женщин – 24 в возрасте от 15 до 69 лет (43,1±4,1).

Причинами окклюзий ветвей ВВ были: у 22 больных (47,8%) - альвеококкоз, у 17 (37,0%) – первичный рак печени, у 2 (4,3%) - эхинококкоз, у 2 (4,3%) - метастазы колоректального рака, у 2 (4,3%) - ангиосаркома и у 1 (2,2%) – гигантская гемангиома печени. Окклюзия левой ветви ВВ диагностирована у 20 больных (43,5%), в том числе у 11 (23,9%) – с вовлечением бифуркации ВВ; окклюзия правой ветви ВВ – у 26 (56,5%), из них с вовлечением бифуркации у 16 (34,2%). Группу сравнения составили 38 больных с очаговыми поражениями печени (размер очагов не менее 55 мм в диаметре) без вовлечения крупных сосудистых структур глиссоновых ворот.

Характер поражения ВВ и ее ветвей устанавливали на основании ультразвуковой эхографии у 46 пациентов (100%) в режиме дуплексного сканирования на аппарате «ACUSON 128 xp/10» (SIEMENS, Германия) методом импульсной доплерографии и цветового доплеровского картирования. Измеряли диаметр сосудов, определяли максимальную систолическую скорость кровотока (V_{max}), конечно-диастолическую скорость кровотока (V_{min}), среднюю линейную скорость кровотока (TP), рассчитывали объемную скорость кровотока (Q), определяли систоло-диастолическое отношение, пульсационный (PI) и резистивный (RI) индексы, индекс артериальной перфузии печени и конгестивный индекс для воротной вены.

106

Результаты: При окклюзиях ветвей ВВ мы наблюдали увеличение линейных и объемных показателей портального кровотока по контралатеральной (здоровой) половине печени. Получены достоверные различия в величине объемного кровотока по долевым ветвям ВВ: $1,17 \pm 0,35$ л/мин в исследуемой группе против $0,98 \pm 0,21$ л/мин в группе сравнения ($p < 0,05$). Средние значения всех показателей линейного кровотока в исследуемой группе также были выше, причем в большей степени возрастали максимальная и средняя линейная скорости: $29,34 \pm 4,12$ см/сек против $25,18 \pm 4,15$ см/сек в группе сравнения ($p < 0,05$) и $23,28 \pm 3,73$ см/сек против $20,17 \pm 3,01$ см/сек соответственно ($p < 0,05$). Индекс артериальной перфузии у больных основной группы был достоверно ниже: $0,25 \pm 0,07$ против $0,31 \pm 0,06$ ($p < 0,05$). Достоверных различий в диаметрах исследуемого сосуда не было: $9,98 \pm 1,11$ см по сравнению с $10,02 \pm 0,89$ см в группе сравнения ($p > 0,05$). Полученные данные отражают увеличение доли венозного притока по непораженной половине в общем кровоснабжении печени у больных исследуемой группы. Ускорение кровотока по основному стволу воротной вены при окклюзии одной из ее долевых ветвей отражает и снижение в исследуемой группе величины конгестивного индекса до $0,034 \pm 0,010$ против $0,045 \pm 0,010$ в группе сравнения ($p < 0,05$).

Заключение: Полученные данные свидетельствуют о том, что при окклюзиях долевых ветвей ВВ происходит увеличение портального кровотока по непораженной половине печени за счет увеличения скоростных характеристик кровотока.

Ситников В.А., Стяжкина С.Н., Белоусов А.Н., Коробейников В.И., Кузнецов И. С., Варганов М. В., Злобин Д. П., Сумин К. Н.

ДЕТОКСИКАЦИОННАЯ И ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Гнойный холангит является одним из наиболее тяжелых гнойно-септических осложнений предоперационного и послеоперационного периода в гепатобилиарной хирургии. Развитие гнойного холангита на фоне механической желтухи всегда опасно генерализацией инфекции в виде холангиогепатита, множественных абсцессов печени, пилефлебита, сепсиса, септического шока. Тяжесть состояния этих больных усугубляется нарастающей холестической интоксикацией, острой печеночной и иммунологической недостаточностью.

Цель исследования изучить особенности антибактериальной, детоксикационной и иммунокорректирующей терапии, применяемой в клинике в комплексном лечении гнойного холангита.

Материалы и методы. В течение 20 лет на лечение в клинике находилось 608 больных с механической желтухой из них 231 - с гнойным холангитом. В хирургическую клинику 1 республиканской клинической больницы, поступают наиболее сложные и тяжелые больные из районов республики после продолжительного лечения. Длительность холестаза у 55%

больных превышала 1 месяц. Лечебно-диагностический комплекс, проводимый в клинике с первого дня, включал в себя УЗИ, компьютерную томографию, лапароскопию с лапароскопической холецистостомией, фибродуоденоскопию РПХГ VI по возможности с эндоскопической папиллотомией и декомпрессией холедоха. Методы щадящей декомпрессии желчных путей проводили на фоне интенсивной инфузионной, противовоспалительной, детоксикационной и иммунокорректирующей терапии. Радикальные операции устранения холестаза проводили вторым этапом при улучшении состояния больных. У большинства больных значительное снижение показателей клеточного и гуморального иммунитета по данным иммунограмм указывало на выраженные проявления иммунологической недостаточности. Антисептическую терапию проводили под динамическим контролем бактериологических посевов крови, желчи, гнойных ран. В бакпосевах желчи у 50% больных обнаружена флора госпитальной хирургической инфекции (золотистый стафилококк, кишечная палочка, палочка синезеленого гноя, протей и их ассоциации). У 30% больных высеяна антибиотикоустойчивая бакфлора. Антибактериальная терапия включала в себя направленную антибиотикотерапию, а также антисептики (диоксидин, метронидазол, метрагил). Применяли внутримышечный, внутривенный, лимфотропный и трансумбиликальный пути введения антибиотиков. С антисептичеокой, детоксикационной иммунокорректирующей целью применяли разработанный нами комплекс активной хирургической иммунокоррекции и детоксикации. Последний включал в себя последовательное применение следующих лечебных мероприятий, начиная с первого дня поступления больных с гнойным холангитом: ультрафиолетовое или лазерное облучение крови, электрохимическое окисление крови с внутривенным введением гипохлорита натрия (концентрация 300 мг\л), дискретный плазмаферез, внутривенное введение спленопада (курсом от 3 до 6 введений), озонотерапия.

Заключение. Хирургическая тактика ранних щадящих декомпрессий желчных путей, проводимая на фоне методов активной хирургической иммунокоррекции и детоксикации направленной антибиотикотерапии, позволила улучшить результаты лечения больных с гнойным холангитом и снизить летальность на 15,5%.

Скобелев В.А., Разин М.П., Игнатьев С.В.

ПРОБЛЕМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Вопреки общераспространенному мнению, портальная гипертензия нередко встречается в детской практике. Но ее причины у детей отличаются от таковых у взрослых больных. По литературным данным, у детей чаще встречается подпеченочная форма заболевания, причем врожденные формы обструкции в области воротной вены редки, а приобретенные встречаются наиболее часто. К ним могут приводить гнойные омфалиты или последствия катетеризации пупочной вены. Реже к развитию портальной гипертензии приводят хронические гепатиты (в основном

внутриутробные либо септические неонатальные). Казуистически редко в детской практике описываются случаи надпеченочной портальной гипертензии (врожденный синдром Бада-Киари).

Непростая ситуация в современной организации отечественного здравоохранения и продолжающееся обнищание сельского населения с недавних пор заставило и нашу клинику заняться лечением этой сложной патологии. За последние три года (2004 – 2006 гг.) в детской хирургической клинике Кировской ГМА нами было пролечено 9 детей с портальной гипертензией от 1 года до 15 лет (средний возраст – 5,8 лет). Из них пять мальчиков и четыре девочки. У троих их них диагностирована внутривеночная форма заболевания, у шести – подпеченочная. У всех больных заболевание дебютировало клиникой массивного пищеводного кровотечения. После его купирования, проведения различных методов диагностики (общеклинические, биохимические, сонографические методы) и предоперационной подготовки дети были пролечены хирургически. В 2004 – 2005 годах наше оперативное пособие семерым больным складывалось из комплекса паллиативно-диагностических мероприятий, выполненных в ходе единого оперативного вмешательства: 1- операция Танера, 2- денервация печеночной артерии, 3- оментогепатопексия, 4- спленэктомия, 5- прямая биопсия печени. Послеоперационный период у пролеченных больных протекал гладко, рецидив пищеводного кровотечения в течение первого года после операции наблюдался у одного мальчика, одна девочка экзерцировала вследствие острой пневмонии и постспленэктомического сепсиса в позднем послеоперационном периоде. В дальнейшем двое больных были прооперированы более радикально с наложением спленоренальных анастомозов по Разумовскому, что у детей всегда проблематично вследствие малого диаметра сосудов и, следовательно, диаметра вновь созданного анастомоза, что, в свою очередь, чревато возможностью его послеоперационного тромбирования. В одном случае так и произошло, ребенок был оперирован повторно с выполнением перевязки селезеночных артерий и созданием непрямых гепатопортальных анастомозов.

Наш небольшой опыт хирургического лечения портальной гипертензии у детей свидетельствует в пользу того, что 1) принципиальное решение этой сложной проблемы в детской хирургии разработано еще не полностью, 2) оперативное лечение детей с портальной гипертензией целесообразнее проводить в центральных специализированных клиниках, 3) случаи катетеризации пупочной вены у новорожденных должны стать крайне редкими и выполняться по единственному жизненному показанию – при необходимости проведения реанимационных мероприятий в родовом зале.

Слесаренко А.С., Власов Д.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ

Саратовский государственный медицинский университет, г. Саратов

В настоящее время в абдоминальной хирургии, как в открытой, так и в лапароскопической, основ-

ным методом гемостаза является электрохирургический. Используемые хирургами аппараты моно- и биполярной коагуляции имеют определенную серию недостатков, таких, как дымообразование, искрообразование, электротравмы пациента и персонала, дистанционные повреждения внутренних органов.

На базе клиники факультетской хирургии имени С.Р.Миротворцева во избежание вышеуказанных проблем мы используем ультразвуковой скальпель Sonosurg (Olympus Optical Co.,Ltd.,Япония), аппарат радиоволновой коагуляции Surgitron (Ellman International, США) и биполярную аппаратноуправляемую установку LigaSure (Valleylab, США).

В основе работы аппаратов лежат авангардные технологии рассеечения тканей, кумулирующие ультразвуковую вибрацию ножа (с частотой 23.5-47 кГц), механическое воздействие и выделяемую при этом тепловую энергию или же эффект преобразования электрического тока в радиоволны с выходной частотой от 2 до 4 МГц (во время работы прибора радиоволны идут от активного электрода, при помощи которого проводится рассеечение и коагуляция тканей, к пассивному электроду, рассекающее действие достигается за счет тепла, выделяемого при прохождении радиоволн в тканях).Различные комплектации приборов позволяют работать как в открытой, так и в лапароскопической хирургии.

Целью нашего исследования является изучение и сравнительный анализ использования этих приборов в условиях открытой и лапароскопической хирургии.

Нами было выполнено 69 оперативных вмешательств : 12 лапароскопических ваготомий, 20 лапароскопических аппендэктомий, 15 лапароскопических холецистэктомий. У 22 пациентов операции выполнялись открытым способом : было выполнено 4 субтотальные дистальные резекции с лимфодиссекцией по поводу рака желудка, 6 гемиколонэктомий по поводу онкологического поражения толстой кишки, при этом лапароскопически выполнялись резекции одиночных метастазов в печени, 1 мастэктомия, 8 эхинококкэктомий и 3 панкреатодуоденальные резекции.

В ходе выполнения операций установлено, что ультразвуковой скальпель целесообразно применять в зонах «деликатного» выделения структур, требующих к себе особого внимания, в т.ч.при работе в непосредственной близости от холедоха при холецистэктомии, или при мобилизации ветвей блуждающего нерва при ваготомии. При операциях по поводу опухолевого поражения толстой кишки (в нашем случае ,это гемиколонэктомия) ,мы проводили видеолапароскопию для оценки операбельности, в случае обнаружения одиночных метастазов в печени, лапароскопически проводили атипичную краевую резекцию или бисегментэктомию, с использованием 10-мм ножниц ультразвукового скальпеля, что позволило добиться хорошего гемо- и желчестаз. Далее выполнялась лапаротомия и гемиколонэктомия. Это позволило значительно снизить уровень интраоперационного кровотечения и травматизацию тканей передней брюшной стенки.

В случае паразитарного поражения печени (эхинококкоз), видеолапароскопия используется нами только для дифференциальной диагностики , «идеальную» эхинококкэктомию проводим традиционным способом, надежный гемостаз при этом впоследствии обеспе-

чиваем либо ножницами Sonosurg для открытых операций ,либо гемостатической губкой ТахоКомб.

Аппараты LigaSure и Surgitron оптимальнее использовать при мобилизации желудка или толстой кишки, в процессе пересечения и лигирования пластов ткани большой толщины, ввиду хорошей коагулирующей способности, но образования при этом относительно большой (2-5 мм) зоны теплового некроза. При работе на крупных (до 3-4 мм) артериальных и венозных сосудах, гарантированный гемостаз, без необходимости дополнительного клипирования, обеспечивается аппаратом Sonosurg, в режиме 70-80% генерации выходного сигнала.

Анализ продолжительности операций показал снижение времени операции (по сравнению с использованием диатермокоагуляции), а также значительное снижение интраоперационной кровопотери, особенно при операциях на печени и брыжейке . В связи с этим мы сделали следующие выводы : использование «альтернативных» методов обеспечивает гарантированный гемостаз, при этом достигается абсолютная электробезопасность хирурга и пациента; воздействие на соседние ткани минимизируется; сокращение времени операции связано как с использованием меньшего количества инструментов, отсутствием задымления операционного поля, так и с отсутствием потребности в дополнительном гемостазе путем клипирования или лигирования. С экономической точки зрения, что немаловажно, это приводит к снижению послеоперационного койко-дня, ускоренной реабилитации больных, а также к снижению затрат на лигирующие материалы, клипаторы и клипсы.

Считаем авангардные взаимодополняемые методы аппаратного хирургического гемостаза хорошей альтернативой электрохирургическим как в плановой, так и в ургентной лапароскопической и открытой хирургии печени ,желчевыводящей системы ,желудка и толстой кишки.

Столин А.В., Прудков М.И., Кухаркин В.Н.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛАНГИОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

*Уральская государственная медицинская академия
г. Екатеринбург*

Цель работы - показать возможности хирургического лечения холанგიолитиаза, осложненного механической желтухой с использованием технологии «открытой».

Материал исследования - отобранные «слепым» методом 137 пациентов с холанგიолитиазом, осложненным механической желтухой из оперированных в клинике в 2004- 2005 гг.

Результаты исследования. Всем пациентам с холедохолитиазом, осложненным обтурационной механической желтухой, без признаков воспаления стенки желчного пузыря была выполнена эндоскопическая декомпрессия с установлением назобилиарного дренажа. ЭРХПГ была выполнена у 110 (88,8%) больных. Камни в просвете общего желчного и общего печёночного протоков выявлялись как дефекты наполнения различного диаметра (чувствительность ЭРХПГ составила 95%). У всех 137 пациентов с меха-

нической желтухой выявлены конкременты гепатикохоледоха различных размеров, у 36 (29%) больных холедохолитиаз сочетался со стенозом большого дуоденального сосочка.

Больным холедохолитиазом, осложненным обтурационной механической желтухой и признаками воспаления стенки желчного пузыря - экстренная холецистэктомия с наружным дренированием желчных протоков из мини-лапаротомного доступа в сроки от 2 до 24 часов с момента поступления. Холецистэктомия по неотложным показаниям с вмешательством на гепатикохоледохе выполнена у 41 (33,1%) больных с механической желтухой. Холедохолитотомия всегда завершали наружным дренированием желчных путей по Керу у 25 (61%) больных или Холстеду-Пиковскому у 19 (39%).

Общая частота послеоперационных осложнений составила 8% (4 наблюдения), операционная летальность - 2% (1 пациент).

Заключение. Сочетание трансдуоденальных эндоскопических вмешательств у пациентов с холедохолитиазом, осложненным обтурационной механической желтухой, без признаков воспаления стенки желчного пузыря и операций из минилапаротомного доступа у больных с холедохолитиазом, осложненным обтурационной механической желтухой и имеющимися признаками воспаления стенки желчного пузыря позволяют оптимизировать лечебно-диагностический алгоритм и улучшить результаты лечения этой патологии.

Столин А.В.

ОТКРЫТАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Уральская государственная медицинская академия
г. Екатеринбург

Цель работы - показать возможности хирургического лечения гнойно-деструктивных форм острого калькулезного холецистита с использованием технологии «открытой» лапароскопии.

Материал исследования - отобранные «слепым» методом 400 пациентов с острым калькулезным холециститом из оперированных в клинике в 2004- 2005 гг.

Результаты исследования. Тактика лечения больных с ургентными осложнениями ЖКБ - оперативное лечение в экстренном порядке. Операция выбора - холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа. По результатам операции катаральный холецистит имел место у 96(24%) пациентов, флегмонозный - у 258(64,5%), гангренозный — 44(11%). Диагноз был подтвержден гистологически. В 168(37%) случаях острый холецистит сопровождался местным перитонитом или инфильтратом.

У 37 больных при операции не было обтурации на уровне пузырного протока, но данные интраоперационной холеграфии, позволили выявить холедохолитиаз, который и явился причиной билиарной гипертензии и вторичного необтурационного острого калькулезного холецистита. Операция была дополнена холедохолитотомией, литоэкстракцией, дренированием холедоха по Керу у 23(61,1%) больных,

у 14(33,3%) больных с патологией холедоха, но диаметром внепеченочных желчных путей менее 6 мм установлен дренаж Холстеда-Пиковского. Частота послеоперационных осложнений у 400 больных составила 4,5%(19 наблюдения), летальность - 0,5%(2 пациента).

Заключение - технология «открытой» лапароскопии позволяет в полном объеме оказать неотложную помощь пациентам с гнойно-деструктивными формами острого калькулезного холецистита, в том числе при сопутствующей патологии гепатикохоледоха.

Сысолятин А.А., Гребенюк В.В., Дудакова И.В.

К ТАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Амурская государственная медицинская академия,
г. Благовещенск

Целью исследования явился анализ в выборе наиболее информативных методов диагностики и вариантов хирургического лечения эхинококкоза печени. Несмотря на то, что хирургическое лечение эхинококкоза печени начало разрабатываться еще с конца XVIII века, до настоящего времени многие вопросы, относящиеся к выбору метода операции, обработки содержимого кист, классификации оперативных методов остаются спорными. Нет единодушия среди хирургов-гепатологов и при выборе объема оперативного пособия - чему отдать предпочтение: эхинококкэктомии, перичистэктомии или резекции печени.

Материал и методы: Наши данные основываются на результатах оперативного лечения 62 больных при эхинококкозе печени за период 1972 - 2005 годы, выполненных в клинической муниципальной больнице № 3 г. Благовещенска. Возраст больных колебался от 18 до 68 лет. Женщин было 44 (70,9%), мужчин 18 (29,1%). У 38 больных паразитарные кисты располагались в правой доле печени, у 15 - в левой доле, у 9 больных имел место множественный эхинококкоз - кисты располагались как в левой доле, так и в правой.

У 1 больного имело место сочетание эхинококковых кист (2 кисты в правой доле печени) и первичного рака правой доли печени. Размеры кист варьировали от 100 мл жидкого содержимого до 3,5 литров. У 4 (6,4%) больных было отмечено нагноение кист. У 15 (24,2%) больных выявлена кальцификация оболочек эхинококковых кист. У 3 больных развивалась обтурация желчных путей дочерними эхинококковыми пузырями.

Диагностика паразитарных поражений печени нами подразделена на 2 периода: I период - использование иммуноаллергических тестов (реакция Кацони), рентгенологических исследований и метода радиоизотопного сканирования печени (1972 - 1990 гг.). Последнее десятилетие соответствует периоду становления таких информативных методов диагностики, как эхография, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ). Эти методы с большей достоверностью позволили установить не только диагноз эхинококкоза, но и уточнить локализацию, количество и размеры кист, выявить степень их жизнеспособности, отношение их к кавальным, портальным структурам печени.

В 10 случаях для распознавания сегментарного строения печени мы использовали интраопера-

ционное ультразвуковое исследование (УЗИ). Диагностическая информативность ультразвукового исследования в выявлении паразитарных поражений печени по нашим данным составила 88%. Полученные результаты: Радикальные операции нами выполнены у 61 больного, что составило 98,3%. У 1 больного операция носила паллиативный характер в связи с тяжестью состояния, заключалась в наружном дренировании нагноившейся паразитарной кисты.

Характер радикальных операций зависел от величины кист, их месторасположения, инфицирования, кальцинирования фиброзной капсулы. У 12 (24%) больных операция заключалась в закрытой эхинококкэктомии - в полость кисты устанавливали дренажную трубку диаметром 0,5 - 0,8 см, через которую вводили паразитоцидное вещество (2% раствор формалина с экспозицией до 10 минут), затем содержимое кисты аспирировали с удалением хитиновой оболочки, иногда с частичным иссечением фиброзной капсулы. Полость кисты ушивали вворачивающимися швами, в некоторых случаях с тампонированием сальником.

2 больным выполнены типичные резекции печени: правосторонняя гемигепатэктомия. У одного больного отмечено поражение правой доли печени эхинококкозом и первичным раком, у другого больного имела место гигантская альвеококковая киста печени (до 2,0 л жидкого содержимого с крошковидными распадающимися массами). Оба больных поправились. 9 больным с краевым расположением кист выполнены атипичные резекции печени.

12 больным с кальцинированной фиброзной капсулой была выполнена тотальная перицистэктомия, т.е. удаление кисты с фиброзной капсулой. Операция трудоемкая, так как производится раздельная перевязка или разделение трубчатых структур печени, прилегающих к капсуле кисты. По данным литературы среди хирургов-гепатологов данная операция считается наиболее радикальной. С 1996 г. мы практически отказались от закрытых эхинококкэктомий с оставлением фиброзной капсулы, и перешли к выполнению перицистэктомий. До настоящего времени нами выполнено 28 этих операций.

Ликвидация остаточных полостей после цистэктомии является одной из важных проблем окончания операции. У 6 (12%) больных нам удалось устранить остаточную полость путем сближения ее стенок блоковидными швами печени. Лишь у 3 (6%) больных с нагноившимися кистами печени полость была дренирована путем марсупиализации. В остальных случаях облитерацию остаточных полостей выполняли большим сальником на питающей ножке с фиксацией его к стенкам и краям полости. В послеоперационном периоде контроль за течением заживления остаточных полостей осуществляли ультразвуковой эхолакацией.

3 (4,4%) больным с обтурацией желчных путей дочерними кистами после удаления материнской кисты выполнена санация желчного дерева, требовавшая холедохотомии.

У 1 больного с гигантской эхинококковой кистой левой доли печени, во время мобилизации ее, наступила внезапная смерть от воздушной эмболии через печеночную вену. Послеоперационная летальность составила 3,2%. Отдаленные результаты прослежены у 69% больных. Отмечено 2 рецидива развития эхинококковых кист. В одном случае рецидив диагностирован через год, в другом через 5 лет.

Заключение. Таким образом, анализируя результаты хирургической тактики эхинококкозе печени, мы пришли к заключению, что наиболее информативными методами в диагностике являются КТ, МРТ, интраоперационное УЗИ. Считаем наиболее оптимальным вариантом выбора метода операции при эхинококкозе - перицистэктомию.

Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Хожибаев А.М.,
Хашимов М.А.

**ПУТИ ЗАВЕРШЕНИЯ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА**
*Республиканский Научный Центр Экстренной
Медицинской Помощи, Узбекистан*

В настоящее время эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) прочно вошла в арсенал методов лечения холедохолитиаза. Вместе с тем в литературе недостаточно освещены вопросы санации желчных протоков от конкрементов после ЭПСТ с применением различных эндоскопических инструментов и их эффективность.

Нами изучены результаты эндоскопического лечения 454 больных с холедохолитиазом пролеченных в РНЦЭМП. Мужчин было 124 (25,7%), женщин 330 (74,3%), а возраст больных колебался от 22 до 89 лет. Все больные поступили в экстренном порядке с приступом печеночной колики. У 307 (72,6%) больных имелись признаки механической желтухи, у 129 (30,6%) - гнойного холангита и у 47 (11 %) острого панкреатита.

После ЭПСТ у 127 (27,9%) пациентов камни отошли самостоятельно. У 311 (68,5%) больного произведена литоэкстракция корзиной Dormia, что удалась у 310 больных. У 1 пациента произошло ущемление корзинки вместе конкрементом в терминальном отделе холедоха потребовавшее лапаротомии и холедохолитотомии с дренированием холедоха.

В случаях, когда размеры конкрементов холедоха оказались больше просвета терминального отдела холедоха (16 больных) прибегали к механической литотрипсии с последующей литоэкстракцией после фрагментации конкремента.

В 5 случаях в связи с невозможностью захвата конкремента в петлю механического литотриптора выполнить механическую литотрипсию не удалось. В этих случаях с целью снятия билиарной гипертензии производили эндоскопическое назобилиарное дренирование (НБД). Однако традиционный способ НБД не всегда предупреждала повторную обтурацию гепатикохоледоха. Из 5 больных после НБД у 2 отмечена атака холангита с бактериемическим шоком потребовавший экстренного вмешательства - холедохолитотомии лапаротомным доступом.

С целью предупреждения повторной обтурации конкрементом и обеспечения свободного желчеоттока при неудаляемых конкрементах, нами разработан новый способ НБД отличающееся от известного способа тем, что конец катетера имеет спиралевидную форму, тем самым предупреждает повторное вклинение камня в БДС. Применение нами данного метода у 11 больных показал его высокую эффективность выразившийся в стойком снижении би-

лирубинемии, а также показателей интоксикации у всех больных.

Приступ острого панкреатита, в виде сильных опоясывающих болей в животе сопровождающиеся рвотой и амилаземией после ЭПСТ отмечено у 3 (0,7%) больных. После проведения консервативных мероприятий голод, дезинтоксикационная терапия, введение ингибиторов протеаз и соматостатина приступ купирован

В последующем все больные перенесли НБД, оперированы в плановом порядке. Им выполнена холедохолитомия лапаротомным доступом.

Таким образом, в настоящее время ЭПСТ с литоэкстракцией остается методом выбора в лечении холедохолитиаза. Эффективность вмешательства повышается при применении по показаниям различных методов литоэкстракции. Использование назобилиарного дренажа нашей конструкции при т.н. неудаляемых конкрементах позволяет предупредить повторного вклинения конкремента и тем самым позволяет подвергнуть больных традиционному вмешательству после стихания острых явлений.

Хожибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Хакимов Б.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Республиканский Научный Центр экстренной
медицинской помощи, г. Ташкент*

Целью нашего исследования явилось изучение результатов лапароскопических холецистэктомий у больных пожилого и старческого возраста с патологией сердечно-легочной системы.

В клинике РНЦЭМП МЗ РУз, с апреля 2002г. по июнь 2006г было предпринято 1830 лапароскопических холецистэктомий по поводу различных форм калькулезного холецистита, в том числе в 451 (24,6%) случае при деструктивных формах. В 55(3%) случаях мы перешли на традиционную холецистэктомию. Мужчин было 384 (21%), женщин 1446 (79%). Возраст колебался от 18 до 78 лет, в среднем составило 46 лет. Из 451 больного с деструктивными формами острого холецистита пожилого и старческого возраста составили 210 (46,6%) больных, последние имели ряд сопутствующих сердечно-легочных заболеваний. Это, ИБС, стенокардия напряжения (94), гипертоническая болезнь (165), постинфарктный кардиосклероз (16), сахарный диабет (18), хронический бронхит (23), бронхиальная астма (5), эмфизема легких (6), пневмосклероз (1).

У 210 больных пожилого и старческого возраста длительность от начала приступа острого холецистита у 56 больных составили одни сутки, у 84 – двое суток, у 39 – трое суток, и более трех суток у 31 больных. Следует отметить, что в дооперационном периоде у 48 (23%) пациентов при УЗИ обнаружено признаки механической желтухи, всем им выполнено ЭРПХГ. Причиной желчной гипертензии явились холедохолитиаз (35), стенозирующий папиллит (10), и в 3 случаях имело место сочетание стенозирующего папиллита и холедохолитиаза. Во всех случаях исследование завершено эндоскопической папиллосфинктеротомией. Вторым этапом этим больным произведено лапароскопическая холецистэктомию.

Проведенное нами рандомизированное исследование показало взаимосвязь влияния давления в брюшной полости на частоту возникновения кардиопульмональных послеоперационных осложнений у больных с сопутствующей сердечно-легочной патологией. В 35 % случаев внутрибрюшное давление было 4-6 мм рт ст, в 65% - 10-12 мм рт ст. В группе больных старше 60 лет с тяжелой сердечно-легочной патологией при лапароскопической холецистэктомии с внутрибрюшным давлением 4-6 мм.рт.ст. послеоперационных сердечно-легочных осложнений не было. При проведении операций в условиях карбоксиперитонеума в 10-12 мм рт ст в послеоперационном периоде пневмония отмечена у 6 больных и острый коронарный синдром у 1 пациента.

Наш опыт показал, что чем раньше производится лапароскопическая диагностика и вмешательство от момента начала приступа при подозрении на деструкцию желчного пузыря у больных пожилого и старческого возраста, тем реже возникают послеоперационные осложнения. Кроме того, лапароскопическая операция дает возможность организации ранней двигательной активности пациента (через 10-12 часов после операции), что способствует раннему восстановлению перистальтики кишечника (1-2 сутки), а также является дополнительным условием снижения послеоперационных осложнений сердечно-сосудистой и дыхательной систем,

Таким образом, потеря оптимального времени для выполнения оперативного вмешательства имеет особое значение для больных пожилого и старческого возраста особенно с сахарным диабетом, у которых деструктивные изменения в стенке желчного пузыря (ЖП) могут развиваться в течении суток и даже через несколько часов от начала заболевания. У данной группы пациентов проведение лапароскопических вмешательств на фоне минимального внутрибрюшного давления позволяет сократить частоту послеоперационных осложнений.

Шарапов Ф.Э., Хожибоев А.М., Атаджанов Ш.К.

ИНТРАПЛЕВРАЛЬНАЯ АНАЛГЕЗИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Республиканский Научный Центр Экстренной
Медицинской Помощи, г. Ташкент*

Хирургические вмешательства в верхних отделах брюшной полости сопровождаются более выраженным спазмом периферических сосудов, в т. ч. вазоконстрикцией сосудов гепаточревной зоны и нарушениями перфузии печени, по сравнению с вмешательствами в нижних ее отделах [Suzuki С., et al., 1984].

Методом обезболивания, позволяющим сочетать адекватную ноцицептивную защиту пациента с минимальным лекарственным воздействием, в качестве основного компонента анестезиологического пособия, является интраплевральная аналгезия.

Цель нашей работы: изучить эффективность интраплевральной блокады как анальгетического компонента общей анестезии при операциях на желчевыводящих путях.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов исследований анестезиологических пособий при лапароскопической холецистэктомии у 58 больных в возрасте от 60 до 75 лет, которые имели ряд сопутствующих патологий. Больные по физическому состоянию соответствовали II - III классу по ASA. В зависимости от методики анестезии больные были разделены на основную и контрольную группы. Пациенты обеих групп не имели на первом этапе достоверных отличий по основным показателям гемодинамики. В основной группе проводили сбалансированную анестезию на основе вариантов интраплевральной аналгезии: индукция в анестезию дормикум 0,15 мг/кг, фентанил 3 мкг/кг, миоплегия панкурониум 0,06 мг/кг, лидокаин 2,5 мг/кг интраплеврально с ИВЛ. Поддержание анестезии фентанил 1,3 мкг/кг/час, тиопентал натрия 1 мг/кг/час. В контрольной группе: общая комбинированная анестезия с ИВЛ, индукция в анестезию дормикум 0,15 мг/кг, фентанил 3 мкг/кг, миоплегия панкурониум 0,06 мг/кг. Поддержание анестезии фентанил 3,3 мкг/кг/час, тиопентал натрия 2,3 мг/кг/час. Дозы препаратов для поддержания анестезии подбирали на основе клинических признаков адекватности анестезиологической защиты. Пункцию плевральной полости по обычной методике, оставленный катетер использовали для послеоперационного обезбоживания. Изучили: САД, ЧСС, SaO₂, проводили ЭКГ мониторинг кардиомонитором «Nihon Corden» (Япония), УО по эхокардиографии, УИ, СИ, ОПСС расчетным методом, оценивали динамику показателей КОС капиллярной крови, почасовой диурез.

Результаты и их обсуждение. Показатели гемодинамики в травматичные этапы операции в основной группе возросли УО на 22,84%, УИ на 22,25%, СИ на 18,96%, при снижении САД на 17,25%, ЧСС на 4,04%, в ОПСС 36,38%, в контрольной группе возросли УО на 7,4%, УИ на 6,44%, СИ на 2,28%, САД на 4,39%, ЧСС на 13,6 %, при снижении ОПСС 8,35%. Мониторинг ЭКГ во время анестезии и операции не выявил нарушений ритма, проводимости, ишемических изменений во время операции, а также в послеоперационном периоде, что свидетельствует об адекватности анестезии. В обеих группах не зарегистрировано существенных сдвигов метаболического компонента КОС, что косвенно говорит в пользу адекватности анестезиологической защиты. В основной группе потребление фентанила на 39,3 % меньше, чем в контрольной группе. Почасовой диурез составил в основной группе 50,3 ± 3,1 мл/час, в контрольной группе 42,4 ± 2,8 мл/час. Срок пробуждения и восстановления адекватного самостоятельного дыхания пациентов после операции в основной группе составил 20,3 ± 4,5 мин, в контрольной группе - 45,4 ± 2,7 мин, что вполне объяснимо меньшими дозами фентанила и тиопентала натрия.

Таким образом, использование интраплевральной блокады в анестезиологическом обеспечении при холецистэктомиях обеспечивает стабильную гемодинамику, способствует уменьшению расхода опиоидных анальгетиков во время операции и в послеоперационном периоде, укорачивает время выхода из общей анестезии.

Шойхет Я.Н., Устинов Г.Г., Марьин А.В.,
Шустер Л.В.

ВНУТРИВЕННОЕ И ЭНДОБИЛИАРНОЕ ВВЕДЕНИЕ РАСТВОРА НАТРИЯ ГИПОХЛОРИТА В ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

*Алтайский государственный медицинский
университет, г. Барнаул*

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения острого гнойного холангита у больных с механической желтухой, путем системного и локального применения раствора натрия гипохлорита в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Проведено проспективное рандомизированное исследование двух репрезентативных групп пациентов. В первую группу (группу сравнения) вошли 88 пациентов, которым проводилось стандартное лечение, включавшее инфузионную, детоксикационную и антибактериальную терапию (парентеральное введение антибиотиков из групп пенициллинов, цефалоспоринов, аминогликозидов, фторхинолонов и метронидазола в различных комбинациях). Вторую (основную группу) составили 94 пациента, которым в комплексном лечении дополнительно был применен 0,06% раствор натрия гипохлорита в раннем послеоперационном периоде. Основная группа была разделена на две подгруппы. Первую подгруппу основной группы составили 62 пациента, в комплексном лечении которых были применены внутривенные инфузии раствора натрия гипохлорита. Во вторую подгруппу основной группы вошли 32 больных, которым в послеоперационном периоде проводилась инстилляционная терапия раствора натрия гипохлорита в желчевыводящие пути через микроирригатор, проведенный через дренаж Вишневского, Керра или через сквозной транспеченочный дренаж.

