

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

***Ўзбекистон* хирургияси**

Илмий — амалий журнал

1999 йилда ташкил этилган

Хирургия *Ўзбекистана*

Научно— практический журнал

Основан в 1999 году

Главный редактор

Ф.Г. НАЗЫРОВ

Редакционная коллегия:

В.Е. Аваков, М.Д. Азизов, Х.А. Акилов, М.М. Алиев, А.В. Алимов, Д.Л. Арустамов,
А.В. Девятков (ответ.секретарь), Ю.И. Калиш (зам.главн.редактора), М.Х. Кариев, Ш.И. Каримов,
С.Н. Наврузов, З.М. Низамходжаев (ответ.секретарь), А.С. Сулейманов, Б.З. Турсунов, А.М. Хаджибаев

Учредитель — Научный центр хирургии им.акад. В.Вахидова МЗ РУз

2002, №1

Адрес редакции: Республика
Узбекистан,
г. Ташкент-700115,
ул. Фархадская, 10
E-Mail: akilov@churg.silk.org
Телефон: (371-2) 77-25-22
Телефон / факс: (371-2) 77-04-94

**Журнал зарегистрирован
в Государственном Комитете
по печати Республики Узбекистан
28 января 1999 г.
(Регистрационный № 00253)**

**Расчетный счет: 20212000903999363001
в отд. "Саёхат" национального банка
ВЭД РУз, МФО 00905, ИНН 202897523**

Подписной индекс:
1041 - для индивидуальных подписчиков
1042 - для организаций

**Отпечатано в АП
«Ташполиграфкомбинат»
г. Ташкент ул Навои 30
зак. К-9148 -2002 г.**

Дизайн, верстка, набор Рахимов Б.С.

Редакционный совет:

Агзамходжаев Т.С.	(Ташкент)
Акилов Ф.А.	(Ташкент)
Алиев М.А.	(Алматы)
Бабаджанов Б.Р.	(Ургенч)
Бабажанов К.Б.	(Ташкент)
Багненко С.Ф.	(С-Петербург)
Байбеков И.М.	(Ташкент)
Бахритдинов Ф.Ш.	(Ташкент)
Бокерия Л.А.	(Москва)
Гальперин Э.И.	(Москва)
Ерамишанцев А.К.	(Москва)
Ермолов А.С.	(Москва)
Ещанов А.Т.	(Нукус)
Жерлов Г.К.	(Томск)
Зуфаров М.М.	(Ташкент)
Константинов Б.А.	(Москва)
Кротов Н.Ф.	(Ташкент)
Курбанов Д.Д.	(Ташкент)
Мадартов К.М.	(Термез)
Мамакеев М.М.	(Бишкек)
Рахимов С.Р.	(Андижан)
Рахманов Р.К.	(Карши)
Сабиров Б.У.	(Самарканд)
Федоров В.Д.	(Москва)
Ходжибеков М.Х.	(Ташкент)
Худайбергенов А.М.	(Ташкент)
Шалимов А.А.	(Киев)
Шамсиев А.М.	(Самарканд)
Шарапов Н.У.	(Ташкент)

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Ф.М. Азимова ,
З.Д. Каримов ,
Д.М. Касимова ,
Ю.У. Пулатова ,
М.Н. Насретдинова ,
М.Т. Хусанходжаева ,
Б.И. Кабулниязова

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ
ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ
ПРИДАТКОВ МАТКИ**

Республиканский Научный центр экстренной медицинской помощи

Азимова Ф.М., Каримов З.Д., Касимова Д.М., Пулатова Ю.У., Хусанходжаева М.Т., Насретдинова М.Н., Кабулниязова Б.И.

**АЁЛЛАРИНИНГ ТУХУМДОН ВА НАЙ ЖИНСИЙ ОРГАНЛАРИДА ЙИРИНГЛИ ТУБОВАРИАЛ ҲОСИЛАЛАРИНИ ДАВОЛАШ-
НИНГ ОПТИМАЛ ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИ.**

Ўтказилган илмий изланишлар натижасида йирингли тубовариал ҳосилаларни узоқ вақт давомида кичик тос бўшлиғига микронайча орқали антибактериал даволаш усулини касаллик қайтарилмаслиги учун қўллаб ва кейинчалик жарроҳлик муолажалар орқали муаммони бутунлай бартараф этиш. Бу даво услуги қуйидаги тартибда ўтказилди: метронидазол 0,5: - 10,0, диоксидин 1,0% - 10,0, 5,0 мл хлоргексидининг сувли раствори ҳамда 2% новокаин – 3,0 мл. Дорилар ҳар 6 соатда 5-7 кун мобайнида кўрсатилган тартибда юборилди. Илмий изланиш натижаси шуни кўрсатдики жарроҳлик муолажасидан олдин касалликнинг қайталаниши уч маротаба камайди ва контрол гуруҳга нисбатан даволашдан кейинги оғир асоратлар кузатилмади.

Azimova F. M., Karimov Z.D., Kasymova D.M., Pulatova Yu.U., Nasretdinova M.N., Khusankhodjaeva M.T., Kabulniyazova B.I.,

IMPROVEMENT OF SURGICAL TACTICS OF THE TREATMENT OF TOBOVARIAL PURULENT FORMATION OF ADNEXA UTERY (TOPFAU)

Improvement of surgical tactics of the treatment of TOPFAU was carried out. The method of prolonged microcatheter antibacterial therapy of small pelvis for remission achievement before surgical intervention was developed. The method was a part of complex treatment and involved a puncture and catheterization of Douglas pouch through posterior vault of the vagina and antibiotics and antiseptics administration through the catheter in the following regimen: metronidazole 0.5%-10,0 ml., dioxidinum 1.0%-10,0 ml., 0.01%-aqueous solution of chlorhexidinum – 0.5ml., in combination with 2% novocainum-3.0ml. in this sequence every 6 hours for 5-7 days. Threefold increase of the efficiency in the achievement of remission before intervention was observed. Absence of severe postoperative complications in the early postoperative period in comparison with a control group was observed also.

В настоящее время изменения в этиологической структуре воспалительных заболеваний урогенитального тракта, а также недостатки в амбулаторном звене здравоохранения и труднодоступность высокоэффективных препаратов для малоимущих слоев населения привели к более чем двукратному возрастанию частоты тубоовариальных гнойных образований придатков матки (ТОГОПМ) [1, 2]. Анализ традиционной тактики лечения ТОГОПМ, основанный на парентеральной антибактериальной терапии с целью переломить очередное обострение заболевания для проведения хирургического вмешательства в “холодный период” все чаще не приносит результата, а проведение операции на фоне прогрессирующего тяжелого воспалительного процесса чревато серьезными осложнениями: межкишечное абсцедирование – (9,6%), разлитой перитонит – (4,0%), кишечечно-брюшностеночные свищи – (4,8%) [1, 2].

В связи с этим нами была предпринята попытка оптимизации тактики лечения на этапе предоперационной подготовки с использованием метода длительной микрокатетерной антибактериальной терапии малого таза (ДМКАБТМТ).

Материал и методы

Наблюдения проводились в двух группах больных: в I вошли 25 женщин оперированных в отделении оперативной гинекологии РНЦЭМП с мая 2001г., во II – 20 женщин оперированных в отделении гинекологии 2-го родильного комплекса г.Ташкента. Возрастной состав обеих групп существенно не отличался и колебался от 18 до 46 лет. Больные обеих групп поступали в отделения в экстренном порядке с острым течением заболевания с характерными проявлениями тяжелого воспалительного процесса. В I группе

одностороннее ТОГОПМ было у 15(60,0%) женщин, двухстороннее – у 10(40,0%), пельвиоперитонит диагностирован – у 18(72,0%), диффузный перитонит – у 1(4,0%), параметрит – у 1(4,0%), абсцесс дугласова кармана – у 1(4,0%). Во II группе, соответственно: у 12(60,0%) и 8(40,0%), у 11(55,0%), у 1(5,0%), параметрита не было у 2 (10,0%).

Ведущими факторами риска ТОГОПМ в обеих группах были: ВМК, хронические воспалительные заболевания придатков матки, аборты.

Среди 22 женщин I группы до оперативного вмешательства помимо традиционной комбинированной антибактериальной терапии (роцефин, клафоран, кефзол, гентамицин, клиндамицин, линкомицин, полусинтетические пенициллины, метронидазол) с учетом антибиотикограммы, использовали метод ДМКАБТМТ. Методика заключалась в пункции и катетеризации дугласова кармана и введении в полость малого таза антибиотиков и антисептиков по следующей схеме: метронидазол 0,5% - 10,0 мл., диоксидин 1,0% - 10,0 мл., водный раствор 0,01% хлоргексидина 5,0 мл. в смеси с 2,0% новокаином – 3,0 мл. Препараты вводились каждые 8 часов в указанной очередности. Катетеризация дугласова кармана производилась специально изготовленными пластиковыми катетерами из термопластичного материала, внутренним диаметром до 2,0 мм., дистальному концу которого предварительно придавалась форма “pig tail” для надежной фиксации в полости малого таза. В таком виде катетер нанизывался на пункционную иглу, производилась пункция заднего свода влагалища, добывался воспалительный экссудат, игла извлекалась, а дистальный конец катетера, принимая первоначальную форму фиксировался в полости малого таза. Проксимальный

конец катетера заглушался посредством переходника и резиновой пробки от подключичного катетера. Данная методика не использовалась среди пациенток II группы и 3 женщин первой группы (из-за диффузного перитонита у 1, и у 2 из-за невозможности проникновения в полость дугласова кармана в результате спаечной облитерации).

Помимо общеклинического наблюдения, эффективность проводимой терапии контролировалась бактериологическим исследованием содержимого полости малого таза и методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) на содержание антигенов: хламидийной, гонококковой и вирусной (Herpes Simplex Virus 1-2) инфекции на 3 и 5-6 сутки. Выявление указанных возбудителей через несколько часов после забора материала из полости малого таза позволяло своевременно использовать специфическую терапию (доксциклин, трабегин, ацикловир, циклоферон).

У больных I группы после удаления основного очага инфекции, малый таз и брюшная полость обильно промывались водным раствором Бетадина 1:10 из трех точек (правая и левая подвздошные области и задний свод влагалища). Среди больных II группы брюшная полость промывалась аналогично растворами фурациллина, физиологическим раствором с добавлением диоксида 0,5% - 60,0мл.

По достижении стойкой ликвидации острых проявлений заболевания больные обеих групп подвергались оперативному лечению, не затягивая период ремиссии на продолжительное время.

В обеих группах операции проводились нижнесрединным доступом в брюшную полость под эндотрахеальным наркозом.

Для оценки эффективности проводимой предоперационной терапии, помимо регистрации клинического состояния больных, использовались следующие критерии: степень выраженности инфильтрации тканей малого таза, брюшины, параметрия стенок мочевого пузыря, наличие гноя в малом тазу, степень выраженности гнойно-фибринозного налета на брюшине малого таза, большом сальнике, прилегающих отделах кишечника, степень травматичности и технические трудности по ходу операции, объем кровопотери, длительность операции.

Результаты

Установлено, что стойко ликвидировать острые проявления заболевания и развитие перфорации ТОГОПМ удалось у 18(81,8%) из 22 женщин I группы. Продолжительность ДМКАБТМТ колебалась от 5 до 7 дней. У 4 женщин отмечалось прогрессирование заболевания, развились симптомы предперфоративного состояния ТОГОПМ и они были оперированы в экстренном порядке на 2-3 сутки от начала ДАБКТМТ.

Среди больных II группы достичь "холодного периода" удалось у 6(30,0%) женщин, остальные 14 были оперированы в экстренном порядке также на 2-3 сутки от начала традиционной антибактериальной терапии.

Клинические проявления предоперационной ДМКАБТМТ выражались в улучшении общего самочувствия больных, стабильном снижении температуры тела, улучшении гемодинамических показателей, значительном снижении интенсивности болей, сни-

жении лейкоцитоза крови уже к концу первых суток от начала лечения.

Во время операции среди 18 пациенток I группы (с положительными результатами ДМКАБТМТ) выявлено: отсутствие гноя в малом тазу, сохранялась инфильтрация тазовой брюшины, большого сальника, прилегающих отделов кишечника. Спайки были как рыхлого, так и плоскостного характера. Фибринозный налет отмечен у 7 из 18 женщин (без наличия жидкого гноя) преимущественно на тазовой брюшине дугласова кармана, боковых стенках малого таза, прилегающих отделах кишечника (чаще толстого). Наиболее заинтересованным в патологическом процессе отделом тела матки была задняя стенка с переходом на перешеек. Отмечался выраженный спаечный процесс, степень которого увеличивалась с приближением к фокусу гнойной деструкции в придатках матки. Даже в случаях двустороннего процесса, отмечалось значительное доминирование одного из tuboовариальных абсцессов. Из 18 женщин I группы произведено 4 тотальные гистерэктомии с гомолатеральным удалением придатков и контрлатеральным удалением труб; 2 тотальные гистерэктомии с билатеральным удалением придатков, 8 субтотальных гистерэктомий с гомолатеральным удалением придатков и контрлатеральным удалением труб, у остальных 8 ограничились удалением придатков с сохранением одного яичника. Объем операции зависел от глубины и распространенности патологического процесса, возраста пациентки.

Среди 14 женщин II группы, оперированных в экстренном порядке у всех в малом тазу отмечалось наличие гноя, резко выраженная инфильтрация тканей, обильный гнойно-фибринозный налет. У 6 оперированных на 6-7 сутки после успешной традиционной антибактериальной терапии свободного гноя в малом тазу не отмечалось, спайки также, как и у больных I группы, носили рыхлый и плоскостной характер, однако отмечалось увеличение степени инфильтрации тканей, обильный фибринозный налет.

Различий в степени вовлечения в патологический процесс тела матки, большого сальника, прилегающих отделов кишечника среди женщин I и II группы не выявлено. У пациенток II группы произведено 10 тотальных гистерэктомий с обоими придатками, 8 субтотальных гистерэктомий с гомолатеральным удалением придатков и контрлатеральным удалением труб, у 2 - билатеральное удаление придатков матки.

В раннем послеоперационном периоде среди больных I группы тяжелых осложнений не отмечалось. Средний койко-день после операции составил $6,1 \pm 0,5$. У больных II группы отмечались: межкишечное абсцедирование - у 2(10,0%), разлитой перитонит - у 1(5,0%), кишечно-брюшностеночный свищ - у 1(5,0%). Летальности не было. После повторных операций все пациентки поправились.

Существенной особенностью во время проведения оперативного вмешательства среди женщин II группы по сравнению с I было более легкое разделение спаек, отсутствие эпизодов травмы кишечника, достоверно меньший объем кровопотери: $250,0 \pm 20,0$ мл и $680,0 \pm 30,0$ мл. ($p < 0,05$), соответственно, менее трудоемкие и технически менее сложные операции.

В отдаленные сроки (наблюдение в течение 6 месяцев) среди пациенток II группы в одном эпизоде отмечен рецидив заболевания — развилось ТОГОПМ в оставленном яичнике, что потребовало повторной операции и удаления пиовара. Среди женщин I группы в указанный срок наблюдения рецидива заболевания не отмечалось.

Обсуждение

Необходимость оперативного лечения, как единственного радикального способа лечения ТОГОПМ уже не вызывает сомнений [3]. В литературе обсуждаются взаимосвязанные клинические вопросы хирургии ТОГОПМ (способы и характер терапии для достижения “холодного периода” заболевания, минимальной травматичности операции, в особенности среди молодого контингента женщин, характер антибактериальной терапии, и др.) [3, 4, 5].

В некоторых зарубежных публикациях пропагандируется длительное селективное дренирование ТОГОПМ с помощью ультразвуковой техники через задний свод влагалища как самостоятельный способ лечения [4, 5]. Результатами такой тактики явилась большая частота рецидивов заболевания (до 30,0%), а также образование влагалищных свищей. Мы придерживаемся мнения, что данный способ может рассматриваться лишь в качестве полиативного вмешательства для достижения “холодного периода” заболевания.

В настоящей работе представлена попытка более безопасного достижения ремиссии путем создания максимальной концентрации антибиотиков и антисептиков в области очага инфекции — малом тазу. Результаты исследований показывают возможность перелома прогрессирования заболевания и проведения радикальной операции с минимальными послеоперационными осложнениями не только за счет дренирования гнойных полостей [4, 5], но и путем подведения эффективных препаратов в перифокальную зону абсцедирования. Риск свищеобразования при исполь-

зовании предлагаемой методики существенно снижается, т.к. пункция и катетеризация малого таза производится не в основную зону гнойной деструкции, а в перифокальную область абсцесса. Однако мы отдаем себе отчет в зыбкости каждого клинического эпизода успешной ДМКАБТМТ (впрочем, как и при любом полиативном методе). Поэтому рекомендуем не затягивать проведение операции.

Выводы

1. При ТОГОПМ для достижения “холодного периода” заболевания включение длительной микрокатетерной антибактериальной терапии малого таза в комплекс проводимого лечения превосходит по своей эффективности традиционную антибактериальную терапию.

2. Способ ДМКАБТМТ безопасен и может рассматриваться в качестве альтернативы селективному дренированию tuboовариальных абсцессов в плане предоперационной подготовки.

Литература.

1. Азимова Ф.М., Пулатова Ю.У., Кабулнязова Б.И., Каримов З.Д. Анализ результатов хирургического лечения tuboовариальных воспалительных образований. // Тезисы докладов: I Республиканской научной конференции “Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи”. — Ташкент — Фергана, 2001. — С. 99-100.
2. Каримов З.Д., Пулатова Ю.У., Азимова Ф.М., Кабулнязова Б.И., Хусанходжаева М.Т., Абдугафарова И.Б. Первые итоги и перспективы работы отделения оперативной гинекологии ГНЦЭМП МЗРУз // Тезисы докладов: I Республиканской научной конференции “Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи”. — Ташкент — Фергана, 2001. — С. 47-48.
3. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Шуккина Н.А. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. — М.: “МЕДпресс”, 1999. — 233с.
4. Washington E., Berg A.O. Preventing and managing pelvic inflammatory disease: key questions, practices, and evidence // J. Fam. Pract. — 1996. — V.43. — P.283-293.
5. Wiesenfeld H.C., Sweet R.L. Progress in the management of tuboovarian abscesses // Clin. Obstet. Gynec. — 1993. — V.36. — P.433-444.

*Х.А.Акилов,
И.М.Байбеков,
А.К.Хайитов*

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИПАРАЗИТАРНОЙ ОБРАБОТКИ
ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПЕРМАНГНАТОМ КАЛИЯ ПОСЛЕ
ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ В СРАВНИТЕЛЬНОМ
АСПЕКТЕ**

*Научный центр хирургии им.акал.В.Вахидова МЗ РУз
Термезская областная больница*

Окилов Х.А., Байбеков И.М., Хайитов А.К.

**ЖИГАР ЭХИНОКОККЭКТОМИЯСИДАН КЕЙИН ҚОЛДИҚ БЎШЛИҚНИ ҚАЙТА ИШЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИНГ ҚИЕ-
СИЙ АСПЕКТЛАРИ**

Операциядан кейин реинвазия ва жигар эхинококкэктомиясидан сўнг қайталанишнинг камайиши кўп жиҳатдан қолдиқ бўшлиқни анти-паразитар қайта ишлашга боғлиқдир. Қолдиқ бўшлиқни қайта ишлашнинг мавжуд бўлган услубларининг ўзига хос камчиликлари ҳам бўлиб бу услублар касалликни қайталанишини тўлиқ бартараф қила олмайди.

Калий перманганатнинг юқори бактерицидлик хусусиятига эга эканлиги фойдаланишда, фойдаланишда қулайлиги, нархининг арзонлиги, нистабан хавфсизлиги ва энг асосийси юқори антипаразитар фаолликка эга эканлиги бу воситанинг эхинококкоз хирургиясида қўлланилишига сабаб бўлди.

Калий перманганатнинг 0,5% концентрацияли эритмаси таъсир қилинганида эхинококкнинг барча элементларини кучли бузилишига олиб келади ва бу ўз навбатида паразитнинг организм сифатида ўлганлигидан далолат беради. Қолдиқ бўшлиқни қайта ишлашда 3%ли формалин, 76%ли спирт эритмаларидан фойдаланилиб, уларнинг қиёсий таҳлили ўтказилган ва морфологик исбот қилинган. 0,5%ли калий перманганат эритмаси қолдиқ бўшлиқ санациясида лазер билан бирга қўлланилган.

Калий бўшлиқни қайта ишлиш учун калий перманганат эритмаси қўлланилган беморларнинг 73,3% ининг (22 нафар бемор) стационарда даволаниш муддати 10 суткагача бўлганлиги қолган беморларда эса бу муддат 3-хафта ва ундан камроқни ташкил қилганлиги қайд қилинган. Операциядан кейинги дастлабки давр асоратсиз кечган ва кейинги даврда ҳам ҳеч қандай асоратлар кузатилмаган.

0,5%ли калий перманганат эритмаси жигар эхинококкозида қолдиқ бўшлиқни қайта ишлаш учун муҳим восита бўлиб, кучли антипаразитар хусусиятга эгадир.

**EFFECTIVENESS OF ANTIPARASITIC TREATMENT WITH POTASSIUM PERMANGANATE OF RESIDUAL CAVITY AFTER THE HEPATIC
HYDATIDECTOMY IN COMPARATIVE ASPECT.**

Reduction of postoperative reinvasion and recurrence after hydatidectomy in the liver in many cases depends on the treatment of the residual cavity (RC). There are the methods of the RC treatment which have their lacks and do not eliminate the relapse of the disease.

The high bactericidal, antiparasitic activity of potassium permanganate 0,5% concentration solution, accessibility, simplicity of utilization, low cost, relative safety allow to use it in surgery of echinococcosis.

It has been proved morphological that the influence with 0,5% potassium permanganate conducts to structural disturbances of the echinococcus germinal elements and to their destruction on the organism level. The comparative analysis of the RC treatment results with the use of 3% formalin, 76% alcohol, 0,5% potassium permanganate and the RC sanitation with laser has been performed. It was established that the patients in whom RC was treated by potassium permanganate in 73,3% cases (22 patients) were discharged from the hospital in the terms up to 100 days, the restup to 3 weeks and less. The postoperative period was smooth without any complications.

Thus, 0,5% potassium permanganate is the high-effective antiparasitic remedy for the RC treatment in the surgery of the liver schinococcus.

Оперативное лечение эхинококковой болезни в настоящее время является единственным радикальным методом. Однако способы и результаты хирургического лечения сегодня в полной мере не могут удовлетворять клиницистов, так как частота послеоперационных осложнений и рецидивов эхинококкоза печени остается высокой и колеблется от 17 до 41% [2,3].

В хирургии эхинококкоза печени проблема эффективного лечения остаточных полостей (ОП) занимает одно из главных мест [1,4,5]. Снижение послеоперационной реинвазии и рецидива после эхинококкэктомии из печени во многом зависит от эффективности обработки ОП. По данным литературы, применяются различные методы обработки ОП, однако объективных критериев их терапевтической эффективности нет [6,8]. Кроме того, физические методы обработки ОП после эхинококкэктомии (ультразвук, лазерное облучение), и химические (формалин, йод, спирт, сулема, перекись водорода) не могут претендовать на метод выбора, так как имеют недостатки и не исключают рецидив заболевания.

Использование в медицине раствора перманганата калия основано на высокой окислительной способности этого вещества. Доступность перманганата калия, простота использования, относительная безопасность, низкая стоимость, высокая бактерицидная и антипаразитарная активность определили интерес к возможности его использования как антипаразитар-

ного средства в хирургии эхинококкоза (Акилов Х.А., Байбеков И.М., Хайитов А.К., 2000).

Материал и методы исследования

Нами изучена морфологии выводковых капсул и протосколексов под воздействием перманганата калия разных концентраций при различной экспозиции. Были использованы 0,5%, 1% и 2% растворы. Время экспозиции — 1, 2, 4 минуты.

Гидатидную жидкость извлекали из полости кисты и помещали в центрифужные пробирки. После щадящего центрифугирования (2000 оборотов в минуту в течение 3 мин) надосадочную жидкость сливали в пробирку. Наполняли 2 мл. раствора перманганата калия одной из указанных концентраций и экспонировали в течение 2, 4 минут. Затем раствор осторожно сливали, и к перфузату на дне центрифужной пробирки добавляли 2,5% раствор глутарового альдегида на фосфатном буфере. После фиксирования в течение 30 мин вновь центрифуговали и затем дофиссигировали в 1% растворе четырех окиси осмия.

Для определения жизнеспособности протосколексов их вместе с выводковыми капсулами, полученными из осадка после первого центрифугирования, помещали в каплю гидатидной жидкости, добавляли каплю собачей желчи, помещали на столике-термостате и микроскопировали при 38 — 39°C. Кроме того, жизнеспособность протосколексов определяли с помощью их окрашивания 0,1% раствором эозина или 0,03% раствором сафранина.

Таблица 1

Виды оперативных вмешательств	Методы обработки ложа кисты и остаточной полости после эхинококкэктомии				
	Формал	Спирт	КМпО ₄	Лазер	Общее число
"Идеальная" эхинококкэктомия	-	5	-	-	5
Открытая эхинококкэктомия с дренированием остаточной полости	16	2	4	14	36
Закрытая эхинококкэктомия	9	-	23	1	33
Частичная резекция фиброзной капсулы с дренированием ОП	4	8	6	-	18
Капитонах ОП с дренированием	1	12	-	-	13
ИТОГО:	30	27	33	15	105

Для трансмиссионной электронной микроскопии (ТЭМ) материал фиксировали в 2,5% растворе глютарового альдегида на 0,1 м фосфатном буфере (РН 7,2) и в 1% растворе четырех окиси осмия. После дегидратации и пропитки заливали в смесь эпона и альдита. Полутонкие и ультратонкие срезы окрашивали метиленовым синим и основным фуксином или уранилацетатом и цитратом свинца. Ультратонкие срезы исследовали в электронном микроскопе Н-600 (Хитачи, Япония). Для сканирующей электронной микроскопии образцы после дегидратации высушивали методом критической точки в аппарате "НСР-2" (Хитачи, Япония) и напыляли ионным способом золото в напылителе "IB-3" (Eiko, Япония). Исследовали препараты в электронном микроскопе "—405" (Хитачи, Япония).

В качестве критериев жизнеспособности зародышевых элементов ларвоцист до и после воздействия на них раствором перманганата калия использовали морфологические данные, полученные с помощью методики световой и трансмиссионной электронной микроскопии. Кроме того, жизнеспособность протосколексов проверяли по их подвижности в гидатидной жидкости при 39-42°C, способности эвагинировать после добавления в жидкость собачей желчи.

Двухминутная экспозиция 0,5% раствора перманганата калия, как показали наши исследования, существенно меняет структуру протосколексов. На субклеточном уровне это проявляется в виде коагуляции белков и деструкции мембранных структур клеток.

Обработка зародышевых элементов эхинококка 0,5% раствором перманганата калия в течение 2 мин приводит к нарушению целостности выводковых капсул (рис. 25, 16). Протосколексы округляются, утрачивают двигательную активность и способность к эвагинации.

Таким образом, морфологические исследования позволяют полагать, что воздействие 0,5% раствора перманганата калия в течение 2 минут приводит к структурным нарушениям зародышевых элементов эхинококка и свидетельствует об их гибели на организменном уровне.

Пункция кисты является первым этапом интраоперационной обработки полости эхинококковой кисты.

Важным этапом является проведение закрытой антипаразитарной обработки полости кисты 0,5% раствором перманганата калия сразу после эвакуации ее содержимого. Эта манипуляция осуществлялась нами с помощью системы для внутривенных вливаний. При удалении из полости эхинококковой кисты раствора перманганата калия вновь брали пробу в пробирку для повторного гистологического контроля.

После вскрытия эхинококковой кисты, удаления хитиновой оболочки проводили повторную антипаразитарную обработку остаточной полости кисты марлевым тампоном смоченным 1% раствором перманганата калия в течение 2 мин. Далее проводили ликвидацию ОП одним из методов капитонажа: по Дельбе, Боброву, тампонада сальником. Применение микроирригаторов в послеоперационном периоде способствует оттоку раневого отделяемого и предупреждает осложнения.

Результаты и обсуждение

Работа основана на анализе наблюдений 105 больных эхинококкозом печени, оперированных в хирургическом отделении Термезской областной больницы Сурхандарьинской области и отделении хирургии печени и желчных путей филиала Научного центра хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ РУз. за период с 1990 по 1999 гг. включительно.

Эффективность обработки ОП после эхинококкэктомии различными химическими средствами (р-ры формалина, спирта, перманганата калия) и физическими факторами (лазер) сравнивали по результатам у больных 4 клинических групп. Мужчин было 37 (35,2%), женщин — 68 (64,7%). В возрасте до 20 лет — 13,3% случаев, с 21 — до 30 лет — 42,8%, с 31 до 40 лет — 20,0%, с 41 до 50 лет — 11,4%, старше 50 лет — 12,4%.

I группа была представлена 30 больными, у которых ОП интраоперационно обрабатывалась раствором 3% формалина. II группа состояла из 30 больных, у которых ОП обрабатывалась 76% этиловым спиртом. В III группе из 30 больных после эхинококкэктомии печени ОП обрабатывалась раствором 0,5% перманганата калия в течение 3 мин.

У больных IV клинической группы ОП облучалась гелий-неоновым лазером ИГЛН-104. Через дре-

Таблица 2

Сравнительная характеристика эффективности методов обработки остаточной полости после эхинококкэктомии из печени

Методы обработки ОП в 4 клинических группах	Продолжительность пребывания больных в стационаре после операции (койко/дни)			
	до 10 к/д	11-20 к/д	21-30 к/д	более 30
Формалин 3%	1	4	16	9
Спирт 76%	19	11	-	-
Перманганат калия 0,5% концентрации	22	8	-	-
ЛАЗЕР	1	6	5	3
ИТОГО:	43	29	21	12

наж моноволоконный световод проводился в полость оставшейся кисты. Мощность световода на выходе составляла 15 – 20 мВт, плотность мощности – 6 – 8 иВт/см, курс – 6 – 8 сеансов (табл.1).

В хирургическом отделении Сурхандарьинской областной больницы антипаразитарную обработку ОП после эхинококкэктомии из печени в разные периоды времени проводили различными химическими средствами. В 1992 г. остаточную полость после эхинококкэктомии обрабатывали 3% раствором формалина. Не получив подтверждения эффективности этого антисептика, в 1998 г. при обработке ОП стали использовать 76% этанол. Внедрение лазерных методик а органах брюшной полости в НЦХ им.акад.В.Вахидова МЗ РУз начато в 1986 г. Санация ОП лазерным излучением у больных, перенесших эхинококкэктомию, стала внедряться в практику отделения хирургии печени и желчных путей филиала НЦХ им.акад.В.Вахидова МЗ РУз. с 1989 года.

О результатах хирургического лечения эхинококкоза печени и степени эффективности различных методов обработки остаточной полости в сравнительном аспекте можно судить по времени пребывания больных в стационаре и характере осложнений в послеоперационном периоде.

22 (73,3%) больных третьей клинической группы, остаточная полость у которых после эхинококкэктомии обрабатывалась 0,5% перманганатом калия были выписаны из стационара на 10 день, остальные провели в стационаре до 3-х недель. Послеоперационный период у всех больных данной клинической группы

протекал гладко, никаких осложнений не наблюдалось.

Возникшие осложнения в послеоперационном периоде у больных других клинических групп (11,4%) находились в прямой зависимости от проводимого метода лечения. У 7 больных из I группы в послеоперационном периоде отмечались нагноения ОП, у 2 – желчеиссечение и образование наружного желчного свища.

Использование гелий-неонового лазера в изолированном виде для санации ОП после эхинококкэктомии из печени показало, что этот метод не может конкурировать с предлагаемым новым.

Таким образом, морфологически доказано, что 0,5% раствор перманганата калия является эффективным антипаразитарным средством, приводящим к деструкции зародышевых элементов эхинококка.

Клинически в сравнительном аспекте подтверждено, что больные, у которых после эхинококкэктомии печени ОП обрабатывалась 0,5% раствором перманганата калия, в 73,3% случаев выписались из стационара в сроки до 10 к/дней, остальные – до 3 недель(табл.2).

Перманганат калия обладает высокой бактерицидной, антипаразитарной активностью при обработке ОП. Низкая стоимость, простота в использовании, относительная безопасность при применении делают его доступным и эффективным средством для обработки ОП после эхинококкэктомии из печени.

Литература

1. Акилов Х.А., Байбеков И.М., Хайитов А.К. Клинико-морфологическое обоснование применения перманганата калия как антипаразитарного средства в хирургии эхинококкоза печени. /Волл.Ассоц.врачей Узбекистана, 2001, № 1, С.45-47.
2. Аскерханов Р.П. Хирургия эхинококкоза. Махачкала, 1976 г.
3. Гилевич М.Д. Сравнительная оценка воздействия методов антипаразитарной обработки на ткани органа-носителя. Сб. "Диагностика и лечение эхинококковой болезни". Ставрополь, 1983, С.32-400.
4. Магомедов А.З., Османов А.О., Тимошин А.Д. Хирургия осложненного эхинококкоза печени. Махачкала. 1997 г.
5. Милонов О.Б., Мовчун А.А., Тимошин М.Д. Хирургия эхинококкоза человека. Ж.Хирургия, 1988, № 3, С.143-145.
6. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Деечин П.Г. Хирургия эхинококкоза. М., 1985.
7. Ф.До Роза, Ластилла М.Г., Франко К., Теджи А. Успехи в лечении гидатидозов человека. Росс.мед.журнал, 1997, № 1, С.25-30.
8. Хамидов А.И., Ахмедов И.Г., Хамидов М.А., Меджидов Р.Т., Алиев М.А. Динамика редукции остаточных полостей после эхинококкэктомии печени. Ж.Анналы хирургии. 2000, № 5, С.38-41.

М.М. Асатова,
Г.З. Ешимбетова,
Н.К. Туреева,
К. Хангельдова,

Г.Ш. Артикходжаева

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НЕВЫНАШИВАНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН

Ташкентский институт усовершенствования врачей

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИНИНГ ТУРЛИ ВИЛОЯТЛАРИДА ҲОМИЛА ТУШИШИНИНГ ТАРҚАЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ.

Ўзбекистон Республикасининг вилоятларида ҳомила тушишининг тарқалиши ва унинг структурасининг хусусиятлари ўрганилди. Тошкент шаҳридаги аёлларда ҳомила тушишининг хусусиятлари муқаммал таҳлил қилинди. Олинган натижалар шунни кўрсатадики, турили вилоятларда ҳомила тушишининг тарқалиши ва структурасининг хусусиятлари турличадир.

PECULIARITIES SPREADING OF HABITUAL ABORTION IN DIFFERENT REGIONS OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN.

The peculiarity of dissemination ferruginous and structure of unbean in Republic of Uzbekistan. More detailed analysis of peculiarity forming spontan abortion has been carried out in Tashkent. Receipt facts have been witnessed, that in different regions to take shape unsimple situation

Одним из самых частых осложнений беременности, в последующем способствующих патологическому течению гестационного и послеродового периодов, является невынашивание беременности (НБ).

Изучение различных аспектов проблемы НБ необходимо начинать с определения эпидемиологических параметров. Знание частоты, особенностей распространения и формирования НБ позволит проводить регионально-ориентированную профилактику данной патологии. На частоту и распространенность НБ оказывают влияние многие факторы, нередко в различных сочетаниях. Частота НБ в различных регионах РУз, отличающихся по климато-географическим и экологическим особенностям, может колебаться в широких

пределах. Известно, что на частоту НБ большое влияние оказывают социально-экономические факторы: профессия, уровень жизни, частота экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ).

До настоящего времени нет объективных сведений о частоте и особенностях распространения НБ в различных регионах Республики Узбекистан.

Цель настоящего исследования - изучить некоторые эпидемиологические параметры НБ в Республике Узбекистан.

На первом этапе исследований были проанализированы данные МЗ РУз о частоте НБ в 1998г. Оказалось, что самая высокая (15,9%) частота самопроизвольных выкидышей (СВ) отмечалась в г.Ташкенте.

Таблица 1

Частота и распространение НБ по вилоятам РУз за 1998 год

	Вилоятлар РУз ва Р	Родов	Количество					
			Выкидышей (ФРО+ОРО+гинекологическое отделение)					
			До 12 недель		13-27 недель		28-36 недель	
			п	%	п	%	п	%
1	Самаркандский	58810	2632	46,8	911	16,2	2017	37,0
2	Навоинский	13437	502	43,9	158	13,8	483	42,3
3	Жиззахский	21183	501	30,6	497	30,4	638	39,0
4	Респ. аракалпакия	31195	1659	43,2	966	25,1	1218	31,7
5	Андижанский	49822	2227	34,7	2130	33,4	2017	31,6
6	Наманганский	43941	3211	56,9	46	3,2	1969	34,9
7	Сурхандарьинский	43306	1525	39,4	1034	26,7	1309	33,8
8	Хорезмский	29092	880	43,3	250	12,3	904	44,4
9	Сырдарьинский	14823	309	28,4	237	21,8	541	49,8
10	Бухарский	29821	605	31,9	320	16,3	1029	52,7
11	Ферганский	60723	3317	50,7	532	8,1	2694	41,2
12	Кашкадарьинский	56019	915	33,1	571	20,7	1275	46,2
13	Ташкентский	44504	625	14,9	2103	50,2	1459	34,8
14	Ташкент	30961	2910	52,9	2015	36,7	569	10,3
Республика Узбекистан		531916/100%	21818	44,1	11770	23,8	15905	32,1

По этим данным частота НБ составила 8,7%, что намного ниже приводимых в специальной литературе. Частота НБ колеблется в очень широких пределах и составляет от 3,4 до 47% [1]. Если оперировать только количеством женщин, страдающих данным недугом, то невозможно судить о других факторах, влияющих на формирование НБ, планировать профилактические и реабилитационные меры. Анализ частоты НБ следует проводить дифференцировано по гинекологическим и родильным отделениям родовспомогательных учреждений. В ответ на специально разработанные вопросники мы получили информацию из областных отделов здравоохранения (таб. 1).

Данные о частоте НБ, оказались противоречивыми и колебались в очень широких пределах от 16,6% по Бухарской области до 17,7% по г.Ташкенту.. Возможно, это связано с тем, что под маркой СВ, регистрировались случаи искусственных абортов. Наиболее реальными были показатели частоты НБ, полученные в результате ретроспективного анализа анамнестических данных беременных, поступивших на роды. Частота НБ по отношению к общему числу родов составила 9,3% по республике. Для выявления этиологических факторов НБ особое значение приобретает знание структуры, т.е. частоты СВ ранних сроков (до 12 недель), поздних сроков (до 28 недель) и преждевременных родов (до 36 недель) Таб. 2.

Анализ структуры НБ свидетельствует, что СВ в основном наблюдается в сроке до 12 недель гестационного периода (57,7%). Ситуация по вилоятам РУз

неоднозначна. Высокие показатели СВ ранних сроков регистрировались в Кашкадарьинском, Наманганском, Ферганском вилоятах и в г.Ташкенте.

В Сырдарьинском, Хорезмском вилоятах в структуре НБ преобладают ПР. Высокие показатели ПР регистрируются в Навоийском, Ташкентском, Наманганском и Ферганском вилоятах. Самопроизвольное прерывание беременности во втором триместре гестации чаще всего отмечалось в Андижанском, Сурхандарьинском, Сырдарьинском вилоятах и в Каракалпакстане. По РУз СВ в первом триместре гестации зарегистрированы 57,7%, во втором - в 17,2%. Частота ПР составила - 25,1%.

Более детальный анализ особенностей распространения структуры, этиологических факторов НБ был проведен на примере г.Ташкента. Проанализированы данные по трем акушерским комплексам (№1, №6 и городскому перинатальному центру (ГПЦ)), которые расположены в трех туманах столицы (Мирзо-Улугбекский, Шайхантаурский и Сергийский) и отличаются по своим социально-экономическим, экологическим параметрам и национальным традициям таб. 3. Частота НБ в анализируемых туманах была, примерно, одинакова. В ГПЦ-15,7%, в акушерском комплексе №1 - 17,6%, в родильном комплексе №6 - 14,6%. Что касается структуры НБ, то основную часть составили спонтанные аборты ранних сроков. По ГПЦ частота СВ составила 96,6%, ПР - 4,4%.

ГПЦ является специализированным акушерским комплексом по ведению беременности и родов у жен-

Таблица 2

Распределение НБ по триместрам гестации

№	Вилояты	Недели беременности		
		До 12	13-28	29-36
1	Ташкентский	54,6%	16,7%	28,7%
2	Самаркандский	46,8%	16,2%	37,0%
3	Навоинский	43,9%	13,8%	42,3%
4	Жиззахский	35,6%	26,7%	37,7%
5	Респ. аракалпакия	43,2%	25,1%	31,7%
6	Андижанский	34,9%	33,4%	31,6%
7	Наманганский	56,9%	8,2%	34,9%
8	Сурхандарьинский	39,4%	26,7%	33,8%
9	Хорезмский	43,3%	12,3%	44,4%
10	Сырдарьинский	28,4%	21,8%	49,8%
11	Бухарский	56,8%	28,9%	14,3%
12	Ферганский	50,7%	8,1%	51,2%
13	Кашкадарьинский	71,6%	15,6%	12,8%
14	Ташкент	57,7%	34,3%	8,0%
	Республика Узбекистан	57,7%	17,2%	25,1%

Таблица 3

Структура НБ по г.Ташкенту

Акушерские комплексы	Кол-во родов	Кол-во НБ	НБ в сроке			Кол-во выкидышей в анамнезе		
			до 12 недель	до 13-27 недель	до 28-36 недель	1	2	3 и более
ГПЦ	3968	727	569	126	32	383	168	72
		15,7%	79,3%	17,3%	4,4%	61,5%	26,9%	11,6%
№ 6	3470	505	211	156	138	388	82	35
		14,6%	41,7%	30,9%	27,3%	76,8%	16,2%	6,9%
№ 1	2009	353	228	48	77	232	83	38
		17,6%	64,6%	13,6%	21,8%	65,79%	23,5%	10,8%

щин с сердечно-сосудистой патологией. Частота ПР здесь составила 4,4%. Широкое внедрение современных перинатальных технологий в клиническую практику акушерского комплекса ГПЦ снизило частоту ПР и перинатальной заболеваемости и смертности. В акушерском комплексе №1 отмечаются высокие показатели ПР (21,8%). В акушерском комплексе №6 приблизительно с одинаковой частотой регистрируются СВ ранних и поздних сроков гестации и ПР.

Важно учитывать возраст женщины когда впервые произошло СП беременности. По нашим данным, чаще всего СП беременности имело место в активном чадородном возрасте. В ГПЦ чаще всего регистрировались случаи НБ в возрасте 21-25 лет (44,3%) и 15-20 лет (24,6%). В акушерском комплексе №1 - в возрасте 26-30 (43,3) и 21-25 лет (22,7%). В акушерском комплексе №6 чаще всего НБ регистрировалось в возрастной группе 31-35 лет и 26-30 лет (38,4% и 26,7%, соответственно).

Мы рассмотрели частоту СВ, поздних абортс и ПР по возрастным группам. Анализ структуры НБ

свидетельствует, что в возрастных группах 26-30, 31-35 и 36-40 лет почти с одинаковой частотой регистрируются СВ ранних сроков и ПР. Начиная с 31-35 лет отмечается увеличение частоты поздних выкидышей, достигая в возрастной группе 36-40 лет 51,7%. В возрасте до 20 лет и 21-25 лет чаще регистрируются СВ ранних сроков.

Определенное значение имеет знание порядкового номера беременности, закончившейся самопроизвольным прерыванием. В Шайхантаурском районе первая беременность закончилась самопроизвольным прерыванием у 40,7% женщин, у 24,3% - вторая. Что касается акушерских комплексов №1 и №6, то в большинстве случаев вторая беременность закончилась выкидышем (41,7% и 51,5%, соответственно).

Сравнительный анализ частоты НБ по данным МЗ РУз и историям болезни по акушерским и гинекологическим отделениям родовспомогательных учреждений показывает заниженность первых. По данным МЗ РУз НБ регистрируется приблизительно с одинаковой частотой по вилоям, отличающимся по

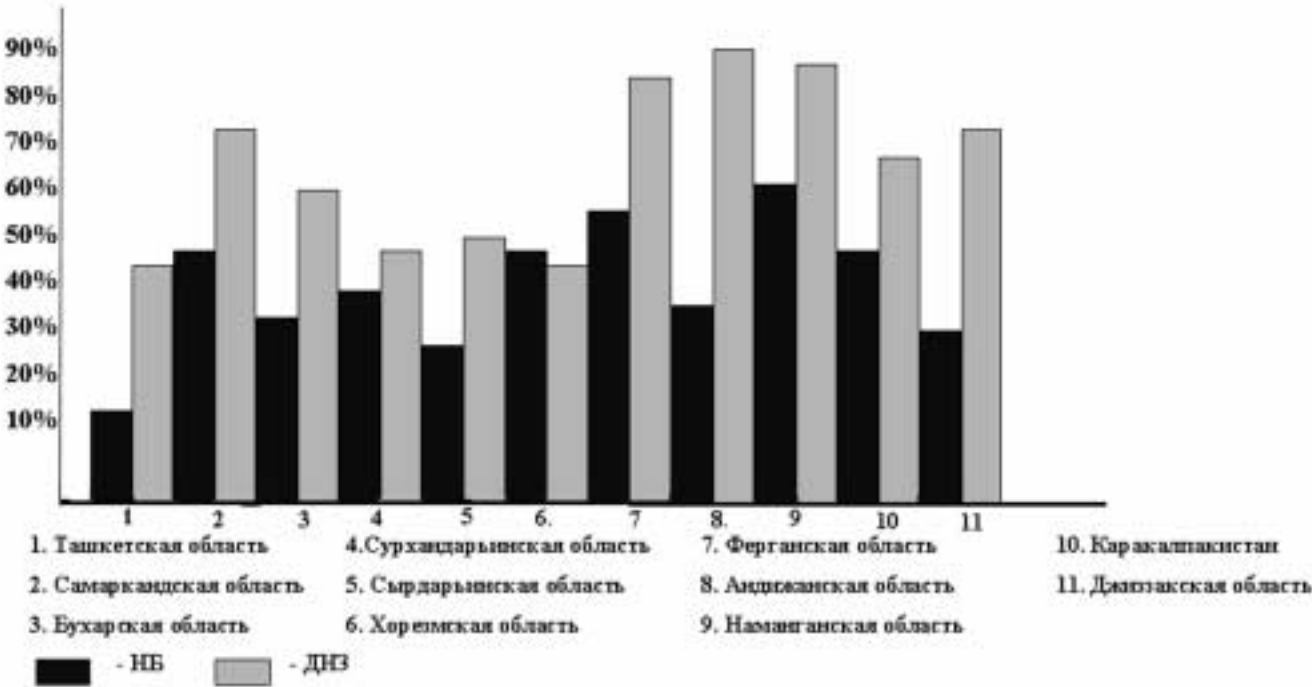


Рисунок 1. Частота невынашивания беременности и диффузно-нетоксического зоба по Республике Узбекистан

всем климато-географическим, экологическим и социально-экономическим условиям. Более объективными выглядят данные дифференцированного изучения особенностей распространения НБ по акушерским и гинекологическим отделениям родовспомогательных учреждений республики.

Высокие показатели самопроизвольного прерывания беременности ранних сроков регистрировались по Самаркандскому, Ферганскому, Наманганскому и Андижанскому вилоятам. Известно, что НБ многофакторное осложнение гестационного периода и значительную роль в патогенезе СВ играют эндокринные нарушения [1]. Узбекистан является регионом эндемичным по зубу, и патология щитовидной железы составляет основу структуры синдрома яичниковой недостаточности, обуславливающей в 70% случаев СП беременности ранних сроков [1,2].

Изучение взаимосвязи частоты СВ и йододефицитных состояний по республике показало, что в регионах с высокими показателями ДНЗ регистрировалась высокая частота СВ (рис.1) [3,4].

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что частота, структура

НБ резко отличаются в разных вилоятах. Знание особенностей формирования НБ позволяет разработать и провести патогенетически обоснованную, регионально ориентированную программу по профилактике и реабилитации женщин, страдающих НБ. Решение проблем, связанных с учетом диспансеризаций, профилактикой и реабилитацией женщин, страдающих НБ, позволит существенно снизить материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность.

Литература

1. Айламазьян Э.К., Комаров Е.К., Михнина Е.А. Регуляция функции яичников у больных с диффузным нетоксическим зобом и невынашиванием беременности ранних сроков. // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. - 1997. - №1. - с.17-23.
2. Артикходжаева Г.Ш. Состояние гипофизарно-яичниковой системы и гормональная функция плаценты у женщин с диффузно-нетоксическим зобом и невынашиванием беременности. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ташкент, 2001. - 17с.
3. С.И. Исмаилов, Л.Б. Нугманова, Т.К. Ибрагимов и др. Узбекистонда йод етишмаслиги касалликлари ва уларни бартараф этиш йуллари. // Педиатрия 1998. №4. С4-6.
4. Динамика распространения эндемического зоба среди детей Избасканского района Андижанской области /Л.Б. Нугманова, С.И. Исмаилов, Р.Ш. Сайфутдинова и др.

К.Б. Бабаджанов,
Г.В. Кнышов,
Л.А. Назирова,
А.А. Джуманиязов,
М.К. Рахимов,
М.М. Сабиров,
А.И. Кваша

ЗНАЧЕНИЕ КОНЕЧНО-ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО

Научно-исследовательский институт сердечно-сосудистой хирургии АМН Украины (Киев),

Научный центр хирургии им. академика В.Вахидова МЗ РУз,
Центр сердечно-сосудистой хирургии, г. Ургенч, Узбекистан.