Группы идентичны по полу, возрасту, причине обтурации, продолжительности желтухи и длительности холангита. Все больные были оперированы.

В первые трое суток после операции для лечения был применен 0,06% раствор натрия гипохлорита. Введение проводилось в центральную или периферическую вену со скоростью 40 – 60 капель в минуту. Объем инфузии составлял 400,0 миллилитров в сутки. Эндобилиарную инстилляцию (через дренаж Керра, Вишневского, сквозной транспеченочный дренаж) 0,06% раствора натрия гипохлорита проводили также в первые трое суток после операции со скоростью 40 – 60 капель в минуту. Объем инфузии составлял 400,0 миллилитров в сутки. Наряду с общеклиническим обследованием были использованы специальные методы оценки активности фагоцитоза и кислородзависимого метаболизма моноцитов и нейтрофилов.

Полученные результаты. Клиническое улучшение после внутривенного введения раствора гипохлорита натрия достигалось в первые дни введения препарата. На 3-4 сутки после операции достоверно уменьшалось (на 12,7%, $P < 0,01$) число температурящих больных. Нормализовались лабораторные показатели. Количество пациентов с нормальными показателями лейкоцитов периферической крови было на 17,9% ($P < 0,05$) больше, чем среди пациентов,

не получавших данный препарат. Средний показатель уровня фибриногена среди больных, у которых в терапии был применен гипохлорит натрия, был на 1,0 г/л ($P < 0,001$) меньше, чем в группе лиц, его не получавших. Это свидетельствует о более быстром купировании воспалительного процесса. Наибольший эффект достигался к концу курса лечения.

При исследовании иммунологических показателей выявлено, что на 3 – 4 сутки послеоперационного периода, средний показатель стимулированного НСТ-теста нейтрофилов среди больных, в лечении которых применялся раствор натрия гипохлорита, был выше на 0,14 усл. ед. ($P < 0,01$), чем у лиц, получавших обычное лечение, и на 5 – 7 сутки послеоперационного периода разница осталась неизменной – на уровне 0,14 усл. ед. ($P < 0,05$) выше, чем у лиц группы больных, которым гипохлорит натрия не применялся. Это свидетельствует о формировании стабильно высоких функциональных резервов кислородзависимого метаболизма нейтрофилов под влиянием внутривенного введения раствора натрия гипохлорита.

На 3 – 4 сутки после операции, доля лиц, у которых отмечалось угнетение фагоцитарной активности моноцитов, среди больных получавших внутривенное введение раствора натрия гипохлорита, была на 21,4% ($P < 0,05$) меньше, чем в группе лиц, получавших традиционное лечение. На 5 – 7 сутки послеоперационного периода разница количества лиц, у которых отмечалось угнетение фагоцитарной активности моноцитов, увеличилась до 23,7% ($P < 0,02$). А доля больных, у которых имело место угнетение фагоцитарной активности нейтрофилов, среди лиц, получавших внутривенное введение натрия гипохлорита, стало на 19,8% ($P < 0,05$) меньше, чем в группе пациентов, его не получавших. Это указывает на прогрессирующее подавления ингибирующего влияния аутоплазмы больных на фагоцитарную активность моноцитов и нейтрофилов под действием внутривенного введения раствора натрия гипохлорита.

В ходе исследования отмечено, что у больных, получавших внутривенные инфузии раствора натрия гипохлорита, на 3 – 4 сутки в послеоперационном периоде нивелировалось статистически значимое дооперационное превосходство показателей спонтанного и стимулированного НСТ-теста и резерва стимуляции моноцитов над аналогичными показателями группы пациентов, которым проводилась инстиляция препарата в желчевыводящие протоки (при этом резерв стимуляции моноцитов у последних резко увеличился и стал на 0,12 усл. ед. ($P < 0,05$) выше, чем у пациентов, получавших внутривенные инфузии). На 5 – 7 сутки после операции у пациентов, которым проводилось эндобилиарное введение раствора натрия гипохлорита, средние показатели спонтанного и стимулированного НСТ-теста моноцитов превысили аналогичные показатели пациентов, получавших внутривенные инфузии препарата, на 0,21 усл. ед. ($P < 0,001$) и на 0,33 усл. ед. ($P < 0,001$) соответственно. При этом разница средних показателей резерва стимуляции в группах пациентов, у которых проводилось системное и местное использование препарата, осталась стабильной. Это свидетельствует о выраженном положительном влиянии эндобилиарного введения раство-

ра натрия гипохлорита на функциональные резервы кислородзависимого метаболизма моноцитов.

Снижение количества гнойно-септических осложнений под влиянием внутривенного введения раствора натрия гипохлорита в послеоперационном периоде, отмечено только среди пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой и острым гнойным холангитом. Статистически значимых различий структуры послеоперационных гнойно-септических осложнений у больных с механической желтухой, осложненной острым холангитом на фоне злокачественной опухоли панкреатодуоденальной зоны, в первой подгруппе основной группы и в группе сравнения не выявлено.

Выводы.

Введение раствора натрия гипохлорита в послеоперационном периоде у больных механической желтухой, осложненной острым холангитом, внутривенно или в желчевыводящие протоки способствует уменьшению выраженности лихорадки, лейкоцитоза фибриногенемии, анемии.

Отмечено положительное влияние внутривенного введения натрия гипохлорита на кислородзависимый метаболизм нейтрофилов, тогда как эндобилиарное введение препарата более выражено влияет на функциональные резервы кислородзависимого метаболизма моноцитов.

Применение внутривенных инфузий раствора натрия гипохлорита в комплексном лечении больных желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой и острым гнойным холангитом, в послеоперационном периоде в отличие от его введения в желчевыводящие протоки, приводит к уменьшению общего числа послеоперационных осложнений за счет снижения количества гнойно-септических осложнений, прежде всего нагноений послеоперационной раны.

Янченко В. А., Мартусевич А. К., Жданова О. Б.*

ДИНАМИКА ТЕЗИОКРИСТАЛЛОСКОПИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИОСРЕД ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

*ГОУ ВПО Кировская государственная
медицинская академия,*

**Вятская государственная сельскохозяйственная
академия, г. Киров*

Наблюдаемая в современных медицинских исследованиях тенденция к расширению области применения кристаллографических методов изучения состава и свойств биологических жидкостей в настоящее время внедряется в паразитологию [1]. Традиционным субстратом для рассмотрения кристаллообразующих и иницирующих свойств людей и животных служит сыворотка крови, реж моча и другие жидкости [2, 3]. Представляет интерес рассмотрение диагностической роли кристаллографии при альвеококкозе, в настоящее время определяемого преимущественно на основании ультразвукового исследования, однако наиболее применимыми являются иммунологические методики. При этом имеются сведения о сравнительно невысокой чувствительности и специфичности

используемых подходов в отношении рассматриваемой патологии [1].

Целью работы является исследование динамики свободного и иницированного кристаллогенеза слюны и мочи у пациентов, страдающих альвеококкозом, в процессе хирургического лечения.

Материалы и методы исследования. Производилось изучение дегидратированных образцов ротовой жидкости и мочи 8 больных, у которых диагностирован альвеококкоз с локализацией паразита в печени. Взятие биологических жидкостей производилось за несколько дней до начала и через 2-3 дня по окончании операции. Объем оперативного вмешательства варьировал в зависимости от доли пораженной печеночной ткани. Контрольной группой являлись 55 практически здоровых людей, не имеющих какой-либо соматической и психической патологии, у которых были взяты те же биологические субстраты.

В качестве комплекса кристаллографических методов анализа биоматериала были использованы классическая кристаллоскопия (непосредственная дегидратация биосред) и дифференциальная тизиграфия (оценка влияния биожидкостей на кристаллогенез различных по составу базисных веществ – 0,9% и 10% раствор хлорида натрия, 0,1% раствор адреналина, 2% раствор новокаина, 40% раствор этилового спирта), выполняемые на одном стекле [3].

Интерпретация кристаллоскопических фаций производилась с помощью идентификационной таблицы кристаллических и аморфных структур, а также дополнительных критериев [2, 3]. Результат тизиграфического теста оценивался с привлечением системы основных и дополнительных параметров в соответствии с традиционным подходом к анализу [3].

Статистическая обработка полученных данных производилась в среде электронных таблиц Microsoft Excel 2003, а также с применением программного пакета SPSS 11.0. Достоверность выявлялась по t-критерию Стьюдента и U-критерию Манна-Уитни.

Результаты исследования.

Сформированный кристаллоскопический «паттерн» высушенных образцов слюны и мочи практически здоровых полностью соответствует полученным ранее данным [2]. В тоже время у больных с альвеококкозом печени наблюдаются значимые и достоверные отличия от уровня контрольной группы как по морфометрии кристаллоскопической фации, так и по всем примененным дополнительным критериям (таблица 1). После оперативного вмешательства происходит частичная нормализация показателей свободного кристаллогенеза слюны и мочи больных, однако значения большинства параметров не достигают контрольных цифр. Это подтверждается наличием статистически значимых различий как от исходного уровня, так и от показателей практически здоровых людей ($p < 0,05$).

Таблица 1

Результаты исследования свободного кристаллогенеза смешанной слюны и мочи у здоровых и больных испытуемых

Параметр	Моча			Слюна		
	1	2	3	1	2	3
Одиночные кристаллы						
Прямоугольники	1	3	2	4	2	3
Призмы	0-1	1	1	2	0	1
Пирамиды	0	2	0	1	1	1
Дендритные структуры						
Линейчатые	0-1	2	2	1	0	2
Прямоугольники	0-1	2	3	0-1	3	1
«Мох», «лук»	2-3	0	2	2-3	10	4
«Кресты»	0	0	0	0-1	2	0
«Хвоц»	0	0	0	0	0	1
Аморфные образования						
Размер	крупные	мелкие	средние	средние	средние	средние
Количество	мало	среднее	среднее	среднее	много	среднее
Тип взаимодействия	отгес-нение	отгес-нение	отгес-нение	налипа-ние	налипа-ние	налипа-ние
Дополнительные критерии						
Равномерность плотности (R)	4,3±0,4	1,5±0,1*	2,7±0,4+	3,8±0,4	2,1±0,2*	2,9±0,3**(+)
Ячеистость (I)	1,2±0,3	3,4±0,4*	2,5±0,3** (+)	0,8±0,3	2,6±0,4*	1,4±0,4**(+)
Степень деструкции фации	0,4±0,3	2,0±0,2*	1,4±0,2** (+)	0,5±0,3	1,9±0,2*	0,9±0,3**
Выраженность краевой зоны (K _c)	0,3±0,4	1,8±0,2*	0,6±0,3**	2,4±0,5	3,7±0,4*	2,8±0,4**

Примечание: 1 – здоровые испытуемые (контрольная группа), 2 – больные альвеококкозом до операции, 3 – пациенты после оперативного вмешательства; «*» – достоверность различий между здоровыми и больными альвеококкозом испытуемыми $p < 0,05$; «**» – достоверность между состоянием до и после оперативного лечения $p < 0,05$; «+» – достоверность различий между контрольной группой и пациентами после операции $p < 0,05$

Раздел 4. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Бакин С.А., Сухоруков В.П. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ С УСИЛЕННОЙ ДЕТОКСИКАЦИЕЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров

Анализируется опыт раннего послеоперационного лечения больных панкреонекрозом за последние 5 лет. Проблема актуальна, так как летальность при этом тяжелом заболевании может достигать 70%.

С 2001 по 2005 годы в хирургической клинике находилось на лечении 496 больных с острым панкреатитом. Из них по поводу деструктивного панкреатита (панкреонекроза) лечилось 164 пациента (33%).

По возрасту и по половому признаку пациенты располагались следующим образом: до 30 лет женщин 9 (2%), мужчин 16 (3%); в возрасте 30 – 45 лет женщины 17 (4%), мужчин 118 (24%); в возрасте 46 – 60 лет женщин 60 (12%), мужчин 175 (35%); в возрасте старше 60 лет женщин 40 (8%), мужчин 61 (12%).

Таким образом, в молодом и среднем возрасте находилось наибольшее число пациентов с абсолютным преобладанием мужчин. Можно предположить, что это связано с частым большим употреблением мужчинами в этом возрасте алкоголя. Анализ показывает, что причинами развития панкреонекроза у пациентов были: прием алкоголя 105 чел. (64%); желчно-каменная болезнь 50 чел. (30%); другие причины заболевания 9 чел. (6%).

При поступлении в хирургический стационар проводились общепринятые обследования, состоящие из общеклинического обследования, исследования активности ферментов сыворотки крови, определения сахара крови, общего белка, проведения УЗИ-исследования, в некоторых случаях КТ-исследования поджелудочной железы.

Общее тяжелое состояние больных с выраженной тахикардией и снижением АД установлено у всех 164 пациентов (100%), перитонеальная симптоматика выявлена у 46 больных (28%), парез ЖКТ - у 33 (20%), гипергликемия – у 79 пациентов (48%), острофазовые воспалительные изменения формулы крови (лейкоцитоз со сдвигом влево и др.) – у всех 164 пациентов (100%), увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации – так же у всех 164 больных (100%).

Лечение начиналось с интенсивной (комплексной, контролируемой и своевременно корригируемой) консервативной терапии. Проводимая терапия включала в себя мероприятия дезинтоксикационного, антибактериального и антиферментного лечения, назначалась гемодинамическая, микроциркуляторная и кардиотропная терапия.

При наличии деструктивного панкреатита с развитием тяжелого панкреонекроза показания к операции ставились на основании неэффективности консервативной терапии, неуклонного прогрессирования тяжести заболевания, нарастания интоксикации, сохранения постоянно высокой температуры и остро-

фазовых воспалительных изменений формулы крови (лейкоцитоз с токсичной зернистостью нейтрофилов, высокое СОЭ, сдвиг влево), при появлении и нарастании признаков разлитого перитонита и полиорганной недостаточности. Важными показателями для установления показаний к оперативному лечению были данные УЗИ и КТ, которые свидетельствовали о нарастании воспалительно-некротической инфильтрации парапанкреатической клетчатки с явлениями абсцедирования.

У всех наблюдавшихся нами больных с деструктивным панкреатитом (164 пациента) были установлены показания к хирургическому лечению.

Общая анестезия во время операций обеспечивалась тотальной внутривенной анестезией с ИВЛ.

При проведении операций выполнялись: некрэксвэстрэктомия, различные виды резекции поджелудочной железы, туалет сальниковой сумки с последующим ее дренированием и лаважем, вскрытие и дренирование парапанкреатической клетчатки Т-образным дренажом для проточного лаважа ложа железы, вскрытие и дренирование забрюшинных флегмон.

После операции все больные направлялись в палаты реанимационного отделения для проведения интенсивной послеоперационной терапии под наблюдением анестезиолога-реаниматолога с абсолютно обязательным участием хирурга.

Послеоперационная летальность составила 16%, что существенно ниже послеоперационной летальности, как по предыдущему опыту клиники, так и по сравнению с послеоперационной летальностью, известной по литературным данным.

Полагаем, что важнейшим фактором снижения послеоперационной летальности при хирургическом лечении панкреонекроза явилась проводимая нами комплексная интенсивная послеоперационная терапия. Эта терапия всегда включала совершенное обезболивание, инфузионную терапию, направленную на устранение гиповолемии, расстройств микроциркуляции и на улучшение реологических свойств циркулирующей крови, комплексную детоксикационную терапию, проведение мероприятий, обеспечивающих функциональный покой поджелудочной железе, подавление экскреторной функции поджелудочной железы, антибактериальные мероприятия, своевременную симптоматическую терапию.

Особое, центральное внимание уделялось проведению интенсивной и разнонаправленной детоксикационной терапии. Эта терапия, в частности, включала поддержание умеренной гиперволемии и интенсивного водного обмена (суточный объем инфузий достигал 80-90 мл/кг), проведение сеансов форсированного диуреза, своевременную коррекцию водно-электролитных отклонений, дозированные трансфузии аутокрови облученной ультрафиолетом по оригинальной методике, гипероксигенация переливаемых сред, широкое применение гипохлорита натрия, инфузия коллоидных растворов с выраженным детоксикационным эффектом.

Гипохлорит натрия применяли для детоксикационного воздействия на циркулирующую кровь. С этой целью гипохлорит натрия вводили в центральные вены в концентрации 600 мг/л в дозе 300 мл 2 раза в сутки и в общем объеме до 2000 мл. Для детоксикационного локального воздействия гипохлорит

натрия использовался в концентрации 900 мг/л для проточно-промывного воздействия на ложе поджелудочной железы через подведенный к нему специальный дренаж (дренаж промывали 3 раза в день, используя на каждое промывание 200 мл раствора в течение 3-5 дней).

Большое внимание уделялось и другим компонентом комплексной терапии. Так, совершенное и полное обезболивание достигалось применением наркотических и ненаркотических анальгетиков со спазмолитиками. Почти у каждого больного с высоким эффектом применялась длительная эпидуральная блокада с селективным уровнем расположения катетера (Th8-Th10). Применение эпидуральной блокады не только обеспечивало эффективное обезболивание верхнего отдела брюшной полости, но и способствовало разрешению послеоперационного пареза кишечника. При проведении инфузионной терапии в качестве коллоидов применяли препараты ГЭК (6% и 10% Инфукол и Рефортан), 10% раствор альбумина, свежемороженную плазму, реополиглюкин. Для стабилизации АД, улучшения почечного кровотока и увеличения темпа диуреза применяли инфузии микродоз дофамина или допмина. Для антибактериальной терапии применяли цефалоспорины III-IV поколения, аминогликозиды, метронидазол. С целью угнетения экскреторной функции поджелудочной железы и инактивации ферментов применяли ингибиторы протеаз (ЕАКК) и октреотид по 100 мкг 3 раза в сутки.

Полученные результаты свидетельствовали об эффективности примененных методик интенсивной терапии с усиленной детоксикацией в раннем послеоперационном периоде при хирургическом лечении панкреонекроза.

Барванян Г.М., Никитин Н.А., Головизнин А.А.
**НОВОЕ РЕШЕНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ
РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ-I
ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ**
ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров;

Коми филиал академии, г. Сыктывкар

Пенетрация язв двенадцатиперстной кишки (ДПК) в соседние органы, их низкое расположение, выраженный периульцерозный инфильтрат, наличие стеноза определяют понятие «трудная» дуоденальная язва (ТДЯ). Технические сложности выполнения при этом резекции желудка (РЖ) по Бильрот-I (Б-I) обусловлены дефицитом тканей кишки, чаще всего ее задней стенки. Большинство хирургов в условиях ТДЯ отдают предпочтение РЖ по Б-II. В то же время известно, что после РЖ по Б-I с сохранением дуоденального пассажа реже развиваются и менее выражены постгастррезекционные синдромы. Ряд авторов (А.В. Спину, 1984; В.Г. Плешков и соавт., 1995; С.В. Тарасенко и соавт., 2005) видит решение проблемы в формировании в условиях дефицита задней стенки ДПК прямого гастродуоденального анастомоза (ПГДА) за счет наложения однорядного шва на заднюю губу анастомоза. Однако в зоне рубцово-воспалительных периульцерозных изменений всегда имеется достоверное снижение кровотока по сравнению

со здоровыми смежными участками, главным же условием надежности любого анастомоза является формирование его в пределах здоровых и хорошо кровоснабжаемых тканей. Формирование ПГДА на измененных тканях ДПК может стать причиной его физической и функциональной неполноценности. Кроме того, ни один из вариантов ПГДА не обладает замыкательными свойствами. Другие авторы (К.И. Мышкин и соавт., 1982; В.Н. Чернышев и соавт., 1993; С.В. Лохвицкий и соавт., 2001) альтернативой для решения проблемы сохранения дуоденального пассажа в таких случаях считают терминолатеральный ГДА (ТЛ ГДА). Однако ТЛ ГДА, сформированный в продольном варианте, обладает всеми недостатками, присущими ПГДА. Кроме того, он создает натяжение тканей, меняет анатомию панкреатодуоденальной зоны за счет возможного перегиба головки поджелудочной железы, что может явиться причиной развития послеоперационных панкреатитов, а изменение положения ДПК за счет подтягивания ниже-горизонтальной части и нередко необходимой мобилизации кишки по Кохеру порождают развитие послеоперационного дуоденостаза (К.И. Мышкин и соавт., 1982). Лучшими свойствами по сравнению с продольным вариантом анастомоза обладает поперечный ТЛ ГДА. Основным положительным моментом его считается частичная компенсация замыкательной функции привратника. Независимо от способа формирования ТЛ ГДА, в просвете дуоденальной культи возможно образование инвагината тканей, который может служить причиной нарушения эвакуации из культи желудка вплоть до полной непроходимости анастомоза. Культи ДПК при условии ее больших размеров может сдавливать прилежащую часть культи желудка и также служить причиной эвакуаторных нарушений. В связи с изложенным дальнейшее совершенствование техники формирования поперечного ТЛ ГДА при резекции желудка в условиях ТДЯ является актуальным и требует новых оригинальных разработок.

Цель исследования. Показать новые технические возможности сохранения дуоденального пассажа при выполнении резекции желудка при ТДЯ.

Материал и методы. Нами предложен новый способ формирования поперечного ТЛ ГДА при резекции желудка при ТДЯ (положительное решение на выдачу патента РФ от 12.04. 2006г. по заявке на изобретение № 2005105471/14(006860). Способ выполняют следующим образом. После мобилизации желудка по обеим кривизмам в необходимых пределах и начального отдела ДПК до пенетрирующей язвы свободную от язвенного дефекта стенку кишки отсекают на величину полуокружности до слизистой оболочки. Без вскрытия просвета кишки острым путем производят отсепаровку слизистой оболочки от серозно-мышечной «манжетки» на высоту до 1,0 см, после чего слизистую оболочку рассекают. Со стороны просвета кишки визуализируют язвенный кратер и разрез слизистой оболочки продолжают по нижнему краю язвы, замыкая окружность «слизистого цилиндра». Полуокружность «слизистого цилиндра», фиксированную к серозно-мышечной «манжетке», отслаивают от нее. Оставшуюся непересеченной полуокружность «манжетки» пересекают. После отделения дистальной части ДПК от верхнего края язвы

накладывают зажим на привратник, желудок откидывают вверх и влево, дно язвенного дефекта при этом остается на пенетрируемом органе. Отслоенный «слизистый цилиндр» открытой дуоденальной культи ушивают отдельными узловыми швами, при этом линию швов ориентируют перпендикулярно к последующим линиям швов серозно-мышечной «манжетки» и гастродуоденоанастомоза. «Манжетку» по границам полуокружностей продольно рассекают на 2/3 высоты. Край свободной стенки «манжетки» отдельными швами подшивают по границе отсепарованной слизистой оболочки к мышечному краю противоположной стенки, разобщенной с дном язвы. К дну язвы на пенетрируемом органе подводят прядь сальника на ножке и фиксируют швами к его краям по типу оментопластики. После этого производят РЖ с формированием малой кривизны известными способами. Со стороны большой кривизны культи желудка формируют первый ряд серозно-мышечных швов поперечного ТЛ ГДА. В швы последовательно захватывают стенку желудка на расстоянии 0,5 см от линии резекции, заднюю полуокружность серозно-мышечной «манжетки» культи ДПК и ее переднюю стенку. Швы при накладывании берут на держалки и затем последовательно завязывают. Этим приемом одновременно формируют дубликатуру дуоденальной культи и наружный ряд задней губы гастродуоденоанастомоза. Нити срезают, оставляя боковые в качестве держалок. Далее выполняют поперечную дуоденотомию на одну треть окружности кишки на расстоянии 0,5 см от линии наружного ряда швов. Формируют внутренний ряд швов задней губы анастомоза отдельными узловыми серозно-подслизистыми швами). Затем аналогично, но в обратном порядке формируют сначала внутренний ряд передней губы анастомоза узловыми серозно-подслизистыми швами, затем наружный – узловыми серозно-мышечными швами. При этом количество швов на передней и задней губах анастомоза, не считая боковых, должно быть одинаковым для исключения его деформации.

Противопоказаниями к применению предложенного способа ТЛ ГДА считаем хронические нарушения дуоденальной проходимости, пенетрирующие постбульбарные язвы, расположенные на расстоянии менее 1 см от большого дуоденального сосочка, и язвы второй части ДПК.

Результаты. Предложенный способ изучен в эксперименте на беспородных собаках в сравнительном аспекте с традиционными способами, после чего применен в клинике у 23 больных с ТДЯ в возрасте от 23 до 72 лет. Мужчин было 15, женщин – 8. В раннем послеоперационном периоде у 1 больного отмечены явления анастомозита, купированные консервативно без удлинения средних нормативных сроков лечения. Еще у 1 больного рентгенологически отмечена задержка (до 90 секунд) эвакуации по ДПК с явлениями непродолжительного и небольшого по объему дуоденогастрального рефлюкса. Жалоб больной не предъявлял. У 2 больных отмечено незначительное (в 1,5 раза) повышение амилазы крови. Клинических признаков острого послеоперационного панкреатита у них не было. Умер 1 больной, оперированный на высоте профузного кровотечения из пенетрирующей дуоденальной язвы. Летальный исход у

него был обусловлен тяжелой сопутствующей патологией.

Заключение. Таким образом, предложенный способ формирования поперечного ТЛ ГДА при РЖ при ТДЯ нивелирует негативные моменты традиционных способов, способствует сохранению нормальной эвакуации из культи желудка, является профилактической мерой в отношении острого послеоперационного панкреатита и при отсутствии к нему противопоказаний успешно решает проблему сохранения дуоденального пассажа при ТДЯ.

Бахтин В.А., Чикишев С.Л., Янченко В.А
**ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ
 В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ
 КИРОВСКОЙ ГМА**

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) считается одной из самых сложных операций, выполняемых в абдоминальной хирургии. В большинстве случаев эта операция оказывается методом выбора хирургического лечения при раке головки поджелудочной железы, раке большого дуоденального сосочка (БДС), раке дистального отдела общего желчного протока, при некоторых формах хронического панкреатита.

До сих пор при этой операции сохраняется высокий уровень послеоперационных осложнений, достигающий 20 – 75% и послеоперационной летальности – 38%. В то же время пятилетняя выживаемость после ПДР может достигать 63 - 85%.

В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА в период с 1990г. по 2006г. наблюдались 70 пациентов с различными заболеваниями билиопанкреатодуоденальной зоны, которым была выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция. Из них женщин – 18 (26%), мужчин – 52 (74%). По поводу злокачественных поражений (рак головки поджелудочной железы, БДС) ПДР выполнена 51 больным, по поводу доброкачественных (хронический псевдотуморозный панкреатит и осложненные кисты головки поджелудочной железы) - 19 больным.

41 больной оперирован на фоне механической желтухи. Уровень билирубина варьировал от 59,5 мкмоль/л до 760,7 мкмоль/л, а длительность желтухи – от 2 до 4 недель. У 4 пациентов основное заболевание осложнилось кровотечением из периапулярной зоны и постгеморрагической анемией, у 6 – суб- и декомпенсированным стенозом двенадцатиперстной кишки, у 4 – вирусно-голитиазом.

Панкреатодуоденальная резекция была выполнена в различных модификациях: 56 пациентам - классическая резекция по Уипплу, из них 21 с применением разгрузочного декомпрессивного дренажа; 9 - модификация Y – образного анастомоза с раздельным наложением панкреато – и гепатикодигестивного соустья, 5 больным панкреатоюноанастомоз с применением скрытого «потерянного» дренажа. У 8 пациентов панкреатоюноанастомоз наложен конец в бок, у 56 - конец в конец, из них с инвагинацией культи поджелудочной железы – у 24 больных.

В раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 26 пациентов. Из них – внутрибрюшное кровотечение из культи поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки и кривочковидного отростка - 7; абсцессы брюшной полости – 4; панкреатит культи – 9, из них с развитием панкреонекроза и последующей несостоятельностью панкреато-еюноанастомоза – 7; несостоятельность гепатико-еюноанастомоза имела место в 2 случаях, клинически значимый гастростаз - 6; послеоперационная пневмония – 1.

В раннем послеоперационном периоде умерло 7 человек. Причинами летальных исходов являлись: несостоятельность панкреато-еюноанастомоза с развитием тяжелого перитонита – 5 больных, сочетание несостоятельности панкреато-еюно- и гепатико-еюноанастомозов – 1, массивное внутрибрюшное кровотечение – 1 больной. Послеоперационная летальность составила 10,9%.

Отдаленные результаты изучены у 54 пациентов. Изучение отдаленных результатов проводилось путем повторной госпитализации и методом анкетирования. Осложнения выявлены у 6 больных. Хронический рецидивирующий панкреатит культи с внешнесекреторной недостаточностью выявлен у 4 больных, вторичный сахарный диабет - у 2 больных.

Бобров О.Е., Мендель Н.А., Игнатов И.Н.

ПОКАЗАТЕЛИ ИНТЕНСИВНОСТИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ КАК МАРКЕР НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, клиника «Медиком», г. Киев

Исследованиями последних лет (О.Е. Бобров и соавт., 1997, 2000, В.С. Земсков и соавт., 2001) было показано, что в развитии острого панкреатита (ОП) важное значение имеют нарушения клеточных системах, связанные с процессами свободнорадикального перекисного окисления липидов (ПОЛ) в биологических мембранах. Уровень ПОЛ определяется, с одной стороны, процессами радикало- и перекисообразования, а с другой - состоянием эндогенной антиоксидантной системы (АОС) организма. При ОП возникает активация процессов (ПОЛ), проявляющаяся избыточным накоплением стационарной концентрации супероксидного анион-радикала и синглетного кислорода, повреждающих мембрану панкреатоцита, путем изменения липидов, как наиболее мобильных компонентов мембран, с образованием перекисных соединений. Концентрация активных форм кислорода регулируется благодаря наличию определенных ферментов. Так, супероксидсмутаза (СОД) и α -токоферол являются элементами ферментативной защиты клетки, которая обезвреживает супероксидные анионы путем их дисмутации в перекись водорода и триплетный кислород, которые не оказывают повреждающего действия на клеточные мембраны.

Цель исследования: Нами были проведены исследования процессов свободнорадикального ПОЛ и состояния АОС у больных ОП с целью разработки

дополнительных критериев дифференциальной диагностики интерстициальных и некротических форм ОП.

Материал и методы: Интенсивность ПОЛ и состояние АОС были изучены у 55 больных ОП и 20 практически здоровых людей (контрольная группа). Из 55 больных ОП у 30 из них был диагностирован острый некротический панкреатит (ОНП), а у 25 больных - острый интерстициальный панкреатит (ОИП). Сравнимые группы больных и контроль сопоставимы по полу и возрасту, т.е. репрезентативны.

При исследовании определяли уровень малонового диальдегида (МДА) и гидроперекисей липидов (ГПЛ), активность супероксидсмутазы (СОД), содержание α '-токоферола.

Полученные результаты: Анализ полученных данных показал, что у больных ОНП было достоверное повышение уровня МДА и ГПЛ, усиление активности СОД, снижение содержания в крови α -токоферола по сравнению с контрольной группой, а также с группой больных с ООП.

Так количество МДА у больных с ОНП составляло $8,32 \pm 0,54$ мкмоль/мл по сравнению с $5,79 \pm 0,2$ мкмоль/мл у больных с ОИП ($P < 0,05$). Показатели ГПЛ выражались в этих группах соответственно $7,09 \pm 0,27$ и $4,9 \pm 0,13$ ммоль на мг липида ($P < 0,05$). Отмечено также повышение уровня СОД у больных ОНП до $11,38 \pm 0,26$ ед. на 1 мг Нв., по сравнению с его уровнем у больных ОИП ($5,1 \pm 0,15$ ед. на 1 мг Нв.) ($P < 0,05$). Вместе с тем, содержание α '-токоферола при ОНП снижалось до $2,27 \pm 0,11$ мкг/мл. ($P < 0,05$).

Следовательно, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что показатели интенсивности ПОЛ и состояния АОС могут быть использованы, как дополнительный критерий дифференциальной диагностики интерстициальных и некротических форм ОП.

При дальнейших исследованиях на (10 - 15 сутки от момента возникновения ОП) была предпринята попытка обнаружения корреляции между объемом некротических изменений в ПЖ, определяемых в соответствии с рентгенологическими критериями Е. Balthazar (1974) и показателями интенсивности ПОЛ и состояния АОС.

Нами установлено, что у больных с ОНП показатели МДА, ГПЛ, СОД на 10-15 сутки от момента заболевания, были достоверно выше, чем у больных с ООП.

Так, у больных с ООП уровень МДА в крови составлял $7,15 \pm 0,37$ мкмоль/мл, при ОНП он увеличивался до $9,28 \pm 0,49$ мкмоль/мл ($P < 0,05$). Средний показатель ГПЛ у больных с интерстициальной формой достигал $6,05 \pm 0,31$ нмоль на мг липида, а при ОНП - $7,96 \pm 0,38$ нмоль на мг липида ($P < 0,05$). Активность СОД составляла соответственно $10,6 \pm 0,4$ и $11,94 \pm 0,46$ ед. на 1 мг Нв, а уровень α '-токоферола снижался до $2,8 \pm 0,11$ и $1,88 \pm 0,18$ мкг/мл соответственно ($P < 0,05$).

Вместе с тем, анализ данных, приведенных в таблице 2 свидетельствует о том, что средние показатели МДА, ГПЛ, СОД и α '-токоферола у больных с различными по объему поражения (варианты А, В, С, Е по Е. Balthazar, 1974) формами ОНП достоверно не отличались.

Выводы: Следовательно, показатели ПОЛ и АОС позволяют дифференцировать интерстициаль-

ные и некротические формы ОП, однако использование определения этих показателей, как критерия дифференциальной диагностики объема некротических поражений ПЖ неинформативно.

Бобров О.Е., Мендель Н.А., Вильгаш А.М.
**ПРИМЕНЕНИЕ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПА
 В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ
 НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ**

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика,

Традиционное хирургическое лечение больных с острым инфицированным некротическим панкреатитом (ОИМП) – некрсеквестрэктомия из лапаротомного и (или) люмботомического доступов с последующим формированием лапаростомы и ретролапаростомы является травматичным вмешательством и значительно увеличивает количество осложнений и послеоперационную летальность. Считаем, что применение малоинвазивных технологий для уменьшения травматичности операции - перспективное направление в хирургии острого панкреатита.

Цель исследования: изучить возможности применения ретроперитонеоскопии в хирургическом лечении больных с ОИМП.