Бабаджанов К.Б., Кнышов Г.В., Назирова Л.А., Джуманиязов А.А., Рахимов М.К., Сабиров М.М., Кваша А.И.

ЧАП ҚОРИНЧА ОХИР-ДИАСТОЛИК ИНДЕКСИНИНГ ФАЛЛО ТЕТРАДАСИНИ РАДИКАЛ КОРРЕКЦИЯ ҚИЛИШ УЧУН АҲАМИЯТИ.

Мақолада Украина (Киев) ва Ўзбекистон (Тошкент) кардиохирургия бўлимларида охири 4 йил ичида бажарилган 142 та Фалло тетрадасининг радикал коррекцияси таҳлил қилинган. Беморлар 18-160 ойлик бўлганлар. Муаллифлар қуйдаги ҳулосаларга келганлар: 30 мл/м² га тенг бўлган чап қоринчанинг охир-диастолик индекси (ЧҚОДИ) Фалло тетрадасини радикал коррекцияга қарши кўрсатма бўла олмайди; ёш болаларда ЧҚОДИ 20 мл/м² га тенг бўлса ҳам Фалло тетрадасини бехатар радикал коррекция қилиш мумкин.

Babadjanov K.B., Knishov G.V., Nazirova L.A., Djumaniazov A.A., Rakhimov M.K., Sabirov M.B., Kvasha A.I.

"ROLE OF DIASTOLIC INDEX OF LEFT VENTRICLE IN TOTAL REPAIR OF TETRALOGY OF FALLOT".

In clause the joint stuff (the Center of cardiovascular surgery AMS of Ukraine (Kiev), Vakhidov's Center of Surgery Tashkent, Uzbekistan; the Center of cardiovascular surgery, Urgench, Uzbekistan) in total repair of TF in early childhood (142 patients) for last 4 years. The age of the patients changed from 8 about 160 months. On the establishment of analysis of the received results carried out at comparison of objective parameters of the central hemodynamics during operation and in the early postoperative period, the following conclusions are made: the size DV LV 30 ml/m² is not contraindication to radical operation, as was considered earlier; the definitive repair TF, executed in early childhood, allows to reduce time of existence of fault of heart and to avoid development collateral circulation and irreciprocal stages of a hypertrophy RV; the threshold DV of LV for safe total repair of TF in early age can be lowered to value 20 ml/m²

Одна из наиболее злободневных проблем сердечно-сосудистой хирургии на современном этапе ее развития - усовершенствование хирургического лечения сложных врожденных пороков сердца. К последним следует отнести и радикальную коррекцию тетрады Фалло (ТФ), особенно на фоне сопутствующей экологически обусловленной патологии. Частота этой аномалии среди врожденных пороков сердца, по данным разных авторов, составляет от 10 % до 20 % (Oechslin E.N. et al., 1999; Knott-Craid CJ et al., 1998). Этот порок известен уже более 300 лет, но и сегодня

остаётся одним из наиболее встречаемых врожденных пороков сердца, протекающих с цианозом. Его частота составляет 0,1 на 1000 новорожденных, которые родились живыми (1). При естественном течении только 66% пациентов доживают до 1 года, 40% имеют трехгодичную выживаемость, 11% больных переходят 20-летний возрастной рубеж, 6% достигают 30-летнего возраста и лишь 3% доживают до сорока лет [2].

Показания к операции при ТФ носят абсолютный характер. Вопрос лишь в том, когда и какая процедура должна быть выполнена. Возможность успеш-

Таблица 1

Основные предоперационные показатели больных по группам

Группа	Возраст (мес)	Вес (кг)	ДО ЛЖ (мл)	ДИ ЛЖ (мл\м2)	ФВ ЛЖ (%)	индекс НАКАТА (мм2\м2)
	М ± m	М ± m	М ± m	М ± m	М ± m	М ± m
Группа 1	13,3 ± 6,1	8,9 ± 2,2	10,7 ± 0,9	18,8 ± 2,9	73 ± 8,4	90 ± 11,3
Группа 2	14,8 ± 6,9	9,3 ± 1,7	14,6 ± 2	25 ± 2,8	71 ± 1,0	91,6 ± 10
Группа 3	18,2 ± 7,5	10,2 ± 1,3	28,9 ± 7,5	46,3 ± 15,1	72 ± 1,7	110 ± 9,1

но выполнять радикальную коррекцию тетрады была продемонстрирована около 40 лет тому назад. По литературным данным летальность после радикальной коррекции тетрады Фалло колеблется от 4 % до 44 % и зависит от коэффициента соотношения объемов правого и левого желудочков (J.Stark, 1993; Wu Q, 1996). Преимущества ранней первичной РК тетрады состоят в том, что такая операция устраняет стимул для прогрессирования правожелудочковой гипертрофии, снимает цианоз, максимально сохраняет механическую и электрическую функцию желудочков. Кроме того, тактика первичной коррекции делает не нужной паллиативную процедуру, а значит и снимает все возможные осложнения, связанные с наложением системно-легочных анастомозов. Среди них тромбоз шунта, деформация ветви легочной артерии, застойная сердечная недостаточность и сосудистые поражения легких (4,5).

Одним из лимитирующих факторов в показаниях к внутрисердечной коррекции ТФ в раннем возрасте являлась величина конечно-диастолического индекса левого желудочка (КДИ ЛЖ) - величина, которая связывает абсолютное значение конечно-диастолического объема левого желудочка (КДО ЛЖ) в миллилитрах с площадью поверхности тела пациента в м².

До сих пор окончательно не решены вопросы при каких анатомо-физиологических параметрах объема левого желудочка сердца показана паллиативная и в последующем радикальная операция; не решен окончательно доступ к дефекту межжелудочковой перегородки, устранению инфундибулярного стеноза, пластики ствола и ветвей легочной артерии в зависимости от анатомических особенностей, их влияние на отдаленные результаты операции (Н.М. Амосов и соавт. 1984; Najm HK et al., 1998; Jahangiri M et al., 1999).

До настоящего времени в Украине и в Узбекистане применялась тактика по Kirklin J. (6), согласно которой радикальная операция противопоказана при значении КДИ ЛЖ менее 30 мл/м². Пациенты с КДИ ниже указанного значения подвергались двухэтапному лечению. До конца не исследован вопрос: за какое время после наложения системно-легочного анастомоза КДО левого желудочка увеличивается до безопасных для радикальной коррекции тетрады Фалло, значений (Jonsson H. et al., 1995). Не изучено естественное течение порока при сопутствующей экологической обусловленной патологии, такой как вирусный гепатит, хроническая пестицидная интоксикация, анемия (в условиях Узбекистана).

Цель работы - выяснить роль КДИ ЛЖ в тактике хирургического лечения ТФ.

Материал и методы

Исследование базируется на анализе результатов хирургического лечения ТФ у последовательных больных (в том числе раннего возраста), подвергшихся РК порока в ИССХ АМН Украины и центре сердечно-сосудистой хирургии г. Ургенч, Узбекистан с 01.01.1998 г. по 1.08.2001 г. Среди них было 85 (60%) больных мужского пола и 57 (40%) женского. Возраст пациентов колебался от 8 до 360 месяцев (в среднем 36,8 ± 10,2 мес.).

Согласно данным двухмерной трансторакальной эхокардиографии (аппараты SSH-60A, SSA-38A фирмы "Toshiba" и "Biomedical"-Италия), все больные, в зависимости от величины КДИ ЛЖ, были распределены на группы. Первую группу (n = 21) составили пациенты с КДИ ЛЖ от 11 до 20 мл\м2. Вторую (n = 57) с КДИ 21-30 мл\м2 и, наконец, 3 группу - пациенты с КДИ ЛЖ 31 мл\м2 и более (n = 64). Дооперационные показатели пациентов по группам представлены в таблице 1.

67 пациентам была выполнена первичная радикальная коррекция порока, что составило 75 % всех больных. После предшествующих паллиативных операций было 22 (25%) пациента. На момент выполнения системно-легочного анастомоза КДИ ЛЖ у них колебался от 9 до 67 мл/м² и в среднем составлял 22,5±8,9 мл/м². Радикальная коррекция проводилась в условиях искусственного кровообращения с умеренной гипотермией и фармако-холодовой кардиopleгией. Внутрисердечный этап заключался в закрытии дефекта межжелудочковой перегородки и инфундибулярной резекции с последующей реконструкцией выходного тракта правого желудочка.

Анализ непосредственных результатов операций проводился на основании сравнения объективных показателей центральной гемодинамики во время операции и в раннем послеоперационном периоде. Оценка соотношения систолического давления в правом и левом желудочках после коррекции являлась основным показателем качества коррекции порока. Оно измерялось после отключения аппарата искусственного кровообращения и нейтрализации гепарина расчетной дозой протамина сульфата прямым методом. Также сравнивался перфузионный период операции - время перфузии и пережатия аорты. Оценивалась продолжительность реперфузии, которая косвенно определяет скорость восстановления функции миокарда после ишемии. В раннем послеоперационном периоде регистрировались показатели, отражающие состояние гемодинамики и функции миокарда с помощью кардиомониторов ("LOHMEIER M 608"-Германия,

Таблица 2

Основные показатели операционного и раннего послеоперационного периода у пациентов по группам

	ГРУППА 1 (n=11)	ГРУППА 2 (n=28)	ГРУППА 3 (n=50)
	M ± m	M ± m	M ± m
Время пережатия аорты (мин)	55 ± 21,5	52,5 ± 15,7 ^	52,9 ± 18,5 ^ *
Время перфузии (мин)	127,2 ± 57,9	104,5 ± 30,9 #	98,9 ± 32,7 # *
Время параллельной перфузии (мин)	72,2 ± 27,3	52 ± 14,1 #	46,2 ± 15,8 # *
ПЖ\ЛЖ (%)	0,54 ± 0,2	0,57 ± 0,1 #	0,58 ± 0,5 # *
Длительность ИВЛ (час)	38 ± 15	31,7 ± 10,2 #	31,9 ± 11,4 # *
Доза домина (мкг/кг/час)	7,5 ± 2,2	7,5 ± 2,4 ^	7,5 ± 2,1 ^ *
Кол-во дней в реанимации	7,7 ± 2,2	6,3 ± 2,7 ^	5,6 ± 2,3 ^ *
Кол-во дней в госпитале	14,4 ± 6,9	19,2 ± 8,1 #	18,3 ± 7,8 ^ *
Летальность в первые 30 дней после операции	2 (18,1%)		7 (14%)

^ - отличия статистически не достоверны с группой № 1 (p> 0,05);
- отличия статистически достоверны с группой № 1 (p< 0,01);
* - отличия статистически не достоверны с предыдущей группой (p> 0,05);

“SpaceLab-414”—USA). Для этого в течение первых 12 часов после операции контролировалась частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление (АД), центральное венозное давление (ЦВД) с интервалом в 2 часа. Показатели насыщения артериальной (SaO₂) и венозной крови (SvO₂) кислородом регистрировались каждые 4 часа и затем использовались для вычисления фракции потребления кислорода (ФПК) $ФПК (\%) = \frac{SaO_2 - SvO_2}{SaO_2}$. Ежечасно контролировался диурез и фиксировались дозы симпатомиметиков. В отделении интенсивной терапии больные вентилировались с помощью дыхательных аппаратов “Siemens 900C” (Германия) “Soxitronic” (Италия). Время искусственной вентиляции легких отмечалось в часах. Экстубация пациентов проводилась после восстановления самостоятельного дыхания, в полном сознании при стабильных показателях гемодинамики. Статистическое сравнение показателей проводилось с использованием t критерия Student’s.

Результаты и обсуждение

Средние значения исследуемых показателей по группам представлены в таблице 2. Из анализа полученных данных видно, что достоверных отличий в течении операционного и раннего послеоперационного периода между представителями 2 и 3 групп не наблюдалось. В то же время, между ними и пациентами 1 группы имелись достоверные отличия по длительности перфузии, показателям соотношения систолических давлений в желудочках сразу после операции, длительностью ИВЛ, а также временем пребывания в палате реанимации и количеством дней, проведенных в госпитале. Результаты исследования также свидетельствуют о наличии ряда показателей, характерных для течения операционного и раннего послеоперационного периода после РК ТФ у детей раннего возраста.

Изучение динамики изменений гемодинамических показателей в группах позволило косвенно оценить наличие и выраженность нарушений сократительной функции левого желудочка в первые 12 часов после операции (в этот временной интервал наиболее характерны проявления синдрома малого сердечного выброса).

Сравнение полученных зависимостей в раннем послеоперационном периоде у представителей трех

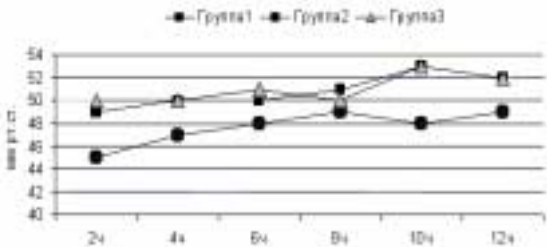


Рис.1 Динамика изменения АДД в раннем послеоперационном периоде.

групп показывает, что динамика диастолического артериального давления (АДД), а соответственно и величина коронарного кровотока, статистически не отличались в группах 2 и 3. АДД в этих группах было в среднем на 15-20 мм рт ст больше, чем в группе 1 (рис.1). Вместе с тем, ЧСС в 1 группе мало менялась в первые 12 часов после операции и составляла в среднем 130-140 уд/мин, тогда как в группах 2 и 3 ЧСС прогрессивно снижалась от 142 до 120 уд/мин (рис.2). Соответственно удлинялась диастола и время перфузии миокарда. Полученные данные позволяют говорить, что условия кислородного снабжения миокарда в группах 2 и 3 лучше, чем в группе 1.

Следует отметить, что динамика изменения ФПК

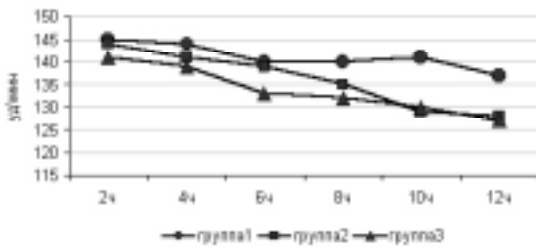


Рис.2 Динамика изменения ЧСС в раннем послеоперационном периоде.

в 1 группе была низкой и в первые 12 часов снижалась от 23 до 20%, тогда как в группах 2 и 3 была примерно постоянной, хотя и на более высоком уровне (рис.4). Такие отличия трудно трактовать однозначно. Однако, учитывая ровно противоположную динамику ЦВД (рис.3) можно говорить, что несмотря на изменения ФПК, в группе 1 имеются признаки малого сердечного выброса. Из 89 пациентов умерли 11. Госпитальная летальность составила 12,3%. По группам летальность была наивысшей среди представителей первой группы (табл. 2). Острая сердечно-сосудистая недостаточность, связанная с малой полостью левого желудочка, была причиной смертельного исхода только в 3 (27%) случаях у пациентов с КДИ ЛЖ соответственно 20 — 23 — 31 мл/м². Остальные пациенты погибли от различных причин не связан-

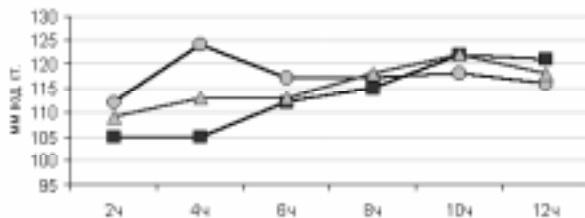


Рис.3 Динамика изменения ЦВД в раннем послеоперационном периоде.

ных с сердечной слабостью.

В настоящее время отсутствует единое мнение в выборе оптимальной оперативной техники и времени хирургического лечения ТФ (2,4,6,7). Особенности внутрисердечной гемодинамики при тетраде таковы, что желудочки функционируют в принципиально различных гемодинамических состояниях. Правый желудочек работает под постоянной перегрузкой давлением и с течением времени гипертрофируется. Левый желудочек, напротив, работает в условиях волюметрической недогрузки и полость его бывает малой. Это, во первых, связано с недостаточной преднагруз-

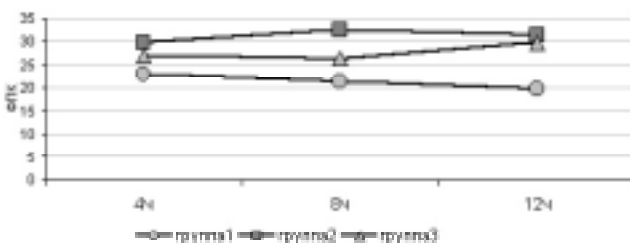


Рис.4 Динамика изменения фракции потребления кислорода в раннем послеоперационном периоде.

кой, из-за сниженного легочного кровотока, а во вторых с относительно небольшой постнагрузкой, так как основную насосную работу при праводеленности аорты выполняет правый желудочек. Поэтому гипотеза о том, что недостаточность диастолической функции ЛЖ, вносит особый вклад в послеоперационную летальность, широко дискутировалась в литературе (8,9). Белоконь Н.А. (10) считает, что функциональная недогруженность левых отделов сердца при ТФ даже является причиной относительной гипоплазии левого желудочка, которая, правда, отсутствует у взрослых больных с выраженным коллатеральным кровообращением. Graham (11) показал, что случаи, так называемой, гипоплазии левого желудочка казуистически редки и составляют только 1 %. И все-таки, по данным большинства исследователей, полость тетрадного левого желудочка уменьшена скорее умеренно и никогда не бывает критически малой (11-13). Более поздними работами было показано, что левый желудочек при ТФ функционирует в условиях резко уменьшенной преднагрузки, лишь в отдельных случаях. КДО ЛЖ при этом пороке уменьшен умеренно и составляет, в среднем, $79 \pm 3\%$ от нормального значения КДО у здоровых лиц (14). С другой стороны эксперименты по острому увеличению преднагрузки у собак показали наличие миокардиального резерва, который позволяет безболезненно для сердца воспринимать добавочную нагрузку объемом в размере 9 — 14% от нормы без применения ионотопных средств (15). Применение адрено-миметических средств позволяло увеличить объемную нагрузку до 50%. Кроме того, Rowland D. приводит данные, которые свидетельствуют о большей чувствительности незрелого миокарда левого желудочка в раннем детском возрасте к постнагрузке по сравнению с преднагрузкой (16).

Выводы.

РК ТФ, выполненная в грудном возрасте и раннем детстве, позволяет сократить время существования порока сердца и избежать развития необратимых стадий гипертрофии ПЖ. Величина КДИ ЛЖ 30 мл/м² не является противопоказанием к радикальной операции. Только в группе больных с КДИ ЛЖ < 20 мл/м² течение операционного, раннего послеоперационного периода и госпитальная летальность негативно отличается от других групп. Среди прооперированных в этой же группе отмечаются значительные изменения как с точки зрения кровоснабжения миокарда, так и с точки зрения системного транспорта кислорода. Следовательно, можно снизить порог КДИ ЛЖ для безопасной радикальной коррекции ТФ в раннем возрасте до значения 20 мл/м².

Литература

1. Norgaard MA, Lauridsen P, Helvin M, Pettersson G. Twenty-to-thirty-seven-year follow-up after for tetralogy of Fallot. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 1999;16:125-30.
2. Bertranou EG, Blackstone EH, Hazelrig JB, Turner ME, Kirklin JW. Life expectancy without surgery in tetralogy of Fallot. *Am J Cardiol* 1978;42:458-66.
3. Castaneda AR, Freed MD, Williams RG, Norwood WI: Repair or tetralogy of Fallot in infancy. Early and late results. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1977;74:372-81.
4. Sade R, Sloss J, Traves S, et al. Repair of tetralogy of Fallot after aortopulmonary anastomosis. *Ann Thorac Surg* 1977;23:32.
5. Gladman G, McCrindle BW, Williams WG, Freedom RM, Benson LN. The modified Blalock-Taussig shunt: clinical impact and morbidity

in Fallot's tetralogy in the current era. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997;114:25-30.

6. Kirklin JW, Barrat-Boyes BG. *Cardiac surgery: morphology, diagnostic criteria, natural history, techniques, results and indications.* - 2nd ed. N.Y.: Churchill Livingstone Inc. 1986:701-799.

7. Caspi J, Zalstein E, Zucker N, et al. Surgical management of tetralogy of Fallot in the first year of life. *Ann Thorac Surg* 1999;68:1344-9.

8. Jonsson H, Ivert T, Brodin L. Echocardiographic findings in 83 patients 13-26 years after intracardiac repair of tetralogy of Fallot. *Eur Heart J* 1995;16:1255-63.

9. Nomoto S, Muraoka R, Yokota M, et al. Left ventricular volume as a predictor of postoperative hemodynamics and a criterion for total correction of tetralogy of Fallot. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1984;88:389-94.

10. Белокопъ Н.А., Подзолков В.П. Врожденные пороки сердца. - Москва: Медицина, 1991. - 177-89 с.

11. Jarmakani JM, Graham TP Jr, Canent RV Jr, Jewett PH. Left

heart function in children with tetralogy of Fallot before and after palliative or corrective surgery. *Circulation* 1972;46:478-90.

12. Graham TP Jr, Faulkner S, Bender HW Jr, Wender CM. Hypoplasia of the left ventricle: Rare cause of postoperative mortality in tetralogy of Fallot. *Am J Cardiol* 1977; 40:454-7.

13. Ильин В.Н., Чизогидзе Н.А. Изменения внутрисердечной гемодинамики, объема и насосной функции желудочков сердца при естественном течении тетрады Фалло. *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия* 1990;9:26-30.

14. Graham TP. Ventricular performance in congenital heart disease. *Circulation* 1991;84:2259-73.

15. Lee JD, Tajimi T, Patrissi J, Ross J Jr. Preload reserve and mechanisms of afterload in normal conscious dogs. *Am J Physiol* 1986;250:H464-H473.

16. Rowland DG, Gutgesell HP. Noninvasive assessment of myocardial contractility, preload, and afterload in healthy newborn infants. *Am J Cardiol* 1995;75:818-21.

Д.С.Гулямов,

М.М.Махмудов,

М.М.Зуфаров,

К.Б.Бабаджанов,

А.А.Хикматов,

Л.А.Назырова,

Х.Ж.Буранов

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРИАДЫ ФАЛЛО

Научный центр хирургии им.акад.В.Вахидова МЗ РУз

Д.С.Гулямов, М.М.Махмудов, М.М.Зуфаров, К.Б.Бабаджанов, А.А.Хикматов, Л.А.Назырова, Х.Ж.Буранов

ФАЛЛО ТРИАДАСИ ЖАРРОҲЛИК КОРРЕКЦИЯСИ АЙРИМ МУАММОЛАРИ

Ушбу мақолада Фалло триадаси билан операция қилинган 52 бемор натижалари таҳлил қилинган. Беморлар ёши 6 дан 35 ёшгача/ўртача 15,7±1,1 ёш. Топик диагностикада асосий ўринни ЭхоКГ ва ангиокардиография эгаллади. Барча операциялар «очик» юрак шароитида бажарилди: 14 – бемор умумий гипотермия шароитида, 38 бемор сунъий қон айланиш шароитида. Операция бўлмачалараро дефектни тикиш ёки пластика қилиш ҳамда ўпка артерияси қопқоқча-қопқоқча ости торайишини бартараф этишдан иборат бўлди. Нуқсонни коррекцияси унғ қоринча ва ўпка артерияси ўртасидаги босим градиентини камайтиришга ёки йўқонишига олиб келди. Авторлар ўз тажрибаси асосида хулоса қилганлар: ўпка артерияси қопқоқчали торайишларида икки босқичли тактика яхши натижалар беради; қўшилишган қопқоқча-қопқоқча ости торайишларида мураккаб реконструктив-тиқловчи амалиётларни ўнғ қоринча чиқиш қисмида ўтказишни талаб этади.

Gulyamov D.S., Makhmudov M.M., Zufarov M.M., Babadzhonov K.B., Khikmatov A.A., Nasirova L.A., Buranov Kh.Zh.

SOME PROBLEMS OF THE FALLOT'S TRIAD SURGICAL CORRECTION

The trial of surgical treatment in 52 patients with Fallot's triad has been analysed. The patients' age was from 6 to 35 years old (mean 15.7±1.1 years old). The main role played EchoCG and angiocardiology in the topical diagnosis of the cardiac defect. All the operations were performed in the conditions of the «open» heart: 14 - in the conditions of the total moderate hypothermia and 38 - in the conditions of the artificial circulation. The operation consisted in closure or plasty of atrial septum defect and liquidation of the pulmonary artery subvalvular-valvular stenosis.

The heart valvular disease correction conducted to reduction or disappearance of the systolic pressure gradient between the right ventricle and the pulmonary artery in the immediate postoperative period.

On the base of their own experience the authors have concluded that in the valvular forms of stenosis the best results were in double - stage operation, in the combined valvular stenosis of the pulmonary artery the best results were in the complex reparative - reconstructive interventions on the right ventricle outlet tract.