Материал и методы: изучены результаты лечения 28 больных с ОИМП, которые находились в клинике с 2004 по 2006 годы, у которых были выполнены оперативные вмешательства. Мужчины было 21, женщин - 7, возраст больных был от 23 до 68 лет.

Больные были разделены на 2 группы. В первой группе – 17 больных проводили оперативное лечение, которое заключалось в лапаротомии, некрсеквестрэктомии, формировании лапаростомы и ретролапаростомы из люботомического разреза длиной 10-15 см на стороне поражения забрюшинной клетчатки и поджелудочной железы (слева – 9, справа – 3, с обеих сторон 5 больных). В дальнейшем больным проводились плановые некрсеквестрэктомии до ликвидации воспалительно-некротического процесса. Лапаростомы и ретролапаростомы заживали, как правило, вторичным натяжением.

Во второй группе – 11 больных для проведения операций и последующих этапных санаций использовали ретроперитонеоскоп серии «Мини - Ассистент» производства НПО «Лига-7» (Екатеринбург, Россия) в состав которого входит: рукоятка и клиновидный ретрактор со световодом, а также инструменты для операций из малых доступов.

Для санации и дренирования гнойно-септических очагов в забрюшинном пространстве производили разрезы длиной до 5–6 см в поясничной области, вводили ретроперитонеоскоп в забрюшинное пространство и под его контролем выполняли некрсеквестрэктомии. У 5 больных выполнены разрезы слева, у 1 справа, у 5 с обеих сторон.

Несмотря на то, что объем операционного пространства при использовании данной технологии в несколько раз меньше, чем при традиционной, но все это пространство располагается в зоне предстоящего оперирования и вполне доступно для выполнения необходимых манипуляций. При этом, все инст-

рументы свободны в перемещениях в пределах раны брюшной стенки и операционного поля. Общий объем травмируемых тканей при таком доступе значительно меньше, соответственно, уменьшается и общая травматичность операции. Ось операционного действия единая, а не разбита на составляющие. Угол операционного действия составляет значительную величину, а в подавляющем большинстве случаев больше критического значения 25 градусов, что обеспечивает применимость эндохирургических и открытых приемов оперирования. Ограничивающим моментом технологии остается небольшая величина раны, не позволяющая использовать прямое введение рук в рану, слишком объемные инструменты.

Полученные результаты: в первой группе умерло 3 больных, летальность составила 17,6%. У больных этой группы развились следующие послеоперационные осложнения – кишечные свищи – 3, аррозивные кровотечения – 3, формирование парапанкреатических гнойников – 2, прогрессирование сепсиса и панкреатического некроза – 4 больных, послеоперационные поясничные грыжи – у всех выживших больных (14). Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре составила 63,2 дня.

Применение технологии ретроперитонеоскопии позволило улучшить результаты хирургического лечения: летальность во второй группе составила - 9,1% (умер 1 больной). Также отмечено уменьшение количества послеоперационных осложнений: кишечных свищей не было, аррозивное кровотечение развились у 1 больного, формирование парапанкреатических гнойников – 2 пациентов, прогрессирование сепсиса и панкреатического некроза – 2 больных, послеоперационные поясничные грыжи – у 6 больных. Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре составила 47,8 дня.

Выводы: Применение малоинвазивной технологии ретроперитонеоскопии позволяет улучшить результаты лечения больных острым некротическим инфицированным панкреатитом за счет уменьшения травматичности операции, снижения частоты осложнений и сокращения длительности послеоперационного периода.

Вострикова Н.Ю., Сухоруков В.П.
**ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
 ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ
 НАСЕЛЕНИЯ ВУКТЫЛЬСКОГО РАЙОНА
 РЕСПУБЛИКИ КОМИ**

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров,

*МУ Вуктыльская центральная районная больница,
 г. Вуктыл, Республика Коми*

Цель исследования: исследовать особенности заболеваемости острым панкреатитом жителей Вуктыльского района Республики Коми, установить связь заболеваемости острым панкреатитом с социально-бытовыми и иными особенностями.

Материал и методы: проанализированы статистические данные архивов, историй болезни больных острым панкреатитом, поступивших в ВЦРБ за последние 10 лет.

Результаты исследования: Вуктыльский район расположен на северо-востоке Республики Коми.

Все больные острым панкреатитом в Вуктыльском районе Республики Коми поступают на лечение в хирургическое отделение Вуктыльской ЦРБ.

Анализ 237 историй болезни больных острым панкреатитом (15 историй болезни больных с деструктивным, остальные 222 – с отечным панкреатитом), поступивших в Вуктыльскую ЦРБ к 1 января 2004 года за 10 предшествующих лет, показал следующее. Среди наиболее частых вероятных факторов возникновения острого панкреатита фигурировали в 60,4% случаев обострение калькулезного холецистита, в 49,3% - тяжелый алкогольный эксцесс (в том числе в 15,3% с употреблением алкогольных суррогатов), в 46,2% - переедание жирной и острой пищи. Имелось как изолированное действие, так и различные сочетания действия этих и других факторов. За последние 5 лет число больных ЖКБ в Вуктыльском районе сохраняется примерно на одном уровне 14 на 1000 населения, в свою очередь растет алкоголизация населения. Несмотря на сокращение в районе численности населения более, чем на 1/3, на 34% увеличилось число больных хроническим алкоголизмом, состоящих на учете у нарколога, с 466 до 493 человек. Особенно большим оказалось увеличение числа больных хроническим алкоголизмом женщин: с 60 до 109 человек (прирост на 82%). В 1994 году на учете у нарколога состояло 17,1 больных хроническим алкоголизмом на 1000 человек населения, в 2004 – 27,5 (прирост на 61%), что связано с ухудшением материально-бытовых условий населения, повлекшим за собой неблагоприятную демографическую обстановку.

Демографическая ситуация в районе за прошедшее десятилетие резко ухудшилась. Численность населения сократилась на 34% (с 27200 до 17920 человек). Смертность, несмотря на значительное сокращение общей численности населения, возросла на 53% (со 150 до 230 человек в год). Средняя продолжительность жизни уменьшилась у мужчин с 67 до 65,5 лет, у женщин с 77,3 до 72,2 лет. Неблагоприятная демографическая обстановка связана со многими факторами: ухудшение сложившегося в советское время уклада жизни, миграционная убыль населения, утрата жизненной перспективы, мизерные пенсии у пенсионеров и зарплаты у врачей и учителей, снижение доступности медицинской помощи, сокращение общего числа рабочих мест, рост преступности и пр. Значительный рост в последние годы денежных доходов населения Республики Коми (увеличение размера государственных пенсий, оплаты труда, частичное погашение задолженности по заработной плате и др.) в целом не сопровождался значительным улучшением демографической ситуации, хотя ряд положительных сдвигов был очевиден и, в частности, повышение уровня рождаемости и снижение уровня смертности относительно среднероссийских величин.

Параллельно неблагоприятным изменениям демографической обстановки в районе ухудшалось положение с заболеваемостью острым панкреатитом.

На 1000 населения число заболевших острым панкреатитом в Вуктыльском районе составило в 1994 году 1,1 человек, в 2004 – 3,4. Соответственно, в 1994 году 1 больной острым панкреатитом приходился на 909 человек населения, в 2004 году – на 293 человек населения.

Среди пациентов, госпитализированных в Вуктыльскую ЦРБ по неотложным показаниям, число больных острым панкреатитом за 10 лет увеличилось в 2 раза: в 1994 году это было 4% пациентов, в 2004 году – 8%.

В эти же годы непрерывно возрастало число больных с деструктивными формами острого панкреатита, увеличивалась летальность больных.

Число деструктивных форм острого панкреатита на 1000 человек населения составило в 1994, 1996, 1998, 2000 и 2004 годах соответственно 0,18; 0,16; 0,20; 0,24 и 0,30.

Число умерших от острого панкреатита на 1000 человек населения составил в 1994 году 0,1, а в 2004 году – 0,3.

Поступление в течение года больных острым панкреатитом в больницу было неравномерным. Пики заболеваемости приходились на новогодние праздники, в сельской местности – на время окончания сенокоса, то есть в периоды времени, когда употребляется большое количество алкоголя и нарушается привычный режим питания; имеется связь с прибытием в район сезонных рабочих. Наиболее часто заболевание развивалось зимой – 39,2% поступлений и особенно в январе – 19,2% поступлений.

Поступление в больницу пациентов с деструктивными и осложненными формами острого панкреатита было четко связано с поздней обращаемостью за медицинской помощью. Поступления пациентов в больницу от начала заболевания и выявления деструктивных форм острого панкреатита выглядят в % соответственно следующим образом. Поступление от начала заболевания: в первые 6 часов 5% больных 0% деструктивных форм; в 7-12 часов 8,2% больных 12% деструктивных форм; 13-24 часа 29,4% больных 20% деструктивных форм, позднее 24 часов 57,4% больных 68% деструктивных форм.

В возникновении острого панкреатита была очевидной ключевая провоцирующая роль пищевого фактора и длительной тяжелой алкогольной интоксикации. Отмечена относительно низкая частота острого панкреатита у народа коми. Возможно, это связано отчасти и с тем, что для народа коми не характерно закусывать выпитый алкоголь салом, жирной пищей, жареным мясом, шашлыком, острыми закусками (хрен, горчица, аджика и т. п.), то есть - пищевыми продуктами, вызывающими сильное раздражение поджелудочной железы. Коми предпочитают употреблять в различных видах вареное мясо, имеют особое пристрастие к рыбе вареной, соленой, жареной.

У больных с деструктивными формами острого панкреатита (9 мужчин и 6 женщин) доминирующей причиной возникновения заболевания являлось длительное употребление больших доз алкоголя (запой). При наличии показаний больные с деструктивными формами перитонита были оперированы. Послеоперационная летальность составила 27%.

Заключение: Проведенное исследование позволило прийти к выводу, что главными направлениями профилактики острого панкреатита являются: повышение уровня жизни населения, борьба с алкоголизмом, перееданием, чрезмерным употреблением острой и жирной пищи после приема алкоголя. Ранее обращение за медицинской помощью – главное направление предотвращения развития деструктивных форм острого панкреатита.

Вострикова Н.Ю., Сухоруков В.П.
**РЕАМБЕРИН В КОМПЛЕКСНОЙ
 ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА
 АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия,

МУ Вуктыльская центральная районная больница,
 г.Вуктыл, Республика Коми

Рост в последние годы социального и экономического неблагополучия в обществе сопровождался повышением алкоголизации населения с увеличением заболеваемости острым панкреатитом. Поэтому в актуальной проблеме лечения острого панкреатита задача эффективного лечения острого панкреатита алкогольной этиологии приобрела особенно высокую значимость.

Цель исследования: установить целесообразность включения реамберина в стандартную схему интенсивного лечения острого панкреатита алкогольной этиологии.

Обоснование цели исследования. Этанол является универсальным клеточным ядом, он почти свободно проникает через клеточные мембраны, вызывает набухание клеток и отеки, нарушает работу внутриклеточных энзимов. В наибольшей мере страдают печень, метаболизирующая до 98% этанола, поступившего в организм, и наиболее высокоорганизованная и хрупкая ЦНС. При систематическом употреблении (алкоголизме) этанол поражает структуру и функцию всех без исключения органов и тканей. В клетках этанол подавляет митохондриальные энергопродуцирующие процессы (цикл Кребса и др.), что при тяжелом алкоголизме приводит к тотальной гипоксии и дефициту энергии. Острый панкреатит, развивающийся под воздействием алкоголя, вызывает прогрессирующий инфекционно-воспалительный эндотоксикоз, который так же в конечном счете приводит к тяжелой тотальной гипоксии и дефициту энергии. Назначение реамберина при остром панкреатите, вызванном тяжелой алкогольной интоксикацией (ситуация экзо- и эндотоксикоза), представляется весьма обоснованным.

Реамберин является сбалансированным изотоническим инфузионным препаратом 1,5% сукцината натрия и солей натрия хлорида (0,6%), калия хлорида (0,03%), магния хлорида (0,012%). Многочисленными исследованиями доказано, что реамберин (производство НТФФ «Полисан», г. Санкт-Петербург) обладает антигипоксическим и антиоксидантным действием, оказывает положительный эффект на аэробные процессы в клетках и восстанавливает их энергетический потенциал. Реамберин активизирует ферментативные процессы цикла Кребса, улучшает тканевое дыхание, повышает детоксицирующую функцию печени, нормализует кислотно-щелочной баланс и газовый состав крови.

Клинический материал и методы. Объектом исследования было 20 больных острым панкреатитом алкогольной этиологии. Было выделено две группы пациентов по 10 больных (группа сравнения и основная, опытная группа). При формировании групп соблюдалась идентичность, входивших в них больных, по возрасту (в среднем 48 лет), национальности, алко-

гольному «стажу», типу алкоголизма и форме острого панкреатита, времени поступления в стационар после возникновения острого панкреатита (около и не более 36 часов), тяжести заболевания. Показаний к хирургическому лечению (перитонит, деструктивный холецистит, неэффективность лечения) не возникло ни у одного больного. В среднем в обеих группах больных был один и тот же класс физического статуса по шкале American Society of Anaesthesiologists (ASA) и одинаковые балльные величины тяжести физиологического состояния, интегрально оцениваемой по методике РГМУ. Группа сравнения составлялась из пациентов как предшествующего, так и текущего опыта лечения. При проведении исследования придерживались принципа рандомизации, то есть случайности применения реамберина, что чаще определялось его наличием в распоряжении в достаточном количестве.

Основой лечения в обеих группах больных была традиционная интенсивная терапия. Она включала: создание функционального покоя поджелудочной железе, что достигалось назначением лечебного голодания на 2-3 суток и постоянной на этот срок назогастральной чреззондовой декомпрессией желудочно-кишечного тракта, ограничением в последующем перорального питания, локальным применением холода; эффективным обезболиванием (промедол, НПВП, новокаиновые блокады), борьбой с парезом кишечника, лечебными мероприятиями, устраняющими спазм сфинктера Одди, снижающими секрецию в поджелудочной железе, желудке и двенадцатиперстной кишке, улучшающими отток панкреатического сока и желчи в двенадцатиперстную кишку, снижением активности ферментативной токсинемии. Особое значение придавалось назначению октреатида (синтетический аналог соматостатина), который оказывает при остром панкреатите многостороннее благоприятное воздействие на состояние поджелудочной железы: блокирует экскреторную функцию, нормализует кровоток, стабилизирует мембраны секреторных клеток, оказывает моделирующее воздействие на ретикулоэндотелиальную систему и цитокиногенез. Октреатид назначали в дозе 300-600 мкг/сут с распределением на трехкратное внутривенное или подкожное введение, длительность терапии октреатидом не превышала в среднем 4 суток. В назначения включали. Практически все больные получали 2-3 сеанса дозированного переливания аутокрови, облученной ультрафиолетом.

Обязательным компонентом лечения была антибактериальная терапия (цефалоспорины последних поколений, абактал, метронидазол и др.).

Инфузионная терапия была направлена на устранение гиповолемии, улучшение микроциркуляции и детоксикацию. В первые дни она назначалась в объеме 35-45 мл/кг/сут и включала 10% раствор глюкозы с инсулином и хлористым калием, физ.раствор, коллоидные растворы (альбумин, свежемороженая плазма, препараты гидроксиэтилкрахмала и др.). При снижении диуреза производили его стимуляцию лазиксом и эуфиллином после предварительной инфузионной нагрузки.

Тошнота и рвота купировались церукалом. Для профилактики стрессовых язв больным применяли либо антагонисты H₂-рецепторов (фаматидин – «Ква-

мател» и др.), либо блокатор протонной помпы (омепразол – «Лосек»). Учитывая наличие у больных часто тяжелого алкоголизма, назначали бензодиазепины, большие дозы витаминов группы В и С, тиосульфат натрия, сернокислую магнезию, пиррацетам.

В основной (опытной) группе больных в течение 3-4-5 дней в инфузионной терапии 400 мл физраствора заменялись равным объемом реамберина.

Результаты исследования. Все больные и в контрольной, и в опытной группе в результате проведенного лечения выздоровели. Однако в опытной группе больных процессы выздоровления протекали быстрее. На 3-4 дня раньше восстанавливалась психическая адекватность и физическая активность, не отмечено случаев алкогольного психоза и психической депрессии, что наблюдалось почти у каждого третьего пациента контрольной группы. В опытной группе больных раньше стихал болевой синдром, нормализовался диурез, снижалась температура, восстанавливалась функция желудочно-кишечного тракта. Более выгодно для больных изменялись важнейшие параметры гемодинамики: ЧСС, соотношение температуры и пульса, ЦВД, среднее АД и средне-динамическое АД, среднее капиллярное давление, PАР, индекс Аллговера и Бурри, вегетативные индексы Кердо и Хильдебранта, температурный градиент.

При ежедневном динамическом определении тяжести физиологического состояния (методика РГМУ) она всегда была в опытной группе на несколько баллов ниже, чем в контрольной группе больных. Точно так же в опытной группе больных были более благоприятными изменения содержания С-реактивного белка (адекватного и высокопоказательного критерия острой фазы воспаления), лейкоцитарного индекса интоксикации, гематологического показателя интоксикации, индекса ядерного сдвига, активности АСТ и АЛТ, индекса Де Ритиса, амилазы сыворотки крови и других биохимических параметров.

Длительность госпитализации больных, получавших реамберин, была на 1-2 дня меньше, чем не получавших его.

Выводы:

1. Включение реамберина в схемы интенсивной терапии острого панкреатита алкогольной этиологии обосновано патогенетически и фармакологически.
2. Применение реамберина в схемах интенсивной терапии острого панкреатита алкогольной этиологии повышает эффективность лечения.

Гибадулин Н.В., Речапов А.Н., Фурсова О.Н.,
Федоров Д.Ю., Ерошенко В.В.
**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБОВ
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С НЕИНФИЦИРОВАННЫМ
ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ**

Томский военно-медицинский институт, г. Томск

Неуклонный рост количества больных с деструктивным панкреатитом и высокая летальность заставляют отнести эту патологию к ряду важных научно-практических и социальных проблем.

Цель исследования: Оценка эффективности проведения регионарной лимфотропной терапии в со-

четании с применением малоинвазивных хирургических технологий при оперативном лечении неинфицированных форм панкреонекроза.

Материал и методы: В работе анализируются результаты обследования и лечения 27 пациентов с мелко- и крупноочаговым панкреонекрозом. Распространенность и характер поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки верифицировали по результатам сонографии, компьютерной томографии, лапароскопии и микробиологических данных.

Для повышения эффективности комплексного лечения больных со стерильным панкреонекрозом при проведении лапароскопического дренирования забрюшинной клетчатки и брюшной полости в клинике разработан оригинальный способ катетеризации брыжейки поперечно-ободочной кишки (положительное решение о выдаче патента РФ по заявке № 2005111308/14 от 13.04.2005г). При этом через троакар диаметром 5 мм с помощью биопсийной лапароскопической иглы в корень мезоколон вводили 10 мл 0,25% раствора новокаина. Затем по каналу биопсийной лапароскопической иглы в образовавшуюся полость проводили жесткий проводник для постановки катетера, иглу извлекали, а по проводнику в брыжейку поперечно-ободочной кишки устанавливали катетер типа «Pigtail» диаметром 6 Ch. После извлечения проводника концевая часть катетера принимала кольцевидную форму, надежно фиксируясь в сформированной полости, препятствуя самопроизвольному его удалению из мезоколон. Проведенная таким образом лапароскопическая катетеризация брыжейки поперечно-ободочной кишки позволяет в послеоперационный период осуществлять регионарную лимфотропную терапию.

Все пациенты были разделены на две группы наблюдения. В 1-ю группу было включено 18 (67%) пациентов, которым при отсутствии эффективности консервативной терапии было проведено лапароскопическое дренирование забрюшинной клетчатки и брюшной полости. Во 2-ю группу были включены 9 (33,3%) больных, которым малоинвазивные операции дополнялись проведением оригинальной методики катетеризации брыжейки поперечно-ободочной кишки с последующим проведением регионарной лимфотропной терапии.

Полученные результаты. У пациентов 1-й группы в 5 (28%) случаях наблюдалась трансформация стерильного панкреонекроза в инфицированные его формы, потребовавшие у 3 больных выполнения открытых оперативных вмешательств и в 2 случаях – повторных закрытых дренирующих операций; при этом послеоперационная летальность составила 11%. У пациентов 2-й группы наблюдения гнойно-деструктивные осложнения возникли в 1 (11%) случае, что потребовало проведения лапароскопического дренирования некротического очага; летальных исходов зафиксировано не было.

Заключение: Таким образом, внедрение в клиническую практику лапароскопических технологий позволяет в большинстве случаев избежать тяжелой интраоперационной травмы, связанной с выполнением широкого вскрытия брюшной полости. В частности, у пациентов с ограниченным панкреонекрозом лапароскопическая санация и дренирование заб-

рюшинной клетчатки в сочетании с проведением в послеоперационном периоде регионарной лимфотропной терапии позволяет в подавляющем большинстве случаев избежать развития гнойно-деструктивных осложнений и, тем самым, улучшить результаты комплексного лечения данной категории больных.

Головизнин А.А., Никитин Н.А., Мальщук В.Н.,
Злобин А.И., Онучин М.А.

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров

Проблема перфоративных гастродуоденальных язв (ПГДЯ), как одного из самых грозных и опасных для жизни осложнений язвенной болезни, не утратила своей актуальности и в настоящее время. Главной причиной для беспокойства является несоответствие успехов терапевтической гастроэнтерологии, подкрепленной высочайшей научной наградой, и роста количества пациентов с осложнениями язвенной болезни. Частота ПГДЯ составляет 20%. Увеличился процент (до 40%) гигантских каллезных язв, а также сочетанных осложнений язвенной болезни, при которых паллиативное ушивание не избавляет от болезни и носит вынужденный характер во имя спасения жизни больного (Х.Т. Нишанов, 2003).

Несмотря на 125-летнюю историю поисков хирургического решения проблемы, результаты лечения пациентов с ПГДЯ сегодня не дают поводов для оптимизма: послеоперационная летальность достигает 19% (В.К. Гостишев, 2005).

Цель и задачи исследования: проанализировать причины летальности и определить факторы риска при ПГДЯ.

Материалы и методы: На базе Северной городской клинической больницы г. Кирова за период с 1997 по 2004 гг. оперирован 901 больной ПГДЯ, из них 334 (37,1%) пациентам выполнена первичная резекция желудка (РЖ), 567 (62,9%) – ушивание перфорации (УП). Мужчин было 805 (89,4%), женщин – 96 (10,6%). Возраст пациентов варьировал от 17 до 88 лет, при этом 125 (13,9%) больных были старше 60 лет. Сопутствующая патология (СП) отмечена у 198 (21,9%) больных. Язвенный анамнез отсутствовал у 453 (50,3%) пациентов. До 6 часов с момента перфорации госпитализированы 774 (86%) больных, в сроки 7-24 час – 81 (8,9%), позднее 24 час – 46 (5,1%). Локализация перфоративной язвы в желудке была у 58 (6,4%) больных, в двенадцатиперстной кишке (ДПК) – у 843 (93,6%).

Для уточнения показаний к РЖ при ПГДЯ нами проведено изучение микробизма экссудата из брюшной полости. Микробное загрязнение отмечено в 100% случаев у пациентов ПГДЯ, поступивших позднее 24 часов, и в 8% случаев в сроки от 6 до 24 часов; сомнительное микробное обсеменение выявлено в 92% случаев у больных, поступивших в сроки от 6 до 24 часов и в 55% - до 6 часов с момента перфорации; отсутствие роста бактерий наблюдалось в 45% случаев только у пациентов, поступивших до 6 часов.

Показаниями к РЖ при ПГДЯ явились: повторная перфорация язвы – у 39 (11,7%) больных; сочетанные осложнения – у 114 (34,1%); каллезный характер, большие размеры язвы передней стенки ДПК и желудочная локализация язвы – у 179 (53,6%); несостоятельность швов ушитой перфоративной язвы – у 2 (0,6%). Показанием для УП служили: малые размеры язвы, отсутствие язвенного анамнеза. Вынужденный характер УП при наличии морфологических показаний для РЖ носило при распространенном гнойном перитоните у 26 (4,6%) больных, а также у 29 (5,1%) пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

Всем больным ПГДЯ проводилась интраоперационная антибиотикопрофилактика цефалоспоридами III поколения.

Результаты. Послеоперационные осложнения (ПО) отмечены у 92 (10,2%) больных: после РЖ - у 34 (10,2%), после УП – у 58 (10,2%). ПО у 18 (2%) пациентов представлены нагноением послеоперационной раны, у 20 (2,2%) больных - внутрибрюшными осложнениями, у 54 (5,9%) ПО связаны с поражением жизненно важных органов и систем. Послеоперационная летальность (ПЛ) при ПГДЯ составила – 4,6% (41 из 901), после РЖ – 11 (3,3%), после УП – 30 (5,3%). Среди умерших больных мужчин было 28 (68,3%), женщин – 13 (31,7%); 16 (34,8%) пациентов госпитализированы позднее 1 суток; 28 (68,3%) были в возрасте старше 60 лет; у 33 (80,5%) имелась СП.

Всем 20 (2,2%) больным с внутрибрюшными ПО потребовались повторные хирургические вмешательства. После РЖ релапаротомия (РЛ) выполнена в 8 (2,4%) наблюдениях, после УП – в 11 (1,9%), в 1 наблюдении РЛ была выполнена по поводу дуоденального свища на почве недиагностированной атипичной перфорации дуоденальной язвы после вскрытия абсцесса сальниковой сумки. Показанием для РЛ после УП явились: несостоятельность ушитой перфорации – 2 случая, прогрессирование перитонита – 6, абсцессы в брюшной полости – 2, перфорация другой язвы – 1. Показаниями для РЛ после РЖ были: несостоятельность дуоденальной культи – 3 случая, абсцессы в брюшной полости – 2, панкреонекроз – 1, тромбоз в бассейне верхнебрыжечной артерии – 1, атония культи желудка – 1. В 5 наблюдениях потребовалось выполнение программированных санаций брюшной полости. Причинами летальных исходов после РЖ в одном наблюдении явился абдоминальный сепсис, в двух наблюдениях - полиорганная несостоятельность (ПОН), в 2 - прогрессирование сердечной патологии. После УП причиной гибели явились: лейкоз и перфорация другой язвы желудка – 1 наблюдение, абдоминальный сепсис - 3.

Из 38 больных, поступивших позднее 24 часов с момента перфорации язвы, УП произведено у 21 больного, РЖ - у 17. У всех 17 больных РЖ носила характер операции отчаяния (у 14 - сочетанные осложнения язвы ДПК, у 3 – атипичная перфорация язвы желудка). После РЖ умерли 2 (11,8%) пациентов старше 60 лет: от перитонита – 1, пневмонии - 1. Причинами 11 летальных исходов после УП (мужчин – 6, женщин – 5; 9 больных старше 60 лет с СП) явились: ПОН на фоне перитонита – 8, инсульт (ОНМК) – 2, пневмония – 1.

Причинами ПЛ у 19 больных с ПО со стороны жизненно важных органов и систем (мужчин - 15, женщин - 4, старше 60 лет - 12, СП - у 16, РЖ - у 4, УП - у 15) явились: после РЖ острый инфаркт миокарда - 1, пневмония - 1, ОНМК - 1, тромбоз боли легочной артерии - 1; после УП ПОН на фоне перитонита и СП - 8, пневмония - 2, ОНМК - 2, интоксикация (метастатический рак печени) - 1, лейкоз - 2.

Результаты исследования показывают, что основной причиной ПЛ при ПГДЯ являются ПОН на фоне перитонита и СП, при этом у большинства больных был минимальный объем хирургического вмешательства (УП). Большинство умерших больных были старше 60 лет - 68,3%, имели СП (80,5%). Особую угрозу для жизни представляют внутрибрюшные ПО (ПЛ возрастает до 45%) и позднее обращение больных (ПЛ - 34,7%). Внутрибрюшные ПО послужили причиной летального исхода в одинаковом проценте случаев радикальных и паллиативных хирургических вмешательств.

При анализе ПЛ выявлены следующие неблагоприятные факторы: 1) возраст старше 60 лет (ПЛ - 22,4%, 28 из 125, до 60 лет ПЛ - 1,7%); 2) сопутствующая патология (ПЛ - 16,7%, 33 из 198, без СП ПЛ - 1,1%); 3) поздняя госпитализация (до 6 часов ПЛ - 2,4%, 19 из 774, 6-24 часа ПЛ - 7,4%, 6 из 81, позднее 24 часов ПЛ - 34,7%, 16 из 46); 4) ПО (ПЛ - 39,1%, 36 из 92, без ПО ПЛ - 0,6%); 5) сочетанные осложнения язвы (ПЛ - 13,8%, 16 из 116, без сочетанных осложнений ПЛ - 3,2%).

Выводы: 1. Расширение временного интервала с момента перфорации язвы к выполнению первичной РЖ на фоне антибиотикопрофилактики не увеличивает процент ПО, не ухудшает результаты лечения ПГДЯ.

2. У больных ПГДЯ с распространенным перитонитом необходимо использовать программированные санации брюшной полости с целью профилактики развития внутрибрюшных ПО.

3. Своевременно выполненная РЛ при развитии внутрибрюшных ПО является единственным оправданным методом спасения жизни больного ПГДЯ.

4. РЖ в сроки свыше 24 часов с момента перфорации язвы при сочетании с другими осложнениями язвенной болезни, когда другие оперативные пособия невыполнимы, является оправданным адекватным хирургическим вмешательством.

Евтихова Е.Ю., Лебедева О.А., Евтихов Р.М., Гагуа А.К., Чикин А.Н.

ВАРИАНТ ЭТАПА БИЛИАРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново

В настоящее время хронический панкреатит является самой частой патологией поджелудочной железы, составляя в структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта от 5 до 10%. Особенно увеличилось число больных с осложненными формами данного заболевания, нуждающихся в хирургическом лечении. Тем не менее, до настоящего времени про-

должаются дискуссии о виде хирургического вмешательства для отдельных форм хронического панкреатита. С помощью различного вида эндоскопических и малоинвазивных чрескожных технологий или дренирующих операций у многих больных возможно снять боль, создать адекватный отток панкреатического секрета, а также желчи и устранив внутрипротоковую гипертензию, обеспечить стабилизацию процесса в поджелудочной железе. Нередко кроме выраженного фиброза головки поджелудочной железы, приводящего к механической желтухе и дуоденальному стенозу, в ней также локализуются абсцессы, кисты и конкременты. Поэтому не случайно выделяются особенно тяжелые формы хронического панкреатита, протекающие с инфекционно-септическими осложнениями, холестаазом, гастродуоденальными изъязвлениями. Доказано, что хронический панкреатит является "почвой", "ложем", "основой" для возникновения карциномы поджелудочной железы. Поэтому оставление выраженной патологии, преимущественно локализуемой в головке ПЖ, чревато реальной опасностью малигнизации и гнойно-септическими осложнениями. В этих ситуациях показана панкреатодуоденальная резекция.

Панкреатодуоденальная резекция при хроническом панкреатите на современном этапе становится распространенной операцией. Применение сандостатина в значительной степени предотвращает несостоятельность панкреатикоюноанастомоза и развитие панкреонекроза. Однако, проблемой остаётся возможная несостоятельность гепатикоюноанастомоза у больных с узким и тонкостенным общим печеночным протоком.

С 1994 по 2006 гг. нами выполнено 109 панкреатодуоденальных резекций по поводу хронического панкреатита. Среди оперированных было 99 мужчин и 10 женщин в возрасте от 32 до 61 года. Всем больным проводили обследование с обязательным включением УЗИ, компьютерной томографии и эндоскопической панкреатикохолангиографии. У 49 (46,8%) пациентов первоначально в различных лечебных учреждениях проводились определенного вида дренирующие операции, которые в дальнейшем оказались не эффективными. В зависимости от вида предыдущей операции, мы применяли варианты этапов реконструкции во время панкреатодуоденальной резекции.

Следует отметить, что у 25 (27,5%) оперированных общий печеночный был узким и тонкостенным. При этом этап проведения гепатикоюноанастомоза оказывался сложным, сопровождаясь риском возникновения его недостаточности. В первые годы проведения ПДР у двоих больных с узким и тонкостенным общим печеночным протоком возникла несостоятельность гепатикоюноанастомоза. Поэтому в этих случаях с 1996 года мы стали проводить прецизионный гепатикоюноанастомоз на каркасном дренаже, имеющим наружный диаметр до 4 мм. С этой целью проксимальный конец дренажа заводили за гепатикоюноанастомоз на 3 - 4 см, а его дистальный отдел выводили через участок кишки на переднюю брюшную стенку. На уровне анастомоза, для профилактики преждевременного выпадения дренажа, проводили дополнительную его внутреннюю фиксацию кетгутовой нитью. Созданные множествен-

ные отверстия на боковых стенках дренажа дают возможность поступления желчи не только наружу, но и в просвет кишки. Сроки дренирования варьировали от 10 до 14 дней. Ни в одном наблюдении не было отмечено несостоятельности гепатикоюноанастомоза, а в отделенном периоде (сроки наблюдения до 11 лет) среди анализированных пациентов не наступило его стриктуры.

Следовательно, при выполнении ПДР, особенно в случаях узкого и тонкостенного общего печеночного протока, использование каркасного дренажа облегчает технику прецизионного шва, обеспечивает билиарную декомпрессию и предупреждает несостоятельность билиодигестивного анастомоза. С накоплением опыта панкреатодуоденальная резекция становится эффективным методом лечения осложненных форм хронического панкреатита.

Коршунова Т.П., Никитин Н.А., Колеватых Е.П.

АССОЦИИРОВАННАЯ С ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗОМ МИКРОФЛОРА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

В настоящее время хеликобактериоз рассматривается как один из факторов, повышающих риск развития язвенных кровотечений (Н.М. Хомерики, 2003; А.В. Алекберзаде, 2004). Проведение эрадикационной терапии не всегда предотвращает рецидив геморрагии. При кровоточащих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки недостаточно изучено значение сопутствующей микрофлоры *Helicobacter pylori*.

Цель исследования: изучение особенностей ассоциированной с *Helicobacter pylori* микрофлоры у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

Материал и методы: определение Нр-инфекции было проведено у 61 больного с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Консервативное лечение проводилось у 35 пациентов. Хирургическое вмешательство было произведено 26 больным. У 43 больных язвенный процесс локализовался в двенадцатиперстной кишке, у 18 больных – в желудке. Для диагностики *Helicobacter pylori* применялись инвазивные методы: бактериологический и уреазный тест с гастробиоптатом. У не оперированных больных биоптаты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки получали при выполнении фиброгастродуоденоскопии из антрального отдела, тела желудка, области язвенного дефекта на расстоянии 1 см от его краев. Во время операции участки слизистой брали из тела и антрального отдела желудка, области язвенного дефекта на расстоянии 1 см от его краев, луковицы двенадцатиперстной кишки, проксимального и дистального краев линии резекции. Материал погружали в нейтральную транспортную среду во время доставки в лабораторию. *Helicobacter pylori* из биоптатов изолировали по стандартной методике. Посевы культивировали на селективных питательных средах в микроаэрофильных условиях с использованием газогенерирующих пакетов Campi Pack при темпера-

туре 37 градусов в течение 96 часов, идентификацию проводили в оксидазном, уреазном тестах, а также по подвижности в бульоне, устойчивости к налидиксовой кислоте. Видовую принадлежность определяли в реакции агглютинации со специфическими сыворотками. Выделение и идентификацию сопутствующей флоры выполняли по общепринятым методикам в соответствии с Приказом №535. Чувствительность к антибактериальным препаратам определяли методом серийных разведений и стандартных бумажных дисков.