Триада Фалло - тяжелый врожденный порок сердца, анатомическими компонентами которой являются: стеноз легочной артерии, дефект межпредсердной перегородки, гипертрофия миокарда правого желудочка и обусловленное этим уменьшение его полости [1,2,5,7,9,12,14,15]. Частота данной патологии среди всех врожденных пороков сердца составляет 2 - 19% [1,5,7,9,11,12,16]. Клинические наблюдения показали, что лишь немногие больные с триадой Фалло доживают до III-й декады жизни; средняя продолжительность жизни не превышает 15 - 20 лет [10,11,12]. Бесперспективность терапевтического лечения, тяжесть течения и безнадёжность прогноза заставляют уделять особое внимание хирургическому лечению больных триадой Фалло, особенно ее цианотической формы, коррекция которой сопровождается высокой летальностью, достигающей в отдельных клиниках до 15% [8,10].

Хотя более 40 лет прошло со времени первой радикальной коррекции триады Фалло [Swann H., 1960], до сих пор окончательно не определены объем и характер реконструктивных вмешательств по устранению обструкции на выходном тракте правого желудочка (ВТПЖ); не до конца определена хирургическая тактика при выраженном клапанно-подклапанном стенозе легочной артерии (СЛА) и узком фиброзном кольце [1,6,11,12,16]. Поэтому цель настоящего исследования - анализ результатов радикальной коррекции триады Фалло в зависимости от клинко-анатомической формы порока, выраженности гемодинамических нарушений и характера реконструктивных вмешательств на ВТПЖ.

Материал и методы исследований

В НЦХ им.акад.В.Вахидова МЗ РУз к 2000 году выполнено 52 (100%) радикальные операции по поводу триады Фалло. Возраст оперированных больных

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от характера вмешательства на сердце и метода обеспечения операции

Характер вмешательства на сердце	Методы обеспечения операции		
	в усл.умер. гипотермии	в усл.нормо терм. ИК	в усл.гипо-терм. ИК
Легочная вальвулопластика + ушив.ДМПП	14	9	8
Легочная вальвулопластика + пластика ДМПП	-	-	8
Легочная вальвулопластика + инфундибулэктомия + пластика ВТПЖ + закр.ДМПП	-	-	8
Легочная вальвулоплас-тика+инфундибулэктомия +трансаннулярная пласти-ка ВТПЖ+закр.ДМПП	-	-	5
ИТОГО	14	9	29

колебался от 6 до 35 (15,7±1,1) лет. Из них мужчин - 22,1%, женщин - 77,9%. Больных с ацианотической формой было 59,5%, с цианотической - 40,5%. У всех больных до операции с помощью двухмерной ЭхоКГ определяли тип стеноза ЛА, размеры и локализацию ДМПП. Показаниями к операции служили наличие одышки, сердцебиения, артериальной гипоксемии, а также градиент систолического давления (ГСД) между ПЖ и ЛА выше 50 мм рт.ст. в сочетании с электрокардиографическими и рентгенологическими признаками гипертрофии ПЖ. Соотношение систолического давления в правом и левом желудочках (ДПЖ/ДЛЖ) по данным катетеризации составляло от 0,7 до 2,3 (в среднем 1,15) при систолическом давлении в ЛА от 12 до 50 мм рт.ст. (в среднем 23,3±1,74).

Все операции выполнялись в условиях «открытого» сердца. В 14 наблюдениях это достигалось путем общей умеренной гипотермии (t=30,1±1,5°С) с выключением сердца из кровообращения, в среднем, на 5,0±0,81 мин. В 9 - в условиях нормотермического искусственного кровообращения (ИК) (38,1±4,2 мин). В 29 случаях – при гипотермическом ИК (65,9±5,11 мин) с фармако-холодовой кардиopleгией (56,4±3,75 мин). У всех 52 (100%) больных имелось межпредсердное сообщение. В 65,9% случаях это были центральные вторичные дефекты межпредсердной перегородки (ДМПП), в 25,5% - дефекты без нижнего края и в 8,5% - верхние дефекты. В 66% наблюдений межпредсердное сообщение устранялось прямым ушиванием дефекта непрерывным двухрядным швом (мерсилен 3/0 или пролен 3/0); в 34% случаях выполнена пластика дефекта ауто- или ксеноперикардом. При дефектах без нижнего края была использована методика F.Lewis. В 38 (72,9%) наблюдениях обструкция была обусловлена клапанным стенозом ЛА. Во всех этих случаях через трансартериальный доступ была

выполнена легочная вальвулопластика; в 14 (26,8%) случаях имелаась резкая обструкция ВТПЖ за счет клапанного и подклапанного стенозов ЛА с узким фиброзным кольцом; в 8 случаях из них использован транс-вентрикулярный доступ с изолированной пластикой ВТПЖ, и в 6 случаях при узком фиброзном кольце ЛА был трансаннулярный доступ с трансаннулярной пластикой ВТПЖ. В качестве заплат для пластики ВТПЖ использовали аутоперикард. Распределение больных в зависимости от характера вмешательства на сердце и метода обеспечения операции приведено в табл. 1.

В зависимости от давления в правом желудочке и степени сужения клапанного отверстия легочной артерии больные были разделены на три группы (табл. 2).

Результаты и их обсуждение

Выбор хирургической тактики устранения одного из компонентов триады Фалло - ДМПП - зависит от размера, локализации, характера краев дефекта, отношения его к устьям полых вен и коронарного синуса [1,3,9,11,15,16].

По данным литературы, ряд авторов стран СНГ [9,10] и дальнего зарубежья [12,16] устраняют ДМПП простым ушиванием, не обращая внимания на его размеры. Однако, мы в последние годы, опасаясь возможного решунтирования дефекта, деформации устьев полых вен или атрио-вентрикулярных клапанов, о чем сообщают Н.М.Амосов с соавт. [1], Н.А.Белоконь с соавт. [3], Li H.F. [15], даже при сравнительно небольших размерах межпредсердного сообщения стали прибегать к его пластике с помощью ауто- или ксеноперикарда. В отношении устранения небольшого дефекта МПП при цианотической форме триады Фалло с «малым» правым желудочком в литературе нет единого мнения. Так М.Ф.Зиньковский с соавт. [6], Cong H.D. et al. [14] считают, что в случаях с «малой»

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от давления в ПЖ и характера стеноза ЛА

Группа больных	Давление в ПЖ	Абс.	%
1-я гр. умеренный СЛА + ДМПП	до 60 мм рт.ст.	4	7,6
2-я гр. выраженный СЛА + ДМПП	от 60 до 100 мм рт.ст.	36	68,4
3-я гр. резкий СЛА + ДМПП	более 100 мм рт.ст.	12	22,8

полостью правого желудочка ДМПП играет разгрузочную роль и поэтому вне зависимости от способа ликвидации обструкции ВТПЖ интраатриальное сообщение должно быть оставлено. Операцию в таком объеме мы провели у одного больного с цианотической формой триады Фалло и «малой» полостью ПЖА. Была выполнена «закрытая» с хорошим результатом пластика ВТПЖ аутоперикардом без ликвидации межпредсердного сообщения.

Самый сложный вопрос в хирургии триады Фалло - это тактика в отношении обструкции ВТПЖ. В случаях триады Фалло с изолированным клапанным СЛА чрезартериальная вальвулопластика СЛА вне зависимости от условия обеспечения операции дает хороший гемодинамический результат, быстро приводя к нормализации давления в ПЖ, как мы это наблюдали в 38 наблюдениях. Более того, применяемая нами в последние годы тактика двухэтапной коррекции триады Фалло (первый этап - транслюминальная баллонная вальвулопластика клапанного СЛА и второй этап - устранение ДМПП в условиях ИК) в 14 наблюдениях дала нулевую летальность. В случаях сочетания клапанного СЛА с выраженным инфундибулярным стенозом ВТПЖ хирургическая коррекция связана с известными трудностями и повышенным риском оперативного вмешательства [6,7,11,14,15,16]. У больных с комбинированным стенозом изолированная вальвулопластика или даже резекция гипертрофированных мышц ВТПЖ может быть малоэффективной и приводить к сердечной недостаточности [11].

По мнению ряда авторов [2,11], у больных с обструкцией ВТПЖ не следует выполнять только вальвулопластику, что связывают с ограниченной возможностью приспособления ПЖ к новым условиям кровотока, особенно в ближайшем послеоперационном периоде. На основании литературных данных и собственного опыта мы полагаем, что изолированная легочная вальвулопластика показана только больным с клапанным СЛА при отсутствии инфундибулярного стеноза. Наиболее распространенной тактикой лечения инфундибулярного СЛА при триаде Фалло является реконструктивное вмешательство на ВТПЖ в условиях ИК, т.е. изолированная пластика ВТПЖ с инфундибулэктомией. По данным литературы, [6,7,11,13,14], у больных с выраженной гипоплазией полости ПЖ реконструктивная операция на ВТПЖ сопряжена с высоким риском операции. Поэтому объем операции у этой категории больных решается интраоперационно. При наличии узкого фиброзного кольца ЛА с инфундибулярной обструкцией ВТПЖ целесообразно производить трансаннулярную пластику

ВТПЖ, фиброзного кольца и ствола ЛА.

Таким образом, при клапанных формах обструкции триады Фалло лучшие результаты обеспечивает двухэтапная коррекция, хотя одноэтапная радикальная коррекция в условиях ИК тоже дает неплохие результаты. При многокомпонентных формах обструкции ВТПЖ требуются обширные реконструктивно-восстановительные вмешательства, характер которых определяется в зависимости от степени сужения, градиента давления между ПЖ и ЛА, а также от объема полости ПЖ.

Литература

1. Амосов Н.М., Бендет Т.Я. *Терапевтические аспекты кардиохирургии*. Киев. «Здоровья». 1983. -С.65-67.
2. Банкл Г. *Врожденные пороки сердца и крупных сосудов*. М.: Медицина, 1980. - С.113-120.
3. Белоконов Н.А., Подзолков В.П. *Врожденные пороки сердца*. М. «Медицина». 1991.
4. Бубликов А.П., Окунева Г.Н., Илюхина Л.Б. *Функциональное состояние больных легочным стенозом и триадой Фалло после хирургической коррекции*. В кн.: *Гипотермическая защита в хирургии сердца*. Новосибирск. 1981. -С.141-145.
5. Зиньковский М.Ф., Осмонов Э.Э. *Хирургическое лечение триады Фалло*. //Клин.хир. 1981. -№7. -С.54-56.
6. Зиньковский М.Ф., Осмонов Э.Э. *Проблемы хирургического лечения триады Фалло*.//Кардиология. 1982. -№11. -С.95-97.
7. Махмудов М.М., Гулямов Д.С., Хикматов А.А. и др. *Хирургическое лечение ВПС в Узбекистане*.//Хирургия Узбекистана, 1991. -N 1. -С.64-69.
8. Савченко А.Н., Дергачев А.В. *Первый опыт клинического применения ксенодиафрагмы при коррекции дефектов перегородки сердца*. //Грудная и сердечно-сосудистая хирургия, 1990. -№11. -С.36-39.
9. Сергеевский В.С., Ташпулатов А.Т., Гренц В.Г. *Сочетание вторичного дефекта межпредсердной перегородки с клапанным стенозом легочной артерии*. В кн.: *Хирургическая коррекция изолированных и сочетанных дефектов межпредсердной перегородки*. Ташкент. 1974. С. 120-158.
10. Рыскелдиев М.Б. *Отдаленные результаты хирургического лечения больных триадой Фалло*. //Вопросы кардиоангиологии. Караганда. 1977. -С.122-124.
11. Хикматов А.А., Махмудов М.М., Гулямов Д.С. и др. *Хирургическое лечение дефекта межпредсердной перегородки и сочетающихся с ним пороков сердца*.//Вест.хир., 1999. -№5. -С.44-47.
12. Dubost C., Blondeau P., Dallaines C. et al. *Long-term results of total surgical correction in Fallot's trilogy*. //Arch. Inst Cardiol Mex 1977 Sept-Oct; 47(5): 643-9.
13. Gilbert J.W., Morrow A.G., Talbert J.L. //J. thorac. cardiovasc. Surg., 1963, v.46, p.457-467.
14. Gong H.D. *Surgical treatment of trilogy of Fallot*. //Chung Hua Hsin Hsue Ping Tsa Chih 1992 Dec; 20(6): 359-60, 389.
15. Li H.F. *Surgical Treatment of trilogy of Fallot in 42 adults*.//Chung Hua Wai Ko Tsa Chih. 1993 Feb; 31(2): 118-9.
16. Ou Z.K., Zhang Q.F. *Surgical treatment of Fallot's trilogy* //Chung Hua Hsin Hsueh Kuan Ping Tsa Chin 1981 Mar; 9(1): 40-1

А.В.Девятков,
А.А.Мансуров,
Ш.Х. Хашимов,
А.Н. Ниязметов,
Б.Б. Хафизов,

ВАРИАНТЫ ТЕХНИЧЕСКОГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РАЗОБЩАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Научный центр хирургии им.акад.В.Вахидова МЗ РУз

Несмотря на большое число предложенных консервативных, хирургических, эндоскопических и эндоваскулярных методов лечения и многолетний опыт их применения, летальность от пищеводно-желудочных кровотечений, связанных с портальной гипертензией, составляет от 22 до 84% (Лыткин М.И., с соавт 1984; Ерамишанцев А.К., с соавт., 1998; Jalan R. et all., 1995).

Обилие различных методов остановки кровотечения свидетельствует о неудовлетворенности их результатами. До сих пор остаются спорными и противоречивыми вопросы хирургической тактики при острых кровотечениях, целесообразность и последовательность применения различных методов гемостаза, выбор способа коррекции портальной гипертензии.

На сегодняшний день по отдаленным результатам варианты портосистемного шунтирования занимают ведущее положение среди операций, коррегирующих портальную гипертензию у пациентов с угрозой кровотечения (Пациора М.Д. 1984; Хамидов П.М. 1984; Назыров Ф.Г., 1990; Rikkers L.F., 1994; Hermann R.E., et al., 1995). Однако, такие специфические требования к этим операциям, как специальная оснащенность и высокая хирургическая техника с владением элементами сосудистого шва, препятствуют широкому их распространению; а техническая сложность и значительная продолжительность операции ограничивает их внедрение в условиях ургентной хирургии, определяя необходимость дифференцированного подхода и дальнейшего поиска оптимальных способов предотвращения и остановки кровотечения (Ратнер Г.Л. с соавт, 1991; Nussbaum M.S. et. al 1993; McCormick P.A., Burroughs A.K.. 1994; Rikkers L.F, Jin G, 1994).

При активных кровотечениях из ВРВПЖ в современной хирургии портальной гипертензии наиболее распространены тампонада зондом Блекмора, эндоскопическая склеротерапия, разновидность разобщающих гастроэзофагальный коллектор (ГЭК) операций, позволяющих за короткий промежуток времени остановить кровотечение. Не претендуя на радикальность, эти операции особо эффективны именно в условиях ургентной хирургии. Они показаны и в плановой хирургии, когда по тем или иным причинам портосистемное шунтирование невозможно или нежелательно.

Материалы и методы исследования

Научный центр хирургии им. академика В.Вахидова МЗ РУз располагает опытом лечения 420 больных портальной гипертензией поступивших в клинику с явлениями кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка, и оказания консультативно – диагностической помощи по линии санитарной авиации в 75 случаях с оперативной активностью в 30% случаев.

Возраст больных колебался от 5 до 82 лет, в среднем составляя, $43 \pm 5,6$ года. Соотношение мужчин и женщин составило примерно 2,5:1. Кровотечение у 60% больных отмечено впервые, у 22% оно было повторным, у 18% отмечались неоднократные эпизоды кровотечений из ВРВПЖ различной степени тяжести. Больные в зависимости от начала кровотечения госпитализированы в следующие сроки (таблица 1).

Большинство больных поступали в клинику в течение двух суток от начала кровотечения. Позднее поступления на фоне выраженного геморрагического синдрома и анемии, усиливая гипоксию печени и подавляя её функциональную активность, часто ухудшали прогноз заболевания.

В комплексном обследовании больных наряду с общеклиническими широко использовали современные эндоскопические, сонографические, ангиографические методы. В экстренном периоде отдавали предпочтение срочной эндоскопической эзофагогастроскопии.

В соответствии с классификацией степени варикозного расширения вен пищевода (Шерцингер А.Г.1986) I степень обнаружена в 6,7% случаев, II - в 11,9% и III максимальная - у 81,4% больных. Источниками кровотечения у 4,6% больных была вена средней, у 57,1% - нижней трети пищевода и у 38,3% больных - вены кардиального отдела желудка.

Степень тяжести кровотечения оценивали по классификации В.И. Стручкова (1978). I степень тяжести кровотечения диагностирована у 20,9% больных, II - у 36%, III - у 33,9% и IV степень - у 9,2%.

Наиболее специфической оценкой состояния больных циррозом печени является ее функциональное состояние по Child-Turcotte (1964). Согласно этим критериям, группу «А» составили 28,2%, «В» - 56,7% и группу «С» - 15,1% больных.

Таблица 1

Срок кровотечения из ВРВПЖ до госпитализации

Срок кровотечения из ВРВПЖ до госпитализации, (часы)	1-3	3-6		12-24		
Количество больных, % n=420	4%	6%	24%	29%	22%	15%
Количество больных, % (по санитарной авиации) n=75	-	-	15%	30%	38%	17%

Результаты и обсуждение

Анализ функционального состояния печени больных циррозом показал зависимость этого показателя от срока поступления. В более поздние сроки уменьшается число больных с функциональным классом «А» и увеличивается с функциональными классами «В» и «С». Так, среди больных, поступивших в первые 6 часов от начала кровотечения, класс «А» составил 41,%, «В» - 47% и «С» - 12%. Из поступивших позднее 48 часов класс «А» составил 18,9%, «В» - 52,2% и «С» - 18,9% пациентов. Длительное кровотечение усугубляет функциональную декомпенсацию печени и ухудшает прогноз больных этой группы. Это диктует необходимость в максимально короткие сроки добиться полной остановки кровотечения.

Консервативную терапию с использованием зонда Блекмора-Сенгстакена, снижающих портальное давление препаратов, эндоскопических и рентгенэндоваскулярных методов применяли у 259 больных. Общая летальность в этой группе составила 54,6%. Причиной летальных исходов в большинстве случаев (83%) явилась печеночная недостаточность.

Ретроспективный анализ показал, что стойкий гемостаз исключительно консервативными мерами с применением зонда Блекмора достигнут в 85,7% случаев при кровотечениях из вен средней, в 71,5% - нижней трети пищевода, и только в 23,7% случаев кровотечений из вен кардиального отдела желудка. Таким образом, чем ниже источник кровотечения, тем менее эффективной оказывалась консервативная терапия. На этом основании мы считаем, что показания к оперативному вмешательству при кровотечениях из вен кардиального отдела желудка должны ставиться чаще, чем при кровотечениях из ВРВ пищевода.

158 больным проведены различные оперативные вмешательства по поводу кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (таблица 2).

Операция Пациоры выполнена у 138 больных циррозом печени с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка. В том числе у 97 (70,2%) на высоте кровотечения при неэффективности консервативной терапии и у 41 (29,8%) больного - в ближайший период после консервативной остановки кровотечения. Общая летальность после операции составила 46,3%. Причиной смерти у 74% больных была нарастающая печеночно-почечная недостаточность на фоне достигнутого гемостаза, у 14% - продолжающееся кровотечение, у 12% - другие причины.

Из 138 оперированных больных у 25 (18,1%) в ближайшем послеоперационном периоде отмечались рецидивы гастроэзофагальных кровотечений. Если сюда добавить 14% случаев первичной неэффективности этой операции, то очевидной становится её не

низкая надежность. Наибольшее количество кровотечений отмечалось на 1-2 и 5-7 сутки, соответственно, в 28% и 40% случаев. Наши наблюдения показали, что в первые сутки источниками кровотечений являются преимущественно варикозные вены или места проколов иглами на слизистой, а на 5-7 сутки рецидивы были связаны в 80% случаев с развитием эрозивных процессов в пищеводе и желудке, которые так же могут быть связаны с наступившим некрозом слизистой вследствие её прошивания и отторжения.

Анализ рецидивов кровотечений в ближайшем послеоперационном периоде показал, что операция Пациоры не всегда является эффективной мерой остановки кровотечения из ВРВПЖ, т.к. в большинстве случаев остаются варикозные вены, которым в последующем приходится нести основную нагрузку. В результате вновь наступает разрушение стенки вены с последующим кровотечением, которое нередко бывает более интенсивным. В поисках малотравматичного, эффективного метода остановки и долгосрочной профилактики кровотечения из варикозных вен нами разработан оригинальный метод тотального разобщения гастроэзофагального коллектора, который успешно применен в условиях клиники. Метод апробирован у 20 больных. У 10 в условиях плановой хирургии, а у 10 - экстренной.

Техника предлагаемого метода заключается в следующем. После верхнесрединной лапаротомии производится щадящая мобилизация желудка с сохранением кровотока вплоть до абдоминального отдела пищевода по малой и большой кривизне органа. При технической необходимости или по анатомо-функциональным показаниям производится спленэктомия. Стволы блуждающего нерва поднимаются на держалки. В области кардии передняя и задняя стенки желудка сшиваются насквозь через все слои танталовыми скобками аппарата УО-60 на всем протяжении от большой до малой кривизны желудка. Затем накладывается передний эзофагогастроанастомоз между абдоминальным отделом пищевода и кардиальным отделом желудка в обход танталовых скобок с камерой анастомоза более 3 см. При этом пищевод рассекается в продольном направлении, а кардия желудка - в поперечном. Операция завершается фундопликацией, назогастральным дренированием (патент №2000049) (Рис 1 А).

В экстренном варианте вместо аппарата УО использовали кисетный шов (сложенный вдвое шелк 5.0) и накладывали кардиофундальный анастомоз для достижения гемостаза и сокращения времени наркоза и операции, что имеет существенное значение для больных столь тяжелой патологией на фоне анемии (патент № 2000048). См.рис. 1Б.

Таблица 2.

Результаты применения разобщающих ГЭК операций

Характер операции	Плановые			Экстренные		
	п	Рецидив%	Летальность %	п	Рецидив %	летальность %
Операция Пациоры n=138	41	12%	30%	97-	28%-	49%
Тотальное разобщение ГЭ n =20	10	-	10%	10-	10%-	20%

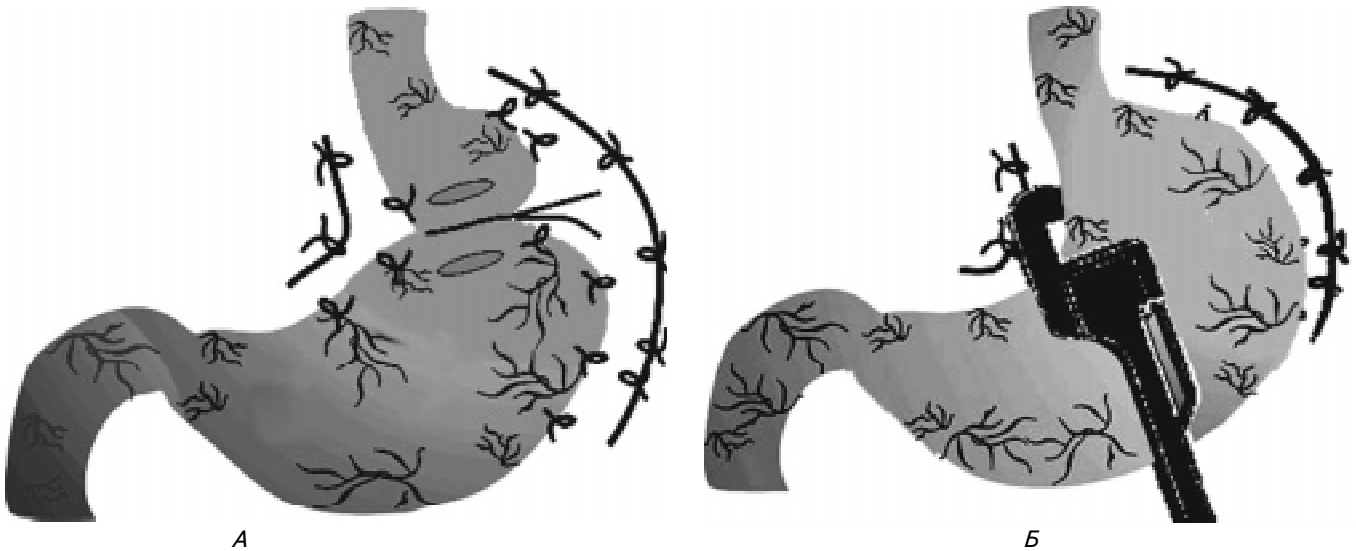


Рис. 1. Схема операций тотального разобщения ГЭК
А - лигатурный метод Б - инструментальный метод

Указанная операция апробирована в 10 случаях в условиях плановой хирургии, причем, у 2 больных на фоне ранее перенесенной спленэктомии и в 12 случаях на высоте кровотечения из варикозных вен пищевода. У всех оперированных больных эндоскопически отмечены варикозное расширение вен III степени. В 6 случаях отмечено их тотальное расширение на всем протяжении пищевода. Летальность отмечена в 3 случаях. В 1 случае причиной смерти явился ДВС синдром, в 2 - печеночная кома. Длительность наблюдения первой больной составила более 3 лет. Первоначально диагностирован тотальный варикоз вен пищевода 3 - 4 степени на фоне тромбоза селезеночной вены. Через 2 месяца после операции эндоскопически отмечена 2 степень расширения варикозных вен средне - нижней трети пищевода, а через год - лишь 1 степень варикоза.