Бактерии *Helicobacter pylori* были выявлены у 72,2% больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. При желудочной локализации язвенного процесса Нр-инфекция наблюдалась в 94,5% случаев, при локализации в двенадцатиперстной кишке – в 62,9%. Причем незначительная степень инфицированности хеликобактериороза составила 13,1%, умеренная – 22,9%. Значительная степень обсеменения *Helicobacter pylori* выявлена в 36,1% случаев, в основном у оперированных больных.

Полученные результаты. При язвенных гастродуоденальных кровотечениях сопутствующая хеликобактериозу микрофлора выявлена в 72,7% случаях. В группе оперированных больных ассоциированная с *Helicobacter pylori* инфекция наблюдалась у 24 (96,0%) пациентов. У 1 больного с кардиальной язвой желудка, поступившего с легкой степенью кровопотери и стабильным локальным гемостазом, оперированного в отсроченном порядке, сочетанной с *Helicobacter pylori* микрофлоры не обнаружено. У не оперированных больных ассоциированная с хеликобактериозом микрофлора установлена у 8 (42,1%) больных. При отсутствии *Helicobacter pylori* у 17 больных с язвенными кровотечениями, в том числе у одного оперированного больного в отсроченном порядке с язвой двенадцатиперстной кишки, с легкой степенью кровопотери и стабильным местным гемостазом, микрофлора высевалась в 14,3% случаях.

У всех не оперированных больных с ассоциированной *Helicobacter pylori* микрофлорой при поступлении наблюдался нестабильный вариант местного гемостаза (Forrest II B), который в последующем на фоне консервативного лечения переходил в стабильный гемостаз (Forrest II C). При этом у 3 больных выявлено сочетание *Helicobacter pylori* с *Staphylococcus aureus*, у 5 пациентов - с *Lactobacterium*. При ассоциации *Helicobacter pylori* с *Staphylococcus aureus* была диагностирована тяжелая степень кровопотери, при сочетании *Helicobacter pylori* с *Lactobacterium* определялась кровопотеря легкой и средней степени тяжести.

У оперированных больных с кровоточащими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки сочетанная с хеликобактериозом микрофлора была представлена в основном *Staphylococcus aureus* и грибами рода *Candida*. *Staphylococcus aureus* были обнаружены у 54,2% больных, грибы рода *Candida* – у 45,8% больных. Среди выделенных грибов преобладали культуры *Candida albicans*. *Staphylococcus aureus* в 11 случаях определялся в монокультуре. У 1 больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, оперированного в отсроченном порядке, *Staphylococcus aureus* был выявлен в ассоциации с *Lactobacterium* и у 1 пациента с кровоточащей язвой тела желудка и нестабильным местным гемостазом (Forrest II B) – в ассоциации с *Staphylococcus epidermidis*. Грибы рода

Candida у 10 оперированных больных были установлены в монокультуре. У 1 больного, поступившего со стабильным гемостазом (Forrest II C) в дуоденальной язве и тяжелой степенью кровопотери при отсроченном хирургическом вмешательстве грибы рода Candida были обнаружены в ассоциации с E. Coli

У всех больных при экстренных оперативных вмешательствах Staphylococcus aureus был выявлен не только в области язвенного дефекта, но и по линиям резекции желудка. При этом 5 больных были оперированы по поводу продолжающегося язвенного кровотечения (Forrest I A, I B). У 2 больных оперативное вмешательство производилось при рецидиве кровотечения в стационаре из медиастральных язв на фоне тяжелой степени кровопотери. При выполнении срочных и отсроченных хирургических вмешательств у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями Staphylococcus aureus в ассоциации с Helicobacter pylori был выделен в 31,6% случаях, грибы рода Candida – в 57,8% случаев. Наибольшая кандидозная колонизация отмечалась у больных с тяжелой степенью кровопотери.

Грибы рода Candida в ассоциациях с Helicobacter pylori имели характер вторичной инфекции, удлиняли сроки заживления язв, обладая цитолитическим воздействием на эпителий слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. Staphylococcus aureus в биоценозе с Helicobacter pylori имели более выраженную гемолитическую активность. Повышенная гемолитическая активность Staphylococcus aureus в ассоциации с Helicobacter pylori наблюдалась у 7 больных при продолжающемся кровотечении и при его рецидиве (Forrest IA, I B), а также у 5 больных, оперированных в срочном порядке при нестабильном гемостазе в язве (Forrest II A, II B). Одной из особенностей биологических свойств Staphylococcus aureus, сочетанного с Helicobacter pylori, являлась также ускоренная плазмокоагуляционная реакция (через 1-2 часа) по сравнению с монокультурой (через 4-6 часов). Большие концентрации плазмокоагулазы, циркулирующие в тканях гастродуоденальной зоны, сопровождаются развитием гипокоагуляции. В 42,8% случаев Staphylococcus aureus при сочетании с хеликобактериозом обладал анаэробным типом дыхания, что сопровождалось высокой устойчивостью Staphylococcus aureus к цефалоспорином и аминогликозидам. Наиболее эффективны были полусинтетические пенициллины (аугментин).

Заключение. Таким образом, при язвенных гастродуоденальных кровотечениях медикаментозное лечение должно включать антибактериальные препараты с момента поступления больных в стационар.

Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н.
**НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО
ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

*Кафедра факультетской хирургии СПбГПМА
г. Санкт-Петербург*

Хронический панкреатит (ХП) с протоковой панкреатической гипертензией может протекать с частыми обострениями, при которых появляются оча-

ги деструкции и гнойники как в самой поджелудочной железе (ПЖ), так и окружающей клетчатке. Заболевание может иметь постоянное, прогрессирующее рецидивирующее течение. При этом возникает вопрос о хирургическом лечении такого панкреатита. Что же делать в таких случаях? При обострении панкреатита усугубляются его многочисленные осложнения. Несмотря на протоковую панкреатическую гипертензию, панкреатикоюноанастомоз в таких условиях формировать нельзя из-за большой вероятности развития его несостоятельности. В этой связи представляется целесообразным выполнять вмешательства на панкреатическом протоке двухмоментно. Такая тактика применяется нами с 1991 года.

В течение 15 лет при ХП наружное дренирование главного панкреатического протока (ГПП) выполнено у 74 больных (12 женщин (16,2%) и 62 мужчины (83,8%) в возрасте 6-55 лет). У 6 больных (8,1%) в анамнезе была травма ПЖ, в 61 случае (82,4%) ХП имел алкогольную природу, только у 2 пациентов (2,7%) были выявлены камни в желчном пузыре, еще в 5 случаях (6,8%) причина этого заболевания осталась не выяснена. По поводу острого панкреатита ранее были оперированы 23 больных (27,4%), у 9 (12,2%) - вмешательства предпринимались по поводу осложнений ХП. Все больные оперированы в плановом порядке. Очаги деструкции ПЖ и окружающей клетчатки выявлены в 19 случаях (25,7%), нагноение псевдокист ПЖ - в 17 (23,0%), кровотечения в просвет кист - в 4 (5,4%), хронический гнойный панкреатит (гной в протоке ПЖ) - в 15 (20,3%), абсцессы ПЖ - в 10 (13,5%). У 19 больных (25,7%) имелся выпот в брюшной полости, в том числе у 5 (26,3%) - асцит-перитонит. У 5 больных (6,8%) имелись наружные и еще у четырех (5,4%) - внутренние панкреатические свищи. Практически у всех пациентов имелись признаки портальной гипертензии, у 27 (36,5%) - желчная гипертензия, а у 12 (16,2%) - нарушение гастродуоденальной проходимости.

По данным УЗИ у большинства больных выявлен кальцифицирующий ХП с протоковой гипертензией (диаметр ППЖ достигал 12 мм). Во время оперативного вмешательства наряду с опорожнением и дренированием всех гнойных очагов выполнялись поперечную панкреатикотомию (старались рассекать только переднюю стенку панкреатического протока). При этом из ГПП удаляли камни и устраняли стриктуры, после чего осуществляли его наружное дренирование. Способы такого дренирования были различными: дренирование Т-образным дренажом – 12 (16,2%), двумя дренажами (в каудальном и проксимальном направлении) - 56 (75,7%), сквозное дренирование – 6 (8,1%). У 34 (45,9%) больных одновременно выполнены вмешательства на билиарной системе. Для реинфузии желчи и поджелудочного сока формировали микрогастростому, а дистальный конец трубки проводили в нисходящую часть двенадцатиперстной кишки. Послеоперационный период у каждого десятого больного протекал тяжело, но летальных исходов не было.

После наружного дренирования главного панкреатического протока у всех больных предполагалось вторым этапом сформировать панкреатикодигестивный анастомоз. Однако в 23 случаях (31,1%) повторного вмешательства не потребовалось. После

купирования воспалительных явлений в области головки ПЖ у них восстановилась проходимость ГПП (в этой группе больных во всех случаях рассеклась только передняя стенка панкреатического протока), что подтверждалось и клинически и при фистулографии. Остальным 51 пациенту через 3-4 месяца была выполнена повторная операция. Только у одного больного пришлось выполнить резекцию хвостового отдела ПЖ, у остальных был сформирован панкреатикоеноанастомоз. Несмотря на серьезные осложнения ХП и тяжелое течение послеоперационного периода после наружного дренирования ГПП, течение послеоперационного периода после повторной операции было благоприятным. После второго этапа операции умер один пациент от диссеминированного туберкулеза легких и недренированного абсцесса головки ПЖ. Послеоперационная летальность составила 1,4%.

Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н.,
Ананьев Н.В., Белый Г.А.

ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Кафедра факультетской хирургии СПбГПМА
г. Санкт-Петербург*

Одной из наиболее ответственных, трудоемких и опасных операций в абдоминальной хирургии считается панкреатодуоденальная резекция (ПДР). Несмотря на то, что за последнее десятилетие летальность после ПДР существенно снизилась (до 3-7 % в специализированных центрах), частота послеоперационных осложнений остается на высоком уровне - 30-50 %.

Целью исследования было изучение непосредственных результатов панкреатодуоденальных резекций, выполненных при раке головки поджелудочной железы.

Материалы и методы. За последние 10 лет ПДР были выполнены 63 больным раком головки поджелудочной железы (ПЖ), у 16(25,4%) - опухоль локализовалась в крючковидном отростке ПЖ. Пациенты в большинстве случаев поступали в клинику с осложненными формами заболевания. Механическая желтуха была у 51(80,9 %) больных (из них 13(20,6 %) пациентов ранее перенесли желчеотводящие операции), при этом в 4 (из 51(7,8 %) случаях имелся гнойный холангит. Во всех наблюдениях желтуха носила прогрессирующий характер. Панкреатит выявлен в 52,4 % случаев, в том числе хронический - в 41,3 %, различные формы острого - в 11,1 % случаев.

При выделении панкреатодуоденального комплекса в 4(6,3 %) случаях выявили нетипичное строение печеночных артерий: отхождение собственной печеночной артерии от верхней брыжеечной - у двух пациентов, правой долевой артерии от верхней брыжеечной - у одного, от собственной печеночной - еще у одного больного. На высоте желтухи оперированы 10 больных. Операция завершена только наружным дренированием главного панкреатического протока (ГПП) (без наложения панкреатикоеноанастомоза) в 3 случаях.

Восстановительный этап ПДР выполняли путем последовательного формирования гастроэнтероанастомоза, гепатикоеноанастомоза и панкреатикоеноанастомоза на выключенной из пищеварения петле тощей кишки, сформированной Y-образно по Ру у 34(54,0%) и с межкишечным соустьем по Брауну у 29(46,0%) больных. При этом кишку всегда располагали позадибодочно, а желчный и панкреатический анастомозы формировали на дренажах соответствующих протоков по Фелькеру.

Результаты и обсуждение. Самым частым осложнением рака головки ПЖ была механическая желтуха. В прошлых работах мы отмечали, что операции на высоте желтухи при уровне билирубина выше 150 мкмоль/л и длительности желтухи более 2 недель были выполнены 12 больным. Они сопровождаются техническими трудностями, связанными с кровоточивостью тканей. Послеоперационный период у этих больных осложнился печеночной недостаточностью (3 пациента), внутрибрюшным кровотечением (1 пациент), кровотечением из острых язв желудка (4 больных). Умерли 4(25 %) пациента. С 1993 года одномоментные ПДР выполняли в случаях, если уровень билирубина был меньше 100 мкмоль/л (а в последние годы - меньше 150 мкмоль/л), длительность желтухи не превышала двух недель, потеря массы тела не превышала 5 кг. С учетом этих показаний были выполнены 7 ПДР без летальных исходов. В остальных случаях осуществлены двухэтапные операции с удовлетворительными результатами.

Острый панкреатит явился осложнением рака головки ПЖ у 7(11,1 %) больных. При этом у 3 пациентов во время операции был выявлен деструктивный панкреатит. В этих случаях мы отказались от наложения панкреатикоэнтероанастомоза и панкреатический проток дренировали лишь наружу и формировали гастро- или энтеростому для реинфузии панкреатического сока. Послеоперационный период при этом у 2 больных осложнился гнойным парапанкреатитом. Летальных исходов при этом не было. Повторно через 2-3 месяца был оперирован один больной, а у двух - свищ закрылся самостоятельно. Осложнений после повторной операции не было.

Хронический панкреатит, осложняющий опухоль, был выявлен во время операции у 26(41,3 %) пациентов. Из-за выраженного парапанкреатического фиброза трудности при мобилизации панкреатодуоденального комплекса возникли в 5 случаях. При этом у одной пациентки была повреждена воротная вена, что сопровождалось кровопотерей более 2 литров и еще в одном случае была пересечена общая печеночная артерия (проходимость ее была восстановлена наложением анастомоза конец-в-конец).

У 53(84,1 %) пациента опухоль распространялась за пределы ПЖ и прорастала окружающие органы и ткани. Чаще всего отмечалась инвазия терминального отдела общего желчного протока (73,0 %). Из 51 больного с механической желтухой у 48(94,1%) - имелась инвазия опухоли в проток, в остальных случаях он был сдавлен ею. У 27(42,9 %) пациентов опухоль прорастала «капсулу» ПЖ, причем в 15 из них рак локализовался в крючковидном отростке. Прорастание опухоли головки ПЖ в двенадцатиперстную кишку (ДПК) выявлено у 6(9,5 %)

пациентов, при этом механическая желтуха имела у 3 из них. Инвазия опухоли в воротную и/или верхнюю брыжеечную вены имела у 5(7,9 %) пациентов, и у 4 из них рак локализовался в крючковидном отростке, а у пятого – диаметр опухоли был 5 см. Прорастание рака головки ПЖ в печеночную и/или селезеночную артерии диагностировано у 4(6,3 %) больных, брыжейку поперечной ободочной кишки с инвазией средних ободочных сосудов – у 3(4,8 %).

Ранее мы сообщали, что при прорастании опухоли в сосуды выполняли комбинированные ПДР (с краевой и циркулярной резекцией сосудов – 9 операций). Однако, при анализе отдаленных результатов выявили, что комбинированные операции не увеличивают выживаемость больных, а послеоперационный период после таких ПДР протекает тяжелее, чем после паллиативных ПДР (продолжительность таких операций была 10,2+0,25 часов, а кровопотеря – 2157+112,8 мл, что существенно больше чем при стандартных операциях ($p < 0,05$); послеоперационные осложнения наблюдались в 77,7 % (7 больных); послеоперационная летальность составила 33,3 % (умерли 3 больных). Поэтому мы пришли к заключению, что если после пересечения ПЖ все же выявляется прорастание опухоли в сосуды – следует выполнять паллиативную ПДР. Конечно же такая операция – ошибка до- и интраоперационной диагностики – больному следовало сразу выполнять какую-либо дренирующую желчные пути операцию. Паллиативная же ПДР вынужденно выполнялась, когда остановить ход операции уже было поздно. В анализируемой группе больных комбинированных ПДР с резекцией сосудов не выполняли (хотя ранее сообщали о 9 таких операциях). Единственное, что считаем целесообразным – выполнять резекцию поперечного отдела ободочной кишки при прорастании опухоли в среднюю ободочную артерию, когда после ее перевязки наступало расстройство кровообращения этого отдела ободочной кишки. В анализируемой группе больных резекция поперечно - ободочной кишки была осуществлена в 2 случаях. Хотя вопрос о целесообразности выполнения комбинированных ПДР все меньше обсуждается в литературе, большинство авторов не являются сторонниками таких операций.

У 22(34,9 %) пациентов после ПДР имелись различные осложнения. Самым частым осложнением в послеоперационном периоде после ПДР являлись острый панкреатит культи (32,1 %) и несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза (17,4 %), которая наблюдалась только у пациентов с острым панкреатитом культи и у 1(1,6 %) из них - закончилась летальным исходом. Другие осложнения являлись как правило следствием несостоятельности ПЕА. По нашему опыту, причиной перитонита, абсцессов брюшной полости практически всегда являлся острый панкреатит культи ПЖ, он же в одном случае и был причиной летального исхода.

Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы и легких наблюдались в основном у пожилых и ослабленных больных. Достаточно высокий процент послеоперационных осложнений может быть объяснен, прежде всего, составом больных, поступающих в клинику для лечения, среди которых 57(90,5

%) – пациенты с опухолью Т3 (по классификации TNM 2002 года - Т3 – опухоль распространяется за пределы ПЖ, но не вовлекает чревную или верхнюю брыжеечную артерию), 36(57,1 %) - старше 60 лет, имели сопутствующие заболевания сердца и легких – 44(69,8 %), механическую желтуху – 51(80,9%), дефицит массы тела – 27(42,9 %).

Панкреатодуоденальная резекция – операция довольно травматичная и продолжительная, послеоперационный период, как было показано выше, нередко осложняется. Среднее время выполнения ПДР составило 5,7+0,18 часов, средняя кровопотеря - 563,3+37,8 мл, средний койко-день - 21,2+3,4. Более 30 суток после операции в клинике находились 12(19,0 %) больных.

Послеоперационная летальность при ПДР составила 3,2 %.

Летальность уменьшалась с накоплением опыта работы. Так, в первые 7 лет в послеоперационном периоде умирал каждый пятый больной. Послеоперационная летальность в период 1988-94 гг. составила 7,2 %. Потом в течение шести лет (1995-2000 гг.) летальных исходов не наблюдали. Мы считали, что это было связано с тем, что с накоплением опыта стала более совершенной техника операции, анестезиологическое обеспечение и интенсивная послеоперационная терапия, появились современные шовные материалы, лекарственные препараты, меньше стало запущенных, тяжелых больных, появились возможности выявления опухоли в дожелтушном периоде при УЗИ и КТ, научились выявлять и лечить послеоперационные осложнения. В тяжелых ситуациях, связанных с обтурационным панкреатитом стали выполнять двухмоментные операции на поджелудочной железе. Для профилактики и лечения послеоперационного панкреатита в этот период применяли сандостатин. Однако, с 2001 по 2005 гг., несмотря на соблюдение всех принципов, разработанных ранее, в послеоперационном периоде умерли 2 больных. Наверное, это связано и с тем, что показания к операции расширились для более соматически ослабленных больных, которым ранее ПДР не выполняли.

Заключение. Таким образом, рак крючковидного отростка ПЖ является наименее благоприятной локализацией при которой опухоль рано прорастает в воротную (верхнюю брыжеечную) вену и более поздно осложняется желтухой. Выполнять резекцию сосудов в таких случаях, по-видимому, нецелесообразно, а если остановить выполнение ПДР уже невозможно, то лучшие непосредственные результаты достигаются при оставлении на них части опухоли (объем R2). Комбинированные же ПДР сопровождаются большим числом интраоперационных, послеоперационных осложнений и высокой летальностью.

При наличии у больных механической желтухи, лучшие результаты получены при применении двухэтапных операций. При обработке культи ПЖ после ПДР следует подходить дифференцированно – при наличии признаков острого обтурационного панкреатита следует лишь дренировать панкреатический проток наружу.

Кукош М.В., Емельянов Н.В., Петров М.С.,
Кукош В.М.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Нижегородская государственная медицинская
академия г. Нижний Новгород*

Цель исследования: острый панкреатит и в наши дни остается одним из наиболее тяжелых заболеваний органов брюшной полости и занимает ведущее место в неотложной абдоминальной хирургии. До настоящего времени отсутствуют единые взгляды на выбор показаний к операции и сроков хирургического лечения острого панкреатита. Нами была предпринята попытка разработать диагностическую и лечебную программу для больных острым панкреатитом с целью снижения осложнений и летальности.

Материалы и методы: под нашим наблюдением в клинике факультетской хирургии НижГМА за последние 5 лет находилось 2015 больных острым панкреатитом. Внедрение в клинику современных неинвазивных диагностических методов и лапароскопии, развитие интенсивной терапии и применение новых медикаментов позволило существенно снизить летальность при этом заболевании. Полноценная диагностика острого панкреатита предполагает раннее выявление и прогнозирование течения заболевания. Нами кроме других диагностических методов применяется для диагностики и оценки тяжести течения острого панкреатита инфракрасный спектральный анализ сыворотки крови (ИКС). Полученные нами результаты позволили сделать вывод о достоверном отличии инфракрасной спектральной кривой поглощения сухой сыворотки крови больных острым панкреатитом от спектрограммы здоровых людей в диапазоне волновых чисел от 1200 до 1000 см⁻¹ (патент РФ № 2226693 от 03.02.2003). Этот метод применяется в клинике с целью ранней дифференциации больных легким и тяжелым острым панкреатитом. Изменение числовых значений параметров ИКС при остром панкреатите подтверждает гипотезу об отражении ими уровня нарушения метаболических процессов. В связи с этим выявленные нами закономерности изменения спектральных показателей сыворотки крови при различных формах острого панкреатита позволяют рекомендовать их для использования в качестве методов ранней диагностики и объективной оценки тяжести состояния больных.

Оперировано 90 пациентов по поводу деструктивного панкреатита. В зависимости от имеющейся патологии выполнялись следующие операции: лапароскопия или лапаротомия, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, холецистостомия или холецистэктомия, по показаниям выполнялись программированные релапаротомии.

Заключение. Таким образом, современный комплекс лечебных мероприятий направлен на устранение боли, обеспечение функционального покоя поджелудочной железы, детоксикацию, коррекцию органной недостаточности, борьбу с инфекционными осложнениями и пр., тем не менее, в довольно большом количестве случаев только своевременно выполненное оперативное вмешательство дает шансы

на успех лечения. Однако до того времени, пока патофизиология этого заболевания не будет изучена в той степени, которая позволит найти средства обрыва аутокаталитического каскада и его смертельных последствий, внимание врачей будет по-прежнему обращено на макроскопических проявлениях острого деструктивного панкреатита.

Мачульская И.А., Сухоруков В.П.

ОПЫТ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ

*ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров*

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является операцией высочайшего риска (Кусумьян С.А. и соавт., 2001). Послеоперационная летальность при этой операции, по данным анализа многих тысяч операций, велика и составляет в среднем 18,9% (Шалимов А.А., 1996), при этом разброс средних величин от 11% до 60% и более (Лапкин К.В. и соавт., 1991). Исключения составляют редкие клиники с минимальной или вообще отсутствующей летальностью.

Актуальность проблемы снижения риска ПДР несомненна.

Цель исследования: анализ имеющегося опыта периоперационного обеспечения ПДР, включающего новые технологии, выявление и обобщение положительных результатов и выработка на этой основе рекомендаций для снижения риска ПДР.

Исследование выполнено на базе Кировской областной клинической больницы (кафедра хирургии ИПО, зав. профессор В.А. Журавлев и кафедра госпитальной хирургии, зав. доктор мед. наук В.А. Бахтин). Анализу подвергнут опыт периоперационного обеспечения 58 ПДР, выполненных в 1995 - 2005 годах, по поводу рака головки поджелудочной железы (27 больных) и периапулярной зоны (31 больной).

Среди рассматриваемых 58 больных мужчин было почти в 2 раза больше, чем женщин (38 мужчин и 20 женщин). Возраст больных варьировал от 33 до 67 лет.

В клинической картине заболевания наиболее ярко проявлялись: болевой синдром, быстрая потеря в весе (на 5-8 кг за 1 месяц), механическая желтуха с высокой гипербилирубинемией у 49 больных (у отдельных больных - до 490 ммоль/л), гипоальбуминемия у 30 больных (менее 30 г/л). У 49 больных отмечены явления гиперкоагуляции: протромбиновый индекс находился в пределах 82-95%, уровень фибриногена 6-6,2 г/л. У всех больных отмечено повышение активности аминотрансфераз: АсАТ 60-68 ммоль/ч. л), АлАТ 79-95 ммоль/ч. л). Снижение у больных индекса De Ritis et al. до 0,76 и ниже подтверждало серьезность поражения печени.

Предоперационная подготовка проводилась в интенсивном режиме.

При наличии выраженной механической желтухи предварительно проводилась малоинвазивная (в основном - лапароскопическая) желчеотводящая операция. Хирургическая декомпрессия желчевыво-

дых путей эффективно улучшала функциональное состояние печени, уменьшала проявления эндоинтоксикации. Все это намного снижало операционно-анестезиологический риск предстоящей ПДР.

Индивидуализированно проводилась традиционная предоперационная подготовка, которая включала, по показаниям, трансфузии растворов альбумина, свежезамороженной плазмы, эритроцитарной массы или взвеси, инфузионных препаратов с детоксикационным и реологическим действием (реополиглюкин, растворы крахмала, глюкозы, физ.раствора и др.), инфузии растворов калия, аминокислот и др.

Учитывая известный факт, что основной причиной послеоперационных осложнений и летальности при ПДР является пострезекционный панкреатит, традиционную предоперационную подготовку потенцировали назначением октреатида, реамберина, и препаратов гидроксэтилированного крахмала (ГЭК) - 6% или 10% (что более эффективно) Инфукола или Рефортана.

Для антибиотикопрофилактики за 30-45 минут до операции внутримышечно или на операционном столе как компонент премедикации за 15-20 минут до разреза кожи в терапевтических дозах назначались цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтазидим и др.), фторхинолон пefлоксацин (абактал), обладающий способностью быстро проникать в ткань и сок поджелудочной железы, в том числе - и в некротизированные участки). Для антибиотикопрофилактики применяли дополнительно и метронидазол, имеющий выраженное бактерицидное действие против грамотрицательных неклостридиальных анаэробов и обладающий синергидным действием с другими антибактериальными препаратами.

Премедикация включала в основном бензодиазепины, наркотические анальгетики (промедол, фентанил) и м-холинолитик атропин. Перед вводным наркозом применяли в терапевтических дозах антагонисты H₂-рецепторов желудка (циметидин, фамотидин - квамател).

Вводный наркоз - по традиционной схеме: тиопентал-натрий или кетамин, листенон, вспомогательная и затем искусственная вентиляция легких (ИВЛ), интубация трахеи.

Поддержание анестезии: тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ и использованием кислорода, кетамина, фентанила, бензодиазепинов, ардуана.

Обеспечение операционного периода отличалось от рутинного созданием гипervолемической гемодилуции на начальном этапе операции, что достигалось внутривенной инфузией препаратов ГЭК и солевых изотонических кристаллоидов в соотношении 1 : 3 - 1 : 4, на основном этапе операции и после его завершения соотношение изменялось до 1 : 2, то есть в направлении увеличения переливания коллоидов (препаратов ГЭК и свежезамороженной плазмы). Под контролем ЭКГ и содержания калия в плазме крови применяли инфузии больших доз растворов хлористого калия. Производили инфузии энергопротектора реамберина в дозе 400-800 мл. Особое внимание уделяли интенсивной терапии октреатидом - сильнейшим ингибитором экзокринной функции поджелудочной железы. Октреатид вводили подкожно в дозе 0,1 мг непосредственно перед операцией, затем внут-

ривенно капельно со скоростью 3,5 мг/кг/час время операции за 10-15 минут до пересечения поджелудочной железы и до конца операции, а в дальнейшем по 12 часов в течение 3-5 послеоперационных дней.

Эритроцитсодержащие среды во время операций не переливали, так как объем операционной кровопотери во всех случаях был не существенный. Перед зашиванием брюшной полости внутривенно вводили 5000 ед гепарина и, убедившись в отсутствии возникновения кровотечения, операционную рану ушивали.

Обеспечение послеоперационного периода имело такие отличительные особенности как проведение глубокой аналгезии (применяли опыты с НПВП), назначение комбинированной антибиотикопрофилактики (назначали цефалоспорины III поколения, фторхинолоны, метронидазол; при угрозе панкреонекроза - включали в этот комплекс цефалоспорин IV поколения цефепим), применение, как уже ранее указано, больших доз октреатида, назначение суммарно большого объема переливаний - до 70 мл/кг/сут (обусловлено большими потерями после операции лимфы и других жидкостей из ложа поджелудочной железы), включение в схему инфузионной терапии препаратов ГЭК и реамберина, обязательная в течение минимум 3 дней профилактика стрессовых язв посредством назначения антагонистов H₂-рецепторов (квамател), а в последнее время - блокаторов протонной помпы (омепразол), назначение гепарина для профилактики тромботических осложнений. Минимум на 3 послеоперационных дня обязательно установление постоянного назогастрального зонда.

Всесторонний мониторинг состояния больного (ЧСС, АД, ЦВД, диурез, ЭКГ, пульсоксиметрия, коагулограмма, гликемия, гемоглобин крови, биохимические параметры, объем и характер отделяемого по гастродуоденальному зонду и дренажам и др.) был постоянно в центре внимания, что позволяло в известной мере управлять состоянием больного.

Комплекс представленных мероприятий периоперационного обеспечения ПДР способствовал значительному улучшению их исходов в сравнении с предшествующим опытом.

Никитин Н.А., Бакулин П.С.

**АЛГОРИТМ
ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЙ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ
РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА В УРГЕНТНОЙ
ХИРУРГИИ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ПИЛОРОДУОДЕАЛЬНЫХ ЯЗВ**

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Резекция желудка, оставаясь одной из наиболее широко применяемых операций в ургентной хирургии пилородуоденальных язв (ПДЯ), характеризуется высоким процентом ранних и поздних послеоперационных осложнений, низкими показателями качества жизни оперированных больных (Крылов Н.Н., 1997; Doberneck R.C., 1993). Это связано с повышением в последнее десятилетие технической

сложности хирургического лечения язв данной локализации, обусловленной ростом частоты встречаемости сочетанных осложнений ПДЯ, которая по данным литературы варьирует от 30 до 63% (Лобанков В. М., 2005; Тарасенко С.В. и соавт., 2005). Ситуация осложняется отсутствием единого мнения относительно роли хронических нарушений дуоденальной проходимости (ХНДП) в развитии и прогрессировании сочетанных осложнений ПДЯ и подходов к хирургической тактике, позволяющей обоснованно произвести выбор оптимального объема хирургического вмешательства у urgentных больных с данной патологией (Жерлов Г.К. и соавт., 2005; **Репин В. Н., Репин М. В., 2005**). В связи с этим вопросы индивидуализации хирургической тактики в urgentной хирургии сочетанных осложнений ПДЯ остаются актуальными.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения urgentных больных с сочетанными осложнениями ПДЯ путем применения алгоритма индивидуализированной хирургической тактики при резекции желудка.

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов хирургического лечения 210 больных, которым в период с 1997 по 2005г.г. в Северной городской клинической больнице г. Кирова по urgentным показаниям были выполнены резекции желудка по поводу сочетанных осложнений ПДЯ.

Основную группу составили 112 пациентов, у которых резекции желудка выполнялись с применением алгоритма индивидуализированной хирургической тактики. Алгоритм включает интраоперационную диагностику и обоснованную коррекцию ХНДП, выбор способа исключения ДПК из пассажа пищи (Бильрот-II или Ру) в зависимости от их наличия и выраженности, оценку категории сложности мобилизации начального отдела ДПК и в зависимости от этого выбор типа резекции желудка и оптимального способа обработки дуоденальной культи (ДК) при ее формировании. Резекция желудка по Бильрот-I с терминотерминальным анастомозом выполнена в 3 случаях, по Бильрот-I с терминолатеральным поперечным анастомозом – в 2, по Бильрот-II с поперечным анастомозом – в 104, и по Ру – в 3.

Группу сравнения составили 98 пациентов, у которых выбор способа и типа резекции желудка, а также способа ушивания ДК определялся техническими возможностями и стереотипными взглядами хирургов. Резекция желудка по Бильрот-I с терминотерминальным анастомозом выполнена в 2 случаях, по Бильрот-I с терминолатеральным анастомозом – в 2, по Бильрот-II с поперечным анастомозом – в 92 и по Ру – в 2.

Кровотечение в качестве urgentного осложнения отмечено у 65(58%) больных основной и 45(45,9%) – группы сравнения, перфорация – у 42(37,5%) и 50(51%) больных, сочетание кровотечения и перфорации – у 5(4,5%) и 3(3,1%) больных соответственно. Наиболее частым сочетанным осложнением была пенетрация язвы, отмеченная в основной группе у 79(70,5%) больных, в группе сравнения – у 58(59,1%). У 33(29,5%) больных основной группы и 23(23,5%) больных группы сравнения пенетрация сочеталась со стенозом. Стеноз в качестве сочетанного осложнения, включая случаи комбинаций с пенетрацией, отмечен по 63 наблюдения в каж-

дой группе, что составило 56,3% и 64,3% соответственно.

Диагностику ХНДП и их стадии проводили с использованием разработанных в клинике алгоритма диагностики и шкалы балльной оценки признаков ХНДП (Н.А. Никитин, 2001). Оценку категории сложности мобилизации начального отдела ДПК осуществляли с использованием классификации Guarneri et al. (1980), согласно которой к трудным дуоденальным язвам относятся язвы с 3-й и 4-й категориями сложности мобилизации, а формируемые при этом ДК относятся к разряду трудных культей.

Основные положения алгоритма индивидуализированной хирургической тактики при резекции желудка в urgentной хирургии сочетанных осложнений ПДЯ выглядят следующим образом.

1. При выборе способа резекции желудка сохранение дуоденального пассажа допускается только в случаях отсутствия признаков ХНДП и трудной дуоденальной язвы. Операцией выбора является резекция желудка по Бильрот-I, предпочтительнее с формированием терминолатерального поперечного анастомоза.

2. Наличие ХНДП во всех случаях является показанием для исключения ДПК из пассажа пищи, и требует выполнения резекции желудка по Бильрот-II с поперечным анастомозом или Ру, что определяется стадией ХНДП.

3. При ХНДП в стадии IA их коррекции не требуется, при ХНДП в стадиях IB, IА и IВ при отсутствии трудной ДК в зависимости от причины нарушений показано рассечение связки Трейтца или варианты дуоденоюностомии (ДЕС).