В последующих случаях так же сразу после операции отмечено снижение напряжения варикозных вен со стабильной тенденцией к уменьшению степени этого процесса с течением времени.

По нашему мнению, положительными моментами предлагаемой операции являются: прошивание или перевязка кардиального отдела желудка через все слои для профилактики дальнейшего рецидивирования

варикозных вен; наложение переднего ЭГА или КФА без рассечения задней стенки органа со значительным снижением риска развития недостаточности наложенного анастомоза.

Таким образом, модифицированные методы разобщения гастроэзофагального коллектора могут быть успешно использованы у больных с портальной гипертензией, осложненной варикозным расширением вен пищевода, как альтернатива портосистемному шунтированию при серьезных препятствиях для его выполнения в условиях плановой и экстренной хирургии.

Литература

1. Блюгер А.Ф., Новицкий М.Н. *Практическая гепатология*. 1-984. Рига..294с.
2. Лыткин М.И., Диденко В.М. *Хирургическое лечение при синдроме портальной гипертензии, осложненном кровотечением.* // Вестник хирург. им. Грекова. - 1989. - N3. - с.130-136
3. Пациора М.Д. *Хирургия портальной гипертензии*. Т. Медицина. 1984. 319с.
4. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. *Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта*. М. Медицина. 1987. 256с.
5. Rikkers L.F. *Portal hemodynamics, intestinal absorption and postshunt encephalopathy.* // Surgery. - 1983. - V94. - N2. - p.126-133

М.М. Зуфаров,

Х.А. Акилов,

В.В. Илюхин,

М.Т. Махамаджанов,

Ф.Ш. Бахритдинов,

Ф.А. Искандаров,

Ш.Н. Салохитдинов,

Э.М. Ходжаева

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ

Научный Центр Хирургии им.акад. В.Вахидова МЗ РУз

М.М. Зуфаров, Х.А. Акилов, В.В. Илюхин, М.Т. Махамаджанов, Ф.Ш. Бахритдинов, Ф.А. Искандаров, Ш.Н. Салохитдинов, Э.М. Ходжаева,
АОРТА ЁЙИ ШОХЛАРИДА ОККЛЮЗИОН-СТЕНОТИК КАСАЛЛИГИДА РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯР АМАЛИЁТИНИНГ НАТИЖАЛАРИ

Аорта ёйи шохларида (АЁШ) окклюзион-стенотик касаллигида транслюминал баллон ангиопластикаси (ТЛБАП) натижалари таҳлил қилинди. АЁШ да ТЛБАП 16 ёшдан 67 ёшгача бўлган 23 беморда бажарилди. 2 (8,6%) беморда truncus brachiocephalicus, 5 (21,7%) беморда- artery carotid communis, 16 (65,2%) беморда- artery subclavia (AS), шу жумладан 6 (26,1) беморда ўмров ости артериясининг окклюзиясини реканализацияси ва сўнгра ТЛБАП бажарилди.

ТЛБАП асоратлари кузатилмади.

АЁШ окклюзион-стенотик касаллигида ТЛБАП эффектив бўлиб ва айрим ҳолларда хирургик реваскуляризациянинг альтернативасига айланиши мумкин.

Zufarov M.M., et al.

"RESULTS OF ROENTGENOENDOVASCULAR INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH STENOTIC-OCCLUSIVE DISEASES OF AORTIC BRANCHES"

The results of transluminal balloon angioplasty (TLBAP) in patient with stenotic-occlusive disease of the aortic arch branches have been analyzed. Balloon angioplasty is performed in 23 patient under age from 16 to 67. It was done for truncus brachiocephalicus in 2 (8.6%), communis carotid artery – 5 (21.7%), subclavian artery (SA) – 16 (65.2%) patients, including 6 (26.1) cases of rechannelization and TLBAP of SA.

There were no complications.

Balloon angioplasty of stenotic-occlusive disease is effective method and it can be alternative for surgical revascularization in certain cases.

Патология ветвей дуги аорты (ВДА) является одной из основных причин ишемических поражений сосудов головного мозга и верхних конечностей, ведущих к высокой инвалидизации и смертности. Так, по данным R. Kester с соавт.(1981), 13% всех смертельных исходов обусловлены мозговыми "катастрофами", причем из них 70-80% связаны с последствиями stenotических и окклюзионных поражений ВДА. Несмотря на большой опыт традиционных реконструктивных операций на ВДА, в настоящее время во многих клиниках мира для восстановления магистрального кровотока широко применяются менее инвазивные рентгеноэндоваскулярные методы лечения, в частности, транслюминальная баллонная ангиопластика (ТЛБАП) [3] и стентирование пораженной артерии [8].

Первое сообщение об успешной ТЛБАП поражения брахицефальных артерий появилось в литературе в 1980г., когда D.Bacham и Kim [1] опубликовали результаты дилатации проксимального отдела стенозированной левой подключичной артерии. В том же году C.Kerber с соавт. [4] и S.Mullan с соавт. [6] сообщили об успешном лечении сужения общей сонной артерии эндоваскулярным методом. Первое стентирование подключичной артерии выполнено K.D. Mathias с соавт.[5] 1993г. Внедрение новых технологий стентирования, специальных защитных устройств от тромбоэмболии сосудов головного мозга /Protect devise/, применяемых во время рентгеноэндоваскулярных вмешательств на ВДА, в том числе и на внутренних сонных артериях, позволили в последние годы значительно уменьшить число осложнений и улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения [2,7].

В Узбекистане первая баллонная ангиопластика ВДА выполнена в 1991 г. в НЦХ им. акад.В.Вахидова

МЗ РУз. Целью данной работы является анализ опыта рентгеноэндоваскулярных вмешательств окклюзионно-стенотических поражений ВДА у больных с ишемией сосудов головного мозга и верхних конечностей, выполненных в этом центре.

Материал и методы

Рентгеноэндоваскулярные вмешательства при окклюзионно-стенотических поражениях ВДА предприняты у 26 больных. Возраст пациентов колебался от 16 до 67 (в сред.39±6,7) лет. В числе пациентов были 21 мужчина (80,8%) и 5 (19,2%) женщин. У 18 (69,2%) больных причиной окклюзионно-стенотических поражений был атеросклероз, у 8 (30,8%) – неспецифический аортоартериит (НАА).

Клиническая картина больных с поражением ВДА характеризовалась симптомами, связанными с ишемией головного мозга (головные боли, головокружение, нарушение координации движений, мелькание "мушек" перед глазами) и верхних конечностей (онемение, боли, снижение мышечной силы пораженной конечности, похолодание кончиков пальцев, слабость или отсутствие пульса на лучевой артерии).

При аускультации у 20(76,9%) больных выслушивался систолический шум над пораженной артерией. У 9(34,6%) пациентов отсутствовала пульсация на опознавательных точках верхних конечностей, а также не определялось артериальное давление (А/Д) на стороне поражения. У 12(46,1%) пациентов пульсация была ослабленной, при этом А/Д колебалось от 30 до 60 мм. рт. ст.

При выполнении ультразвуковой доплерографии (аппаратом Mindray-2000, датчик 4 МГц) на артериях верхней конечности и сонных артериях, у 6 (23,07%) больных определялся коллатеральный кровоток со средней линейной скоростью в 14±0,6 см/с (норма, в среднем, 85,50±34 см/с). У 20 (76,9%) - измененный

магистральный кровоток со скоростью $30,5 \pm 8,6$ см/с. Динамика изменения кровотока определялась по показателям: PI (пульсовый индекс), ISD (индекс систолического давления), и RI (резистивный индекс).

Для определения локализации и выраженности поражения, а так же ангиоархитектоники аорты и ВДА выполнялась аортография из дуги. При необходимости дополнительно применялась селективная ангиография. Наиболее оптимальная ангиографическая картина получалось в левой косой проекции с поворотом рентгеновской трубки на $25-35^\circ$. На ангиограммах определяли точный диаметр артерии проксимальнее и дистальнее уровня стеноза, протяженность суженного участка, его площадь и сечение. Кроме того измеряли градиент систолического давления (ГСД) на уровне пораженного участка артерии.

В 6 (23,1%) случаях обнаружена окклюзия подключичной артерии, в 12 (46,1%) - ее стеноз, у 2 (7,7%) больных стеноз на уровне брахиоцефального ствола, у 5 (19,2%) - стеноз общих сонных артерий, у 1 (3,8%) - множественные стенозы левой подключичной и подмышечной артерий.

Показанием к ТЛБАП считали наличие клиники ишемии в бассейне кровоснабжения соответствующей артерии и ангиографически установленное непротяженное сужение просвета сосуда более, чем на 50%.

Предоперационная медикаментозная подготовка к ТЛБАП обязательно включала прием аспирина по 125 мг 1 раз в день, тиклида по 250 мг 2 раза в день за 2 суток до операции. Больные обычно выписывались из клиники на 2-4 сутки после операции с рекомендацией приема аспирина и тиклида в тех же дозах в течение 1,5-2 месяцев.

ТЛБАП производилась под местной анестезией. В качестве доступа для проведения эндоваскулярных вмешательств во всех случаях использовали бедренную артерию. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений после пункции артерии внутривенно вводили гепарин из расчета 100 ЕД на 1 кг веса больного.

В случаях окклюзии артерии ТЛБАП выполняли после реканализации просвета обычным металлическим проводником или гидрофильными проводниками типа "Terumo" с тефлоновым покрытием, снижающим трение.

Для ТЛБАП использовали баллонные катетеры диаметром равным диаметру близлежащего непораженного участка артерии (от 3 до 9 мм). Создавалось давление от 6 до 14 атм. с экспозицией от 30 до 120 сек. Непосредственные результаты ТЛБАП оценивали по контрольной аортографии из дуги и величине остаточного ГСД на уровне пораженной артерии.

Хорошими результатами ТЛБАП считались восстановление магистрального кровотока с остаточным стенозом не более 20%, ликвидацией ГСД на уровне пораженного участка и исчезновением проявлений ишемии; удовлетворительным - частичное восстановление магистрального кровотока с улучшением периферического кровоснабжения, падением ГСД и уменьшением проявлений артериальной ишемии; неудовлетворительным - сохранение поражения, ГСД на уровне стеноза и клиники ишемии в бассейне по-

раженной артерии.

Результаты и обсуждение

У 3 (11,5%) больных реканализация окклюзированной подключичной артерии не удалась, не смотря на использование проводников различной модификации, включая типа "Terumo". У остальных 23 выполнено успешно рентгеноэндоваскулярное вмешательство. У 2 (8,6%) ТЛБАП брахиоцефального ствола, у 5 (21,7%) - общей сонной артерии, у 15 (65,2%) - подключичной артерии и у 1 (4,3%) - подключичной и подмышечной артерий.

Из 23 (88,4%) больных, которым произведена успешная ТЛБАП, хорошие ангиографические результаты получены у 14 (60,9%), удовлетворительные - у 9 (39,1%). При этом средний ГСД между пре- и пост-стенозическими сегментами артерий уменьшился с $46,3 \pm 5,1$ до $7,9 \pm 3,2$ мм.рт.ст., увеличилась площадь сосуда с $11,7 \pm 0,2$ мм² до $24,6 \pm 0,3$ мм² ($p < 0,05$).

В группе больных с атеросклеротическим поражением ($n=15$) хорошие ангиографические результаты получены у 11 (73,3%) больных, удовлетворительные - у 4 (26,7%). В группе больных с НАА ($n=8$) хорошие результаты наблюдались в 3 (37,5%) случаях, удовлетворительные - у 5 (62,5%) пациентов. Эти данные подтверждают мнение большинства авторов о меньшей эффективности баллонной дилатации ВДА у больных с НАА [2,7]. Тем не менее, стентирование пораженной артерии у этой категории больных во многом решит проблему остаточного стеноза.

Следует отметить, что у 3 пациентов после реканализации окклюзированной подключичной артерии с последующей ангиопластикой восстановился магистральный кровоток. Из них в 2 случаях окклюзии подключичной артерии в I сегменте ретроградный кровоток по позвоночной артерии сменился на антеградный с устранением симптомов позвоночно-подключичного обкрадывания. У 2 больных после ТЛБАП наблюдалась незначительная диссекция интимы артерии с сохранным магистральным кровотоком.

Хороший ангиографический результат также получен после поэтапной баллонной ангиопластики подключичной и подмышечной артерий у пациента с множественными сужениями.

После ТЛБАП у всех больных с поражением брахиоцефального ствола ($n=2$) и сонных артерий ($n=5$) исчезли симптомы ишемии головного мозга. У 2 (13,3%) из 15 больных после ТЛБАП подключичной артерии сохранились умеренно выраженные симптомы недостаточности кровообращения верхней конечности в виде снижения мышечной силы, ослабленной пульсации. После баллонной дилатации у них остался стеноз более 20%. У остальных пациентов исчезли проявления ишемии конечности. Следует отметить, что у 2 (13,3%) больных с диссекцией интимы артерии после ТЛБАП также получен хороший клинический эффект. У больного с множественными стенозами левой подключичной и подмышечной артерий после одномоментной ТЛБАП данных сегментов также получен хороший клинический результат.

У всех пациентов после баллонной дилатации определялась отчетливая пульсация на опознавательных точках, А/Д установилось на нормальных значениях.

На ультразвуковой доплерографии, выполненной через 2-3 суток после баллонной ангиопластики у всех пациентов восстановился магистральный кровоток с увеличением его линейной скорости до $70,5 \pm 6,4$ см/с (норма, в среднем, $85,50 \pm 34$ см/с). У больных с поражениями подключичных артерий PI снизился, в среднем, до $12,06 \pm 0,8$ (норма $11,30 \pm 17,7$), а ISD - до $49,6 \pm 2,4$ (норма $46,10 \pm 10,0$). У больных со стенозами сонных артерий PI составил $2,85 \pm 0,93$ (норма $2,44 \pm 0,88$), ISD - $5,09 \pm 0,98$ (норма $4,29 \pm 1,48$). Эти данные указывают на восстановление или значительное улучшение кровоснабжения в бассейне пораженной артерии у больных после ТЛБАП ветвей дуги аорты.

Осложнения и серьезные нарушения гемодинамики во время ТЛБАП и в ближайшем послеоперационном периоде не наблюдались.

Таким образом, ТЛБАП является эффективным малоинвазивным экономичным методом лечения больных с окклюзионно-стенотическими поражениями ВДА и в ряде случаев может стать альтернативой хирургической реваскуляризации. ТЛБАП более эффективна у пациентов с атеросклеротическими поражениями по сравнению с больными неспецифическим аортартериитом.

Литература

1. Bachman D.M., Kim R.M. Transluminal dilatation for subclavian steal syndrome // *Amer.J.Roentgenol.* - 1980. - Vol. 16. - P.995-996.

2. Henry M, Amor M, Henry I, et al. Carotid angioplasty and stenting with a new cerebral protection device: the PercuSurge GuardWire (abstr). *Am J Cardiol* 1999; 84 (Suppl 6A): 18P.

3. Kachel R. Results of balloon angioplasty in the carotid arteries. *J Endovasc Surg* 1996; 3: 22-30.

4. Kerber C., Cromwel L.D., Loehden O.L. Catheter dilatation of proximal carotid stenosis during distal bifurcation endarterectomy // *Amer.J.nucl.Radiol.* - 1980. - Vol. 1. - P.348-349.

5. Mathias K.D., Haarman P.T. Angioplasty and stenting subclavian artery // *J.Cardiovasc. intervent.Radiol.* - 1993. - Vol. 16-p.214.

6. Mullan S., Duba E.E., Patronas N.L. Technology in neurosurgery // *J.Neurosurg.* - Vol. - P.321-329

7. Ohki T, Roubin GS, Veith FJ, Iyer SS, Brady E. Efficacy of a filter device in the prevention of embolic events during carotid angioplasty and stenting: An ex vivo analysis. *J Vasc Surg* 1999; 30: 1034-44.

8. Thüron JG, Payelle GG, Coskun O, Huet HF, Guimaraens L. Carotid artery stenosis: treatment with protected balloon angioplasty and stent placement. *Radiology* 1996; 201: 627-36.

9. Алякян Б.Г., Спиридонов А.А., Куперберг Е.Б., и др. Результаты эндоваскулярного хирургического лечения больных с поражением проксимальных сегментов брахиоцефальных артерий // *Грудная и серд.-сосуд. Хир.* 1998. - № 3. - С. 29-34.

10. Алякян Б.Г., Бузиашвили Ю.И., Амбателло С.Г. и др. Успешное стентирование суженной внутренней сонной артерии у больного с ИБС. // *Ангиология и сосудистая хирургия.* - 1999. - Т.3. - С. 112-115.

11. Покровский А.В., Голома В.В., Мальцев П.В., Белоярцев Д.Ф. Рентгеноэндоваскулярная дилатация ветвей дуги аорты при атеросклерозе // *Грудная и серд. - сосуд.хир.* - 1996. - № 6. - С.141.

12. Рабкин И.Х., Матевосов А.Л., Готман Л.Н. Рентгеноэндоваскулярная дилатация ветвей аорты // *Рентгеноэндоваскулярная хирургия.* - М., 1987. - С. 67-92.

Т.М. Кариев,
Ш.Ю. Сабиров,
Э.В. Саматов

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Научно-исследовательский институт фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз

Т.М.Кариев, Ш.Ю.Сабиров, Э.В.Саматов

СПОНТАН ПНЕВМОТОРАКС БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎПКА СИЛИДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Спонтан пневмоторакс билан асоратланган 389 беморларда комплекс клиник-рентгенологик, бактериологик, функционал текширув натижалари ва турли даволаш усулларининг самарадорлиги ўрганилди. Кўпчилик беморларда (96,1%) спонтан пневмоторакс ўпка силининг тарқалган деструктив формаларида (фиброз-каверноз, инфильтратив, диссеминацияли) ривожланди. Спонтан пневмотораксининг кеч аниқланиши ва стационарга ётқизиши 80,5% беморларда плевра эмпиемаси ривожланишига сабаб бўлди. Плевра бўшлигининг пункцион санацияси ва дренажлашдан сўнг 24,9% беморда яхши клиник самара, 18,8% - қониқарли натижалар кўзатилди. Консерватив терапияда "кичик хирургия" усуллари (пункция, дренажлаш, торакостомия) қўлланишига қарамай сил ва йирингли процесснинг ривожланиши 13,9% беморларда ўлимга сабаб бўлди. 24,4% беморларда радикал ва тикланиш операциялари ўтказилди, улардан 66,3% яхши натижаларга эришилди, 22,1% ўлим кўзатилди. Сил процесси ва плевра эмпиемасининг тарқалганлиги, нафас ва юрак-томир функционал кўрсаткичларининг пастлиги 18,0% беморларда операцияга зиддият туғдирди.

T.M.Kariev, Sh.Yu.Sabirov, E.V.Samatov

THE TACTIC OF TREATMENT AT SPONTAN PNEUMOTHORAX AT PATIENTS MITH TUBERCULOSIS

Was established results of complex clinico-X-ray., bacteriological, functional examination and effectiveness of different methods of treatment of spontan pneumothorax at 389 patients mith tuberculosis of lungs. At the main patients (96,1%) spontan pneumothorax mas developed at dissemination destructiv (fibro-cavernous, infiltrative,disseminated) tuberculosis of lungs. From the latist diagnostic and gospitalisation after spontain pneumothorax patiens have had empiem of pleura at 80,5%, well clinical effect after punctional sanation and drinaj of pleural caviti mas established at 24,9% patients, mellness - at 18,8%. After conservative treathment mith using of methods of "small surgery" - punction, drainage, thoracostomia was dead -13,9% patients from progresed of tuberculosis and pios processes. The radical and recharging operations was made at 24,4% patients mith good clinical effectiveness at 66,3% and letality in 22,1%. Dissemination of tuberculosis of lungs and empiem of pleura long functional shomness of breathing and core-vasal sistem was contraindications to the surgical trathment at 18,0% of patients

В последние годы в связи с ухудшением эпидемиологической обстановки значительно увеличилось число больных с активными и распространенными формами туберкулеза легких, у которых развитие спонтанного пневмоторакса осложняет клиническое течение заболевания и создает дополнительные трудности при проведении лечебных мероприятий.

Проблема лечения спонтанного пневмоторакса при туберкулезе легких до настоящего времени полностью не разрешена. Это связано с распространеннос-

тью туберкулезного процесса, частым развитием эмпиемы плевры, выраженными нарушениями функции дыхания, сердечно-сосудистой системы и других органов, интоксикацией организма, высокой летальностью. Следует отметить, что ряд авторов [5,7] считают, что основными методами лечения являются пункция или дренирование плевральной полости. В.Т.Ведишев, J.Barsch [1,4] наоборот при распространенном и прогрессирующем легочном туберкулезе воздерживаются от дренирования плевральной полости из-за его

отрицательного влияния на адаптационные возможности больного. Большинство исследователей [2,3,6] при спонтанном пневмотораксе рекомендуют по показаниям применять пункционную терапию и дренирование плевры с форсированным расправлением легкого, а при отсутствии эффекта от указанных методов переходят к хирургическому лечению.

Следует подчеркнуть, что по нашим данным, в последнее десятилетие наблюдается увеличение частоты спонтанного пневмоторакса при распространенных деструктивных формах туберкулеза. Так, в 1982-89 г.г. спонтанный пневмоторакс и его осложнения диагностированы у 4,1% больных, госпитализированных в хирургическую клинику, а в 1990-2000 г.г. - у 14,8 %.

В данной работе проанализированы результаты терапевтического и хирургического лечения туберкулезного спонтанного пневмоторакса у 389 больных в возрасте от 10 до 78 лет. Основной контингент больных (287-73,8%) был в молодом и трудоспособном возрасте от 20 до 40 лет. Мужчин было 307 (78,9%), женщин - 82(21,1%). Левосторонний спонтанный пневмоторакс установлен у 227 больных (58,4%), правосторонний - у 156 (40,1%), двусторонний- у 6 (1,5%). Продолжительность туберкулеза легких у 247 больных (63,5%) составила более 2 лет. Распространенный туберкулез легких впервые выявлен у 83 больных (21,3%), а легочный туберкулез и спонтанный пневмоторакс - у 69 больных (17,7%). Во время стационарного лечения спонтанный пневмоторакс наступил у 31 больного (8,0%). Причинами спонтанного пневмоторакса служили фиброзно-кавернозный туберкулез легких - у 211 больных (54,2%), кавернозный - у 15 (3,9%), инфильтративный с распадом - у 87 (22,4%), диссеминированный - у 38 (9,7%), очаговый - у 23(5,9%) и метатуберкулезные изменения в легком - у 15 больных (3,9%). Следует подчеркнуть, что у 158 больных (40,6%) диагностирован двусторонний легочный туберкулез, в том числе фиброзно-кавернозный - у 44 (11,3%), кавернозный - у 11 (2,8%), инфильтративный - у 24 (6,2%), диссеминированный - у 32 (8,2%), очаговый - у 47 (12,1%). Тотальный коллапс легкого установлен у 278 больных (71,5%), субтотальный - у 96 (24,7%), ограниченный - у 15 (3,8%). Сухая остаточная полость имелась у 19 больных (4,9%), пневмоплеврит у 57 (14,6%), эмпиема плевры - у 313 (80,5%). В поздние сроки заболевания (через 3-6 мес.) после развития эмпиемы плевры госпитализировано 217 больных (60,8%). Различные сопутствующие заболевания (сахарный диабет, язвенная болезнь, гипертоническая болезнь, алкоголизм, эпилепсия, шизофрения и др.) выявлены у 49 больных (12,6%), а сочетание туберкулеза легких и почек, костной системы, кожи - у 7 (1,8%). Бактериовыделение в мокроте обнаружено у 324 больных (84,1%), в плевральном содержимом - у 106 (27,2%). Кроме того, в плевральном содержимом у 192 больных (49,4%) высеяна полиморфная неспецифическая микрофлора (*Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Pneumococcus* и др.) как в монокультуре, так и в различных ассоциациях. Большинство выделенных штаммов неспецифической микрофлоры обладали высокой полирезистентностью к антибиотикам широкого спектра действия.

Клиническое течение заболевания у подавляющего большинства больных (374 - 96,1%) характеризовалось выраженной общей и бронхолегочной симптоматологией, признаками туберкулезной и гнойной интоксикации, значительным дефицитом массы тела, дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью. Такое неудовлетворительное состояние больных было обусловлено распространенностью и активностью легочного и плеврального процесса, его поздней диагностикой и неадекватным предшествующим лечением. Малосимптомное клиническое течение заболевания наблюдалось только у 15 больных (3,9%).

После госпитализации всем больным назначалось комплексное терапевтическое лечение. Основным его компонентом была интенсивная специфическая антибактериальная терапия с использованием 4-5 препаратов, включая и внутривенную химиотерапию. С целью повышения эффективности противотуберкулезного лечения больным распространенными формами легочного процесса дополнительно проводилось лимфотропное введение химиопрепаратов и ультрафиолетовое облучение крови. При высокой температурной реакции, связанной с наличием серозно-геморагического или гнойного экссудата в плевральной полости назначались антибиотики широкого спектра действия, при этом предпочтение отдавалось препаратам цефалоспоринового ряда. Для дезинтоксикации и повышения защитных сил организма применялись гемотрансфузии, переливание белковых препаратов и различных кровозаменителей, витамины группы В и С. Особенно важное значение уделялось тщательной и систематической пункции и аспирации содержимого плевральной полости с использованием антисептических растворов (фурацилин, борная кислота, хлорфиллипт) и последующим введением антибиотиков. При неэффективности пункционной санации проводилось дренирование плевральной полости в VI-VII межреберье по заднеподмышечной линии. В начале через дренажные трубки осуществлялся пассивный лаваж и оздоровление плевральной полости, а в дальнейшем, после закрытия бронхоплеврального свища, активная аспирация плеврального содержимого и постепенное расправление коллабированного легкого. Продолжительность пункционно-аспирационной терапии и дренирования в среднем составила 3-3,5 мес. После пункционно-аспирационного лечения хороший клинический эффект достигнут у 51 больного (13,1%) и дренирования плевральной полости - у 46 (11,8%). У этих больных легкое полностью расправилось с закрытием полости деструкции и стойким абациллированием мокроты. У 73 больных (18,8%) наступило расправление легкого и абациллирование мокроты. Однако небольшая деструкция и активность специфического процесса в легких продолжали сохраняться и эти больные были выписаны для заключительного амбулаторного лечения. У 70 больных неэффективность лечения и неудовлетворительные результаты были обусловлены распространением деструктивного туберкулеза легких, коллапсом легкого, низкими функциональными показателями дыхания и сердечно-сосудистой системы. Эти данные служили противопоказанием к выполнению радикальных операций. От прогрессирования легочного и плеврального про-

цесса и прогрессирующей легочно-сердечной недостаточности умерло 54 больных (13,9%), из них после пункционной терапии - 25 (6,4%) и дренирования плевральной полости - 29 (7,5%).

После антибактериальной терапии, пункционной санации и дренирования плевральной полости радикальные и восстановительные операции выполнены у 95 больных (24,4%) по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, ригидного плеврита и эмпиемы плевры. Пульмонэктомия произведена у 54 больных, плеврэктомия - у 31, частичная резекция легкого и плеврэктомия - у 10. Различные легочно-плевральные послеоперационные осложнения развились у 32 больных (33,7%), из них бронхиальный свищ и эмпиема плевры - у 25 (26,3%), эмпиема плевры без свища - у 4 (4,2%), остаточная плевральная полость - у 3 (3,2%). Наиболее часто послеоперационные осложнения наблюдались после пульмонэктомии - у 28 больных (29,5%). что связано с распространенностью и активностью туберкулезного процесса, снижением функциональных и иммунологических резервов организма, травматичностью оперативного вмешательства. Легочно-плевральные осложнения устранены у 11 больных из 32, из них у 4 - терапевтическим лечением, у - 7 повторными операциями.

Хорошая ближайшая эффективность хирургического лечения установлена у 63 больных (66,3%), в том числе после пульмонэктомии - у 29 (53,7%), после плеврэктомии - у 27 (87,1%), частичной резекции легких и плеврэктомии - у 7 (70,0%). Удовлетворительные результаты констатированы - у 8 (8,4%), из них после пульмонэктомии - у 4 (7,4%), неудовлетворительные - у 3 (3,2%).

Госпитальная летальность составила 22,1% (21 больной), из них наиболее высокая летальность наблюдалась после пульмонэктомии - у 19 больных (35,2%).

В целом после комплексного терапевтического и хирургического лечения спонтанного пневмоторакса при распространенных деструктивных формах тубер-

кулеза легких хорошие ближайшие результаты достигнуты у 160 больных (41,1%), удовлетворительные - у 61 (20,8%), неудовлетворительные - у 73 (18,8%). Общая госпитальная летальность наступила у 75 больных (19,3%).

Таким образом, наши наблюдения показали, что деструктивный туберкулез легких, осложненный спонтанным пневмотораксом и эмпиемой плевры, является тяжелой патологией, нередко угрожающей жизни больного. Основными причинами указанной сочетанной патологии служат поздняя диагностика туберкулеза легких, несвоевременная госпитализация больных, отсутствие целенаправленного комплексного терапевтического и хирургического лечения. Спонтанный пневмоторакс и его осложнения являются сложной хирургической патологией, лечение которой должно быть интенсивным, настойчивым и последовательным - от пункционно-санационной терапии и дренирования плевральной полости до применения радикальных и восстановительных оперативных вмешательств.

Литература

1. Ведищев В.Т. Клиника, лечение и исходы спонтанного пневмоторакса у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких//Пробл.туберкулеза.-1983.-4.-С.37-40.
2. Винявичюс В.Ю. Диагностика и лечение спонтанного пневмоторакса различной этиологии//Пробл.туберкулеза.-2000.-№ 5.-С.42-44.
3. Максумов К.М., Мирзолимов Д.М., Абдунабиев К.Н., Николаев А.С., Дадабаев В.В. Эффективность лечения спонтанного пневмоторакса, осложнившего туберкулез и другие заболевания легких//Пробл.туберкулеза.-1992.-№ 3-4.-С.28-30
4. Barsch S., Praeisler S. Die behandlung des spontan pneumothorax aus pulmonologisch// Err.alm.1987,158 № 2, 149-156
5. Blanco-Perez J., Bordon J., Pineiro-Amigo L., Roca-Serrano R., Izquierdo R., Abal-Arca J. Pneumothorax in active pulmonary tuberculosis: resurgence of an old complication?//Respir Med.-1998.-Nov:92(11):1269-1273
6. Chudanki M. Ocena wyników leczenia chirurgicznego odmy opłchowej u chorych w Instytucie Gruźnicy i Chorob Płc//Pneumonol Alergol,Pol.-2000;68(1-2):21-7
7. Kates D.E., Pollack C.V. Jr. Hydropneumothorax due to tuberculosis//J.Emerg.Med.-1995, Jan;13(1):27-30

Г.М. Махмудова

ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ НАРУЖНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Второй Ташкентский Государственный медицинский институт

Г.М. Махмудова

ТАШҚИ ГЕНИТАЛ ЭНДОМЕТРИОЗНИНГ КЕНГ ТАРҚАЛГАН ШАКЛЛАРИНИ ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДА ЛАПАРОСКОПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ.

Ташқи генитал эндометриоз билан касалланган 254 аёл текширувдан ўтказилди, уларда касалликларнинг тарқалиш даражаси турлича бўлиб, касалликнинг асосий асорати бирламчи ёки иккиламчи бепуштлиқ кўринишида намоён бўлди. Текширувдан ўтганларнинг аксариятида генитал яллиғланиш касалликлари, хайз циклининг бузилиши ва кучли оғрик синдроми кўзатишган бўлиб, уларнинг акушерлик анамнезидан илгари генитал касалликлари билан оғриганликлари маълум бўлди. Лапароскопия жарайнида эндометриод гетеротопияларининг аниқ ташҳиси ва эндометриознинг тарқалиш даражаси Америка Фертилик жамияти (ASF, 1985 й) классификациясидан фойдаланган ҳолда ўтказилди. Эндометриознинг тарқалиш даражасига қараб беморларни гуруҳларга бўлиш йўли билан чандиқли жараён билан бирга кўзатиладиган эндометриод зарарланишнинг локализациясига баҳо берилди. Лапароскопик усул билан 92,1%, жарроҳлик амалиёти бажарилди, бунда нафақат асосий патология, балки асосий патология билан бирга келадиган бошқа касалликлар ҳам даволанди; қолган 7,8% жарроҳлик муалажалари чуқур инфильтратив эндометриоз сабабли лапаротомия йўли билан амалга оширилди. Бажарилган хирургик даволаш усулининг ва ундан кейин ўтказилган гормонотерапия билан самардорлиги овулятор хайз циклининг нормаллашиши, оғриқ синдромининг бартараф этилиши ва аёл репродуктив функциясининг тикланиши билан тасдиқланди.

G.M. Makhmudova

VALUE OF THE LAPAROSCOPY IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THE WIDESPREAD FORMS EXTERNAL ENDOMETRIOSIS.

Was investigated 254 women, suffering with external genital endometriosis a various degree of the spread, one of the manifest syndrome as a primary or secondary sterility. More of the investigated women had inflammatory gynecological diseases, complicated obstetric anamnesis, expressed a painful syndrome and disordered menstrual cycle. During the laparoscopy was carefully diagnosis of the endometrial nidi and degree of the widespread endometriosis (ASF, 1985). By the selection of patients in groups depending from degree of the spread endometriosis was given estimation of localization the endometrial defeats with accompanying adhesive process. By laparoscopy was made 92,1 % operations and treatment of the basic and accompanying processes and the others 7,8 % operations was made by laparotomy in cases when was deep infiltrative endometriosis. Efficiency of the carried out operations with hormonal therapy was confirmed by becoming two phases menstrual cycle, absence of a painful syndrome and restore of women's reproductive function.

Вопросы диагностики и лечения бесплодия у женщин с наружным генитальным эндометриозом являются актуальными. У 25-40% женщин с бесплодием [1, 2, 3] обнаруживают эндометриоз, обоснованных методов лечения которого до сих пор нет.

Зависимость нарушения репродуктивной функции у женщины от наружного генитального эндометриоза является предметом постоянных научных дискуссий. Клиническая диагностика особенно начальных стадий его распространения значительно затруднена в связи с внешним клиническим сходством с другими заболеваниями [4, 5, 6].

Основным по надежности методом диагностики наружного генитального эндометриоза в настоящее время является лапароскопия. Хирургические вмешательства при лапароскопии находят все более широкое применение как самостоятельный метод лечения при наружном генитальном эндометриозе [7, 8] и в комбинации с медикаментозной терапией. Однако, роль лапароскопии как лечебной процедуры и пределы возможностей эндоскопических вмешательств при наружном генитальном эндометриозе до настоящего времени до конца не определены. В связи с этим цель настоящего исследования - оценить эффективность лапароскопии в диагностике и лечении распространенных форм эндометриоза.

Материал и методы исследования

Было обследовано 254 женщины с генитальным эндометриозом различной локализации. Возраст больных колебался от 19 до 45 лет, средний возраст составил $31 \pm 1,2$ года.

Из всех обследованных 172 (67,7%) женщины были в репродуктивном возрасте (19-35 лет), 82 (32,2%) - в позднем репродуктивном возрасте. Возраст менархе у 71 (27,9%) пациентки был в пределах 9 - 10,5 лет, у остальных 183 (72,19%) - 11-12 лет. Наиболее частыми из перенесенных гинекологичес-

ких заболеваний были воспалительные процессы гениталий. Они составили 86,6% из общего количества заболеваний. Дисфункциональные маточные кровотечения наблюдались у 35 (13,7%) пациенток. Все обследованные предъявляли жалобы на бесплодие, причем первичным страдали - 160 (62,9%) и вторичным - 94 (37,4%) пациентки. У 20 (7,8%) в анамнезе были искусственные аборт, у 22 (8,6%) - самопроизвольные выкидыши; 42 (16,5%) женщины имели срочные роды, 12 (4,7%) - были родоразрешены путем операции кесарева сечения. Соматический анамнез был отягощен заболеваниями щитовидной железы - в 23,6% случаев, печени и желчевыводящих путей - в 31,4%.

Для выявления особенностей клинического проявления наружного генитального эндометриоза детально изучали жалобы больных, уточняли время возникновения болей (с менархе, после замужества, после перенесенных воспалительных процессов придатков), локализацию, характер и интенсивность болей, а также изменение их интенсивности со временем.

Данные, характеризующие болевой синдром, в дальнейшем сравнивали с данными лапароскопии по локализации эндометриодных поражений, учитывали перенесенные заболевания, начиная с детского возраста, травмы, операции, особенности менструальной и детородной функций.

Наиболее часто 137 (53,9%) больных жаловались на ноющие боли внизу живота в виде альгоменореи, не связанные с менструацией - 193 (75,9%).

Чрезмерно обильные менструации были у 105 (41,3%) больных, мажущие темные выделения из половых путей отмечали 92 (36,3%) женщины. Наиболее часто, у 159 (62,5%) обследованных, нормальный по продолжительности или укороченный менструальный цикл сочетался с нормальной или обильным кровоточением при нормальной длительности

менструаций и перименструальными кровянистыми выделениями в виде “мазни”. У 14,5% пациенток отмечены нерегулярные менструации, однако, продолжительность менструального цикла варьировала в умеренных пределах (21-32 дня). Болезненность, нагрубание молочных желез (главным образом во второй фазе менструального цикла) отмечали 42 (16,5%) пациентки, причем, у 18 (7%) из них были выявлены доброкачественные заболевания молочных желез.

Всем больным проводили общеклиническое, гормональное, ультразвуковое обследование, гистероскопию, тесты функциональной диагностики, а также лапароскопию с диагностической и лечебной целью. Лапароскопию производили с помощью комплекса “Karl Storz” и “MGB” (Germany) с применением общего обезболивания (эндотрахеальный наркоз). На операционном столе пациентке придавали положение как для влагалищных гинекологических операций, а в процессе операции переводили в положение Тренделенбурга. Операция состояла из следующих этапов: создание искусственного пневмоперитонеума, осмотр органов малого таза и брюшной полости, аппендикулярного отростка, сальника и печени. При обнаружении эндометриoidных гетеротопий отмечали их локализацию, размеры, количество, цвет. Степень распространения эндометриоза устанавливали используя классификацию Американского общества фертильности (1985 год).

В случае обнаружения кисты яичника оценивали возможность оперативного вмешательства в условиях лапароскопии. При наличии спаек и сращений пораженного яичника с окружающими тканями производили овариолизис.

Точечным коагулятором при температуре 100 °C коагулировали поверхность яичника по линии последующего рассечения его тканей ножницами вдоль оси яичника, чтобы не повредить капсулу кисты. Кисту пунктировали и отсасывали ее содержимое, полость промывали стерильным физиологическим раствором с помощью аквапура. При самопроизвольном вскрытии кисты капсулу отслаивали, полностью удаляли, кровоточащие участки ложа коагулировали с помощью эндокоагулятора. При этом проводили до-

полнительную коагуляцию яичника. Брюшную полость тщательно промывали 2-3 литрами стерильного физиологического раствора. При эндометриозе брюшины и крестцово-маточных связок очаг удаляли по возможности острым путем с последующей обработкой ложа биполярным коагулятором. Маленькие спайки удаляли, учитывая поверхность поражения, с помощью механических ножниц и биполярного электрода. Для удаления грубых спаек применяли комбинированный метод — монополярный электрод и аквадиссекцию.

Результаты и их обсуждение

Наружный генитальный эндометриоз I степени распространения был обнаружен у 86 (33,8%), II степени - у 72 (28,3%), III степени - у 52 (20,4%), IV степени - у 44 (17,3%) больных.

Эндометриoidные поражения располагались на брюшине в переднематочном пространстве у 37 (14,5%) больных, в позадиматочном пространстве - у 141 (55,5%). Широкие маточные связки были поражены у 144 (52,7%) пациенток, а крестцово-маточные связки - у 170 (66,9%). Эндометриoidные поражения яичников были обнаружены у 250 (98,4%), включая 188 (74%) больных с эндометриoidными кистами яичников. В начальных стадиях распространения наиболее частыми локализациями эндометриoidных поражений были крестцово-маточные связки у 90 (56,9%), широкие связки матки - у 54 (34,1%), брюшина позадиматочного пространства - у 68 (43,0%). При I и II степени распространения эндометриоза поражение переднематочного пространства выявлялось в 13,9 %, яичников - в 31,0 %, причем, в виде поверхностных поражений. При распространенном эндометриозе наиболее часто (83,3%) были поражены широкие маточные связки (таблица 1).

Практически у всех женщин с III и IV степенью распространения наружного генитального эндометриоза были поражены яичники. Сопутствующий спаечный процесс органов малого таза обнаружен у 79 (31,1%) пациенток, при этом тубо-овариальные образования были у 57 (22,4%) обследованных, непроходимость маточных труб интраоперационно путем хромотубации диагностирована у 51 (20,0%).

Таблица 1

Локализация эндометриoidных поражений и сопутствующего спаечного процесса у женщин с бесплодием

Объем операции	Лапароскопия	Лапароскопия+ Лапаротомия
Резекция одного яичника и деструкция очагов эндометриоза	39 (15,3%)	5 (1,9%)
Резекция двух яичников и деструкция очагов эндометриоза	42 (16,5%)	2 (0,7%)
Деструкция очагов на яичниках	19 (7,4%)	-
Деструкция очагов на брюшине	60 (23,6%)	-
Резекция яичников и консервативная миомэктомия	130 (51,2%)	-
Резекция яичников, пластика маточных труб, деструкция очагов эндометриоза	50 (19,6%)	-
Удаление эндометриoidных кист яичников	150 (59,0%)	19 (7,4%)
Разделение сращений в передне- и позади- маточном пространстве	36 (14,1%)	8 (3,1%)
Разделение спаек с кишечником, сальником	59 (23,2%)	20 (7,8%)

Таблица 2

Оперативные вмешательства у больных с наружным генитальным эндометриозом

Локализация эндометриoidных поражений		Степень распространения наружного генитального эндометриоза			
		I (n=86)	II (n=72)	III (n=52)	IV (n=44)
Переднематочное пространство	Гетеротопии	12 (13,9%)	10 (13,8%)	7 (13,4%)	8 (18,8%)
	Сращения	-	2 (2,7%)	4 (7,6%)	6 (13,6%)
Позадиматочное пространство	Гетеротопии	32 (37,2%)	36 (50%)	38 (73%)	35 (79,5%)
	Сращения	-	-	6 (11,5%)	16 (36,3%)
Широкие маточные связки	Гетеротопии	25 (29,0%)	29 (40,2%)	42 (80,7%)	38 (86,3%)
	Сращения	-	12 (16,6%)	16 (30,7%)	14 (31,8%)
Крестцовоматочные связки	Гетеротопии	45 (52,3%)	50 (69,4%)	40 (76,9%)	35 (79,5%)
	Сращения	-	-	20 (38,4%)	25 (56,8%)
Один яичник	Гетеротопии	20 (31,3%)	29 (40,2%)	43 (82,6%)	35 (79,5%)
	Кисты	-	17 (23,6%)	40 (76,9%)	39 (88,6%)
	Сращения	-	9 (12,5%)	37 (71,1%)	29 (65,9%)
Два яичника	Гетеротопии	19 (27,9%)	26 (36,1%)	40 (76,9%)	38 (86,3)
	Кисты	-	15 (20,8%)	37 (71,1%)	40 (90,9%)
	Сращения	-	13 (18,0%)	25 (48,0%)	30 (68,2%)

Эндометриoidные поражения брюшины органов малого таза внешне выглядели в виде единичных или множественных, округлой или неправильной формы образований диаметром от 1 до 10мм, темно-синего, черного, темно-коричневого цвета с выраженным звездчатым сосудистым рисунком. У 140 (80%) из 175 пациенток, которым лапароскопия была проведена во II фазу менструального цикла, было обнаружено желтое тело в одном из яичников. Однако, овulatoryное отверстие (стигма) было обнаружено только у 25 (14,2%) из них. Это подтверждают данные L.Metter (1998 г) [6] о наличии у больных с эндометриозом синдрома неовулированного фолликула.

81 (31,8%) больной применена резекция яичников в пределах здоровых тканей с последующей электрокоагуляцией полости эндометриoidного очага, 150 (59%) - цистэктомия. Остальным 19 (7,4%) больным коагулировали поверхностные эндометриoidные очаги. После окончания операции на яичниках обязательно проводили ревизию матки, широкой связки и других органов малого таза с целью выявления и удаления очагов эндометриоза других локализаций и проведения при необходимости гемостаза. Иссечение эндометриoidных очагов на брюшине и термодиструкция произведена у 60 (23,6%) обследованных, разделение сращений в передне- и позадиматочном пространстве у 36 (14,1%), у 178 (70%) пациенткам проведено лечение сопутствующей патологии малого таза. В 130 (51,2%) случаях – консервативная миомэктомия, в 50 (19,6%) - пластика маточных труб (таблица 2).

92,1% оперативных вмешательств удалось провести в условиях лапароскопии. Только 20 (7,8%) боль-

ным после диагностической лапароскопии пришлось расширить операцию путем лапаротомии из-за глубокой инфильтрации эндометриоза в кишечник и обширного спаечного процесса. При лапаротомии после удаления капсулы эндометриoidной кисты яичник формировался непрерывными швами ареактивными нитями (викрил, дексон) на атравматической игле. Спайки с органами брюшной полости разделяли частично острым и тупым путем с помощью аквадиссекции.

Совершенствование методики хирургического лечения генитального эндометриоза, использование лапароскопического доступа обеспечивают минимизацию хирургической травмы и ее последствий для больной. Большинство исследователей основными критериями эффективности хирургического лечения считают состояние репродуктивной функции (частота беременностей), характер симптомов эндометриоза и частоту рецидивов [10, 11, 12].

Не смотря на то, что многие исследователи [13, 14, 15, 16] показали высокую эффективность иссечения очагов эндометриоза лапароскопическим или лапаротомическим доступом без последующей гормонотерапии, P.R. Koninckx (1994) и соавторы [5] считают, что хирургическое удаление эндометриoidных гетеротопий следует сочетать с назначением антогонистов гонадотропинов релизинг гормонов, чтобы избежать рецидивов заболевания.

Всем больным эндометриозом после лапароскопии мы назначали гормономодулирующую терапию препаратами прогестинового ряда: нарколут, депо-мексипрогестерона ацетат, дюфастон и антигонадотропин даназол. Эффективность комбинированного

лечения оценивали по отсутствию жалоб на боли у 198 (77,9%) пациенток, восстановлению регулярного овуляторного менструального цикла у 225 (88,5%), наступлению беременности у 152 (59,8%) обследованных.

Таким образом, лапароскопия для диагностики и лечения эндометриоза является на сегодняшний день самым эффективным методом, точность которого в нашем исследовании составила 97%, чувствительность 96% и специфичность - 95%. Обязательное назначение гормонотерапии в послеоперационном периоде способствует повышению эффективности проведенного хирургического вмешательства.

Литература

1. Adamson G.D., Hurd S.S., Pasta D.S. *Laparoscopic endometriosis treatment: is it better?* // *Fertil. Steril.* — 1993. — vol. 59. — № 4. p. 35-44.
2. Balash S. Creus, M. Fabregues et al. *Visible and non-visible endometriosis at laparoscopy in fertile and infertile women and in patient with chronic pelvic pain: a prospective study.* // *Hum. Reprod.* — 1996. — vol. №3. p. 387-391.
3. Berqvist A. *The relations between endometriosis lesions and the disease endometriosis.* // *Hum. Reprod.* — 1995. — vol. 10. №1 p. 11-12.
4. Chapron C., Duissou S.B. *Laparoscopic treatment of deep endometriosis located on the uterosacral ligaments.* // *Hum. Reprod.* — vol. 11. — 34. p. 868-873.
5. Koninckx P.R. *Is mild endometriosis a condition occurring intermittently in all women?* // *Hum. Reprod.* — 1994. — vol. 9. — №14. p. 2202 — 2204.
6. Metter L. Semm k. *Laparoscopic approach of fibroid excision after treatment with GnRH analogue.* // *Gynecol. Endocrinol.* — 1998. — vol. 7. — 31. p. 30-33.
7. Moen M.H. *Is mild endometriosis a disease?* // *Hum. Reprod.* — 1995. — vol. 10. — №1. p. 8 — 11.
8. Olivennes F., Feldberg D., Lin H. — *Chr. Endometriosis: a stage analysis — the role of in vitro fertilization.* // *Fertil. Steril.* — 1995. — vol. 64. — №12. — p. 392.-398.
9. Redwine D.B. *Surgical therapy — rationale and results.* // *Syllabus postgraduate Course XVII, AAGL 22nd Annual meeting, 1993.* — p. 55 — 68.
10. Revelli A. Modotti M., Ansaldi C. *Recurrent endometriosis.* // *Obstet. Gynecol. Surv.* — 1995. — vol. 50. — №5. — p. 747 — 754.
11. Rock S.A. *endometriosis and pelvic pain.* // *Fertil. Steril.* — 1993. — vol. 63. — №12. p. 950-951
12. Thomas E.S. *endometriosis — stile and enigma.* // *Br. J. Obstet. Gynecol.* — 1993. — vol. 100. — №14. p. 615 — 617.
13. Querllu D., Lecurn F., Subtil D. *endometriosis associated infertility: an epidemiological approach.* // *Parthenon publishing. Carnforth, UK,* p. 131 — 141.
14. Vercellini P., Crosignani P.G. *endometriosis and pelvic pain: relations to disease stage and localization.* // *Fertil. Steril.* — 1996. — vol. 65. — №10. p. 299-304.
15. Waller K.G., Shaw R.W. *Gonadotropin — releasing hormone analogues for the treatment of endometriosis: long-term follow-up.* // *Fertil. Steril.* — 1993. — vol. 59. — №8. p. 511-515.
16. Wood C., Maher p., Hill D. *Diagnosis and surgical management of endometriosis.* // *J. Obstet. Gynecol.* — 1992. — vol. 32. — №5. p. 161- 163.