4. Варианты ДЕС показаны во всех случаях ХНДП, вызванных органической артериомезентеральной компрессией ДПК.

5. Резекция желудка по Ру показана при ХНДП в стадии IВ при трудной ДК, а также при ХНДП в стадии III и во всех случаях должна дополняться рассечением связки Трейтца.

6. Резекция желудка с полным унесением язвы (радикальный тип) показана при 1-й и 2-й категории сложности мобилизации начального отдела ДПК, либо при неглубоких пенетрирующих язвах верхнебульбарного ее отдела. Экстерриторизирующий тип резекции желудка показан при глубоких пенетрирующих язвах верхнебульбарного отдела ДПК, а также во всех случаях пенетрирующих язв ее нижнебульбарного и постбульбарного отделов.

7. Резекция желудка на выключение язвы оправдана только при постбульбарных пенетрирующих язвах, когда их удаление или экстерриторизация сопровождаются высоким риском травматизации близлежащих органов. При этом предпочтение следует отдавать подпривратниковому варианту резекции желудка на выключение язвы с аппаратной обработкой ДК.

8. Закрытые способы обработки ДК показаны при язвах луковицы ДПК 1-й и 2-й категорий сложности мобилизации и при пенетрирующих верхнебульбарных язвах с возможностью мобилизации стенки кишки ниже зоны пенетрации без вскрытия язвенной ниши. При этом предпочтение следует отдавать аппаратным способам обработки.

9. Открытые способы обработки ДК показаны при глубоких пенетрирующих язвах верхнебульбар-

ного отдела ДПК и в большинстве случаев пенетрирующих язв ее нижебульбарного и постбульбарного отделов. При этом предпочтение следует отдавать способам строго послойного ушивания стенок кишки и пластическим.

Результаты. Ранние послеоперационные осложнения в 1-й группе составили 22(19,6%) случая, во 2-й – 39(39,8%) ($p < 0,05$). Среди них перитонит отмечен у 3(2,7%) пациентов основной и 7(7,1%) пациентов группы сравнения. При этом у 5 из 7 пациентов группы сравнения причиной перитонита была недостаточность швов ДК. Острый панкреатит в послеоперационном периоде наблюдался у 1(0,9%) пациента основной и у 2(2%) пациентов группы сравнения. Послеоперационная летальность в основной группе составила 4 случая (3,6%), в группе сравнения – 13 случаев (13,3%) ($p < 0,05$). Изучение качества жизни больных с помощью опросника GQLI в сроки от 1 года до 8 лет после операции показало достоверно более высокий уровень качества жизни пациентов основной группы.

Заключение. Таким образом, предложенный алгоритм индивидуализированной хирургической тактики при резекции желудка у urgentных больных с сочетанными осложнениями ПДЯ дает достоверно лучшие непосредственные и отдаленные результаты, что позволяет рекомендовать его для применения в широкую хирургическую практику.

Пиникер Л.А., Никитин Н.А., Садыкова М.А.,
Головизнин А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ САНДОСТАТИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ШВОВ ДУОДЕНАЛЬНОЙ КУЛЬТЫ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, СОЧЕТАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров,

Коми филиал академии, г. Сыктывкар

Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) в последние годы все больше становится хирургией острых осложнений (перфорация, кровотечение). Подобная ситуация закономерно ведет к увеличению процента больных с сочетанными осложнениями и, как следствие, трудными язвами как желудка, так и ДПК. В арсенале хирургических методов лечения этой категории больных резекция желудка по Бильрот-II остается одной из наиболее широко применяемых операций. Однако количество ранних осложнений и послеоперационная летальность после этой операции продолжают оставаться недопустимо высокими.

Наиболее грозными ранними осложнениями резекции желудка по Бильрот-II являются недостаточность швов дуоденальной культи и послеоперационный панкреатит. Ведущей причиной развития этих осложнений, по мнению большинства авторов, выступает внутридуоденальная гипертензия, неред-

ко имеющаяся у больного еще до операции и обусловленная хроническими нарушениями дуоденальной проходимости (ХНДП), частота встречаемости которых при язвенной болезни, по данным разных авторов, варьирует от 10% до 98%. В этой связи интраоперационные и послеоперационные мероприятия, направленные на снижение внутридуоденального давления, выступают в качестве мер профилактики указанных осложнений.

К интраоперационным мерам в первую очередь следует отнести выполнение корригирующих операций при выявлении ХНДП. В послеоперационном периоде целесообразно назначение препаратов, напрямую или опосредованно снижающих внутридуоденальное давление. Одним из таких препаратов в последние годы является широко применяемый для лечения острого панкреатита сандостатин или его синтетический аналог – октреотид. Снижая секреторную функцию поджелудочной железы, он уменьшает объем поступающей в ДПК жидкости и, следовательно, снижает внутридуоденальное давление.

Цель исследования: Изучить течение послеоперационного периода у больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II по поводу язвенной болезни желудка и ДПК, протекающей на фоне ХНДП, при включении сандостатина (октреотида) в комплексную профилактику недостаточности швов дуоденальной культи и послеоперационного панкреатита.

Материал и методы. В основу работы положен анализ непосредственных результатов хирургического лечения 165 больных, которым в период с 2001 по 2005г.г. были выполнены резекции желудка по Бильрот-II по поводу острых осложнений (кровотечение, перфорация) язвенной болезни, протекающей на фоне ХНДП. Диагностику ХНДП проводили с использованием алгоритма диагностики и шкалы балльной оценки признаков ХНДП, предложенных Н.А. Никитиным. От общего числа больных с острыми осложнениями язвенной болезни, оперированных в эти годы (207 больных), пациенты с ХНДП составили 79,5%. Всем больным резекция желудка была дополнена рассечением связки Трейтца.

Основную группу составили 76 пациентов, которым комплексная профилактика недостаточности швов дуоденальной культи и послеоперационного панкреатита проводилась с применением сандостатина (октреотида).

Группу сравнения составили 89 пациентов, у которых сандостатин (октреотид) с указанной целью не применялся.

Кровотечение в качестве urgentного осложнения отмечено у 58 (76,3%) больных основной и 66 (74,2%) – группы сравнения, перфорация – у 18 (23,7%) и 23 (25,8%) больных соответственно. В основной группе желудочная локализация язвенного процесса была у 21 (27,6%) больного, дуоденальная – у 46 (60,5%), двойная локализация – у 6 (7,9%), пептические язвы гастроэнтеро- или гастродуоденоанастомоза – у 3 (3,9%). В группе сравнения больных с язвенной болезнью желудка было 25 (28,1%), двенадцатиперстной кишки – 56 (62,9%), двойной локализацией язв – 6 (6,7%), с пептическими язвами анастомозов – 2 (2,2%). Сочетанные с основным, другие осложнения язвенной болезни в основной группе наблюдались у 51 (67,1%) больного, в группе сравнения – у 55 (61,8%).

Сандостатин (октреотид) больным основной группы применялся в дозе 100 мкг внутривенно во время премедикации и по 100-200 мкг внутривенно или подкожно через каждые 8 часов в послеоперационном периоде в течение 4-5 дней.

Больным обеих групп во время операции ставили назодуоденальный зонд для измерения внутридуоденального давления. Измерение давления осуществляли с помощью использовали манометра, градуированного в мм водного столба. Первое измерение давления проводили тотчас после лапаротомии, второе – по завершении резекции желудка, третье – через 1 час после операции, все последующие – два раза в день (утром и вечером) в течение 4-5 дней.

Результаты. Интраоперационное измерение внутридуоденального давления у больных группы сравнения позволило подтвердить возможность диагностики ХНДП на основе алгоритма диагностики и шкалы балльной оценки отдельных признаков. При этом выявлена отчетливая корреляция между выраженностью признаков ХНДП и показателями давления. У 62 (69,7%) больных давление составило 150-300 мм водн. ст., у 5 (5,6%) оно превышало 300 мм водн. ст. В основной группе введение сандостатина (октреотида) во время премедикации не позволило проводить указанные параллели.

В послеоперационном периоде у больных основной группы внутридуоденальное давление выше 150 мм водн. ст. отмечено в первые 3-е суток у 2 (2,6%) больных, в 4-е – у 4 (5,3%), в 5-е – у 8 (10,5%).

В то же время в группе сравнения внутридуоденальное давление выше 150 мм водн. ст. в 1-е сутки отмечено у 57 (64%) больных, во 2-е – у 53 (59,5%), в 3-и – у 54 (60,6%), в 4-е – у 47 (52,8%), в 5-е – у 48 (53,9%).

В раннем послеоперационном периоде у 19 (11,5%) из 165 больных развились различные послеоперационные осложнения. Из них несостоятельность культи ДПК наблюдалась только в группе сравнения в 4 (4,5%) случаях, послеоперационный панкреатит в основной группе – в 1 (1,3%) случае, в группе сравнения – в 5 (5,6%).

Летальных исходов в основной группе не было, в группе сравнения она составила 3,4% (3 случая), из них в 2-х случаях причиной летальных исходов явилась несостоятельность культи ДПК, в 1 случае – послеоперационный панкреатит.

Заключение. Таким образом, применение сандостатина в комплексной профилактике недостаточности швов дуоденальной культи и послеоперационного панкреатита у больных после резекции желудка по Бильрот-II по поводу язвенной болезни желудка и ДПК, протекающей на фоне ХНДП, является эффективным мероприятием и достоверно снижает число этих осложнений.

Пропп А.Р., Полуэктов В.Л., Стефановский В.Г.,
Норка А.Е.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С НАРУШЕНИЕМ ПРОХОДИМОСТИ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА

Омская государственная медицинская академия,
Областная клиническая больница, г. Омск

Цель исследования: Анализировать результаты хирургического лечения пациентов с хроническим

панкреатитом (ХП) с наличием нарушения проходимости главного панкреатического протока (ГПП).

Материалы и методы: Анализированы истории болезни 102 пациентов, оперированных по поводу ХП. У 100 (98%) пациентов имелись осложнения ХП, среди которых: псевдокисты – у 89, стойкие незакрывающиеся свищи поджелудочной железы (ПЖ) – у 4, нарушение дуоденальной проходимости – у 7, левосторонний плеврит – у 4, панкреатогенный асцит – у 8, цистоартериальная фистула – у 1, поддиафрагмальный абсцесс – у 3 пациентов. Количественно осложнений ХП зафиксировано значительно больше, так как у ряда пациентов диагностировано несколько осложнений одновременно. Среди пациентов с кистами ПЖ локализация в головке была у 12 пациентов, в теле – у 20, хвосте – у 41, множественные кисты наблюдались у 16 пациентов.

Все пациенты обследованы в объеме ультразвукового исследования. 24 пациентам (23,5%) выполнена эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ). ЭРПХГ выполнялась в цифровой записи с помощью ангиографического комплекса «ADVANTX LCV DX HiLine» /Jeneral Electric/ (США) для последующей детальной расшифровки. Осложнений после ЭРПХГ, потребовавших выполнения неотложных операций было 4: в 1 случае – прорыв кисты в поддиафрагмальное пространство и в 3 – абсцедирование кисты. Главной целью ЭРПХГ было подтверждение связи кисты или свищевого хода с протоковой системой ПЖ. 78 пациентам (76,5%) выполнена спиральная компьютерная или магнитно-резонансная томография. Безусловными признаками ХП считались дилатация, калькулёз ГПП или кальциноз паренхимы ПЖ, наличие кистозных полостей. В результате данных диагностики у 46 (45%) пациентов имело место нарушение проходимости ГПП. Все пациенты имели различную выраженность клинических проявлений и степень поражения протоковой системы и паренхимы ПЖ.

В порядке нарастания степени инвазивности все виды прямых вмешательств на ПЖ при ХП мы расположили следующим образом:

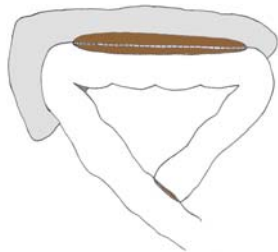
А. Дренирующие операции при ХП (97):

- Миниинвазивные дренирующие операции (44), в том числе чрезкожное пункционное дренирование под УЗИ (38) и лапароскопическое (6);
- Наружное дренирование кист и марсупилизация (23);
- Внутреннее дренирование кист в различных вариантах (7);
- Продольная панкреатоюностомия в различных вариантах (22);
- Билатеральная панкреатоюностомия (1).

Б. Изолированные резекционные методы при ХП (5).

Миниинвазивные вмешательства мы использовали при наличии жидкостных образований в ПЖ (псевдокисты или рецидивы ХП). При острых явлениях в ПЖ данные методы чаще служили в качестве первого, «разгрузочного» этапа хирургического лечения. Наружное дренирование кист мы применяли в основном при их нагноении. Внутреннее дренирование кист выполнено нами в варианте цистоеюностомии и цистодуоденостомии в группе пациентов, у которых прямое вмешательство на ГПП превышало риск самой операции.

Прямые вмешательства на ПЖ по поводу ХП выполнялись в двух вариантах: органосохраняющем (панкреатоэюностомия) и резекционном. Продольная панкреатоэюностомия выполнена в модификации Pustow-I (2), Pustow-II (18), операция Frey (в 2 случаях при наличии очагового субстрата в головке ПЖ, явившемся причиной обструкции и непроходимости ГПП.). Практически всем пациентам выполнялась широкая панкреатоэюностомия (не менее 10 см). В 3 случаях последняя выполнена на ограниченном участке ГПП (от 6 до 7 см): у 2 пациентов при полном наружном панкреатическом свище, исходящем из области «тела-хвоста» ПЖ, у 1 – в случае сочетанного наружно-внутреннего дренирования абсцесса головки ПЖ и протоковой системы области «тела-хвоста» в варианте анастомоза с кишкой. С 2004 года продольную панкреатоэюностомию мы выполняем по оригинальной методике (патент № 2260388), которая заключается в мобилизации петли тонкой кишки по Ру таким образом, что последняя при выполнении панкреатоэюностомии берётся с избытком в 8-9 см для дальнейшего наложения энтероэнтероанастомоза «конец в бок» на эту же «отключенную» петлю для образования циркулярно замкнутого круга петли тонкой кишки, подведённой к ПЖ (рис. 1). При данном способе панкреатоэюностомии не образуется «слепых карманов» из-за избытка тонкой кишки в хвостовой части панкреатоэюностомы со скоплением панкреатического и кишечного отделяемого и, наоборот, нет натяжения и давления на панкреатоэюностому перитонизированной культёй «отключенной» петли тонкой кишки при выполнении её совсем без избытка кишки. По данной методике оперирова-



но 13 пациентов с хорошими результатами.

Билатеральная панкреатоэюностомия была выполнена пациенту после цистэктомии в области тела ПЖ с устранением цистоартериальной фистулы при дефекте ГПП до 6 см. Левосторонние резекции выполнены 5 пациентам: 4 - дистальная, 1 - субтотальная резекция ПЖ у пациентки с 5 операциями в анамнезе по поводу острого, а затем осложнений ХП, с несколькими кистами ПЖ, почти полной стриктурой ГПП в 2-х местах и тотальным склерозом ПЖ.

Полученные результаты: Среди 102 пациентов с ХП, перенёвшим прямые вмешательства на ПЖ, послеоперационной летальности не было (0%). В отдалённом послеоперационном периоде (2-3 года) среди 44 пациентов, оперированных миниинвазивными методами, 4 оперированы повторно. Среди 22 пациентов после перенесенной продольной панкреатоэюностомии: 1 - с почти тотальным склерозом и фиброзом ПЖ продолжал злоупотреблять алкоголем, оперирован повторно уже в объёме резекции ПЖ и умер от

желудочного кровотечения; 2 - через 2 года оперированы по поводу механической желтухи в объёме билиодигестивного анастомоза, причиной которой явился индуративный процесс в головке ПЖ, 1 - наблюдается с нарушением дуоденальной проходимости и на повторную операцию не соглашается; остальные пациенты чувствуют себя относительно удовлетворительно, среди них 3 пациента с наличием панкреатогенного асцита до операции вернулись к труду. Качество жизни пациентов после левосторонней резекции ПЖ значительно ниже, чем после органосохраняющих операций. 2 из них оперированы повторно по поводу рецидива панкреатита с гнойными осложнениями, все 5 оформлены на инвалидность.

Выводы: Несвоевременная коррекция имеющихся осложнений ХП часто приводит пациентов к запущенным формам заболевания. Главной задачей предоперационной топической диагностики при ХП с нарушением проходимости ГПП необходимо считать поиск локализации обструкции, характера поражения ГПП (протяженность, степень), оценка наличия и выраженности внеорганных осложнений заболевания. Оптимальным хирургическим вмешательством при ХП с наличием нарушения проходимости ГПП, обеспечивающим разгрузку протоковой системы ПЖ с сохранением её функциональной способности и достаточно хорошее качество жизни больного, необходимо считать широкую продольную панкреатоэюностомию. Дистальную резекцию ПЖ необходимо признать вынужденной мерой, когда другой альтернативы не существует, а имеющиеся необратимые изменения в хвостовой части ПЖ с грубыми нарушениями проходимости ГПП, стойким болевым синдромом и частыми осложнениями не позволяют выполнить операцию в органосохраняющем варианте.

Пушкарев В.П., Лекомцев Б.А.
**ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА И ЕГО
 ОСЛОЖНЕНИЙ**

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия г. Ижевск

Острый панкреатит – одна из важнейших проблем неотложной абдоминальной хирургии, что подтверждается как неуклонным ростом заболеваемости, так и высокими показателями летальности. В отношении принципов дифференцированного хирургического лечения панкреонекроза и его гнойно-септических осложнений имеются принципиальные различия. Они касаются оптимальных сроков оперативного вмешательства, доступов, видов операций на ПЖ, желчевыводящей системе, методов дренирующих операций забрюшинного пространства и брюшной полости. Применяемые в последние годы рядом авторов широкие оментобурсостомии позволяют улучшить результаты лечения при деструктивных формах панкреатита, однако и они не лишены ряда недостатков.

Нами проведен анализ результатов лечения 116 больных с острым деструктивным панкреатитом, 58 из которых (группа сравнения) проведены традиционные оперативные вмешательства, а в комплекс ле-

чения других 58 пациентов (основная группа) были включены оригинальные методики дренирующих операций забрюшинного пространства.

Оценку тяжести больных и динамику их состояния проводили по общеклиническим данным, данным биохимического исследования крови, показателям тяжести интоксикации. Срочную эндоскопию, эхографию, рентгенологические и специальные методы исследования, выполняли с целью в минимальные сроки установить диагноз и выбрать оптимальное время и объем оперативного вмешательства.

Клиническая картина заболевания складывалась из сочетания симптомов и синдромов острого деструктивного панкреатита и его осложнений. На основании комплексного обследования общее состояние 15 больных (12,93%) расценено как средней тяжести, тяжелое у 101 (87,07%). Больные группы сравнения и основной группы по полу, возрасту, форме панкреонекроза и распространенности – были сопоставимы.

Предоперационная подготовка больных с тяжелыми нарушениями гомеостаза проводилась при участии анестезиолога-реаниматолога. Консервативная терапия обязательно включала базисный лечебный комплекс и дополнялась этиопатогенетическим и специализированным лечебным комплексом.

Общепринятая терапия с применением традиционных оперативных вмешательств проведена 58 больным с острым деструктивным панкреатитом с различной распространенностью некроза и его формы. Результаты лечения больных в группе сравнения были неудовлетворительные – умерли 19 пациентов (32,75%). У больных с жировым, геморрагическим, смешанным некрозом и ограниченностью процесса только в железе летальных исходов не было. При осложнении панкреатита некрозом парапанкреатической клетчатки из 33 пациентов умерли 7 (21,87%), причем смерти были при всех формах некроза железы: жировой – 21,42%, геморрагический – 18,75%, смешанный – 33%. Наибольшая летальность – 92,30% наблюдалась у больных с распространением некроза по всей забрюшинной клетчатке, причем при формах некроза железы: геморрагический – 87,5%, смешанный – 100%. Ретроспективный анализ показал, что общепринятая терапия с применением традиционных оперативных вмешательств не препятствовала генерализации гнойной инфекции при поражении парапанкреатической и забрюшинной клетчатки.

С 1993 года в клинике общей хирургии ГОУ ВПО ИГМА у больных с острым деструктивным панкреатитом выполняются оперативные вмешательства (58 больных - основная группа), предусматривающее паритальную деперитонизацию, мобилизацию поджелудочной железы из забрюшинного пространства, дренирование желчевыводящих путей, локальную гипотермию, открытую расширенную оментобурсопанкреатостомию (рац. предл. № 701 от 2.02.2001 г.) с регулярными последующими плановыми панкреосеквестрэктомиями и санациями полости малой сальниковой сумки (МСС), дренирование отделов ретропанкреатической клетчатки модифицированным дренажем (рац. предл. № 601 от 2.02.2001 г.) с применением инструмента собственной конструкции (рац. предл. №

301 от 2.02.2001 г., заявка на изобретение от 06.02.2006г., получено уведомление о проведении экспертизы заявки на изобретение по существу).

При локализации процесса только в поджелудочной железе у больных с жировым, геморрагическим и смешанным некрозом, летальных исходов в обеих группах не было. При осложнении панкреатита некрозом парапанкреатической клетчатки летальность в основной группе была на 14,89% достоверно ниже, чем в группе сравнения, причем летальность при смешанной форме некроза железы и парапанкреатической клетчатки снизилась с 33,3% в группе сравнения до 0% в основной группе ($p < 0,05$). Среди самых тяжелых больных с распространением процесса на парапанкреатическую и забрюшинную клетчатки собственные методики дали наиболее хорошие результаты: достигнуто достоверное снижение летальности: достигнуто достоверное снижение летальности с 92,30% до 42,30%. При геморрагическом панкреонекрозе она снизилась на 26% ($p < 0,05$), при смешанном - со 100% в группе сравнения до 14,28% в основной группе ($p < 0,01$). Причиной смерти в основной группе наиболее часто являлась полиорганная недостаточность и сепсис. Они (46,15%) были следствием прогрессирования перитонита, воспалительного процесса в железе, парапанкреатической и забрюшинной клетчатках и встречались достоверно реже (84,21%), чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

Общее количество релапаротомий снижено со 129 в группе сравнения до 61 в основной группе, плановых санаций брюшной полости соответственно с 64 до 34. Количество экстренных релапаротомий по причине гнойных осложнений со стороны брюшной полости, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки уменьшилось в 2,6 раза.

При анализе осложнений выздоровевших больных установлено, что наиболее часто в послеоперационном периоде в группе сравнения встречались гнойные осложнения со стороны брюшной полости и забрюшинной клетчатки, которые в 35,66% послужили показаниями к экстренной операции в группе сравнения и в 31,12% в основной группе. В основной группе среди осложнений отсутствовали свищи ЖКТ, которые наблюдались в группе сравнения в 8 случаях, что также имеет отличия ($p < 0,05$) и свидетельствует в пользу предложенных методик.

Анализ результатов лечения в группе сравнения и основной группе с учетом жалоб больных, объективных данных, биохимических исследований, показателей токсичности крови, результатов специальных методов исследования, анализа осложнений в послеоперационном периоде и причин летальных исходов свидетельствует об эффективности предложенных методик в лечении больных с крайне тяжелой патологией, острым деструктивным панкреатитом и его грозными осложнениями.

Применение данных методик позволило снизить в основной группе, по отношению к группе сравнения, послеоперационные осложнения в 2,6 раза послеоперационную летальность с 32,75 % до 22,41 %, причем среди самых тяжелых больных с поражением парапанкреатической и забрюшинной клетчатки с 92,30% до 42,30% ($p < 0,05$).

Ризаев К.С.

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи МЗ Руз*

Цель исследования: Улучшение диагностики и методов лечения больных с острым билиарным панкреатитом.

Материал и методы: Клиника РНЦЭМП располагает опытом диагностики и лечения 242 больных острым панкреатитом за период 2003-2006 гг. Женщин было 131, мужчин – 111. По возрасту больные были распределены следующим образом: до 30 лет – 32 (13%) больных, от 31 до 50 лет – 98 (40,5%), от 51 до 70 лет – 101 (41,7%), старше 70 лет – 11 (4,5%) больных.

Из 242 больных острым панкреатитом у 79 (33%) произведены эндоскопические (47) и лапароскопические (32) вмешательства. Причиной острого билиарного панкреатита и показанием к ЭРПХГ и ЭПСТ у 47 больных явился ущемленный камень БДС (39) и stenoziruyushchaya papillit (8) на почве желчекаменной болезни. Эндоскопическая папиллотомия и удаление камней из холедоха были успешными у всех больных, подвергнутых этому вмешательству. Осложнения, связанных с этой процедурой на наблюдались.

У 14 (29,8%) из 47 больных острый билиарный панкреатит был расценен как прогностически тяжелый в соответствии с прогностическими критериями, у 19 (40,4%) больных средней тяжести и 14 (29,8%) больных с легкой степенью тяжести.

Из 47 больных с острым билиарным панкреатитом в связи с неэффективностью ЭПСТ в экстренном порядке были оперированы 7(15%) больных: у 2 больных развился перитонит и 5 больных явления панкреонекроза. Операции произведены традиционным способом у 5 больных, лапароскопическим методом у 2 больных. У 3 (11,1%) больных был выявлен острый жировой панкреонекроз, 2 больных геморрагический панкреонекроз. Им произведена холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому, санация и дренирование брюшной полости, а у 2 (7,4%) больных с инфицированной некротической формой панкреонекроза вышеназванная операция дополнена некрэктомией. Умерло 2 (7,4%) больных из-за нарастающего эндотоксического шока и полиорганной недостаточности.

Лапароскопические вмешательства произведено 32 больным при котором у 18 выявлена отечная форма, у 6 жировой панкреонекроз, у 6 геморрагический панкреонекроз, и 2 смешанные формы. Осложненное течение заболевания (ферментативный перитонит, инфильтраты и забрюшинное распространение процесса) было установлено у 14 пациентов. Конверсия произведена учитывая распространение гнойно-инфильтративного процесса по забрюшинной клетчатке у 10 больных, а у остальных 22 больных выполнены различные лапароскопические вмешательства (лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки (22), холецистостомии (12), катетеризации круглой связки печени для введения медикаментов (12)).

136

Результаты и их обсуждение: из 47 больных с острым билиарным панкреатитом у 40 (85%) больных ЭРПХГ с ЭПСТ и устранения причин обструкции желчевыводящих путей на уровне большого дуоденального сосочка (вклиненный камень, стеноз) позволило улучшить состояние больных, что подтвердилось нормализацией лабораторных показателей в ближайшие сроки (до 24 ч), уменьшением болевого синдрома и симптомов интоксикации. Но у 2 больных в связи с прогрессирующим болей и появлением признаков разлитого перитонита и у 5 больных в связи с появлением признаков панкреонекроза выполнена традиционная операция. В этой группе умерло 2 больных.

После купирования явления острого панкреатита у 40 больных этой группы, в связи с картиной острого калькулезного холецистита вторым этапом выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Осложнения в послеоперационном периоде не наблюдались.

У всех больных с подтвержденным панкреатогенным перитонитом выполнено лапароскопическое дренирование. Объем дренируемого экссудата у некоторых больных превышал 1500 мл в сутки. Продолжительность дренирования составила 7+1 сутки. Дренирование сальниковой сумки осуществлялось либо через винсловое отверстие либо через желудочно-ободочную связку.

Существенную роль в преодолении ферментативной агрессии мы придаем декомпрессии желчевыводящих путей, которую выполнили у 12 больных путем лапароскопической подвешной (5) или чреспеченочной холецистостомии (7).

Наружное дренирование желчного пузыря проводилось 2 методами: прямым дренированием желчного пузыря через его дно и наложением подвешной холецистостомы. Прямое дренирование выполнялось непосредственно через стенку желчного пузыря дренажной трубкой диаметром 3-5 мм так чтобы она образовывала в полости желчного пузыря 2-3 витка, что предупреждало ее выпадение. Вторым методом дренирование производилась через паренхиму печени и заднюю стенку желчного пузыря.

Продолжительность дренирования желчных путей 16+1 суток. Из 22 больных, которым была выполнена лечебная лапароскопия, у 2 больных в связи с прогрессирующим гнойно-септическим осложнением пришлось выполнить открытие операции (марсупиализацию секвестрэктомии, люмботомии). Умерших больных нет.

Вывод: 1. При остром билиарном панкреатите проведение ЭРПХГ с ЭПСТ и устранение причин обструкции желчевыводящих путей позволяет улучшить состояние больных, приводит к нормализации показателей крови и уменьшает риск возможных осложнений при последующих операциях.

2. Лапароскопические вмешательства у больных острым панкреатитом позволяют решить диагностические задачи и выполнить необходимый объем хирургических манипуляций.

Савельев О.Н., Антюфьев В.Ф.
**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
 РЕАМБЕРИНА И МАФУСОЛА
 ПРИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ
 У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ
 СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ
 ОПЕРИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ И
 АОРТОКОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ**

*ФГУЗ «Медико-Санитарная часть ГУВД
 Свердловской области» г. Екатеринбург;
 Областная специализированная больница
 восстановительного лечения «Озеро Чусовское»,
 г. Екатеринбург.*

Целью данной работы являлась предварительная сравнительная оценка эффективности инфузионной терапии с включением в её программу 1,5% раствора реамберина, содержащего VI субстрат цикла Кребса-сукцинат, и 1,5% раствора мафусола, содержащего V субстрат цикла Кребса-фумарат, у оперированных больных с сопутствующей соматической патологией.

15 больным, имеющим в анамнезе сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, были выполнены дренирующие операции сальниковой сумки и забрюшинного пространства с секвестрэктомией головки, тела или хвоста поджелудочной железы по поводу панкреонекроза. Помимо дренажа Пенроза в ряде случаев устанавливалась система трубчатых дренажей с введением в них местно растворов реамберина или мафусола и последующим проточным отмыванием через них некротических масс. При этом, в состав программы традиционной инфузионно-медикаментозной терапии 7 больным были включены инфузии реамберина, а 8 больным – инфузии мафусола в стандартно рекомендованных инструкциями дозах.

Как показали результаты, включение инфузий реамберина и мафусола в программу интенсивной терапии послеоперационных больных с некротизирующим панкреатитом и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией продемонстрировало отсутствие каких-либо реакций и осложнений как в ближайшем, так и в отдаленном постинфузионном периодах, более быструю, по сравнению с традиционной инфузионной терапией, нормализацию основных биохимических показателей (уровень трансаминаз, амилазы, билирубина, мочевины, электролитов и др.), регресс кардинальной симптоматики, седативный, гипотензивный, антиаритмический эффекты, улучшение состояния по шкале АРАСНЕ-II. Тем не менее существенных клинико-лабораторных различий при сравнении двух применяемых препаратов мы не выявили.

На этапе долечивания после инфаркта миокарда, аортокоронарного шунтирования с сопутствующей соматической патологией реамберин применялся у 90 больных, а мафусол – у 60 больных также в стандартно рекомендованных инструкциями дозах. Сравнивая в данной ситуации эффекты этих двух метаболически активных препаратов – реамберина и мафусола – отметим некоторые отличия, определяющие предпочтительность их выбора.

Предпочтительность использования мафусола оправдана в следующих случаях:

1. Гипоксические (ишемические) состояния. Отмечается отчетливый антигипоксический эффект при остром коронарном синдроме, транзиторных ишемических атаках головного мозга;

2. Состояния, связанные с метаболическим ацидозом, кетоацидозом, накоплением производных альдегидов. Проходит более быстро эффективная детоксикация, нормализация кислотно-основного и электролитного состояния при кетоацидотической детоксикации сахарного диабета.

Реамберин обладает в большей степени обще-метаболическим действием и предпочтителен при электрической неоднородности миокарда, зачастую приводящей к многообразным нарушениям сердечного ритма и проводимости. Этот препарат повышает сократительную способность сердечной мышцы в раннем восстановительном периоде после инфаркта миокарда и кардиохирургических вмешательств.

Реамберин более эффективен в плане коррекции сопутствующих дисциркуляторной и сложного генеза энцефалопатией, быстрее нормализует регуляторные механизмы при синдроме хронической усталости, особенно после хирургической агрессии. На фоне проведения курса инфузий реамберина происходит более быстрое улучшение функций гепатоцитов.

В заключение, отметим, что представленные всего лишь при 2-х клинических ситуациях результаты позволяют считать реамберин и мафусол одними из метаболически активных составляющих в создании стандартизированных, высоко эффективных программ инфузионной терапии с соблюдением принципа преемственности в оказании трансфузиологической помощи «от интенсивной терапии до восстановительного этапа лечения» при различных хирургических вмешательствах, особенно у больных с сопутствующими соматическими заболеваниями.

Толстокоров И.Г., Бомбизо В.А., Цеймах Е.А.,
 Булдаков П.Н., Синявин А.В.

**ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ
 К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ
 ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА**

*МУЗ «Городская больница №1» г. Барнаул, А
 Алтайский государственный медицинский университет,
 г. Барнаул*

Цель исследования: оптимизация подходов к хирургическому лечению больных с острым билиарным панкреатитом

Материал и методы: анализируются результаты видеолапароскопических холецистэктомий с дренированием холедоха у 32 больных, поступивших в хирургические отделения городской больницы №1 г.Барнаул с явлениями острого билиарного панкреатита.

Полученные результаты: Все пациенты поступили с явлениями острого панкреатита на фоне существующей ранее желчнокаменной болезни в сроки от 2 часов до 1,5 суток от начала заболевания в возрасте от 24 до 75 лет. Диагноз острого билиарного панкреатита подтверждался данными лабораторного и ультразвукового исследований, повышением ами-

лазы крови от 24,5 до 110,0 мг/л.с.; повышением уровня билирубина от 30 до 160 ммоль/л, физикальными данными. Все пациенты ранее от 2 до 6 раз проходили лечения в стационарах города по поводу острого панкреатита. У всех больных после традиционного курса консервативной терапии (инфузионная, спазмолитическая, антибактериальная (цефалоспорины III поколения) терапия, сандостатин, 5-фторурацил) болевой синдром купировался на 1-3 сутки. В эти же сроки происходила нормализация уровня билирубина и амилазы крови. Все пациенты оперированы на 7-8 сутки от поступления в стационар. Всем проведена видеолaparоскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха через культю пузырного протока и интраоперационной холангиографией. У 5 пациентов при этом исследовании (15,6%) выявлен холедохолитиаз, еще у 4 (12,5%) – стриктура терминального отдела холедоха. На 3-5 сутки после оперативного вмешательства данной группе пациентов проведена эндоскопическая папиллотомия. Контроль за состоянием холедоха осуществлялся проведением фистулографии через имеющийся дренаж холедоха. Дренаж холедоха удалялся на 3 сутки после последней манпуляции. Послеоперационных осложнений и осложнений после папиллосфинктеротомии не отмечено. При изучении отдаленных результатов в сроки от 0,5 до 1,5 лет пациенты жалоб не предъявляли, эпизодов болей в эпигастральной области не отмечали. При контрольном эхографическом исследовании патологии в панкреатодуоденальной зоне не выявлено.

Заключение. Таким образом, применение видеолaparоскопической техники у больных билиарным панкреатитом позволяет достигнуть полного излечения и является эффективным, относительно безопасным методом лечения данной группы пациентов.