М.М. Мирсаматов

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ

Первый Ташкентский Государственный медицинский институт

М.М.Мирсаматов

ПРОСТАТА БЕЗИНИНГ ҲАФСИЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСИНИ ХОЗИРГИ ДАВРДА ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ ҲОЛАТИ

Мақолада муалиф охириги икки йил давомида простата безининг ҳафсиз гиперплазиясини (ПБХГ) жарроҳлик усули билан даволашни 282 беморда қўлланилганлиги ва қуйидаги натижалар кўзатирилганлиги қайд этган: 60% бемор шошилини курсатмаларга кўра, қолган кекса эркалар эса режали равишда жарроҳлик усули билан даволанганлар.

Аденомэктомия 40% беморларда, қолганларида эса эпизистостомия амалиёти бажарилган. 98,6% карияларда ижобий натижалар кузатилган, 3 беморда инфекция оқибатида инфравезикал обструкция пайдо бўлган ва битта бемор аденомэктомиядан сўнг 5 кун ўтгач миокард инфарктидан ўлган.

Муалиф хулосасига кўра ҳозирги даврда ПБХГ сини ёшлари катта бўлган кексаларда шошилини курсатмалар бўлган ҳолатда ҳам, жарроҳлик усули қўлланилганида ижобий натижаларга эришиш мумкинлиги қайд этилган.

M.Mirsamatov

MODERN SURGICAL TREATMENT OF BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA

The authors analyzed results of surgical treatment of 287 patients with benign prostate hyperplasia who have been operated during the two years. The following results have been obtained: 60% of them were operated according to urgent indication, the remaining patients in the planned order. Adenectomy was performed in 405 and epicystostomy in 60% in cases/

Good results were noted in 98,6% of order patients, intravesical obstruction due to infection in 3 patients and one patients have died in 5 days after adenectomy due to myocardial infarction.

In author's opinion, urgent surgical treatment may also be effective in older patients with benign prostate hyperplasia.

Гиперплазия простаты, хотя клинически протекает доброкачественно, но она омрачает жизнь многих мужчин в пожилом и старческом возрасте [4].

Долгое время каждый уролог посвоему усмотрению применял различные методы лечения, среди которых господствовала радикальная аденомэктомия [5,6]. После внедрения в практику новых лекарственных средств и малоинвазивной терапии намечается тенденция к ограничению показаний к открытой операции [1,2,3,7]. На международных симпозиумах, съездах, совещаниях последних 10 лет вопрос о хирургическом лечении больных с ДГП обсуждался многократно в Париже, Монако, на втором съезде урологов

Узбекистана, и было принято решение производить аденомэктомию только при наличии следующих осложнений: [6,8]

-острая задержка мочи или отсутствие эффекта хотя бы после однократной катетеризации мочевого пузыря;

-гематурия, обусловленная ДГП;

-камни мочевого пузыря;

-рецидивирующая инфекция мочевых путей при ДГП;

-большой дивертикул мочевого пузыря;

-ХПН, обусловленная ДГП.

Несмотря на оптимизацию показаний к хирургии-

ческому методу лечения этот вопрос остается дискуссионным, так как одни урологи продолжают предлагать расширить показания для открытой операции, другие предпочитают ограничивать и довести количество традиционной аденомэктомии до минимума [1,2,3,7].

Н.А. Лопаткин и соавт. (1998) считают показанием для хирургического метода лечения больных с ДГП не только наличие вышеописанных осложнений, но также случаи сомнительного эффекта от консервативной терапии при огромных размерах гиперплазированных узлов, особенно средней доли, и в большом количестве остаточной мочи в пузыре.

Л.Д.Арустамов, Ш.Т. Мухтаров (2001) придерживаются другой точки зрения. Согласно их мнению, возможно лечение этого заболевания радиочастотной игольной абляцией надлобковым чрезпузырным доступом вне зависимости от размера ДГП и наличия камня или большого количества остаточной мочи в пузыре. Авторы констатировали повышение эффективности игольной абляции ДГП в сочетании с лекарственной терапией.

Статистические данные о производстве открытой операции при ДГП за последние годы остаются разноречивыми.

В Белоруссии при ДГП хирургический метод лечения осуществляется всего в 20% случаев, в Научном центре урологии Казахстана этот показатель несколько выше-36,6% [1,7].

Во многих урологических отделениях, не оснащенных малоинвазивной технологией, открытая аденомэктомия выполняется у 90-100% мужчин [1].

Таким образом, данные литературы последних лет, как и в прошлые годы, остаются разноречивыми в отношении выбора показаний хирургического метода лечения ДГП. Отсутствие единого взгляда урологов на выбор оптимального варианта лечения ДГП, безусловно, сказывается на результатах лечения этого заболевания, главным образом, на летальности. Согласно данным литературы последних лет, послеоперационная летальность остается 3,7% [6,10], что свидетельствует об актуальности данной проблемы и в настоящее время.

Материалы и методы

Нами изучены результаты собственного наблюдения больных с ДГП за последние 2 года. В кабинет уролога Первой Республиканской клинической больницы обратились 4511 больных, из них 389 (8,2%) больных с ДГП. После обследования обратившихся больных 71 рекомендовали консервативную терапию по поводу никтурии, обусловленной ДГП массой 30,0-40,0. Из 318 госпитализированных мужчин у 204 были экстренные показания, остальные поступили в плановом порядке. В 1 и 2 группах больных цистостома была, соответственно, у 71 и 93 больных. Число мужчин без цистостомы было в 2,5 раза больше среди экстренно госпитализированных (111) по сравнению с поступившими в плановом порядке (71).

Показаниями для экстренной госпитализации были: острая задержка мочи, гематурия, ишурия парадокса, лихорадка, уретрорагия, обусловленные обострением пиелонефрита, цистита и травмированием слизистой уретры после катетеризации мочевого пузыря,

произведенной по поводу острой ишурии.

93 больных с цистостомой в неотложном порядке госпитализированы в связи с прекращением выделения мочи по дренажу, обострением цистита и пиелонефрита. Этой группе больных в районных и городских больницах была произведена троакарная цистостомия.

Обследование всех госпитализированных больных нами осуществлено традиционным методом, в рамках которого с помощью УЗИ диагностирована ДГП, ее всевозможные осложнения, состояние почек и верхних мочевых путей.

Самый молодой возраст - 49 лет, долгожителя-114 (табл1). Среди наблюдаемых больных превалировало количество мужчин в возрасте 61-70 (43,7%) и 71-80 (36,7%) лет, что характерно для "злокачественного" клинического течения ДГП у стариков и престарелых лиц.

Таблица 1

Возрастной состав больных

Возраст больных, лет	Число больных	%
До 50	8	2,5
51-60	21	6,6
61-70	139	43,7
71-80	117	36,7
81 и старше	33	10,5
Всего	318	100,0

Из данных таблицы 1 явствуется небольшое число мужчин среднего возраста (9,1%), преобладание больных пожилого и старческого возраста (90,9%). Именно в этой группе больных были диагностированы серьезные сопутствующие заболевания внутренних органов (табл2).

Таблица 2

Сопутствующие заболевания

Название сопутствующих заболеваний	Число больных
Атеросклеротический кардиосклероз, стенокардия покоя, экстрасистолия	274
Гипертоническая болезнь	117
Атеросклероз сосудов головного мозга с нарушением мозгового кровообращения	37
Хроническая пневмония и бронхит	78
Сахарный диабет	54
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	36
Прочие	96

В табл 2 приведены 742 сопутствующих заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета и других, которые отрицательно влияли на течение ДГП и на результаты ее оперативного лечения.

Из общего числа госпитализированных больных в

плановом и экстренном порядке не оперированы 11 и 320 мужчин в связи с небольшой массой ДГП (28,0-35,0). Этой группе больных после купирования активности воспалительного процесса предложена медикаментозная или малоинвазивная терапия.

Остальным 103 и 184 больным, госпитализированным в плановом или неотложном порядке, применена открытая операция. Плановая одномоментная аденомэктомия выполнена 42 мужчинам, второй этап аденомэктомии-58, эпицистостомия-3 больным.

Среди 184 госпитализированных больных в экстренном порядке срочная аденомэктомия выполнена 11, отсроченная – 4, остальным – эпицистостомия.

Среди 93 срочно госпитализированных больных цистостомой реэпицистостомия выполнена у 23, дилатация пузырно-кожного свища с установлением мочевого дренажа - 70 мужчинам.

Таким образом, плановая и экстренная аденомэктомия выполнена 115 больным. У них гемостаз ложа ДГП осуществлен следующими способами: тампонада марлевой салфеткой - 12, катетером Фоллея-14, катетером Фоллея и тампонада марлевой салфеткой-45, в остальных 44 случаях тампонирование ложа ДГП не производилось в связи с незначительной кровопотерей. У всех больных после аденомэктомии мочевой пузырь дренировали двумя трубками и через них орошали полость пузыря охлажденным антисептическим раствором в течение 3-5 суток. Во время аденомэктомии и послеоперационном периоде переливание крови понадобилось 11 мужчинам и всего в 4-х случаях пришлось выполнять ретампонирование ложа ДГП из-за массивной кровопотери (800-1,2л). В последние годы в связи с реализацией в нашей республике «лагодена» мы его используем для гемостаза ложа ДГП с положительным эффектом. После вылушивания аденоматозных узлов 30-40 мл 10% раствора Лагодена инъецируем в ткань пузырно-уретрального сегмента на 3,6,9 и 12 часах по циферблату, что довольно надежно обеспечивает гемостаз из ложа ДГП.

Двустороннюю вазорезекцию с целью профилактики воспаления органов мошонки выполнили у 49 мужчин с их согласия.

Результаты и их обсуждения

В послеоперационном периоде инфильтрирование мочой раны мочевого пузыря и передней стенки живота наблюдалось у всех больных после аденомэктомии и у 26 мужчин после эпицистостомии. Вторичное заживление раны имело место у 9 больных. Активная фаза инфекции мочевых путей развилась у 49 мужчин, подвергнутых экстренной (32) и плановой (7) операции. Эпидидимит возник у 12 мужчин, отказавшихся от вазорезекции. В 3-х случаях течение активной фазы воспаления мочевых путей носило упорный и затяжной характер. У них после купирования активности щелочного цистита были диагностирова-

ны послеоперационный склероз шейки мочевого пузыря (2) и стриктура уретры (1).

После комбинированной терапии нормальный акт мочеиспускания восстановлен у 111 мужчин (38,7%). В удовлетворительном состоянии 172 больных (59,9%) с цистостомой направлены на амбулаторное лечение. Умер всего один больной на 5 сутки после второго этапа аденомэктомии от обширного инфаркта миокарда. Больным, выписанным с цистостомой, рекомендована повторная госпитализация через 1-1,5 месяца для решения вопроса о втором этапе аденомэктомии. Трем больным с инфравезикальной обструкцией предложена трансуретральная резекция и оптическая внутренняя уретротомия.

Выводы

Из общего количества направленных больных с ДГП в стационар 65,6% госпитализируется в экстренном порядке, в основном, в старческом и престарелом возрасте.

Одноэтапная открытая аденомэктомия выполняется соответственно в 93% и 13,5% случаев из числа госпитализированных в плановом и экстренном порядке.

Послеоперационная летальность снижена до 0,87% в связи с адекватным использованием достижений анестезиологии, реаниматологии, антибактериальной терапии и, главным образом, применением щадящей хирургической тактики, особенно, мужчинам пожилого и старческого возраста.

Литература

- 1.Акилов Ф.А., Нурруллаев Р.Б., Клепов Ю.Ю. *Лекарственная терапия доброкачественной гиперплазии простаты* // Проблемы биологии и медицины. 2001, № 4. С.46-61.
- 2.Алчинбаев М.К., Сырсебеков Е.К., Курмангилли А.Д. *Региональная характеристика специализированной помощи при доброкачественной гиперплазии простаты* // Проблемы биологии и медицины. 2001, № 4. С.23-25.
- 3.Арустамов Л.Д., Мухтаров Ш.Т. *Термические методы лечения доброкачественной гиперплазии простаты* // Проблемы биологии и медицины. 2001, № 4. С.101-112.
- 4.Горюловский Л.М. *Заболевания предстательной железы в пожилом возрасте*. М., 1999.
- 5.Лопаткин Н.А. *Опухоли предстательной железы*. // Руководство по урологии. 1998. ГЛ.29. С.368-503.
- 6.Мирсаматов М.М., Беляев А.Л. *Интервенционное хирургическое лечение доброкачественной гиперплазии простаты* // Проблемы биологии и медицины. 2001, № 4. С.73-81.
- 7.Савченко Н.Е., Строцкий А.В., Жлоба П.П. *Нехирургические методы лечения доброкачественной гиперплазии простаты*. Минск. 1998.
- 8.Chatelan Ch., Denis L., Foo S.K. et al. *8th International Cjnsultation on Benigh Prostatic Hyperplasia (BPH) proceeding. Paris, 2000. P.519-534.*
- 9.Debryne F.M., Djavan B., De la Rosset S. et al. *8th International Cjnsultation on Benigh Prostatic Hyperplasia (BPH) proceeding. Paris, 2000. P.397-422.*

Ф.Г. Назыров,
Х.А. Акилов,
А.В. Девятков,
Ш.Т. Ураков

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ
ПЕЧЕНИ С ГРЫЖАМИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Научный Центр Хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ РУз

Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятков А.В., Ураков Ш.Т.

ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН ОҒРИГАН ҚОРИН ДЕВОРИ ЧУРРАЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ТАШХИСЛАШ ВА ХИРУР-
ГИК ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИНГ БАЎЗИ ТОМОНЛАРИ

Мақолада Жигар Циррози (ЖЦ) ва Портал Гипертензияси (ПГ) ҳамда қорин олд девори чурраси билан биргаликда касалланган 50 беморнинг текшириш ва даволаш натижалари келтирилган. Шундан 42 беморда ЖЦ ва ПГ си асосий қорин олди девор чурраси эса қўшимча касаллик сифатида, 8 беморда эса аксинча қорини олд девори чурраси бирламчи ташхис бўлиб, ЖЦ ва ПГ си ҳамроҳ касаллик тариқасида келганлиги аниқланган.

Маълумки ЖЦ ва ПГ си организмда шу жумладан қорин олд деворида ёғ тўқимасининг кескин камайиши ва қорин бўшлиғи ички босимини оширувчи бир қанча омиллар билан кечиб ушбу соҳада чурра ҳосил бўлишига, ёки операциядан кейинги чурранинг қайталанишига сабаб бўлиши мумкин.

Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда ЖЦ ва ПГ си билан касалланган беморларда қорин олд девори пластикаси операциягача бўлган даврда ЖЦ ва ПГ си асоратларини аниқлаш, ҳамда бўлиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш мақсадида ушбу тоифадаги беморларда ҳар томонлама батафсил текшириш усуллари қўллаш лозим.

Жигар циррози билан оғриган ушбу беморларла ПГ си асоратларини ҳамда қорин олд девори чурра сини коррекция қилишга қаратилган симулант операцияларини бажариш мақсадга мувофиқ бўлиб, бир қатор ҳалларда қорин чуррасини алоҳида операция қилишган қараганда барқарор натижаларга олиб келиши мумкин.

In this research were considered the results of surgical treatment of patients with liver cirrhosis and abdominal hernias. We based on results of treatment of 50 patients who were cured at the Surgery Center named after academician V.Vahidov. The author is concluded about the reasons of abdominal hernias and ways of they surgical correction especially in-patients with liver cirrhosis. Results are showed that in some variants the choosing of simultant operations have positive showings and patients feel more better and after operation time became shorter.

Развитие грыж, как известно, обусловлено повышением внутрибрюшного давления и слабостью сухожильных элементов в области потенциальных грыжевых ворот. Несомненное значение в их происхождении также имеет резкое истощение на почве длительных, изнурительных болезней. Механизм образования грыжи в этом случае связан с уменьшением объема жировой клетчатки, что сопровождается увеличением размеров тех щелей и отверстий в брюшной стенке, которые ранее были ею заполнены. В результате создаются благоприятные условия для развития грыжи (К.Д. Тоскин, 1990). Метаболические нарушения, развивающиеся вследствие глубокой морфологической перестройки печеночной паренхимы в результате формирования цирроза печени (ЦП), способствуют истощению организма больного и снижению резистентности “слабых мест” к действию внутрибрюшного давления. С другой стороны, развитие одного из наиболее типичных осложнений ЦП — асцита приводит к повышению внутрибрюшного давления и также создает благоприятные условия для формирования грыж брюшной стенки любой локализации. Метеоризм, негативные изменения функции внешнего дыхания и гемодинамики, которые, как правило, сопровождают процесс декомпенсации портального кровообращения, тоже следует отнести к факторам способствующим появлению грыж брюшной стенки у больных ЦП.

Хирургическая коррекция грыж передней брюшной стенки и технические особенности выполнения оперативных вмешательств у больных ЦП в асцитической стадии представляют собой серьезную актуальную и не решенную до настоящего времени проблему хирургии (Землянкин А.А., 1991; Старостин С.А., 1994; Цыбырнэ К.А., с соавт.1994).

Критическому анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 50 больных (19 мужчин, 31 женщина) ЦП с портальной гипертензией (ПГ) в сочетании с грыжами передней брюшной стенки, которые находились в Научном Центре Хирургии им.

В.Вахидова МЗ РУз с 1989 по 2000гг. Из них, 42 пациента были госпитализированы с диагнозом ЦП с ПГ. В стационаре у них был установлен диагноз сопутствующего заболевания — грыжи передней брюшной стенки. 8 больных поступили с основным диагнозом грыжа передней брюшной стенки, у которых позже выявлен сопутствующий ЦП и осложнения ПГ. Диагностика грыжи передней брюшной стенки не представляет сложности и у больных ЦП сочетанную патологию установили сразу при поступлении. Напротив, в группе больных, госпитализированных с диагнозом грыжа передней брюшной стенки, наличие ЦП с ПГ до операции диагностировано только у 3 (37,5%) больных, из которых у одного сопутствующий диагноз послужил противопоказанием для оперативного лечения (грыжесечения) и больной был выписан без операции. У остальных 5 больных во время операции грыжесечения наличие асцитической жидкости в грыжевом мешке и брюшной полости позволило заподозрить диагноз ЦП, который был подтвержден лишь в послеоперационном периоде.

Следует обратить внимание на высокий удельный вес больных с дефицитом массы тела, что явно способствует возникновению грыжи передней брюшной стенки. Так, объективные антропометрические данные,

Таблица 1
Вид грыжи передней брюшной стенки у больных циррозом печени

Вид грыжи передней брюшной стенки	Число наблюдений
Пупочная	22
Паховая	8
Послеоперационная	17
Сочетание паховой и пупочной	3
Итого	50

полученные при поступлении 50 пациентов показали, что 30 больных (60%) были пониженного питания, и лишь у 8 имелся избыток массы тела.

Виды грыж передней брюшной стенки у больных циррозом печени представлены в таблице 1. Как следует из представленных данных, преобладают больные с пупочной (22) и послеоперационной вентральной грыжами (17). Вентральные грыжи образовались в результате ранее перенесенных операций - 14 грыжесечений, 2 кесаревых сечений и 1 аппендектомии.

На заметное преобладание послеоперационных грыж в общем объеме грыж живота у больных циррозом печени ранее обращали внимание Юпатов С.И., с соавт. 1988; Жебровский В.В, с соавт, 1996. По их данным патогенетическим фактором послеоперационных грыж у больных циррозом печени является атрофия мышц, истончение и дегенерация апоневроза и фасции, а также нарушения регенераторных процессов в ушитой послеоперационной ране. Образующиеся рубцы на фоне этих изменений, становятся слишком податливы и непрочны, чтобы противодействовать внутрибрюшному давлению. Любое оперативное вмешательство может усугубить накапливающиеся в организме нарушения метаболизма и явиться детонатором развития серьезных осложнений. Так, появлению или же прогрессированию асцита при наличии ЦП может способствовать сама операция грыжесечения, произведенная без достаточного исследования больного в предоперационном периоде. Поэтому больные с подозрением на ЦП нуждаются в детальном обследовании, особенно если им предстоит оперативное вмешательство, даже такого небольшого объема как грыжесечение.

Спленомегалия - наиболее часто встречающийся синдром ЦП обнаружена до операции обычной пальпацией у 32 (64%) больных анализируемой группы. Это послужило поводом для углубленного инструментального обследования. В результате чего, по данным ультразвукового обследования асцит различной степени выраженности был диагностирован - у 30 (60,0%) больных. Эндоскопически (ЭГДФС) обследовано 42

(84%) больных, из них варикозное расширение третьей (по А.Г.Шерцингеру 1984) критической степени выявлено у 17, второй (умеренной) степени - у 11, первой у 4 больных.

Таким образом, следует заключить, что небольшой объем доступного инструментального обследования позволяет уточнить диагноз латентно текущего ЦП с осложнениями ПГ, в том числе и у больных с грыжами передней брюшной стенки. При своевременном выявлении осложнений ПГ можно рационально планировать дальнейшую тактику лечения, в том числе и хирургического. В таблице 2 представлены варианты тактики лечения в анализируемой группе больных, выбранные по результатам обследования, установленного диагноза и общего состояния больного.

Как следует из таблицы № 2 15 больным с основным диагнозом ЦП и одному больному с основным диагнозом грыжа брюшной стенки проводилось только консервативное лечение в связи с цирротической активностью и выраженностью асцитического синдрома. Шести больным была произведена исключительно эндоскопическая склеротерапия варикозно расширенных вен пищевода с целью профилактики возможного кровотечения, оперативного вмешательства по поводу сопутствующего диагноза «грыжа брюшной стенки» предпринято не было также вследствие активности цирроза печени и реальной угрозы кровотечения. 21 из 42 больных с основным диагнозом «ЦП» было выполнено оперативное вмешательство. У пяти больных этой группы вмешательство предпринято исключительно по поводу осложнений цирроза печени, у одного, наоборот выполнена только операция грыжесечения без коррекции осложнений ПГ. Остальным больным выполнены симультанные операции: двум больным была произведена спленэктомия и грыжесечение, шестью - наложение портосистемного шунта и грыжесечение, четырем - операция перитонеоатриального шунтирования с одновременным грыжесечением и у 3-х операция Пациора сопровождалась также грыжесечением. Во всех этих наблюдениях операция

Таблица 2.

Варианты лечения больных с сочетанной патологией

Вид лечения	Преобладающая патология		Итого
	Цирроз печени	Грыжа	
Эндоскопическая склеротерапия	6	-	6
Оперативное лечение	21	7	28
Грыжесечение	1	7	8
Портосистемное шунтирование	2	-	2
Операция Пациора	2	-	2
Имплантация клапана Ле-Вина	1	-	1
Грыжесечение и спленэктомия	2	-	2
Грыжесечение и портосистемное шунтирование	6	-	6
Грыжесечение и перитонеоатриальное шунтирование	4	-	4
Грыжесечение и операция Пациора	2	-	2
Общее число больных	42	8	50

грыжесечения рассматривалась как симультанный этап хирургического лечения. Семи больным, поступившим с основным диагнозом грыжа передней брюшной стенки, было произведено грыжесечение с различными методами пластики передней брюшной стенки. Причиной отказа от операции у одного больного этой группы был выраженный асцит. Хирургической коррекции осложнений портальной гипертензии в этой группе не проводилось.

Анализ динамики состояния больных после операции показал, что у всех 7-х больных с основным диагнозом грыжа передней брюшной стенки после операции состояние оценивалось как удовлетворительное, у двух больных имел место инфильтрат раны возможно вследствие подтекания асцитической жидкости, все больные были выписаны. Наблюдение за этой группой больных в течение 6 месяцев установило рецидив грыжи у трех больных на фоне нарастающего асцита. Таким образом, удовлетворительными результаты операции грыжесечения в этой группе признать нельзя.

Из 14 больных, которым операция грыжесечения выполнена как симультанная умер один больной от нарастающей печеночной недостаточности после операции Пациоры. В течение шести месяцев наблюдения рецидив грыжи наступил еще у двух больных, перенесших симультанные операции (у одного после операции Пациоры и у одного после спленэктомии). У остальных больных наблюдались устойчивые удовлетворительные результаты в течение указанного срока наблюдения.

Таким образом, ретроспективный анализ результатов грыжесечения в группе больных циррозом печени позволяет сделать следующие выводы:

Течение цирроза печени сопровождается истощением жировой клетчатки брюшной стенки и целым

рядом факторов повышающих внутрибрюшное давление, что способствует развитию грыж передней брюшной стенки, а также заметно увеличивает вероятность рецидива грыжи после операции грыжесечения.