Цеймах Е.А., Бомбизо В.А., Булдаков П.Н., Сиявин А.В., Осипов Е.С., Смирнова О.И.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ КРИОСУПЕРНАТАНТНОЙ ФРАКЦИИ ДОНОРСКОЙ ПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Алтайский государственный медицинский университет, МУЗ «Городская больница» 1, г. Барнаул

Цель исследования – повысить эффективность лечения больных панкреонекрозом путем уменьшения нарушений микроциркуляции, обусловленных синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, с помощью криоплазменно-антиферментного комплекса, включающего криосупернатантную фракция плазмы, обладающую гипокоагуляционными свойствами.

Материалы и методы – анализируются результаты лечения 126 больных (53 мужчины и 73 женщины). От 16 до 82 лет. Больные основной группы (42 человека) получали в составе комплексной терапии трансфузии криосупернатантной фракции плазмы, больные группы сравнения (84 человека) – свежезамороженную плазму. Группы были рандомизированы, стратифицированы и по основным клиническим и

лабораторным параметрам не различались между собой. Статистически значимых различий между группами по формам панкреонекроза, локализации и распространенности поражения поджелудочной железы не выявлено. Обе группы были сопоставимы между собой по тяжести течения заболевания, структуре сопутствующих патологий и достоверно не различались.

Результаты – у всех больных ДВС-синдром был документирован положительными паракоагуляционными тестами, тромбинемией, депрессией фибринолиза, до начала лечения у всех больных отмечалась гиперфибриногенемия. Дозировки вводимой плазмы варьировали от 300 до 600 мл в сутки в течение 4-5 дней. После проведения курса лечения положительный клинический эффект отмечен у большинства больных обеих групп. Улучшились показатели коагуляционного, антикоагулянтного и фибринолитического звеньев системы гемостаза и фибринолиза. Трансфузии криосупернатантной фракции плазмы при этом позволили быстрее ликвидировать гиперфибриногенемия, восстановить антитромботическую и фибринолитическую активность крови. Летальность в основной группе составила 8 (19,0%) пациентов и была в 1,9 раза ниже аналогичного показателя в группе сравнения ($p < 0,05$). Наиболее частой причиной летальных исходов в обеих группах больных являлся сепсис и полиорганная недостаточность. У больных, получавших в комплексном лечении криосупернатантную фракцию плазмы, печеночно-почечная недостаточность явилась причиной смерти в 3,1 раза реже, чем в группе сравнения. В основной группе не наблюдались тромботические и тромбоэмболические осложнения, в то время как в группе сравнения у 3-х больных причиной смерти явился инфаркт миокарда.

Заключение – замена свежезамороженной плазмы на криосупернатантную фракцию плазмы для комплексного лечения больных с панкреонекрозом позволяет более эффективно воздействовать на патогенез этого заболевания, что ведет к снижению летальности, улучшению исходов заболевания, снижению риска развития тромботических осложнений и полиорганной недостаточности.

Цеймах Е.А., Бомбизо В.А., Яцын А.М., Нувальцев А.Г., Булдаков П.Н., Сиявин А.В., Осипов Е.С.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Алтайский государственный медицинский университет, Городская больница 1

Цель исследования – определить особенности диагностики и дифференцированной хирургической тактики при остром травматическом панкреатите.

Материалы и методы – анализируются результаты лечения 52 больных (45 мужчин и 7 женщин). Преобладали больные с тупой травмой живота (43), реже (9 пациентов) острый панкреатит развивался после ранения холодным оружием. Изолированное повреждение поджелудочной железы было у 14 пострадавших, сочетанная травма у 38. Большинство па-

циентов (35) госпитализированы позже 24 часов после травмы с уже развившимися осложнениями (распространенным перитонитом – 19, ограниченным перитонитом – 16 и брюшинной флегмоной – 12).

Результаты – клиническая диагностика этих пациентов представляла трудности из-за сопутствующих повреждений других органов, шока, черепно-мозговой травмы. Учитывая эти обстоятельства, считаем обязательным производить экстренную лечебную и диагностическую лапароскопию. По показаниям использовали ультразвуковое исследование.

Большинство пациентов (46) оперированы. При панкреонекрозе, сопровождающимся распространенным перитонитом, проводилось дренирование салыниковой сумки и брюшной полости резиновыми и полихлорвиниловыми трубками. При панкреонекрозе с флегмоной или обширной гематомой брюшинной клетчатки дополнительно дренировалась брюшинная клетчатка через люботомный доступ. Наиболее оправданной операцией на поджелудочной железе являлась секвестрэктомия, резекция тела и хвоста поджелудочной железы с последующей ее абдоминализацией и дренированием полости малого салыника.

В раннем послеоперационном периоде для купирования развивающегося синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, деблокирования микроциркуляции для антибиотиков и ингибиторов протеаз нами применена в комплексном лечении криоплазмено–антиферментная терапия. Выбор компонентов криоплазмено–антиферментного комплекса зависел от распространенности воспалительного процесса и особенностей изменения показателей гемостаза.

В раннем послеоперационном периоде умерли 12 пациентов.

Заключение – таким образом, острый травматический панкреатит обычно носит деструктивный характер, как правило сочетается с травмой других органов. Экстренная диагностическая лапароскопия позволяет своевременно диагностировать этот процесс, по показаниям ее целесообразно применять и с лечебной целью. Объем оперативного вмешательства зависит от распространенности процесса, развившихся осложнений и характера сопутствующих повреждений.

Раздел 5. РАЗНОЕ

Абдуллин А.Т.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА КРОЛИКОВ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ВИБРАЦИИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО – МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) *ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров*

Цель исследования: изучение патогистологических изменений в сосудах микроциркуляторного русла, проводящих и сократительных волокнах миокарда при воздействии на организм вертикальной вибрации.

Материалы и методы: кролики-самки породы серая шиншилла в возрасте 6 месяцев весом от 2 до 2,5 кг в количестве 10 особей подвергались воздействию общей вибрации частотой 8 Гц амплитудой по 0,5мм по 1 часу в сутки ежедневно в течение 7 дней на промышленной установке «УВ 70/200». Контролем служили интактные животные той же партии и того же возраста. Кроликов выводили из эксперимента в день прекращения вибрационного воздействия путем создания воздушной эмболии. Кусочки миокарда для гистологического исследования иссекали из толщи левого желудочка и области ушка правого предсердия, фиксировали в 10% формалине и заливали в парафин. Срезы толщиной 6-8 мкм окрашивали по общепринятой методике гематоксилином и эозином. Препараты исследовали с помощью светового микроскопа Carl Zeiss.

Полученные результаты: после 7-кратного воздействия вибрации в миокарде уже обнаруживаются патоморфологические изменения. В ряде полей зрения наблюдаются деструктивные проявления в мелких артериях, венах и прекапиллярах. Выявляются клеточная инфильтрация и отек стенок сосудов, выраженные изменения положения ядер гладких миоцитов. В норме они располагаются concentрически вокруг просвета сосуда, но уже на этом сроке действия указанного фактора они ориентированы беспорядочно, под разными углами к просвету артерии. Местами наблюдаются также разрывы стенок сосудов.

Отмечаются признаки деструкции части капилляров: локальные сужения и вздутия просвета, отечность стенки, выход эритроцитов путем диапедеза в окружающую ткань через разрушающуюся стенку капилляров. Однако большая часть капилляров еще не повреждена.

Также обращает на себя внимание тот факт, что в целых капиллярах эритроциты всегда имеют нормальный вид. Эритроцитам, находящимся в просвете разрушенных микрососудов, присущи следующие особенности: набухание, увеличение диаметра, размытость контуров, коричневый оттенок. Это указывает на то, что они находятся в стадии лизиса. При том среди целых эритроцитов имеются и «тени» лизированных.

В интерстициальной ткани миокарда отмечается отек и клеточная инфильтрация.

В составе мышечных волокон появляются миоциты со слабо окрашенной саркоплазмой и явлениями белковой дистрофии. Вставочные диски между ними расширены, разрыхлены и почти не прокрашены. Ослабление окраски саркоплазмы обусловлено преимущественно деструкцией миофибрилл, что проявляется разрежением продольной и размытостью поперечной исчерченности. Описанные патологические явления носят очаговый характер.

Основная масса сократительных кардиомиоцитов остается нормальными, но отмечено появление светлого ободка вокруг ядра у части этих клеток и его расширение у значительного числа клеток проводящей системы. Большинство проводящих и сократительных миоцитов с осветленной саркоплазмой содержит гиперхромные истонченные ядра. Однако у небольшой части клеток ядра гипертрофированы, в ядре более отчетливо видно ядрышко, что свидетельствует об усилении обменных процессов в этих клетках. Обращает на себя внимание следующая характерная особенность: в тех участках миокарда, где по ходу волокон встречаются деструктивные изменения капилляров, как правило, отчетливо видны расширенные вставочные диски. Очаги патологически измененных кардиомиоцитов располагаются вокруг поврежденных сосудов микроциркуляторного русла. Причем прилегающие к неизменным капиллярам волокна сократительной и проводящей системы всегда имеют нормальное строение. Эти закономерности в опубликованных ранее работах по вибрационной болезни не отмечены.

В целом, после 7-дневного воздействия вибрации наблюдается значительное количество зон деструкции микрососудов, элементов сократительной и проводящей систем миокарда, но полного распада волокон на этом сроке действия вибрации не наблюдается.

Примечательно, что уже на ранних этапах воздействия вибрации повреждение клеток проводящей системы выражено в большей степени, чем альтерация сократительных кардиомиоцитов, хотя характер повреждений сходный.

Все вышеперечисленные проявления трудно объяснить только лишь следствием механического повреждающего действия вибрации на кардиомиоциты. Известно, что нервные волокна от нервных сплетений сердца оканчиваются в узлах проводящей системы, проникают в миокард и распространяются в его толще по стенкам кровеносных сосудов, доходя по ним до капилляров. Таким образом, данные изменения в миокарде наводят на мысль о первичности нарушения трофического действия нервной системы при развитии вибрационной болезни.

Указанные структурные изменения проводящих и сократительных клеток миокарда и его микроциркуляторного русла могут являться материальной основой симптоматики со стороны сердца при вибрационной болезни (ВБ) и быть причиной развития аритмий, изменения геометрии сердца и сердечной недостаточности.

Выводы.

1. Под действием общей вибрации микроструктурные патологические изменения в миокарде экспериментальных животных появляются в самые ран-

ние сроки: уже после 7-кратного пребывания их на виброустановке по 1 часу в день обнаруживаются повреждения микрососудов и кардиомиоцитов. Выявление этого факта имеет значение для разработки мер профилактики ВБ у работников соответствующих профессий.

2. Патогистологические изменения в мышечной оболочке сердца при этом появляются в определенной последовательности: в первую очередь происходит разрушение капилляров, затем - прилегающих к ним проводящих кардиомиоцитов, и после этого - деструкция сократительных волокон.

3. На всем протяжении действия вибрации патоморфологические признаки поражения миокарда имеют мозаичную картину: одни волокна не имеют видимых изменений, другие содержат различное количество поврежденных миоцитов, а третьи целиком состоят из клеток с признаками деструкции. В случае продолжительного действия вибрации появляются очаги полной деструкции мышечных волокон и кровеносных сосудов.

Ашихмин С.П., Алипов В.В., Зайцева О.О.,
Мешандин А.Г.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЗИДА НАТРИЯ В КОНСЕРВАЦИИ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ОТРАБОТКИ НОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия г. Киров,
Саратовская государственная медицинская академия
г. Саратов*

Цель исследования.

Изучить эффективность азидов, азотсодержащих неорганических соединений, в качестве консервирующего раствора для биологического материала в сравнении с формалином как наиболее часто используемым раствором для консервации.

Материалы и методы.

Объект исследования – трупный секционный материал человеческих органов (печень, почка, сердце, легкое), фиксацию которых осуществляли не позднее суток после смерти.

Органы помещали в консервирующие растворы: 0,05%, 0,1%, 0,3%, 0,5% солевые растворы азиды натрия, 10% формалин. Сроки консервации – 300 суток без замены растворов. Окончательные сроки – не определены. При оценке качества консервации учитывали макроскопические данные: консистенция, прочность ткани, форма, цвет органов, сохранность гистологических структур, рост микроорганизмов в консерванте и на тканях. Для гистологического исследования использовали окраску гематоксилином-эозином. Для микробиологических посевов проводили оценку роста стандартных культур *E.coli*, золотистого стафилококка и протей на средах Эндо, Плоскирева.

Полученные результаты.

Органы в солевом растворе с 0,05% и 0,1% азидом натрия имели незначительное изменение цвета, но другие учитываемые параметры были неизмен-

ны. Органы в солевом растворе с 0,3% и 0,5% азидом натрия сохранили прижизненную окраску, форму и консистенцию, прочность при механическом воздействии. Органы из 10% формалина имели грязно-бурый цвет, очень плотную консистенцию, резкий запах. При фиксации в солевых растворах азиды натрия сохранились структура тканей и тинкториальные свойства гистологических препаратов в сроки – 30 суток. Аналогичное качество в сохранности структуры тканей наблюдали в препаратах, фиксированных в 10% формалине, на протяжении всего срока консервации. Микробиологический анализ данных показал, что растворы азидных производных обладают сильными антибактериальными свойствами.

Заключение.

Оптимальными растворами с наилучшей консервирующей способностью среди применяемых нами неорганических производных азота являются 0,3% и 0,5% растворы азиды натрия. Доказано, что азиды натрия абсолютно не летучи и экономически выгоднее в несколько раз растворов формалина, удобны в хранении и транспортировке. Предложенный нами новый метод консервации биологического материала является эффективным с практической и экономической точки зрения и может использоваться на кафедрах нормальной и патологической анатомии, в судебно-медицинской экспертизе, прозекторских, а также для отработки навыков при внедрении новых хирургических технологий в эксперименте.

Грушко В.И.

К КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН

*Ставропольская государственная медицинская
академия г. Ставрополь*

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний кожи и мягких тканей с применением дополнительной их обработки плазменным потоком.

Материал и методы: в основу исследования положены результаты комплексного обследования в процессе лечения 143 больных гнойного хирургического отделения Ставропольского краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи (42 пациента основной группы и 101 больной из контрольной группы). Необходимо отметить, что из контрольной и основной групп исключено 46 человек, не отвечающих критериям включения в данное исследование (имевших инородные тела в ране, специфическое воспаление, больные, которым проводилось закрытое ведение гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей тела). Больные обеих групп не различались друг от друга по половому ($p = 0,711$), возрастному ($p = 0,126$) признакам, также не получено статистически достоверных различий в группах по применяемым методам общего и местного лечения. Ввиду того, что нозологическая характеристика больных сложна, больные разделены на однородные группы по глубине поражения покровов тела (Ahrenholz D., 1991). Различия в контрольной и ос-

новной группе недостоверны по признаку глубины поражения ($p=0,35$). Больные основной группы получали дополнительную обработку раневой поверхности расфокусированным плазменным потоком в режиме «физиотерапия» в течение 10 минут на 2-е, 4-е, 6-е сутки раневого процесса. В качестве источника плазменного излучения использовалась установка плазменно-дуговая СУПР-2М с физиотерапевтическим плазмотроном, в качестве инертного газа гелий.

Контроль раневого процесса осуществлялся с применением комплекса клинических (термометрия тела, оценка болевого синдрома в ране в покое, наличие или отсутствие локального отека, гнойного отделяемого, сроки появления грануляционной ткани, планиметрия), лабораторных (лейкоцитоз, уровень ЛИИ, СОЭ), бактериологических, цитологических (исследование ран методом мазков-отпечатков по М.П. Покровской, М.С. Макарову (1942) методов. Различия между группами считали достоверными при $p < 0,05$, в качестве статистического критерия достоверности выбран критерий Манна-Уитни.

Полученные результаты. В результате клинического обследования выяснено, что полное восстановление нормальной температуры тела у пациентов контрольной группы происходило к $6,72 \pm 1,54$ суткам, (здесь и далее доверителей интервал для $p=0,05$), у больных основной группы - к $5,16 \pm 1,2$ суткам ($p=0,646$). При этом общее число дней лихорадки в группе контроля составило $4,66 \pm 1,04$ дней, в основной $2,84 \pm 0,7$ ($p=0,17$).

Болевой синдром в покое у больных контрольной группы продолжался в среднем $4,39 \pm 0,6$ дня, в основной группе в среднем $2,88 \pm 0,53$ дня, ($p=0,002$). При раздельном анализе контрольной и основной групп больных с одинаковой тяжестью поражения по Ahrenholz результаты были следующими: в контрольной группе больных, имевших раны 2 степени по глубине поражения, болевой синдром персистировал в среднем $3,67 \pm 0,61$ дня, в основной – $2,42 \pm 0,62$ дня ($p=0,006$), больных с 3 степенью глубины поражения болевой синдром беспокоил в группе контроля $5,77 \pm 1,16$ дня, в основной группе – в среднем $3,5 \pm 0,83$ дня ($p=0,011$).

Продолжительность местного отека в основной группе больных была в среднем $1,81 \pm 0,39$ дня, в группе контроля – $3,4 \pm 1,06$ дня ($p=0,006$). Раздельный анализ групп больных, имевших различные по глубине раны, показал, что у больных со 2 степенью по глубине ран в контрольной группе отечный синдром продолжался $2,77 \pm 0,75$ дня, в основной – $2,0 \pm 0,64$ дня ($p=0,33$); у пациентов имевших раны 3 степени отек продолжался в контрольной группе $4,53 \pm 2,59$ дня, в основной группе – $1,58 \pm 0,47$ дня ($p < 0,001$).

Наличие гнойного отделяемого, как признака динамики раневого процесса, в группе контроля наблюдалось в течение $3,76 \pm 0,76$ суток, в основной группе – в течение $1,6 \pm 0,29$ суток ($p < 0,001$).

При этом у больных, имевших раны 2 степени по Ahrenholz, гноетечение наблюдалось в течение $3,17 \pm 0,87$ суток в контрольной группе и $1,47 \pm 0,44$ суток в основной группе ($p=0,002$); у больных, имевших раны 3 степени, отделение гноя в группе контроля продолжалось $4,86 \pm 1,4$ суток, а в основной группе – $1,77 \pm 0,41$ суток ($p < 0,001$).

В контрольной группе грануляционная ткань появлялась в среднем на $7,13 \pm 0,78$ сутки, в основной группе – на $4,5 \pm 0,29$ сутки ($p < 0,001$). Среди больных, имевших раны со 2 степенью по Ahrenholz, в группе контроля этот показатель был равен $6,79 \pm 0,97$ дней, в основной группе – $4,25 \pm 0,54$ дня ($p < 0,001$), а для больных, имевших раны с 3 степенью глубины поражения тканей, грануляции появлялись на $7,65 \pm 1,25$ сутки, в основной группе – $4,79 \pm 0,41$ сутки ($p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, на основании вышеизложенного можно судить о статистически достоверном противоболовом, противоотечном, антибактериальном, и ранозаживляющем действии плазменного потока в комплексном лечении гнойных ран. Статистически значимых различий по длительности лихорадки в группах не получено.

Таким образом, на основании клинических результатов применения плазменного потока в хирургии гнойных ран можно рекомендовать его использование в качестве мощного дополнительного фактора обработки раневой поверхности.

Грушко В.И .
**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ГНОЙНЫХ РАН С ПРИМЕНЕНИЕМ
ПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА**

*Ставропольская государственная медицинская
академия г. Ставрополь*

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний кожи и мягких тканей с применением дополнительной их обработки плазменным потоком.

Материал и методы: В основу исследования положены результаты хирургического обследования 143 пациентов гнойного хирургического отделения Ставропольского краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи. В контрольную группу больных включен 101 больной, получавших лечение гнойных ран по традиционной методике, 42 больных основной получали дополнительную трехкратную обработку раневой поверхности плазменным потоком в режиме «физиотерапия» - на 2-е, 4-е, 6-е сутки раневого процесса. Группы больных были сопоставимы по признаку возраста, пола, тяжести заболевания (по глубине поражения по D.Ahrenholz, 1991), а также по применению основных методом общего и местного лечения раневого процесса.

Как известно, показатели, используемые для оценки эффективности того или другого хирургического метода, лечения основаны на данных о частоте осложнений, смертности и длительности пребывания больных в стационаре. Ввиду отсутствия смертных случаев, как в основной, так и в контрольной группе в настоящем исследовании фиксировались такие показатели результатов хирургического лечения как количество операций, направленных на устранение раневого дефекта и количество реопераций, направленных на ликвидацию затеков гноя, обширные повторные некрэктомии, то есть связанных с осложненным течением раневого процесса. Особенно

стью лечения абсцессов и флегмон в стационаре является то, что подавляющее большинство пациентов выписываются с гранулирующими ранами для долечивания в медицинских учреждениях по месту жительства, то есть после устранения основного источника воспалительного процесса. Поэтому такой показатель как длительность стационарного лечения является необъективным и неприемлемым в анализе результатов лечения гнойных ран с применением плазменного потока.

Полученные результаты. В контрольной группе у 17 (16,83%) пациентов потребовалось повторное вмешательство для коррекции осложненного течения воспалительного процесса в ране. В основной группе только у 1 (2,38%) пациента потребовалось повторное вмешательство при осложненном течении процесса ($p = 0,036$).

В то же время, анализировалось число оперативных вмешательств, направленных на устранение раневого дефекта. Отмечена редкость наложения вторичных швов, как в основной, так и в контрольной группах. В частности, в группе контроля из 101 пациента только у 8 (7,92%) наложены вторичные швы, в основной группе из 42 больных такое оперативное вмешательство выполнено у 8 (19,05%), $p = 0,103$.

При этом в контрольной группе больных каждому больному выполнено 1,37 оперативных вмешательств: первое, направленное на ликвидацию источника воспаления – вскрытие гнойника, плюс все вмешательства, направленные на ликвидацию осложнений, а также операции, связанные с закрытием раневого дефекта. В основной группе этот показатель в среднем равен 1,17 операций на каждого пациента.

Соотношение оперативных вмешательств в контрольной и основной группе представлено на диаграмме.

Соотношение оперативных вмешательств.

Так в контрольной группе выполнено 101 (73,19%) операция, сопровождавшаяся вскрытием гнойника, 29 (21,01%) операций, таких как некрэктомии, довскрытия затеков, то есть ликвидирующих осложнения раневого процесса, а также 8 (5,8%) закрытый раневого дефекта.

В основной группе соответственно выполнено 42 (82,35%) вмешательства по вскрытию гнойника, 2 (3,92%) операции по устранению осложненного процесса и 7 (13,73%) операций направленных на закрытие дефекта кожи и мягких тканей ($p=0,007$).

Снижение в целом операционной активности при лечении гнойных ран сопровождается снижением затрат на лечение каждого пациента. Принимая во внимание соотношение оперативных вмешательств, изложенные выше, а также то, что применение прочих видов лечения не различались статистически. Стоимость затрат на перевязку 2 категории сложности на сентябрь 2006 г. составляет 143 р., на оперативное вмешательство под внутривенным наркозом (вскрытие гнойника) 439 р., а затраты на обработку ПП раны 140 р. Таким образом, расходы только на оперативное лечение и перевязки в контрольной группе в течение 7 дней составят 1457 р., в основной группе с применением плазменного потока 1382 р.

Заключение. Таким образом, обработка плазменным потоком ран существенно снижает количество раневых осложнений и, соответственно, число повторных операций связанных с устранением этих осложнений (более чем в 5 раз), и в то же время, улучшает качество жизни пациентов с ранами кожи и мягких тканей за счет возможности наложения вторичных швов, сокращения числа ежедневных перевязок, не увеличивая в то же время общую операционную активность, что определяет экономическую эффективность изучаемого метода.

Дробот Е.В.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ
ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ –
ХАРАКТЕР ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ
ГЕМОДИНАМИКИ**

*Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар*

Цель настоящего исследования: изучение характера внутрипечёночного кровотока (Q) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) в базальном и постпрандиальном периодах и оценка диагностической ценности исследования Q при язвенной болезни.

Обследовано 40 практически здоровых людей в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст $26,1 \pm 1,4$ года), составивших контрольную группу (КГ) и 195 больных ЯБДК в возрасте от 18 до 58 лет (средний возраст $34,2 \pm 1,5$ лет). Диагноз ЯБДК верифицировали данными эндоскопического исследования. Количественную оценку внутрипечёночного кровотока (Q) проводили посредством метода тетраполярной реографии. Исследование Q проводили утром натощак, а также через 15, 60, 120 минут после смешанной пищевой нагрузки, включавшей: 2 яйца, 20 г сливоч-

ного масла, 100 г пшеничного формового хлеба, 20 г сахара, 200 мл чая и содержала: белков - 19,8 г, жиров 26,9 г, углеводов 67,3 г - общей калорийностью 590,1 ккал.

Установлено, что в КГ объемная скорость Q варьирует в достаточно широком диапазоне - от 21,8 до $97,7$ мл/мин. 100 см³ и в среднем составляет $60,9 \pm 2,7$ мл/мин. 100 см³. При этом в зоне колебаний одного квадратического отклонения упомянутый параметр находится у 45% испытуемых, в двухсигмальной зоне - у 95% и в трехсигмальной зоне - у всех представителей КГ. Расчет показателей асимметрии и эксцесса с их ошибками репрезентативности свидетельствует, что рассматриваемый ряд симметричен и не имеет эксцесса, а коэффициент вариации ($C=28,7\%$) указывает на среднюю вариабельность величин Q у здоровых. Так как распределение индивидуальных значений параметров Q соответствует нормальному при определении нормативов можно воспользоваться двухсигмальной зоной колебаний указанных параметров, составивших с учетом округления 26-96 мл/мин. 100 см³.

В ходе дальнейшего изучения регионарного кровотока установлено, что диапазон колебаний индивидуальных значений Q при ЯБДК значительно шире, чем у лиц КГ. Так, для Q он составил 16,7 - 297 мл/мин. 100 см³. Сопоставление коэффициентов вариации у здоровых и больных ЯБДК наглядно демонстрирует эти различия: в КГ он составил 28,7% против 55% соответственно, у больных ЯБДК.

Установлено, что у больных ЯБДК величина Q в среднем на 95,1% выше, чем в КГ (здесь и далее приводятся только статистически значимые отличия, $p < 0,05$). При этом у 61,5% пациентов показатель Q превышает верхнюю границу нормы, а у 38,5% - находится в пределах нормальных колебаний.

Далее изучено влияние смешанной пищи на Q в КГ и у больных ЯБДК. В результате исследования установлено, что прием смешанной пищи сопровождается усилением регионарного кровотока – постпрандиальная гиперемия. Так, через час после приема смешанной пищи Q увеличивается в КГ в среднем на 45,3%. Далее, используя двухсигмальную зону колебаний гемодинамического показателя установлен норматив роста Q в постпрандиальном периоде, который составил 18-73%. На основании полученных данных установлен критерий адекватного постпрандиального гемодинамического ответа (АПГО): рост Q в пределах установленных нормативов. Соответственно как патологический постпрандиальный гемодинамический ответ (ППГО) рассматривается в случае снижения величин Q после пищевого воздействия или росте его ниже установленного норматива. У больных ЯБДК через час после смешанной пищи Q увеличивается только на 17% и ППГО выявлен в 51%.

Для решения вопроса о том, несет ли оценка гемодинамических параметров дополнительную дифференциально-диагностическую информацию, мы проанализировали результаты исследований, проведенных у 150 больных: 85 лиц с активной дуоденальной язвой, 20 - с хроническим Нр ассоциированным гастритом антрального отдела желудка, 20 - с активной язвой тела желудка и 25 - с хроническим панкреатитом.

Так, повышение базального Q у больных ЯБДК обладает высокой специфичностью по отношению ко всем остальным сравниваемым группам больных (70-97,5%). Чувствительность теста составляет 87%, его эффективность варьирует от 78,5 до 92,2%, предсказуемая ценность положительного результата от 74,3 до 97,2%, причем особенно высока она по отношению к КГ и больным хроническим панкреатитом. При оценке частоты ППГО Q установлено, что чувствительность теста равна 65%, его эффективность по отношению к лицам КГ, больным хроническим гастритом, язвенной болезнью желудка варьирует от 80% до 82,5%, а предсказуемая ценность положительного результата - от 92,8% до 100%. Что же касается информативности упомянутого теста по отношению к больным хроническим панкреатитом, то она достаточно низка (специфичность - 44%, эффективность - 54,5%, предсказуемая ценность положительного результата - 53,7%).

Из представленных данных следует, что для больных ЯБДК характерно повышенное кровенаполнение печени и нарушена динамика внутрипеченочного кровотока в постпрандиальном периоде. Выявленные гемодинамические особенности достаточно специфичны для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и следовательно могут рассматриваться в качестве дополнительного метода диагностики язвенной болезни.

Кузнецов В.Ф., Кулёмин Л.М., Кузнецов С.В.
**ФЕРМЕНТИРОВАННЫЕ ПИЩЕВЫЕ
ВОЛОКНА
(«РЕКИЦЕН-РД», «УЛЬТРАСОРБ»)
В ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА**

*Пермская государственная медицинская академия г.
Пермь, ЗАО Ягодное (г. Киров)*

Общеизвестно, что в питании современного человека содержание пищевых волокон (ПВ) составляет менее 30% от нормы, которая составляет 25 и более граммов в сутки. Дефицит ПВ является существенным фактором риска формирования интоксикации, нарушений функций иммунной системы, дисбактериоза, воспалительной и онкологической патологии толстого кишечника, нарушений углеводного (сахарный диабет 2-го типа) и липидного (атеросклероз, ожирение) обмена, а также нарушений метаболизма женских и мужских половых гормонов, приводящих к онкологической патологии предстательной и молочных желез. Патогенетической основой профилактического и лечебного действия пищевых волокон являются короткоцепочечные жирные кислоты, образующиеся при ферментации ПВ нормофлорой толстого кишечника, а также «жесткие» структурные компоненты ПВ, обладающие сорбционной способностью.

В контексте данных проблем целесообразен поиск альтернативных источников ПВ, которые биологически более доступны для организма и способны обеспечить восполнение дефицита продуктов их микробного метаболизма. Данным требованиям отвечают биологически активные добавки «Рекицен-РД» и «Ультрасорб» (производство ЗАО «Ягодное»,

г. Киров). Рекицен-РД является продуктом ферментации пшеничных отрубей винными дрожжами, включающим ферментированные растворимые и нерастворимые ПВ, витамины группы В, йод растительного происхождения и другие вещества, формирующиеся в процессе микробной ферментации. Основу БАД «Ультрасорб» составляет Рекицен-РД с добавлением растворимого ПВ – олигофруктозы, а также вспомогательных веществ, обычно используемых для таблетирования.

Важнейшим механизмом действия данных продуктов является детоксикация организма. Установлена выраженная адсорбционная способность ферментированных ПВ в отношении токсических агентов (микробного и немикробного происхождения) (микробные токсины, неблагоприятные экологические и производственные факторы, канцерогены, алкоголь). Кроме того, компоненты, входящие в препарат, препятствуют формированию побочных эффектов использования цитостатиков, антибиотиков, противотуберкулезных препаратов, а также лучевой терапии. В отличие от общеизвестных энтеросорбентов, их можно применять длительно (месяц и более), поскольку выведения нормофлоры, пищеварительных ферментов и других полезных веществ, а также повреждения эпителия кишечника при его использовании, не отмечается. ПВ устраняют или уменьшают интоксикацию экзогенного и эндогенного характера не только за счет эффекта энтеросорбции. Так, их использование препятствует проникновению компонентов кишечного содержимого через стенку кишечника, нормализует двигательную активность кишечника, усиливает процессы калообразования, нормализует стул (устраняются запоры и диареи). Одновременно с этим активизируется дезинтоксикационная функция печени, что, вероятно, связано с действием метаболитов ПВ, образующихся при их микробной ферментации. Рекицен-РД и Ультрасорб не только насыщают организм витаминами и другими полезными веществами, но и нормализуют выработку в организме собственных витаминов группы В, К и фолиевой кислоты, а также усиливает антиоксидантный потенциал организма. Представленное оказывает положительное влияние на процессы кровотока, на состояние внешних и внутренних барьеров и устраняет интоксикацию свободными радикалами. Таким образом, комплекс ферментированных ПВ, продуктов их микробной ферментации и витаминов, входящих в Рекицен-РД и Ультрасорб, усиливает многокомпонентную систему защиты организма от токсических факторов.

Устранение дефицита ферментированных ПВ благотворно влияет на процессы пищеварения. При их использовании устраняется изжога, восстанавливается пищеварение при заболеваниях печени (гепатиты, холециститы), желудка и кишечника (гастриты и язвенная болезнь, энтериты, колиты), восстанавливается микрофлора кишечника при дисбактериозах и острых кишечных инфекциях.

При инфекционном процессе и иммунной недостаточности использование продуктов на основе Рекицена-РД активизирует гуморальное звено иммунной системы, снижает концентрацию аллергических антител, уменьшает явления лимфаденопатии и нормализует течение воспалительного процесса. Это

свидетельствует об их противовоспалительном, противоаллергическом и иммуотропном действии.

Использование Рекицена-РД снижает уровень глюкозы в крови (при его увеличении), нормализует уровень холестерина и липопротеидов низкой плотности, а также увеличивает концентрацию липопротеидов высокой плотности, снижает всасывание липидов, что предотвращает развитие ожирения и атеросклероза.

Таким образом, использование Рекицена-РД перспективно для устранения дефицита ПВ и производных их микробной ферментации, что приводит к уменьшению риска формирования важнейших заболеваний человека.

Кузнецов В.Ф., Кулемин Л.М., Коротких И.С.,
Негодяева Н.Л.

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ИММУОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ ФЕРМЕНТИРОВАННЫХ ПИЩЕВЫХ ВОЛОКОН (РЕКИЦЕН-РД)

*Пермская государственная медицинская академия,
г.Пермь, ГОУ ВПО Кировская государственная
медицинская академия, г.Киров, ЗАО Ягодное, г.Киров*

Общеизвестно, что дисфункции иммунной системы и воспаление являются важнейшими компонентами течения послеоперационного периода, замедляющими реабилитацию. Провоспалительные гиперцитокинемии рассматриваются не только как универсальный лабораторный признак местно формирующегося воспалительного процесса, но и как фактор патогенеза системного воспалительного ответа, сопровождающийся комплексом симптомов, характерных для воспалительного заболевания (лихорадка, заторможенность, изменение аппетита, слабость, наличие лейкоцитоза, увеличение концентрации белков «острой фазы» и т.д.).

В этой связи актуален поиск препаратов, препятствующих увеличению в крови провоспалительных цитокинов, а также снижающих выраженность неблагоприятных последствий воспалительного процесса. Для этой цели предлагается использование продукта, содержащего ферментированные пищевые волокна, - Рекицен-РД (производство ЗАО Ягодное, Киров).

Цель исследования. Изучение влияния Рекицена-РД на выраженность воспалительно-интоксикационных сдвигов (лимфаденопатия, показатели иммунограммы, концентрация в сыворотке крови IL-1b и IL-4) у лиц с часто рецидивирующими воспалительными процессами различной локализации.

Материал и методы. В работе обследованы пациенты с часто рецидивирующими воспалительными процессами различной локализации. С помощью общепринятых методик исследовали иммунный статус. В сыворотке крови определяли концентрации интерлейкинов (IL)-1b и IL-4. Пальпаторно подсчитывали лимфатические узлы. Рекицен-РД, являющимся продуктом ферментации пшеничных отрубей винными дрожжами (*Saccharomyces cerevisiae vini*), использовали по 1 столовой - десертной ложке 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 20 дней.

Полученные результаты. До использования Рекицена-РД отмечено увеличение концентрации IL-1b, являющегося одним из важнейших провоспалительных цитокинов, более чем в 7 раз выше нормы. О напряженности механизмов гуморального иммунитета свидетельствовало существенное увеличение концентрации IL-4, вырабатываемого Т-хелперами второго вида. При анализе показателей иммунограммы установлено существенное снижение концентрации IgA. Приведенные данные свидетельствуют о наличии воспалительного процесса, вызванного преимущественно внеклеточными инфекционными агентами.

После энтерального использования Рекицена-РД отмечено достоверное снижение до нормы концентрации IL-1b ($P < 0.01$), при этом концентрация IL-4 существенно не изменилась. Количество пальпируемых лимфоузлов также достоверно снизилось ($P < 0,01$). При анализе показателей иммунограммы установлено существенное увеличение концентрации IgA. Таким образом, использование в диете ферментированных пищевых волокон в течение 20 дней позволяет восстановить концентрацию провоспалительного цитокина IL-1b, уменьшить выраженность лимфаденопатии, восстановить показатели гуморального иммунитета.

Существует ряд фактов, которые могли бы объяснить установленные в данной работе противовоспалительные и иммуотропные эффекты Рекицена-РД. Так, пищевые волокна без изменений поступают в толстый кишечник, где становятся селективным субстратом для ферментации лакто- и бифидумбактериями, что обеспечивает их пребиотический эффект и способствует устранению условно-патогенной и патогенной микрофлоры. Уменьшение или устранение дисбактериоза улучшает процессы пристеночного пищеварения, способствует восстановлению дисбаланса витаминов группы В и фолиевой кислоты, уменьшает процесс транслокации микрофлоры через стенку кишечника, оптимизирует процессы иммуногенеза в лимфатической системе, расположенной под слизистой кишечника, а также уменьшает выраженность эндотоксемии. Последнее, вне всяких сомнений, и нормализует выработку провоспалительных цитокинов, в частности IL-1b, способствует устранению лимфаденопатии и усиливает выработку секреторных IgA, что и было установлено в нашем исследовании.

Микрофлора кишечника может модулировать иммунные функции и через ферментацию пищевых волокон до короткоцепочечных жирных кислот. Так, установлено, что ферментация микрофлорой толстого кишечника пищевых волокон, содержащихся в Рекицене-РД, а также инулина и олигофруктозы, повышает содержание короткоцепочечных жирных кислот, в первую очередь ацетата, бутирата и пропионата в кишечном содержимом. Имеются сведения об иммуномодуляторных и противовоспалительных свойствах этих продуктов ферментации пищевых волокон.

Ранее нами установлен факт существенного увеличения сорбционной активности пшеничных отрубей после их ферментации винными дрожжами. Установлена выраженная адсорбционная способность ферментированных пищевых волокон в отношении токсических агентов микробного и немикробного про-

исхождения (микробные токсины, неблагоприятные экологические и производственные факторы, канцерогены, алкоголь). Кроме того, компоненты, входящие в препарат, препятствуют формированию побочных эффектов использования цитостатиков, антибиотиков, противотуберкулезных препаратов, а также лучевой терапии. В отличие от общеизвестных энтеросорбентов, Рекицен-РД можно применять длительно (месяц и более), поскольку выведения нормофлоры, пищеварительных ферментов и других полезных веществ, а также повреждения эпителия кишечника при его использовании, не отмечается. Пищевые волокна устраняют или уменьшают интоксикацию экзогенного и эндогенного характера не только за счет эффекта энтеросорбции. Так, их использование препятствует проникновению компонентов кишечного содержимого через стенку кишечника, нормализуется двигательная активность кишечника, усиливаются процессы калообразования, нормализуется стул (устраняются запоры и диареи). Одновременно с этим активируется дезинтоксикационная функция печени. Таким образом, ферментированные пищевые волокна, входящие в Рекицен-РД, усиливают многокомпонентную систему защиты от токсических факторов, что благотворно сказывается на функциях важнейших систем организма.

Заключение. Использование Рекицена-РД в системе реабилитации пациентов с патологией иммунной системы, сопровождающейся наличием часто рецидивирующих воспалительных заболеваний, способствует восстановлению показателей иммунного и цитокинового статуса. Противовоспалительные и иммуностропные эффекты Рекицена-РД обеспечиваются наличием в данном продукте ферментированных пищевых волокон, применение которых обеспечивает устранение интоксикации, насыщает организм короткоцепочечными жирными кислотами, устраняет явления дисбактериоза и оптимизирует активность лимфоидной системы, располагающейся под слизистой кишечника. Приведенные материалы свидетельствуют о необходимости широкого использования Рекицена-РД в комплексной реабилитации пациентов с воспалительной патологией.

Рис. 1. Концентрация IL-1b (1) и IL-4 (2) в сыворотке крови у пациентов.

Кулаков А.А.

ОСОБЕННОСТИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ВИЧ/СПИД

Саратовский государственный медицинский университет, г. Саратов

Цель исследования: изучение особенностей хирургических аспектов у больных ВИЧ/СПИД.

Материал и методы: В основу работы положен анализ результатов лечения 75 больных с абдоминальной хирургической патологией, госпитализированных в различные стационары Саратовской и Ульяновской областей в период с 1999 по 2004 гг.

Полученные результаты: согласно классификации В.И.Покровского (1989) 31(41,3%) человек находились в стадии II Б ВИЧ-инфекции, 41(54,6%) - II В, 2(2,6%) - III В и 1(1,3%) в IV стадии. С острым аппендицитом было госпитализировано 10 больных (13,3%), с острым холециститом - 2(2,6%), с острым панкреатитом (в т.ч. панкреонекроз) - 5(6,6%), с закрытой травмой живота - 10(13,3%), по поводу ножевого ранения брюшной полости - 18(23,9%), по поводу перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки 6 (8,0%), по поводу кровоточащей язвы желудка и двенадцатиперстной кишки 3(4,0%), желудочно-кишечных кровотечений других локализаций - 6(7,9%), по поводу флегмоны забрюшинного пространства - 3(3,9%), с острой кишечной непроходимостью 3(4,0%), с туберкулезным перитонитом - 1(1,3%), с другой патологией - 8(10,6%).

50 пациента (66,6%) оперированы, остальные лечились в хирургических стационарах консервативно. В большинстве случаев выполнялись открытые операции, хотя эндоскопические операции дают лучшие результаты у больных ВИЧ/СПИД [Yoshida EM, Chan NH, Chan-Yan C, Baird RM.,1997]. Лишь в 4 случаях (8,0%) больным выполнялись: холецистэктомия из минидоступа-1(2,0%), лапароскопическое дренирование брюшной полости - 1(2,0%), эндоскопическая гастроцистостомия -1(2,0%) и диагностическая лапароскопия - 1(2,0%).

В послеоперационном периоде различные осложнения возникли у 12 больных (16,0%), 2 из них умерло (2,6%). Всего умерло 5 пациентов (6,6%). Возможно, причиной сравнительно низкого процента осложнений и летальности у этой категории больных является высокий удельный вес пациентов с начальными стадиями ВИЧ-инфекции. По нашему мнению, дальнейшая работа хирургов над проблемой ВИЧ/СПИД невозможна без создания современных классификаций хирургических заболеваний и операций у ВИЧ-инфицированных пациентов. В связи с этим, нами разработаны классификации хирургических заболеваний и оперативных вмешательств у этих пациентов. Применение их позволило более рационально подойти к выбору объема оперативных вмешательств у этих больных и разработать рекомендации по тактике хирургического лечения. Считаем, что во II стадии ВИЧ-инфекции больным показано выполнение стандартных по объему оперативных вмешательств (таких же, как у больных без ВИЧ-инфекции). В III стадии ВИЧ-инфекции при уровне CD4клеток выше 0,2Ч10⁹/л - экстренные и плановые оперативные

вмешательства выполняются в полном объеме. При уровне CD4-клеток ниже 0,2Ч10⁹/л экстренные оперативные вмешательства выполняются в минимальном объеме, необходимо отдавать предпочтение видеоэндоскопической хирургии и операциям из минидоступа. При плановой патологии: показания к оперативному лечению сужаются, выполняются операции по поводу онкопатологии (следует стремиться к obstructивным резекциям), спленэктомия при тромбоцитопенической пурпуре. В IV стадии ВИЧ-инфекции экстренные оперативные вмешательства также выполняются в минимальном объеме, а в случае плановой патологии оперативное лечение не показано. Хотелось бы отметить, что среди хирургов сохраняется мнение о высокой опасности ВИЧ-инфицированных больных для персонала во время операций, что нашло отражение в ряде публикаций [Агапов В.В., Дубошина Т.Б., Мышкина А.К., 1989; Кузин М.И., 1991]. По нашему мнению, эта опасность несколько преувеличена. Банальные меры защиты: 2 пары хирургических перчаток, защитный щиток, маска, халат и бахилы вполне достаточны. Считаем необходимым более широкое применение диатермокоагуляции у этих больных (реже применяется режущий и колющий инструмент). За время эпидемии ВИЧ/СПИД в нашей области не было зарегистрировано связанного с профессиональной деятельностью случая заражения хирургов ВИЧ.

Выводы:

1. В настоящее время хирургический аспект ВИЧ-инфекции занимает довольно важное место в структуре заболеваемости у этих больных, что требует более глубокого изучения этой проблемы.

2. Дальнейшая разработка стандартов оперативного лечения, а также тесно связанных с ними методик проведения предоперационной подготовки и послеоперационного ведения ВИЧ-инфицированных больных, изучение морфологии ВИЧ-инфекции позволит улучшить результаты хирургических вмешательств у этих пациентов.

Леонов С.Д., Смородинов А.В.

ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ КРОВОТОКА В БАСЕЙНЕ ЧРЕВНОГО СТВОЛА ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ

ГОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия г. Смоленск

Гепато-лиенальная система - это особая форма взаимодействия селезенки и печени, где селезенка обеспечивает подготовительные мероприятия, способствующие выполнению некоторых функций печенью.

При спленэктомии (СЭ) производят перевязку а. lienalis, которая является крупной ветвью чревного ствола и v. lienalis, связывающую селезенку и печень. В связи с этим возникает вопрос о перераспределении крови в бассейне чревного ствола.

Цель исследования: выявить изменения интенсивности кровонаполнения после произведенной СЭ в большом сальнике и печени.

Материалы и методы. На 10 крысах линии Wistar массой 170 грамм под эфирным наркозом интраоперационно на экспериментальной уста-

новке (рац. предложение №1480 от 12.12.05) через лапаротомный разрез проводили биоимпедансометрию (БИМ) тканей печени и большого сальника. Затем удаляли селезенку, после чего спустя 5 минут проводили повторную БИМ. Лапаротомную рану ушивали послойно. На 30 сутки эксперимента вновь оценивали показатели БИМ. Полученные данные обрабатывали статистически с применением критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Измерение импеданса (полного электрического сопротивления) позволяет оценить кровонаполнение органов и тканей. Причем усиление кровотока в органе, как правило связано с повышением его функциональной активности. При биоимпедансометрии (БИМ) спустя 5 мин после операции значения полного электрического сопротивления (ПЭС) ткани большого сальника достоверно не изменялись. Напротив показатели ПЭС печени несколько уменьшились с 214,9±5,4 Ом до 211,1±5,1 Ом (p<0,05). Важно отметить, что снижение ПЭС свидетельствует об усилении кровотока, что в данном случае может носить реактивный характер, так как сосуды печени не адаптировались к новым условиям кровоснабжения.

На тридцатые сутки эксперимента ПЭС большого сальника было сравнимо с показателями до СЭ. Тогда как сопротивление ткани печени еще больше снизилось до 201±4 Ом (p<0,01).

Выявленное прогрессивное снижение показателей БИМ печени у животных после СЭ не носило реактивный характер, так как прошло достаточно времени для адаптации кровеносного русла. Следовательно, наблюдаемый процесс связан с увеличением функциональной активности тканей печени. По-видимому, она берет часть утраченных со СЭ функций селезенки.

Вывод: Перераспределение кровотока после СЭ носило локальный характер, и было возможно связано с повышением функциональной активности печени.

Попов Д.В., Токарева Л.В., Мазина Н.К.,
Сухоруков В.П.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ПРОГНОЗА ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия г. Киров

Тяжесть состояния больного, а также наличие и выраженность патологического процесса и аутоинтоксикации взаимосвязаны с количественно-качественными изменениями лейкоцитарной формулы периферической крови. В клинике широко используются такие расчетные показатели как: лейкоцитарный индекс интоксикации по Кальф-Калифу (ЛИИ), индекс ядерного сдвига (ИЯС), индекс нейтрофилов-лимфоцитов (Н/Л), гематологический показатель интоксикации (ГПИ) (В.С. Васильев, В.И. Комар, 1983г.) и др. Известны работы по применению ин-

тегральных гематологических показателей для объективной оценки тяжести состояния и прогноза исходов различных инфекционно-воспалительных заболеваний. Однако каких-либо сведений о диагностической и прогностической значимости гематологических индексов при острых нарушениях мозгового кровообращения (ОНМК) нами не обнаружено.

Целью работы явилось изучение характера изменений гематологических показателей при ОНМК в остром периоде, а также установление связи этих изменений с тяжестью состояния пациентов и исходом заболевания на госпитальном этапе оказания медицинской помощи.

Материалы и методы: Проводили ретроспективный анализ историй болезни 40 пациентов с верифицированным диагнозом ОНМК, прошедших через отделение реанимации городской больницы №1 г.Кирова. В зависимости от исхода заболевания больные распределились в группах сравнения следующим образом (табл. 1).

Для вычислений использовали данные общих анализов крови, взятых за весь период стационарного лечения. По лейкоцитарной формуле рассчитывали следующие интегральные гематологические показатели: ЛИИ по Кальф-калифу, ГПИ, индекс Н/Л, ИЯС. При сопоставлении групп учитывали средние значения индексов за все дни лечения каждого больного и их среднеквадратичные отклонения. Параллельно по данным, содержащимся в историях болезни, производили оценку тяжести ОНМК согласно двум независимым неврологическим шкалам: Скандинавской (Scandinavian Stroke Study Group, 1985 г.) и Оригинальной (Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, 1991 г.). Полученные массивы обрабатывали с помощью программного пакета MS Excel-2003.

Результаты исследования представлены в таблицах 2-4.

Выводы:

1. У пациентов с ОНМК интегральные гематологические показатели повышены более чем на 50% от верхнего уровня диапазона нормы.

2. Наиболее выраженные отклонения от нормы проявляются в первые 3 суток заболевания, что свидетельствует о наличии выраженной иммунной реакции и эндогенной интоксикации при исследованных типах ОНМК.

3. В первые сутки ОНМК происходит выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Увеличение индекса ядерного сдвига более чем на 50% имеет неблагоприятное прогностическое значение, поскольку наблюдается у больных с последующим летальным исходом.

4. Согласно ретроспективному анализу группы сравнения поддаются статистически значимой дифференцировке по гематологическим индексам в зависимости от исхода заболевания.

5. Наличие достоверных линейных корреляционных связей между ГПИ, индексом Н/Л и тяжестью ОНМК является основанием для использования данных индексов в шкалах оценки состояния больных.

6. Исследованные гематологические индексы не связаны со сроками пребывания пациентов в реанимации и в стационаре.

7. Информативность изученных интегральных гематологических показателей в сочетании с простотой расчетов и интерпретации позволяет рекомендовать их для прогностических целей в клинике острых нарушений мозгового кровообращения.

Таблица 1

Характеристика групп сравнения пациентов

Характеристика	Группы сравнения		
	Выжившие	Летальный исход	Всего
Количество больных	24 (60%)	16 (40%)	40
Мужчины	15 (62,5%)	6 (37,5%)	21
Женщины	9 (37,5%)	10 (62,5%)	19
ОНМК по ишемическому типу	16 (66,7%)	15 (93,8%)	31
ОНМК по геморрагическому типу	8 (33,3%)	1 (6,2%)	9
Средний возраст больного, $\bar{X}_1 \pm \sigma$ лет	61,8±12,7	66,3±7,7	
Средний срок пребывания в реанимации, $\bar{X}_2 \pm \sigma$ сут.	5,3±3,6	5,1±3,6	
Средний срок пребывания в стационаре, $\bar{X}_3 \pm \sigma$ сут.	23,9±8,1	7,1±5,6	

Таблица 2

Средние значения интегральных гематологических показателей в группах сравнения в течение периода госпитализации

Гематологический показатель	Выжившие больные		Пациенты, умершие в стационаре	
	в первые 3 суток	при выписке	в первые 3 суток	накануне смерти
ЛИИ (норма 0,5-1,0), $\bar{X}_1 \pm \sigma$	3,5±2,2	1,9±2,3	6,2±3,3	8,1±5,8
ГПИ (норма 0,6-1,2), $\bar{X}_2 \pm \sigma$	2,2±1,0	3,5±2,1	8,3±7,5	15,2±16,1
Индекс Н/Л (норма 2-3), $\bar{X}_3 \pm \sigma$	6,3±3,1	4,5±3,5	9,7±6,0	15,2±14,8
ИЯС (норма 0,06-0,1), $\bar{X}_4 \pm \sigma$	0,04±0,01	0,04±0,03	0,14±0,21	0,16±0,20

Таблица 3

Значения ЛИИ, ГПИ, индекса Н/Л, ИЯС в зависимости от исхода заболевания

Гематологический показатель	Выжившие больные	Летальный исход	Значение Р (дисперсионный анализ)
Лейкоцитарный индекс интоксикации (норма 0,5-1,0), $\bar{X}_1 \pm \sigma$	2,9±1,7	6,5±3,4	0,0001
Гематологический показатель интоксикации (норма 0,6-1,2), $\bar{X}_2 \pm \sigma$	3,8±3,2	10,5±7,7	0,0006
Индекс нейтрофилы-лимфоциты (норма 2-3), $\bar{X}_3 \pm \sigma$	5,7±2,3	11,2±7,1	0,0009
Индекс ядерного сдвига (норма 0,06-0,1), $\bar{X}_4 \pm \sigma$	0,04±0,02	0,15±0,21	0,02

Таблица 4

Коэффициенты линейной корреляции между тяжестью ОНМК, сроками пребывания в стационаре и значениями гематологических индексов у выживших больных

Коррелирующие факторы	Гематологический показатель			
	ЛИИ	ГПИ	Индекс Н/Л	ИЯС
Тяжесть ОНМК в баллах по Скандинавской шкале	-0,24	-0,19	-0,37	-0,10
Тяжесть ОНМК в баллах по Оригинальной шкале	-0,34	-0,40*	-0,56*	-0,33
Срок пребывания в реанимации	0,15	0,26	0,24	0,35
Общий срок стационарного лечения	0,21	0,19	0,20	0,22

Пятаха Н.А., Сухоруков В.П., Ваганов А.В.,
Кондратьев В.А.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ В РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЕ ПОЛНОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА ПРАВОГО ГЛАВНОГО БРОНХА И 30 ПОСЛЕДУЮЩИХ ЛЕТ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Департамент здравоохранения Кировской области,
ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров

Рассматривается случай хирургического лечения полного травматического разрыва правого главного бронха с хорошим отдаленным (через 30 лет) результатом.

Больной К., 23 лет 19 августа 1976 года поступил в районную больницу через 30 минут после дорожной травмы: на повороте дороги выпал из коляски перевернувшегося на большой скорости мотоцикла и сильным ударом коляски по груди был прижат к полотну дороги. При поступлении жалобы на боли в грудной клетке, удушье и одышку, затруднение при дыхании.

После клинического и рентгенологического обследования выявлен правосторонний пневмоторакс. Устранить пневмоторакс посредством торакоцентеза с аспирацией воздуха не удалось. Состояние больного неуклонно ухудшалось, прогрессировала дыхательная недостаточность, появилась и быстро нарастала напряженная подкожная эмфизема шеи, лица и грудной клетки.

Вызванная 20.08.76. бригада санитарной авиации в составе торакального хирурга (Н.А.Пятаха) и анестезиолога (В.П.Сухоруков) застала больного примерно через 24 часа после травмы в крайне тяжелом состоянии. Сознание спутано, лицо, шея, грудь и верхние конечности в результате сильнейшей напряженной эмфиземы резко одутловаты, выраженная эмфизема век, губ, слизистых рта. Дыханий 40 в минуту. Правая половина грудной клетки отстаёт в дыхании. Слева дыхание жесткое, выслушиваются грубые сухие хрипы. Справа дыхание не выслушивается. Пульс ритмичный, слабого наполнения, свыше 140 ударов в минуту. Артериальное давление 110/60 мм рт.ст. Рентгенологически правое легкое коллабировано, эмфизема средостения, в костно-диафрагмальном углу жидкость, органы средостения смещены влево.

Диагностирован напряженный пневмоторакс справа и распространенная напряженная подкожная эмфизема органов грудной клетки в результате повреждения крупного бронха справа. Напряженность пневмоторакса и эмфиземы сохраняются, несмотря на аспирацию электротсосом воздуха из плевральной полости и введения под кожу груди и шеи игл большого диаметра.

Без особого эффекта больной спонтанно дышит кислородом через маску. Попытки провести легкую вспомогательную вентиляцию легких кислородом сразу же ухудшает состояние больного. Больной взят в операционную.

Операция требовала миорелаксации, эндобронхиальной интубации левого легкого имеющейся в на-

личии лишь однопросветной трубкой и проведения однолегочного наркоза с искусственной вентиляцией. В этой связи возник реальный риск гибели больного на вводном наркозе, который требует проведения после введения миорелаксантов искусственной вентиляции легких под давлением через маску. У больного с повреждением крупного бронха каждый искусственный вдох через маску неизбежно сопровождается большим сбросом под давлением вдыхаемого воздуха в плевральную полость, что мгновенно увеличивает напряженность пневмоторакса и подкожной эмфиземы со смещением средостения в здоровую сторону, перегибом и сдавлением его сосудов. Одновременно закономерно происходит ослабление вентиляции здорового легкого. У данного больного, находящегося в крайне тяжелом состоянии, эти изменения создают реальную угрозу остановки сердца.

Для предотвращения указанных осложнений были предприняты следующие действия. После премедикации с использованием опиатного анальгетика больной введен в наркоз тиопенталом натрия (внутривенно 50 мл 1% раствора) на фоне постоянной ингаляции кислорода в смеси с закисью азота (1 : 2). Сразу после введения в наркоз выполнена широкая передне-боковая торакотомия в пятом межреберье, что полностью устранило напряженность пневмоторакса.

По мере углубления наркоза спонтанное дыхание постепенно усиливалось вспомогательной вентиляцией легких, которая после торакотомии и внутривенного введения миорелаксанта (сукцинилхолин 2 мг/кг) заменена форсированной искусственной вентиляцией легких через маску. Интубация трахеи однопросветной трубкой. Основной наркоз эфиром.

При ревизии правой плевральной полости обнаружено полностью спавшееся правое легкое, наличие в синусе плевральной полости до 300 мл жидкой крови и ее сгустков, сильное продувание из средостения воздуха при его нагнетании в трахею и полный перерыв правого главного бронха на расстоянии 1 см от бифуркации трахеи. Крупные сосуды корня легкого не повреждены. Сразу же после обнаружения полного перерыва правого главного бронха хирургом перекрыт его просвет пальцами, что сопровождалось резким улучшением вентиляции левого легкого и состояния больного. Интубационная трубка переведена в левый главный бронх. В дальнейшем течение операционного периода стабильное с АД 120/70 – 130/80 мм рт.ст. и ритмичным пульсом 80-100 ударов в минуту.

После стабилизации наркоза (наркозный аппарат УНА-1) хирургом мобилизованы концы правого главного бронха, из просвета бронха электроотсосом удалены слизь и сгустки крови. Отдельными узловыми капроновыми швами наложен межбронхиальный анастомоз конец в конец. После создания бронхоанастомоза интубационная трубка осторожным потягиванием извлечена из левого главного бронха и фиксирована в трахее. Большим объемом кислорода расправлено правое легкое. После этого оно равномерно участвует в дыхании при обычном режиме искусственной вентиляции. Дренаж плевральной полости в седьмом и во втором межреберье. Послойные швы на рану. Раздувание правого легкого и аускультативное подтверждение его активного участия в ды-

хании. Выход больного из наркоза через 40 минут после окончания операции. Больной в сознании, полностью выполняет инструкции врача, экстубирован, дыхание самостоятельное, достаточное, не истощающееся.

Течение послеоперационного периода без осложнений (ведение больного хирургом В.А. Кондратьевым). 27 сентября 1976 года больной выписан домой в хорошем состоянии. Жалоб нет. В легких с обеих сторон везикулярное дыхание, рентгенологически в легких патологии нет. Осмотрен через 2 месяца после травмы: здоров, жалоб нет, занимается физическим трудом.

В последующем в течение 30 лет больной за медицинской помощью практически не обращался, на вызовы для осмотра не являлся.

В марте 2006 года пациент уступил настойчивой просьбе хирурга и прошел обследование в Кировском областном клиническом онкологическом диспансере (торакальный хирург А.В.Ваганов).

Жалоб нет. Занимается физической работой.

Рентгенологическое обследование (14.03.06.) органов грудной клетки. На ККФ справа легкое над диафрагмой неоднородно затемнено за счет плевральных наложений, наружный ребернодиафрагмальный синус запаян, пристеночные наложения. Слева в легком без особенностей. Тень средостения не расширена. Корни легких структурны. Диафрагма справа стоит высоко. Заключение: массивные плевральные наложения справа.

Фибробронхоскопия (14.03.06.): правый главный бронх несколько расширен, просвет незначительно рубцово деформирован за счет задней мембранозной стенки.

Общее заключение о физическом состоянии: здоров.

Таким образом, представленное наблюдение демонстрирует эффективное хирургическое лечение крайне тяжелой торакальной травмы с полным разрывом правого главного бронха, напряженными гемопневмотораксом и эмфиземой, описывает методику однобронхиальной интубации, успешно примененную в условиях минимального технического оснащения в условиях районной больницы и показывает через 30 лет после операции хороший клинико-рентгенологический результат.

Савельев О.Н., Москалев А.С., Тагильцев А.М.,
Вениченко Н.И., Хрипун Ю.Г.

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ
ТРАНСПОРТНОГО ВАРИАНТА
ОТЕЧЕСТВЕННОГО АППАРАТА ИВЛ
В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, РЕАНИМАЦИИ
И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

*ФГУЗ «Медико-Санитарная часть ГУВД
Свердловской области» г. Екатеринбург.*

Согласно последних публикаций в научно-практической литературе, серийно выпускаемой ОАО «Уральский приборостроительный завод» аппарат вспомогательной и управляемой ИВЛ «Фаза-21», предназначенной в соответствии с сертификацией для

применения в транспортных средствах, в настоящее время находит все большее число приверженцев среди анестезиологов и реаниматологов, особенно службы санитарной авиации, медицины катастроф, скорой медицинской помощи. По классификации аппаратов ИВЛ А.Л. Левита и соавт. (2002) этот вентилятор относится к классу транспортных «интеллектуальных» респираторов. В ОАРИТ госпиталя МСЧ ГУВД Свердловской области аппарат «Фаза-21» начал эксплуатироваться с 2004 г., в начале до клинического применения, в режиме непрерывной многосуточной ИВЛ с целью проведения стендовых испытаний его надежности, а также освоения медицинским персоналом отделения практических навыков работы и изучения его функциональных возможностей (различные режимы ИВЛ, сигналы тревог, дезинфекция и т.д.). При этом, поставляемый в комплекте с аппаратом смеситель «кислород-воздух», подающий дыхательную смесь в % отношении, был заменен нами на систему стандартных ротаметров для подачи медицинского кислорода и закиси азота тарированных в л/мин, что давало возможность осуществления ИВЛ «чистым» кислородом, а при крайней необходимости – и проведения ингаляционного закисно-кислородного наркоза.

К настоящему времени в ОАРИТ госпиталя, аппарат ИВЛ «Фаза-21» был использован у 40 больных в возрасте от 19 до 78 лет при продленных и длительных ИВЛ в следующих штатных и нештатных ситуациях.

1. Учитывая компактность, малый вес и наличие встроенной автономной аккумуляторной батареи, как транспортный вариант, аппарат «Фаза-21» при работе «на воздухе» с открытым патрубком «свежая смесь» устанавливался нами на головном конце каталки у тяжелых и крайне тяжелых оперированных больных, транспортируемых из расположенной в отдаленности от ОАРИТ экстренной «гниной» операционной через лифт, внутрибольничные переходы в палату реанимации на ИВЛ, эффективно заменяя тем самым традиционно применяемую интратрахеальную ручную вентиляцию легких мешком Амбу.

2. В палате «постнаркозного пробуждения» при ОАРИТ, расположенной рядом с плановым операционным блоком, наряду с другими аппаратами респираторной поддержки, аппарат «Фаза-21» использовался для проведения продленных ИВЛ у больных при медикаментозной депрессии дыхания после длительных хирургических вмешательств с периперационной кровопотерей или без неё.

3. В палатах ОАРИТ госпиталя, при занятости других аппаратов, и выходе из строя очень чувствительных, сравнительно дорогих кислородных датчиков аппарата «Evita-4» (фирмы «Dgdegeg», Германия) и невозможности длительного применения вентиляторов низшего функционального класса, мы использовали аппарат «Фаза-21» для проведения ИВЛ через трахеостому совместно с термоувлажителем «Термофаза-12» и обязательным включением в дыхательный контур бактериальных фильтров как перед термоувлажителем, так и на шланге выдоха. В ходе работы, наряду с режимом CMV, использовались режимы РЕЕР, PS, ACV, заложенные в конструкции аппарата (всего аппарат располагает 7 режимами респираторной поддержки).

4. В условиях операционного блока в момент однократного непредвиденного отключения электроэнергии, аппарат «РО-9-Н», работающий от сети 220В, был экстренно заменен нами на аппарат «Фаза-21», обладающий возможностью работы от автономного источника аккумулятора питания, что позволило получить благоприятный исход хирургического вмешательства и эндотрахеального наркоза.

В заключение, следует отметить, что аппарат ИВЛ «Фаза-21» прост в управлении и проведении дезинфекции основных его узлов, за счет режима блокирования параметров вентиляции «замком», 10 сигналов тревог, автоматическом переходе на работу от аккумуляторной батареи при отключении электроэнергии с сохранением установленных параметров ИВЛ надежен в работе, а при наличии встроенного пульсоксиметра, автономного источника аккумуляторного питания, нескольких распространенных в реанимационно-анестезиологической практике режимов респираторной поддержки, может использоваться не только для транспортировки больных и пострадавших, но и быть применен как запасной «страховочный» и мобильный вариант аппарата ИВЛ для ОАРИТ.

Триандафилов К.А., Сухоруков В.П.
**ИНФУЗИИ ПЕРФТОРАНА ПРИ
 ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ
 АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**
 ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
 академия г. Киров

Аденома предстательной железы (АПЖ) является одним из самых распространенных заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста. Оно наблюдается у 40% мужчин в возрасте 50-60 лет, у 50% - старше 60 лет и 90% - после 80 лет (Мартов А.Г., Лопаткин Н.А., 1997).

Оптимальным методом радикального лечения АПЖ является трансуретральная резекция (ТУР), которая расценивается в урологии как «золотой стандарт». Однако ТУР сопряжена с возможностью ряда осложнений: нарушения в системе гемостаза, местный фибринолиз, геморрагии, десквамация слизистой уретры, различного рода перфорации, «ТУР синдром», эпидидимиты, орхиты, орхоэпидидимиты, циститы, уретропростатиты, недержание мочи, ретроградная эякуляция и др. Поэтому поиск путей повышения безопасности ТУР актуален.

Нами исследована целесообразность включения в периперационное обеспечение ТУР перфторана, обладающего «мульти-modalностью» выраженных положительных эффектов (улучшение оксигенации крови в легких и дезоксигенации в тканях, повышение текучести крови в области малых скоростей, активизация микроциркуляции, детоксикация, стимуляция диуреза, благоприятная для организма иммуномодуляция, повышение в эритроцитах функционально важных фосфатов – АТФ и 2,3-ДФГ и др.). Для больных с АПЖ, имеющих в основном пожилой и старческий возраст, существенно важно, что все указанные эффекты перфторан в полной мере проявляет и при переливании в малых дозах, порядка 1 мл/кг массы тела.

Перфторан переливали по 100 мл капельно (40-60 капель в минуту) сразу после ТУР АПЖ. Возраст пациентов составлял в среднем 71,8 года с колебаниями от 64 до 76 лет. Операция производилась под спинальной анестезией маркаином. Отбор пациентов для ТУР осуществлялся согласно стандартным показаниям, объем аденомы простаты составлял от 46 до 65 см³.

Все больные перенесли переливания перфторана без каких-либо реакций и осложнений. Наблюдалось улучшение самочувствия больных, повышение психической и моторной активности больных, стабилизация гемодинамики. Появление и усиление геморрагического синдрома не отмечено ни в одном случае. Отмечено повышение диуреза, который усиливался сразу после начала инфузии перфторана и после переливания первых 50 мл. Диурез увеличивался пропорционально скорости переливания.

Применение инфузий перфторана ускоряло послеоперационную реабилитацию больных. Время госпитализации сокращалось в среднем на 2,6 суток, что снижало общую стоимость хирургического лечения.

Результаты предварительного клинического исследования показали целесообразность включения инфузий перфторана в периоперационную схему обеспечения ТУР АПЖ.

Тукмачев А.Г., Цапок П.И., Шешунов И.В.,
Горев С.Г., *Стрелков Н.С.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ КОЛЕННОГО СУСТАВА

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров

* ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская
академия, г. Ижевск

Общепринятые методы диагностики и определения тяжести состояния пострадавшего с посттравматической нестабильностью коленного сустава, к сожалению, не всегда позволяют раскрыть истинную картину тяжести процесса.

Цель исследования: провести биохимическую оценку функций печени и общего состояния больного путем изучения активности индикаторных ферментов и показателей клеточного метаболизма белков и липидов у больных с посттравматической нестабильностью коленного сустава.

Материал и методы: обследованы 62 больных с посттравматической нестабильностью коленного сустава, для лечения которых применяли оперативные методы. Комплексное клиничко-биохимическое обследование включало общеклинические, рентгенологические, биохимические методы, магнитно-резонансную томографию и ультразвуковое исследование. Материалом для биохимического анализа служила кровь из локтевой вены, полученная венопункцией в количестве 7,0 мл в пробирки для взятия крови фирмы «Vacutaner» (США); в качестве консерванта служил раствор этилендиаминтетраацетата (ЭДТА) в

концентрации 1 мг/мл. Забор крови осуществляли сразу после травмы в момент проведения противошоковых мероприятий и при динамическом наблюдении за больными в процессе лечения. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц аналогичного возраста. В работе использованы классические и современные биохимические методы исследования активности индикаторных ферментов печени и показателей клеточного метаболизма белков и липидов (Камышников В.С., 2000). Разделение фракций липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и низкой плотности (ЛПНП) проводили методом осаждения хлоридом магния в присутствии гепарина в модификации Цапок П.И. и Галкина А.А. (1999). Общие липиды (ОЛ) определяли по реакции с сульфифосфованилиновым реактивом; уровень холестерина (ХС) и его фракций – эстерифицированного, свободного, а также в составе липопротеинов (ХС-ЛПНП) и (ХС-ЛПВП) – по реакции с хлорным железом по методу Златкиса-Зака, триацилглицеролы (ТАГ) – стандартным набором реактивов фирмы «Lachema». О состоянии процессов липопероксидации (ЛПО) судили по интенсивности индуцированной пероксидом водорода хемилюминесценции (ХЛ) в присутствии избытка ионов Fe²⁺. Определяли общую светосумму за 30 и 60 сек, среднюю скорость реакции за каждые 10 сек измерения и показатель максимальной фотовспышки интенсивности ХЛ (Im), позволяющий оценить содержание первичных продуктов ЛПО. Определяли также конечные продукты ЛПО, с которыми дает реакцию 2-тиобарбитуровая кислота (малоновый диальдегид - МДА) спектрофотометрически при длине волны 535 нм. Средние величины вычисляли параметрическими методами, достоверность разницы определяли по t – критерию Стьюдента.

Полученные результаты проведенных исследований выявили существенные различия в показателях липидного обмена между сравниваемыми группами. На фоне снижения содержания ОЛ при травме, уровень общего ХС плазмы крови достоверно не изменялся, тогда как фракция ХС-ЛПНП возросла на 34,2%, а фракция ХС-ЛПВП понизилась на 12,6%. Коэффициент атерогенности стал выше на 39,6% в группе больных с повреждением опорно-двигательного аппарата. Показатели ХЛ липопротеиновых фракций подчинялись тем же закономерностям, что и изменения ХС фракций ЛПНП и ЛПВП. При этом при травме обнаруживалось резкое снижение интенсивности ХЛ-ЛПВП и незначительное увеличение (на 9,3%) общей светосуммы ХЛ-ЛПНП. Биохимические показатели менялись в зависимости от лечения, методов лечения и исхода. Наибольшую диагностическую ценность представляли исследования общего белка, альбуминов, молекул средней массы, мочевины, креатинина, мочевой кислоты, билирубина и активности аспаратаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), гистидазы и 5-нуклеотидазы. При адекватном лечении и благоприятном исходе изучаемые показатели приходили в норму. При неудовлетворительных исходах показатели ХЛ-ЛПВП оставались на низких цифрах на фоне повышенных величин ХЛ-ЛПНП.

С учетом необходимости и потребности практического здравоохранения иметь возможность в до-

полнительных объективных методах исследования больных, нами разработаны и внедрены методы оценки общего состояния пациента и эффективности проводимого лечения. Указанные способы позволяют адекватно оценить как общее состояние травматологического больного, так и своевременно осуществить коррекцию проводимого лечения, спрогнозировать клинические исходы при повреждении связочного аппарата коленного сустава, приводящего к его нестабильности. В основу указанных методов легли изменения параметров клеточного метаболизма липидов, определяемые в плазме крови (патенты на изобретения РФ № 2208787 и № 2208788).

Так, для определения тяжести общего состояния больных с посттравматической нестабильностью по показателям ЛПО необходимым условием является определение МДА и количества ОЛ. Для наиболее точного определения изменений метаболизма липидов на молекулярном уровне включен показатель ЛПО – изучение ХЛ плазмы крови. Для подтверждения специфичности и повышения достоверности диагностического исследования вводится коэффициент k , который равен отношению произведения количества МДА и цифровых значений ХЛ плазмы к количеству ОЛ, увеличенных в тысячу раз: $k = (МДА \times ХЛ) : (ОЛ \times 1000)$. При показателях k больше 1,5 – общее состояние больного считается тяжелым.

Для определения качества и эффективности проводимого лечения, а также прогнозирования его исходов, нами использовались методы исследования метаболизма липидов по количественному анализу общих липидов, церулоплазина, ХЛ-ЛПНП и ХЛ-ЛПВП больных с посттравматической нестабильностью коленного сустава. Указанный способ позволяет своевременно оценить качество лечения, спрогнозировать исходы лечения. Для повышения специфичности введен коэффициент k^* , который рассчитывают по формуле: $k^* = (ХЛ-ЛПНП \times ОЛ) : (ХЛ-ЛПВП \times ЦП)$. При показателях $k^* < 30$, восстановительные процессы в поврежденных тканях протекают удовлетворительно.

Заключение. Оценка функций печени и исследование критериев клеточного метаболизма липидов позволяют улучшить диагностику общего состояния больных с посттравматической нестабильностью коленного сустава, что направлено на оказание необходимого лечения в оптимальные сроки.

Якобсон Л.А., Ананьева Е.Н., Кисличко А.Г.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ
ХИРУРГИЧЕСКОГО И
КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ**

*Кировский областной клинический онкологический
диспансер,
ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров*

Основной причиной неудовлетворительных результатов при использовании хирургического лечения рака прямой кишки является возникновение местных рецидивов, частота которых, по данным разных авторов, составляет до 50%. Таким образом, ока-

зывая влияние на частоту местных рецидивов, можно ожидать улучшения отдаленных результатов лечения. Одним из способов снижения частоты местных рецидивов является применение лучевой терапии в сочетании с радикальной операцией. Наиболее широко с этой целью применяется предоперационная лучевая терапия. Большинство исследований демонстрирует высокую ее эффективность в отношении профилактики местных рецидивов. При этом, однако, не происходит существенного увеличения выживаемости.

Цель исследования: определить эффективность комбинированного метода лечения рака прямой кишки.

Материал и методы. Данная работа основана на анализе результатов лечения 517 больных, которые наблюдались в Кировском областном клиническом онкологическом диспансере в период с 2000 по 2004 гг. У всех пациентов имелись эпителиальные опухоли (аденокарцинома) ампулярного отдела прямой кишки. Степень распространенности опухолевого процесса в соответствии с международной классификацией по системе TNM соответствовал II-III стадии или T3-4N0M0 и T3-4N1M0. У 134 (25,9%) из 517 больных выполнены паллиативные операции. У 383 (74,1%) больных были выполнены различные виды радикальных оперативных вмешательств. В зависимости от метода проведенного лечения эти больные были разделены на две группы. Первая группа – 285 больных, которым было проведено только оперативное лечение. Больные второй группы (98 пациентов) получали комбинированное лечение, состоящее из предоперационной дистанционной гамма терапии и операции. При этом комбинированное лечение проводилось по двум схемам: 39 пациентов получили предоперационную лучевую терапию ежедневно РОД-5 Гр до СОД-25 Гр, 59 пациентов получили предоперационную лучевую терапию ежедневно РОД-2 Гр с использованием 5-фторурацила до СОД-40-46Гр. Первая схема лечения использовалась у больных со степенью распространенности процесса соответствующей T3N0M0 (II стадия), операция выполнялась через 48-72 часа после окончания лучевой терапии, до развития лучевых реакций со стороны нормальных тканей. Вторая схема лечения применялась у больных с III стадией заболевания. Данный вариант лечения позволял добиться существенного уменьшения размеров опухоли, т.е. увеличение резектабельности опухоли, снижение вероятности имплантационного метастазирования. Недостатком данной методики является отсрочка выполнения хирургического вмешательства на 4-6 недель, которые требуются для стихания лучевых реакций. Кроме этого у части пациентов возникали дополнительные технические трудности во время операции, и отменялось увеличение сроков заживления послеоперационной раны.

Результаты исследования. Послеоперационные осложнения чаще встречались в группе, получавшей комбинированное лечение (26% против 18% в группе, получивших только хирургическое лечение), послеоперационная летальность в этой группе также была выше (5% против 2% соответственно). Проведение предоперационной лучевой терапии позволило при III стадии опухолевого процесса увеличить резектабельность опухоли (с 60% в группе получивших только

хирургическое лечение до 80% в группе комбинированного лечения). Показатель трехлетней выживаемости в группе больных получивших хирургическое лечение составил 45%, в группе комбинированного лечения 55%.

Заключение. При раке прямой кишки III стадии, т.е. при прорастании опухолью всех слоев стенки кишки и врастании в жировую клетчатку, а также при метастатическом поражении регионарных лимфатических узлов использование комбинированных методов лечения позволяет улучшить отдаленные результаты лечения и должно стать методом выбора.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Приветственное слово.....

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Член-корреспондент РАМН, профессор В.А.Журавлев

КРАТКИЕ ИТОГИ РАБОТЫ.....

Проф. Никитин Н.А., Бакулин П.С.

ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ
СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Профессор В.И. Мидленко, к.м.н. А.Л. Чарышкин

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА
И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ.....

ТЕЗИСЫ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

«Актуальные вопросы гепатологи»

Раздел 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Астахин А.В., Левитан Б. Н., Ефимова Е.Э., Ларина Н.Н.

ИНТЕРФЕРОНОВЫЙ СТАТУС И КОНЦЕНТРАЦИЯ ЕСТЕСТВЕННО ОБРАЗУЮЩИХСЯ АНТИТЕЛ
К ИНТЕРФЕРОНУ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ И ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ.....

Аюшиева С.Ц., Ковалева Л.П., Балданов Б.В., Лоншакова К.С., Струбинова В.Н.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ «АРШАН»
И ФИТОСБОРА «БАЙКАЛЬСКИЙ-7» НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СС₁₄Г ЕПАТИТА У БЕЛЫХ КРЫС ..

А.В. Булдаков, В.П. Сухоруков

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РЕАМБЕРИНА
В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ

Иванова Н.Л., Московцева О.М., Агапова А., Щербатюк Т.Г.

ВЛИЯНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК НА ОСНОВЕ ЯНТАРНОЙ И АСКОРБИНОВОЙ
КИСЛОТ НА МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ИНТАКТНЫХ ЖИВОТНЫХ....

Камакин Н.Ф., Колодкина Е.В., Вохмянина Т.Г., Мамедова Е.А.

ГИДРОЛАЗЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ И ТРАНСАМИНАЗЫ В КРОВИ КАК ПОКАЗАТЕЛИ
ФЕРМЕНТЕМИИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ.....

Кисличко А.Г., Марусенков А.В., Попов М.Ю.

РАК ПЕЧЕНИ. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....

Кисличко А.Г., Марусенков А.В., Попов М.Ю.

МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ. СОСТОЯНИЕ
ПРОБЛЕМЫ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Ковалева Л.П, Аюшиева С.Ц., Балданов Б.В., Самбуева З.Г., Лоншакова К.С., Струбинова В.Н., Любимова У.П.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ «АРШАН»
И ФИТОСРЕДСТВА «БАЙКАЛЬСКИЙ-7» НА ТЕЧЕНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Колосов А.Е., Новичков Е.В.

ОЦЕНКА МИТОТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И СОДЕРЖАНИЯ ДНК В ПРОГНОЗЕ
ХОЛАНГИОЦЕЛЛЮЛЯРНЫХ РАКОВ ПЕЧЕНИ

Косых А.А.

ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕГЕНЕРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПЕЧЕНИ

Мазина Н.К.

ГЕПАТОТРОПНОЕ ДЕЙСТВИЕ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ СУБСТРАТОВ КАК ОТРАЖЕНИЕ
ИХ ПОЛИОРГАННОЙ ФАРМАКОДИНАМИКИ

Мингазов Р.С., Янгиров И.В., Муслимов С.А., Мусина Л.А., Батанов А.Н.

ВЛИЯНИЕ ФЕТАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ПЕЧЕНИ И БИОМАТЕРИАЛА АЛЛОПЛАНТ НА
РЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Молоковский Д.С., Войтенков Б.О., Дьячук Г.И., Михалева И.Н.

ВЛИЯНИЕ СИНТЕТИЧЕСКОГО ФРАГМЕНТА ИНТЕРЛЕЙКИНА-2 ЧЕЛОВЕКА НА
ВОССТАНОВЛЕНИЕ НАРУШЕННОЙ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ
ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ГЕПАТИТАХ

Молоковский Д.С., Дьячук Г.И.

ВЛИЯНИЕ БИОКУЛЬТУРАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЖЕНЬШЕНЯ НА ЭНДОКРИННЫЙ БАЛАНС
И ТОЛЕРАНТНОСТЬ ОРГАНИЗМА К ГЛЮКОЗЕ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ,
ВЫЗВАННОМ ТЕТРАХЛОРМЕТАНОМ

Перминов А.С., Помаскин О.Б., Иванов С.В.

ВЛИЯНИЕ ОЗОНИРОВАНИЯ НА СОЕДИНИТЕЛЬНУЮ ТКАНЬ ПЕЧЕНИ МЫШЕЙ ЛИНИИ АКР
Помаскин О.Б., Иванов С.В., Перминов А.С. В
ВЛИЯНИЕ ОЗОНИРОВАНИЯ НА СОДЕРЖАНИЕ ГЛИКОГЕНА В ГЕПАТОЦИТАХ И ЛИМФОБЛАСТАХ
В ПЕЧЕНИ МЫШЕЙ ЛИНИИ АКР
Резцов О.В., Карцев А.В., Распутин П.Г.
МОРФОЛОГИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПРЕДЕЛЬНО БОЛЬШИХ РЕЗЕКЦИЙ
И ЛИМФОСТИМУЛЯЦИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Раздел 2. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Арямкина О.Л., Варганова Д.Л., Горбунов В.И., Климова Н.Н.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В
Барамзина С.В., Устюжанинов В.Н.
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НСV-ИНФЕКЦИЕЙ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ В РОССИИ
И КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ. ПРОГНОЗ ФОРМИРОВАНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НА ЭТАПЕ
ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С
Бондаренко А.Л.
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ .
Гибадулина И.О., Тупицын М.В.
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ГЕПА ТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ
И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Гуляева С.Ф., Циркин В.И., Гуляев П.В., Помаскина Т.В., Куншин А.А., Червоткина Л.А., Фоменкова О. С., Шуклина Е.
В.
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ АМБУЛАТОРНОЙ И КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО К
ОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД ВЯТСКОГО РЕГИОНА
Дробот Н. Н.
СОПРЯЖЕННОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ С РЕЖИМОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ
Кудрявцев В.А., Цапок П.И., Шешунова М.Г., Шилов О.И., Еликова Е.П.
ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЛЕЧЕБНОМ ПРИМЕНЕНИИ
ОПТИЧЕСКОГО ИЗЛУЧЕНИЯ СПЕКТРАЛЬНОГО ДИАПАЗОНА 440-495 НМ.....
Левитан Б.Н., Гринберг Б.А., Рий А.А.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ СИНДРОМЕ ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИИ
Любезнова О.Н., Устюжанинов В.Н.
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В.....
Мазина Н.К., Сухоруков В.П., Булдаков А.В., Попов Д.В., Гоголев Н.В., Токарева Л.В.
ВЛИЯНИЕ ИНФУЗИОННОГО ЭНЕРГОПРОТЕКТОРА РЕАМБЕРИНА НА РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПЕЧЕНИ
К ЛЕКАРСТВЕННОЙ АГРЕССИИ.....
Маргусевич А. К., Жданова О. Б.*, Камакин Н. Ф., Янченко В. А.
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ «АЛЬВЕОКОКК – ЧЕЛОВЕК»: МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.....
Назарова Е.Л., Шардаков В.И., Загоскина Т.П.
ВЫЯВЛЕНИЕ МАРКЕРОВ ВИРУСОВ ГЕПАТИТОВ И ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА У
БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ
Никонов П.В., Никонова Е.А.
РОЛЬ УЛЬТРОСОНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРЕ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО
ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ
Павлова О.О.
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТУЛИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С
Пашенко И.Г., Камнев М.С., Пашенко Н.Н.
ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ
СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ
Савиных М.В.
ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ЛИМФОЦИТОВ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ
РЕАКЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ МИКСТ-ИНФЕКЦИИ В И С.....
Садков С.А., Тимофеева В.Ю., Ситников С.А.
ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ
ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ.....
Слободина О.Н., Арямкина О.Л., Хайруллин Р.М.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ НВУ- И
НСV-ИНФИЦИРОВАНИИ.....

Смирнов В.С., Дмитриева М.И. ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ВЗРОСЛЫХ	
Судакова О.Г., Кузнецова Н.П. КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ	
Тупицын М.В. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКИХ ХОЛАНГИТОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	
Уралов Ш.М., Рустамов М.Р., Закирова Б.И., Абдусалымов А.А. СОСТОЯНИЕ ГЛЮКОНЕОГЕННОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
Уралов Ш.М., Рустамов М.Р., Махмудова Ф.В., Атаева М.С. КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АЗОТИСТОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
Устюжанинов В.Н., Вожегова Н.П., Стражникова Г.А. КЛИНИЧЕСКАЯ И ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ГЕПАТИТЕ А НА ФОНЕ НОСИТЕЛЬСТВА HBV	
Устюжанинов В.Н., Вожегова Н.П., Стражникова Г.А. ЗАВИСИМОСТЬ ВЫРАЖЕННОСТИ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ МИКСТ-ИНФЕКЦИИ HAV+HBV ОТ HLA-АНТИГЕНОВ	
О.Н.Филиппова ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОДУКТОВ ЗАО «БИОФИТ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	
Фрейнд Г.Г., Соколов Ю.Ю., Микова Е. В. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БИЛИАРНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ	
Шулятьев И.С., Ильченко Л.Ю., Дроздов В.Н., Петраков А.В. КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА	

Раздел 3. ХИРУРГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Аллаяров У.Д. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЕННОГО КАМНЯ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА	
Алтыев Б.К., Алиджанов Ф.Б., Шелаев О.И., Хашимов М.А. ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА	
Артемьева Н.Н., Коханенко Н.Ю. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯТРОГЕННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ИХ ВЫЯВЛЕНИЯ	
Барванян Г.М., Конохов Ф.Р., Тишанский В.С., Усов А.В. ПРИЧИНЫ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	
Бахтин В.А., Янченко В.А., Киров М.А. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ	
Бахтин В.А., Аракелян С.М., Янченко В.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ, ОСЛОЖНЕННЫМИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ	
Бомбизо В.А., Цеймах Е.А., Толстокоров И.Г., Яцын А.М., Булдаков П.Н., Сиявин А.В., Осипов Е.С. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	
Бордуновский В.Н., Бондаревский И.Я., Збицкий А.Д. ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ИСТИННЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ	
Восканян С.Э., Оноприев В.И., Артемьев А.И., Костенко Л.Л., Заболотских И.Б., Данилюк П.И., Больбот Е.В., Синьков С.В., Дегтярев В.С., Зыбин К.Д., Иванов К.Ф. ПЕРВЫЙ ОПЫТ УСПЕШНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА В ЮЖНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ	
Восканян С.Э., Оноприев В.И., Артемьев А.И., Костенко Л.Л., Заболотских И.Б., Данилюк П.И., Больбот Е.В. «EX SITU» И «IN SITU» АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫХ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ	
Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева, Э.К. Гусейнов, О.Ю. Стрельцова ЛОКОРЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОКСАЛИПЛАТИНА И ДОКСОРУБИЦИНА	
Гибадулин Н.В., Новокрешенных А.С., Захаров А.Н., Ерошенко В.В. СПОСОБ ФУНКЦИОНАЛЬНО ВЫГОДНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ БИЛИАРНОГО ДЕРЕВА У БОЛЬНЫХ	

С ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ	
Гусев А.В., Мартинш Ч.Т., Черенков С.П., Покровский Е.Ж., Мамонтов П.Н., Кузнецов Р.А., Пахомов А.В.	
ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ИХ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ	
Журавлев В.А., Русинов В.М., Казаковцев Д.В.	
СНИЖЕНИЕ РИСКА ОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ	
Иванов М.А., Беляева О.А., Шаповалов А.С.	
К ВОПРОСУ О РОЛИ МИНИ-ДОСТУПА И ВОЗМОЖНОЙ КОНВЕРСИИ В ХИРУРГИИ	
ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	
Казаковцев Д.В., Воробьев Д.Н., Русинов В.М.	
ОСОБЕННОСТИ АФФЕРЕНТНОГО КРОВОТОКА ПРИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫХ	
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ОККЛЮЗИЯМИ ДОЛЕВЫХ ВЕТВЕЙ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ	
Кислицин Д.П., Ионин В.П., Хрячков В.В., Добровольский А.А., Колмачевский Н.А., Васильев П.В., Кузнецов Е.В.	
РЕЗЕКЦИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ОПИСТОРХОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ	
Кислицин Д.П., Хрячков В.В., Ионин В.П., Добровольский А.А. Колмачевский	
ХИРУРГИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ОПИСТОРХОЗА	
Л. П. Котельникова, А. Н. Попов, Н. А. Порошина	
РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ..	
Коханенко Н.Ю.	
СЛЕДУЕТ ЛИ ФОРМИРОВАТЬ БИЛИОБИЛИАРНЫЙ АНАСТОМОЗ ПРИ ЯТРОГЕННОМ (циркулярном)	
ПОВРЕЖДЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ?	
Кузнецов И.С., Ситников В.А., Стяжкина С.Н.	
ГЕПАТИКДИГЕСТИВНЫЕ И ХОЛЕДОХОДИГЕСТИВНЫЕ АНАСТОМОЗЫ ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ	
ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА В СВЕТЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ	
Курбанов Ш.П., Гулямов Б.Т.	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ПЕЧЕНИ	
Макарова Н.П., Столин А.В., Лимонов А.В., Габбазов Х.М., Соловьев А.Д.	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	
Мартинш Ч.Т., Гусев А.В., Черенков С.П., Покровский Е.Ж.	
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОБИЛИАРНОЙ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ	
Махамадаминов А.Г.	
БРОНХО-ЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	
Махамадаминов А.Г.	
ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ	
БРОНХО-ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	
Мустафин А. Х., Грицаенко А. И., Пешков Н. В., Галимов И. И.	
СПОСОБ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ	
Намазов Ф.У., Казаковцев Д.В., Журавлев В.А.	
ОСОБЕННОСТИ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОСНАБЖЕНИЯ ЗАДНЕНИЖНИХ СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ	
Нартайлаков М.А., Курбангулов И.Р., Гвоздик Т.П.	
ВЫБОР ТИПА ПОРТОКАВАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	
Нартайлаков М.А., Мушарапов Д.Р., Соколов В.П., Габдрахимов С.Р., Олимов С.С.	
ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ	
Никитин Н.А., Коршунова Т.П., Касаткин Е.Н., Онучин М.А	
РЕЛАПАРОТОМИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА	
Никонов П.В., Никонова Е.А.	
ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ - КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ	
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	
Охотина Г.Н., Рудаков В.А., Измайлова Л.Г., Рудакова О.В., Бабенко Е.А., Рудаков А. В.	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАДИКАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМ	
ВОРОТНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ	
Пропп А.Р., Полуэктов В.Л., Добровольский А.И., Стефановский В.Г.	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯТРОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ	
ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ	
Пушкарев В. П., Никоненко Л.С., Лекомцев Б.А., Морякова В.Т., Бекбурова М.Х., Шемякина Т.В., Швецов О.В., Созонова	
Т.Г.	
ЭВОЛЮЦИЯ ПОДХОДОВ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	
Рахимов Б.М., Лескин А.С., Колесников В.В.	
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ ПО МАТЕРИАЛАМ ГКБ №5 «МЕДВАЗ»	
Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Рудакова О.В., Охотина А.В., Рудаков А.В., Бабенко Е.А.	
РАДИКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНЫХ	
ЛОКАЛИЗАЦИЙ И ПЕРИОДОВ ЕГО ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Бабенко Е.А., Рудаков А.В., Измайлова Л.Г. Рудакова О.В., Шевченко СС.	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ	

ПЕЧЕНИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛУХОЙ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ПРОЦЕСС СОСУДИСТЫХ СТРУКТУР	
Русинов В.М., Воробьев Д.Н., Сулопаров В.А., Якушев К.Б., Попырин И.А., Ковязин А. Н.	
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ	
Русинов В.М., Казаковцев Д.В., Воробьев Д.Н.	
ОСОБЕННОСТИ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ОККЛЮЗИЯМИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ И ЕЕ ВЕТВЕЙ	
Ситников В.А., Стяжкина С.Н., Белоусов А.Н., Коробейников В.И., Кузнецов И. С., Варганов М. В., Злобин Д. П., Сумин К. Н.	
ДЕТОКСИКАЦИОННАЯ И ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА	
Скобелев В.А., Разин М.П., Игнатьев С.В.	
ПРОБЛЕМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ	
Слесаренко А.С., Власов Д.В.	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ.	
Столин А.В., Прудков М.И., Кухаркин В.Н.	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛАНГИОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛУХОЙ..	
Столин А.В.	
ОТКРЫТАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА	
Сысолятин А.А., Гребенюк В.В., Дудакова И.В.	
К ТАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	
Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Хожибаев А.М., Хашимов М.А.	
ПУТИ ЗАВЕРШЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА	
Хожибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Хакимов Б.	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	
Шарапов Ф.Э., Хожибоев А.М., Атаджанов Ш.К.	
ИНТРАПЛЕВРАЛЬНАЯ АНАЛГЕЗИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	
Шойхет Я.Н., Устинов Г.Г., Марьин А.В., Шустер Л.В.	
ВНУТРИВЕННОЕ И ЭНДОБИЛИАРНОЕ ВВЕДЕНИЕ РАСТВОРА НАТРИЯ ГИПОХЛОРИТА В ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА	
Янченко В. А., Мартусевич А. К., Жданова О. Б.	
ДИНАМИКА ТЕЗИОКРИСТАЛЛОСКОПИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИОСРЕД ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	

Раздел 4. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Бакин С.А., Сухоруков В.П.	
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ С УСИЛЕННОЙ ДЕТОКСИКАЦИЕЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ	
Барванян Г.М., Никитин Н.А., Головизнин А.А.	
НОВОЕ РЕШЕНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ-I ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ	
Бахтин В.А., Чикишев С.Л., Янченко В.А.	
ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ КИРОВСКОЙ ГМА	
Бобров О.Е., Мендель Н.А., Игнатов И.Н.	
ПОКАЗАТЕЛИ ИНТЕНСИВНОСТИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ КАК МАРКЕР НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	
Бобров О.Е., Мендель Н.А., Вильгаш А.М.	
ПРИМЕНЕНИЕ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ	
Вострикова Н.Ю., Сухоруков В.П.	
ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НАСЕЛЕНИЯ ВУКТЫЛЬСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ КОМИ	
Вострикова Н.Ю., Сухоруков В.П.	
РЕАМБЕРИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ	
Гибадулин Н.В., Речапов А.Н., Фурсова О.Н., Федоров Д.Ю., Ерошенко В.В.	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ	
Головизнин А.А., Никитин Н.А., Мальщук В.Н., Злобин А.И., Онучин М.А.	

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ
Евтихова Е.Ю., Лебедева О.А., Евтихов Р.М., Гагуа А.К., Чикин А.Н.
ВАРИАНТ ЭТАПА БИЛИАРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ
РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
Коршунова Т.П., Никитин Н.А., Колеватых Е.П.
АССОЦИИРОВАННАЯ С ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗОМ МИКРОФЛОРА У БОЛЬНЫХ С
ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ
Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н.
НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ПРИ
ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ
Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н., Ананьев Н.В., Белый Г.А.
ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Кукош М.В., Емельянов Н.В., Петров М.С., Кукош В.М.
К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА
Мачульская И.А., Сухоруков В.П.
ОПЫТ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ
Никитин Н.А., Бакулин П.С.
АЛГОРИТМ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РЕЗЕКЦИИ
ЖЕЛУДКА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПИЛОРОДУОДЕАЛЬНЫХ ЯЗВ
Пиникер Л.А., Никитин Н.А., Садыкова М.А., Головизнин А.А.
ПРИМЕНЕНИЕ САНДОСТАТИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ШВОВ
ДУОДЕНАЛЬНОЙ КУЛЬТИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, СОЧЕТАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ
ПРОХОДИМОСТИ
Пропп А.Р., Полуэктов В.Л., Стефановский В.Г., Норка А.Е.
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С НАРУШЕНИЕМ ПРОХОДИМОСТИ ГЛАВНОГО
ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА
Пушкарев В.П., Лекомцев Б.А.
ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ
Ризаев К.С.
ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ
Савельев О.Н., Антюфьев В.Ф.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАМБЕРИНА И МАФУСОЛА ПРИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ
У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ ОПЕРИРОВАННОМ
ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ И АОРТОКОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ
Толстокоров И.Г., Бомбизо В.А., Цеймах Е.А., Булдаков П.Н., Синявин А.В.
ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА
Цеймах Е.А., Бомбизо В.А., Булдаков П.Н., Синявин А.В., Осипов Е.С., Смирнова О.И.
ПЕРВЫЙ ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ КРИОСУПЕРНАТАНТНОЙ ФРАКЦИИ
ДОНОРСКОЙ ПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ
Цеймах Е.А., Бомбизо В.А., Яцын А.М., Нувальцев А.Г., Булдаков П.Н., Синявин А.В., Осипов Е.С.
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ
ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Раздел 5. РАЗНОЕ

Абдуллин А.Т.
ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА КРОЛИКОВ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ
ВИБРАЦИИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО – МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)
Ашихмин С.П., Алипов В.В., Зайцева О.О., Мешандин А.Г.
ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЗИДА НАТРИЯ В КОНСЕРВАЦИИ БИОЛОГИЧЕСКОГО
МАТЕРИАЛА ДЛЯ ОТРАБОТКИ НОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
Грушко В.И.
К КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН
Грушко В.И.
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН С ПРИМЕНЕНИЕМ
ПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА
Дробот Е.В.
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ – ХАРАКТЕР
ВНУТРИПЕЧНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ
Кузнецов В.Ф., Кулёмин Л.М., Кузнецов С.В.

ФЕРМЕНТИРОВАННЫЕ ПИЩЕВЫЕ ВОЛОКНА («РЕКИЦЕН-РД», «УЛЬТРАСОРБ») В ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА	
Кузнецов В.Ф., Кулемин Л.М., Коротких И.С., Негодяева Н.Л.	
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ИММУНОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ ФЕРМЕНТИРОВАННЫХ ПИЩЕВЫХ ВОЛОКОН (РЕКИЦЕН-РД)	
Кулаков А.А.	
ОСОБЕННОСТИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ВИЧ/СПИД	
Леонов С.Д., Смородинов А.В.	
ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ КРОВОТОКА В БАСЕЙНЕ ЧРЕВНОГО СТВОЛА ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ	
Попов Д.В., Токарева Л.В., Мазина Н.К., Сухоруков В.П.	
ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ПРОГНОЗА ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ	
Пятаха Н.А., Сухоруков В.П., Ваганов А.В., Кондратьев В.А.	
СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ В РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЕ ПОЛНОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА ПРАВОГО ГЛАВНОГО БРОНХА И 30 ПОСЛЕДУЮЩИХ ЛЕТ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО	
Савельев О.Н., Москалев А.С., Тагильцев А.М., Вениченко Н.И., Хрипун Ю.Г.	
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСПОРТНОГО ВАРИАНТА ОТЕЧЕСТВЕННОГО АППАРАТА ИВЛ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	
Триандафилов К.А., Сухоруков В.П.	
ИНФУЗИИ ПЕРФТОРАНА ПРИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ..	
Тукмачев А.Г., Цапок П.И., Шешунов И.В., Горев С.Г., *Стрелков Н.С.	
КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ КОЛЕННОГО СУСТАВА	
Якобсон Л.А., Ананьева Е.Н., Кисличко А.Г.	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ	

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ ЖУРНАЛА «ВЯТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК»

Авторам, желающим опубликовать свои материалы в нашем журнале, рекомендуем принять во внимание следующие сведения:

1. Редакция журнала ставит в известность своих авторов, что статьи, представляемые в “Вятский медицинский вестник”, должны соответствовать “Единым требованиям к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы”*. Статьи, не отвечающие “Единым требованиям ...” по правилам нашего журнала не принимаются к печати.

2. Рукопись, поступающая в журнал, должна иметь визу и печать учреждения, в котором выполнена работа, и экспертное заключение о возможности опубликования. В случае, если статья написана единственным автором и он является соискателем, аспирантом или сотрудником без ученой степени, то необходима виза от научного руководителя или заведующего кафедрой. Всем авторам надлежит подписать статью, расшифровав Ф.И.О., одному из них следует указать контактные телефоны и электронный адрес.

3. Журнал “Вятский медицинский вестник” является рецензируемым. Представление ранее опубликованных и посланных в другие издания работ не допускается.

4. К печати принимаются рукописи в виде компьютерной версии на дискете с распечаткой на бумажном носителе, оформленной согласно п.п. 2 и 4-6.

5. Авторам просим придерживаться следующих правил:

а) на дискете запишите только конечную версию рукописи, согласно требованиям п.п. 5 и 6;
б) приложите распечатанную версию, записанной на дискете с печатью и визой учреждения, подписанную всеми авторами, руководителями, как сказано в п. 2;

в) все разделы статьи тщательно выверите;

г) дайте файлу понятное название (по фамилии автора), укажите на наклейке дискеты название файла;

д) рукопись печатайте через 1 интервал во всем тексте, включая титульную страницу, резюме, текст, список литературы, таблицы и подписи к рисункам. Рисунки и таблицы размещайте по тексту. Нумерация страниц последовательная, начиная с титульной, в верхнем правом углу каждой страницы. Для печати используйте текстовый редактор WinWord, шрифт Times New Roman, размером 14;

е) заголовок статьи оформляйте следующим образом:

- укажите фамилию, инициалы каждого автора;

- название статьи;

- название учреждения, где выполнялась работа;

6. Текст должен содержать объективную, достоверную, актуальную информацию и завершаться заключением. Рекомендуемый размер обзорных статей или лекций до 15 страниц, оригинальных – до 10 страниц. Публикации оригинальных исследований должны быть разбиты на рубрики: введение, материалы и методы исследования, результаты и их обсуждение, выводы. После списка литературы обязательно резюме на русском и английском языке размером по 150-200 знаков.

* - см. International committee of medical journal editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals // Ann. Intern. Med. - 1997. - vol. 126. - P. 36-47. или Международный журнал медицинской практики. - 1997. - №5. - С. 53-64.

Рукописи направляйте по адресу: 610000, г. Киров, ул. К. Маркса, 112,

Кировская государственная медицинская академия, Редакция журнала “Вятский медицинский вестник”, к. 722, ответственному секретарю доценту Мазиной Н.К.

Обложка: © Т.П. Дедова “Панорама города Вятки XIX в.”

Сдано в набор 2.10.2006 г. Подписано к печати 10.2006 г. Формат 60x84 1/8.
Бумага офсетная. Гарнитура Times ET. Печать офсетная.
Тираж..... Заказ.....
Типография КОГУЗ Медицинский информационно-аналитический центр.
610000, г. Киров, Энгельса, 82.
Т/ф: (8332) 62-10-19