Решение об операции грыжесечения у больного циррозом печени должно быть предельно взвешенным и опираться на результаты детального дооперационного инструментального обследования с целью своевременного выявления осложнений цирроза печени и портальной гипертензии.

Симультанные операции по коррекции осложнений портальной гипертензии и грыж передней брюшной стенки у больных циррозом печени могут быть целесообразными, а в ряде случаев могут привести к более устойчивым результатам, чем изолированная операция грыжесечения.

Литература

1. Жебровский В.В., Тоскин К.Д., Ильченко Ф.Н., Воробцова Т.С., Каминский И.В., Кисляков В.В., Фролов А.Г., Казакова В.В. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж. // Вест. хирургии им. И.И. Грекова. 1996. № 2. С 105-102.
2. Землянкин А.А. Симультанные операции при вентральных грыжах Дис.канд.мед.наук. Харьков 1991. С.24.
3. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. Москва 1990г С. 33-40.
4. Старостин С.А. Грыжесечение у больных с синдромом портальной гипертензии, осложненным резистентным асцитом. Мат.док.науч.—практ.конф. 1994.С. 101-102.
5. Юпатов С.И., Колтонюк В.М. Симультанные операции при больших рецидивных и послеоперационных вентральных грыжах // "Здравоохранение беларуссии" 1988. С. 8
6. Цыбырнэ К.А., Ангелич Г.А., Мишин И.В., Ройтман М.Е. Особенности хирургического лечения грыж передней брюшной стенки у больных циррозом печени и асцитом. Вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии. Мат.конф. Ташкент. 1994 г. С 188-189.

З.М. Низамходжаев,
С.С. Ганиходжаев,
Н.Ю. Саметдинов,
Т. Абдалов

СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРОФЛОРЫ ЗЕВА И ПИЩЕВОДА К АНТИБИОТИКАМ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПИЩЕВОДА

Научный центр хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ РУз

Низамходжаев З.М., Ганиходжаев С.С., Саметдинов Н.Ю., Абдалов Т.

ҚИЗИЛҮНГАЧ ПЛАСТИКАСИДА ХАЛҚУМ ВА ҚИЗИЛҮНГАЧДАГИ МИКРООРГАНИЗМЛАРНИНГ АНТИБИОТИКЛАРГА ТАЪСИРЧАНЛИГИНИ ОШИРИШ УСУЛИ

Ушбу мақолада 199 қизилўнғач касалликлари билан ҳасталанган беморларни хирургик даволаш усули ўрганилган. Бу беморлар 2 гуруҳга бўлинган: 1 -асосий, 57 та бемордан иборат. Бу беморларда ишлаб чиқилган комплекс чора-тадбирлар ўтказилди, хусусан жарроҳлик амалиётдан олдин асосий гуруҳдаги беморларда қизилўнғач ва халқум микрофлораси ўрганилди, қандай антибиотикларга таъсирчанлиги аниқланди. Шундан сўнг 5 кун давомида қизилўнғач ва халқум нейтрал аналит ёрдамида санация қилинди ва қизилўнғач ва халқум микрофлораси қайта ўрганилди. Текшириш натижалари шуни кўрсатдики, халқум ва қизилўнғач микрофлораси нейтрал аналит таъсирида микдори камайган, антибиотикларга таъсирчанлиги ошган.

Nizamkhadjiev Z.M., Ganekhadjaev S.S., Sametdinov N.U., Abdalov T.

THE WAY OF INCREASING OF THROAT AND ESOPHAGEAL MICROBIOLOGY SENSATION TO ANTIBIOTICS

This article presents the results of surgical treatment of 199 patients with surgical pathology of esophagus.

Patients were divided into 2 groups: the basic group, which included 57 patients. The patients had detecting of throat and esophagus microbiology, and sensation to antibiotics. During 5 days we performed the purification by neutral analyt.

The result of investigation show to us that the using of analyt lead to decreasing of microbyology and increasing of sensation to antibiotics.

Несмотря на существенный прогресс в развитии оперативной техники за последние 20 лет, послеоперационная летальность при пластике пищевода остается чрезвычайно высокой и составляет от 15 до 35% случаев. При этом причиной летальных исходов более чем в 50% случаев являются гнойно-септические ос-

ложнения: пневмония, эмпиема плевры, медиастинит, перитонит, возникающие, как правило, на фоне несостоятельности пищеводных анастомозов и некроза трансплантата (А.И.Саенко, 1986; А.Ф.Черноусов с соавт., 1996; А.А.Foco et al, 1996; F.Figler et al, 1987). В развитии гнойно-воспалительных осложнений главен-

ствующую роль играет эндогенная флора. Поэтому проблема борьбы с эндогенной флорой при пластике пищевода представляется весьма важной и актуальной.

Данная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 199 больных с заболеваниями пищевода, у которых были выполнены различные оперативные вмешательства в отделении хирургии пищевода и желудка НЦХ им. академика В.Вахидова МЗ РУз с 1976 по 2000 гг. Больные по характеру патологии распределились следующим образом: рубцовое сужение пищевода - 105 (52,8%), рак пищевода - 91 (45,7%), рефлюкс-эзофагит - 2 (1,0%) и кардиоспазм - 1 (0,5%) больной. Больные были разделены на группы: I - основная - 57, у которых был проведен разработанный комплекс мероприятий, направленный на профилактику, раннюю диагностику и лечение гнойно-септических осложнений при операциях на пищеводе, II - контрольная - с традиционным лечением.

Показаниями к восстановительным операциям служили рак пищевода, полная рубцовая стриктура пищевода, частый рецидив после повторных курсов бужирования (в течение 1-2 месяцев) и укорочение пищевода.

При протяженных и высоких рубцовых стриктурах использовали тотальную эзофагопластику. При раке пищевода, если его локализация была ниже бифуркации трахеи, выполняли экстирпацию пищевода из шейно-абдоминального доступа с одномоментной пластикой изоперистальтической трубкой, сформированной из большой кривизны желудка по методике, разработанной в отделении. Методика заключается в раздельной обработке слизисто-подслизистых слоев при помощи аппарата УКЛ-60 и серозно-мышечного слоя (патент РУз №2711 от 19.06.1995 г.). Использование данной методики позволило удлинить трансплантат на 8-10 см и дало возможность наложения пищеводных анастомозов без натяжения. Это способствует предупреждению недостаточности пищеводных анастомозов.

У 5 больных произведена операция Льюиса, у 19 - многоэтапная операция Терека с отсроченной эзофагопластикой желудком или кишечником. Многоэтапные операции выполнялись только у больных контрольной группы.

У всех больных при поступлении отмечены выраженные нарушения алиментарного статуса, проявляющиеся дефицитом массы тела (8-15 кг). С целью нормализации алиментарного статуса, восполнения белкового дефицита и коррекции кишечных дисбиозов, нами применен отечественный лечебно-диетический кисло-молочный продукт «Ором-1». Он имеет в своем составе 5 видов местных штаммов молочнокислых бактерий, обладает высокой биологической ценностью и хорошими органолептическими свойствами, доступен и дешев. Изучение воздействия этого продукта *in vitro* в отношении основных возбудителей гнойной инфекции, а также хеликобактеров показало его выраженную антагонистическую активность. Вышеуказанное явилось основанием для использования данного продукта не только с целью нормализации алиментарного статуса больных, восполнения белкового дефицита, но и коррекции дисбиологических нарушений и вытеснения условно-патогенной флоры из верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Использование

«Ором-1» у больных в течение 5 дней до операции (до 1 литра), а также с 3-4 суток после нее с момента восстановления перистальтики трансплантата и кишечника в составе зондового питания. Это выразилось, в частности, в улучшении самочувствия больных, повышения аппетита, нормализации работы кишечника, что опосредованно сопровождалось укорочением срока заживления операционных ран. Больные очень хорошо переносили препарат без побочных эффектов. Для оценки иммунологического статуса больных с заболеваниями пищевода в дооперационном периоде изучалась неспецифическая резистентность в основной группе. Результаты исследования показали угнетение фагоцитарной активности нейтрофилов сыворотки крови. Наблюдалось также достоверное снижение уровня лизоцима в слюне больных по сравнению с нормальными показателями, что указывает на подавление неспецифической резистентности, особенно выраженное на уровне первичных барьеров (ротовая полость) на пути болезнетворных агентов. Выявленное глубокое угнетение неспецифических факторов защиты у больных с заболеваниями пищевода свидетельствует о необходимости проведения соответствующих корректирующих мероприятий в предоперационном периоде. Фагоцитарную активность нейтрофилов исследовали с помощью метода З.О.Караева с соавт. (1988 г.) с применением в качестве тест-культуры дрожжеподобных грибов рода Кандида и вычислением фагоцитарного показателя и фагоцитарного числа. Метаболическую активность нейтрофилов определяли с помощью НСТ-теста (Божояр Ю.И. и соавт. 1981). Содержание лизоцима в слюне изучали методом радиальной диффузии в агаре (Лабинская С.А., 1978г.).

Для нормализации иммунного статуса проводилась экстракорпоральная иммунная стимуляция, разработанная в НИИ онкологии и радиологии МЗ РУз (Л.Т.Баймиров, У.В.Маджидов, 1999). 200 мл. крови больного смешивали с 20 мг. иммуностимулятора иммуномодулина, инкубировали при 30 °С в течение 1,5-2 часов и проводили реинфузию. Процедуру проводили 3-хкратно через день в предоперационном периоде у больных основной группы. Знание исходного уровня микробной обсемененности области планируемого оперативного вмешательства и чувствительности к антибиотикам населяемой ее микрофлоры очень важно для проведения необходимых профилактических мероприятий и прогнозирования характера течения послеоперационного периода и особенно, если учесть, что операции на пищеводе относятся к загрязненным операциям.

При микробиологическом обследовании больных с заболеваниями пищевода установлено, что состояние микрофлоры зева и пищевода характеризовалось сходностью качественного состава, что можно объяснить их анатомо-физиологической близостью. При этом общая обсемененность пищевода $3,1 \times 10^7 \pm 0,2 \times 10^7$ КОЕ/мл несколько превышала таковую зева $2,9 \times 10^7 \pm 0,2 \times 10^7$ КОЕ/мл ($P < 0,05$). Это, вероятно, связано с наличием застойных явлений в супрастенотическом отделе пищевода, т.к. в норме в пищеводе количество микроорганизмов значительно ниже, чем в ротовой полости (Красильников А.П., 1986).

Среднее количество микробных культур, выделяемых из зева, составило $3,6 \pm 0,3$, из пищевода - $3,5 \pm 0,2$. Микрофлора обеих областей была преимущественно

представлена нейссериями, стрептококками, пептококками, энтеробактериями.

При изучении чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам оказалось, что единственным препаратом, подавляющим рост всех изученных культур, является Тиенам, на втором месте - теравид (5,9% резистентных штаммов), на третьем месте - клафоран (5,1% резистентных штаммов). В связи с этим, интраоперационно с началом операции внутривенно вводилось 1,0 г. антибиотиков широкого спектра действия.

Взятие мазка из зева выполняли общепринятым методом. Смыв из пищевода получали модифицированным нами методом. Установив предварительно уровень поражения, больному через рот вводили желудочный зонд до этого уровня, т.е. до супрастенотического отдела пищевода, затем по зонду проводили стерильную трубку от системы для внутривенных вливаний и после удаления зонда, с помощью шприца по трубке в просвет пищевода вводили стерильный физиологический раствор в объеме 20 мл и отсасывали его обратно в шприц. Содержимое шприца переносили в стерильную пробирку и передавали для исследования в микробиологическую лабораторию. Данная методика исключала контаминации микрофлоры ротовой полости зева с микрофлорой пищевода.

Нами изучено наличие хеликобактеров в желудке больных, у которых планировалась гастроэзофагопластика. В 75% случаев установлена персистенция этого патогена в желудке. Вместе с желудочным трансплантатом они могут попасть во вновь сформированный пищевод, что может неблагоприятно отразиться на течении послеоперационного периода и на отдаленных результатах лечения. Хеликобактеры, кроме того, снижают фагоцитарную активность нейтрофилов (Бажен Л.Г., 1997), что может способствовать активации гноеродной микрофлоры.

В качестве предоперационной подготовки больным с заболеваниями пищевода в течение 5 дней 3 раза в день проводилась обработка зева и промывание пищевода раствором нейтрального анолита. Нейтральный анолит получали на установке «СТЕЛ» путем электрохимической активации растворов хлорида натрия. Нейтральный анолит представляет собой бесцветную прозрачную жидкость с легким запахом хлорида, содержащую высокоактивные кислородные соединения хлора, свободные радикалы, озон, придающие антимикробные свойства. Концентрация активного хлора в исходном растворе нейтрального анолита составила 300 ± 50 мг/л, pH - $6,0 \pm 1,0$, ОВП - 700 ± 10 мВ.

Обработка нейтральным анолитом способствовала снижению микробной обсемененности как зева $1,1 \times 10^7 \pm 0,1 \times 10^7$ КОЕ/мл, рО - 0,5, так и пищевода $2,5 \times 10^6 \pm 0,5 \times 10^6$ КОЕ/мл, $P < 0,05$. Наблюдалось существенное сокращение количества выделяемых микробных культур из зева, в среднем, до $2,3 \pm 0,1$, а из пищевода - до $2,0 \pm 0,1$.

Отмечено также уменьшение частоты выделения из пищевода синегнойной палочки, стафилококков, энтерококков, и особенно, анаэробов, т.е. тех микроорганизмов, которые обычно вызывают развитие гноя.

ния.

Нами также изучено влияние нейтрального анолита на чувствительность микрофлоры зева и пищевода к антибиотикам. Микроорганизмы, выделяемые из зева и пищевода, тестировали на антибиотикорезистентность до обработки анолитом и после. Во время санации антибиотиков не применяли.

Установлено, что нейтральный анолит изменяет антибиотикочувствительность микрофлоры зева и пищевода. При этом, к одним антибиотикам чувствительность микрофлоры возрастает, а к другим практически не изменяется. Отмечено наибольшее повышение чувствительности в отношении клафорана (снижение количества устойчивых культур более, чем в 3 раза), пенициллина (2 раза), эритромицина (2 раза). Менее значительно повысилась чувствительность к доксициклину, стрептомицину, ампициллину и левомицетину (снижение количества устойчивых культур на 22,9%).

Анализ изменения чувствительности в зависимости от вида микрофлоры показал, что чувствительность возрастает преимущественно у стафилококков (снижение количества устойчивых культур почти в 5 раз) и энтерококков (более, чем в 2 раза). Чувствительность других микроорганизмов практически не изменяется.

Таким образом, обработка нейтральным анолитом зева и пищевода оказывает влияние не только на снижение микробной обсемененности, но и на биологические свойства колонизирующей их микрофлоры и, в частности, на ее чувствительность к антибиотикам. Повышение чувствительности связано, вероятно с сублетальным воздействием нейтрального анолита на мембраны микроорганизмов и метаболизм и, возможно, с другими факторами (Г.Е.Афиногенов, Н.П.Блинов, 1987). Выявленный феномен касается в основном грамположительной флоры (стафилококки, энтерококки). Антибиотики (клафоран, цефалексин, пенициллин, эритромицин и др.), чувствительность к которым под воздействием нейтрального анолита возрастает, в настоящее время сами по себе уже недостаточно эффективны. Поэтому повышение результативности воздействия с помощью нейтрального анолита может способствовать расширению возможности их применения для проведения целенаправленной и эффективной антимикробной терапии и профилактики гнойно-септических процессов, в частности, при операциях на пищеводе.

Разработанный комплекс мероприятий дал возможность снизить гнойные осложнения в 4 раза в основной группе с соответственно, летальность снизилась до 19,0% в контрольной группе и до 5,25% в основной.

Литература.

1. Рындин В.Д., Давыдов М.И., Причины смерти больных после хирургического лечения рака пищевода. Журнал Клиническая хирургия. - 1986, №10, стр.-12-14
2. Черноусов А.Ф., Хаджибаев А.М. и др. Профилактика инфекционных осложнений после эзофагопластики и гастрэктомии. Ташкент, 1996, стр.53.
3. Fekete F., Gayet B., Langonnet F., Lemee J., Radicality in esophageal cancer surgery. Ital J. Syrgery. Sei - 1987. Vol.-17, N1-p 15-20

В.П. Подзолков,

Б.Д. Амиркулов,

М.Р. Чауирели,

Л.Р. Плотникова,

И.Ф. Егорова

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАДИКАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ
ТЕТРАДЫ ФАЛЛО У ВЗРОСЛЫХ***Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева Российской АМН*

Тетрада Фалло - один из частых врожденных пороков сердца "синего" типа.^[4,5] С тех пор, как в 1955 году Lillehei с соавторами^[6] доложили о первой успешной радикальной коррекции тетрады Фалло, тенденция выполнять раннюю радикальную хирургическую коррекцию стала повсеместной.^[7-9] На сегодняшний день хирургическая коррекция после периода детства является скорее исключением, чем правилом. В некоторых случаях поздняя диагностика или недостаток специализированных медицинских услуг приводили к поздним хирургическим вмешательствам. Из-за особенностей естественного течения^[4,5] доля больных, доживших до взрослого возраста, отражает значительно меньшую часть этих пациентов среди больных с ВПС.^[10] Радикальная коррекция после длительного существования цианоза в этих случаях является причиной дискуссий с точки зрения выполнения радикальной операции,^[11-14] хотя Nollert с соавторами^[10] недавно показали нормальную среднюю продолжительность жизни после коррекции.

За последние 20 лет в нашем Центре оперированы радикально 132 взрослых пациента с тетрадой Фалло. Цель этого исследования изучить результаты и эффективность поздней хирургической коррекции порока у взрослых пациентов с тетрадой Фалло.

Материал и методы

С января 1980 по декабрь 2000 года включительно в отделении хирургического лечения ВПС произведены 132 радикальные коррекции тетрады Фалло у пациентов старше 18 лет. Пациентов мужского пола было 70, женского - 62. Возраст пациентов в момент радикальной операции колебался от 18 до 44 лет и, в среднем, составил $24,3 \pm 5,4$ года; 88,6% из них находились в возрасте от 18 до 30 лет.

Первичная радикальная коррекция тетрады Фалло произведена у 46 (34,8%) пациентов. Остальным 86 (65,2%) пациентам первым этапом были выполнены различные паллиативные операции. Интервал между паллиативной и радикальной операциями составил от 1 до 37 лет, в среднем - $17,0 \pm 7,4$ лет. У 64 (74,4%) пациентов была выполнена одна паллиативная операция, у 16 (18,6%) - поэтапно две, у 6 (7,0%) - поэтапно три и более паллиативных операций. К моменту радикальной коррекции анастомоз был тромбирован у 5 пациентов. Легочная гипертензия вследствие длительного функционирования системно-легочных анастомозов развилась у 6 пациентов.

Контрольную группу составили 132 пациента с тетрадой Фалло в возрасте от 3 до 7 лет, в среднем, $5,7 \pm 1,3$ лет, которые также были оперированы радикально. Пациентов мужского пола было 85, женского - 47. Первичная радикальная коррекция тетрады Фалло произведена у 98 (74,2%) пациентам. Остальным 34 (25,8%) пациентам первым этапом были выпол-

нены различные паллиативные операции. Интервал между паллиативной и радикальной операциями составил от 0,5 до 6,5 лет, в среднем - $2,8 \pm 1,9$ года. Анастомоз Блелока-Тауссиг был выполнен 9 пациентам, Ватерстоуна-Кули - 11, протезом "Гортекс" - 5, эндоваскулярные процедуры - 8, реконструкция путей оттока из ПЖ без закрытия ДМЖП - 1 пациенту. К моменту радикальной коррекции анастомоз Ватерстоуна-Кули был тромбирован у 1 пациента. Легочная гипертензия вследствие длительного функционирования анастомоза Ватерстоуна-Кули развилась у 1 пациента.

Всем пациентам помимо общеклинического исследования (ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ и рентгенографии грудной клетки) проводили внутрисердечное обследование по программе, включавшей катетеризацию правых отделов сердца, селективную ангиокардиографию из полости правого желудочка (ПЖ), аксиальную легочную ангиографию и аортографию.

Для детализации особенностей внутрисердечной и легочно-сосудистой архитектоники, на основе которой определяется объем и характер предполагаемой операции, всем больным проводили ангиокардиографию и оценку ангиографической анатомии порока по разработанной в НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева РАМН методике.^[1,2]

У 23 взрослых больных и 23 больных 3-7 лет взята интраоперационная биопсия миокарда выводного отдела ПЖ. Материал изучали методами световой и электронной микроскопии с применением морфометрии. Выполняли измерение объемной плотности коллагена в миокарде (Vv кол), среднего диаметра кардиомиоцитов (КМЦ), изучали ультраструктуру КМЦ. Статистический анализ результатов выполняли с использованием критерия Стьюдента (t) при уровне значимости $\alpha < 0,05$.

Результаты

Перед радикальной коррекцией порока всем пациентам основной и контрольной групп измеряли уровень насыщения артериальной крови кислородом и уровень гемоглобина. В основной группе насыщение колебалось в пределах 71-96% и, в среднем, составила $83,9 \pm 5,8\%$; гемоглобин колебался в пределах 115-246 г/л и, в среднем, составил $174 \pm 28,4$ г/л. В контрольной группе насыщение колебалось в пределах 66-98% и, в среднем, составило $82 \pm 7,1\%$; гемоглобин колебался в пределах 109-232 г/л и, в среднем, составил $158 \pm 27,9$ г/л.

В основной группе инфекционный эндокардит в стадии ремиссии был выявлен у 4 пациентов, у 1 пациента он сочетался с НК 2А стадии. Один пациент страдал мерцательной аритмией. В контрольной группе инфекционных осложнений нами не отмечено.

Из сопутствующих пороков у 3 пациентов основной группы был выявлен ДМПП, у 2 - ОАП, у 1 - двухкамерный ПЖ, у 5 - праволжающая дуга аорты. В контрольной группе у 1 пациента диагностирован ДМПП, у 4 - ОАП, у 1 - ЧАДПЛВ в ПП, у 2 - агенезия левой ЛА, у 1 - недостаточность ТК, у 7 пациентов - праволжающая дуга аорты.

При катетеризации полостей сердца у всех пациентов основной и контрольной групп систолическое давление в ПЖ равнялось системному. У пациентов основной группы давление в легочной артерии (ЛА) колебалось от 9 до 72 мм.рт.ст. (в среднем $23,8 \pm 8,6$ мм.рт.ст.). У 6 пациентов основной группы была выявлена легочная гипертензия, систолическое давление в ЛА колебалось от 51 до 72 мм.рт.ст.. Во всех случаях отношение систолического давления в ЛА к системному артериальному давлению было менее 75%, а отношение ОЛС/ОПС - менее 60%. Больные были операбельными. У пациентов контрольной группы давление в ЛА колебалось от 7 до 60 мм.рт.ст. (в среднем $19,4 \pm 7,8$ мм.рт.ст.). У 1 пациента выявлена легочная гипертензия с систолическим давлением в ЛА 60 мм.рт.ст., т.е. пациент также был операбельным.

Радикальная коррекция тетрады Фалло у пациентов основной и контрольной групп осуществлялась с помощью многокомпонентной общей анестезии в условиях искусственного кровообращения (ИК), глубокой гипотермии и комбинированной фармакохолодовой кардиopleгии по принятой в НЦ ССХ методике.^[3] В основной группе время ИК, в среднем, составило 135 ± 43 мин.; а пережатия аорты, в среднем, - $74,6 \pm 23,1$ мин. Минимальная температура в прямой кишке, в среднем, составила $23 \pm 2,2$ градуса по Цельсию. В контрольной группе время ИК, в среднем, составило $98,7 \pm 28,5$ мин. Время пережатия аорты, в среднем, составило $58,5 \pm 13,5$ мин. Минимальная температура в прямой кишке, в среднем, составила $23,5 \pm 2,0$ градуса по Цельсию. У большинства пациентов основной и контрольной групп сочетанную кардиopleгию осуществляли кристаллоидным кардиopleгическим раствором, содержащим 14 ммоль/л K^+ , охлажденным до 4-6 град. по С (рН 7,6; осмолярность 320-340 ммоль/л). У части пациентов основной и контрольной групп, оперированных начиная с 1999 года, в качестве кардиopleгического раствора применяли "Кустодиол". Во время проведения кардиopleгии полость перикарда заполняли ледяной кашицей.

Радикальную коррекцию тетрады Фалло в целом у всех пациентов основной и контрольной групп выполняли однотипно по принятой в отделении методике. У пациентов с предварительно выполненными системнолегочными шунтами с началом ИК анастомоз устраняли. Коррекцию выводного отдела правого желудочка (ВОПЖ) во всех случаях начинали с продольного его вскрытия. Объем инфундибулэктомии определялся типом порока, выявленным при ангиокардиографии по ангиокардиометрическим данным и визуально на операции.

Показанием к пластическому расширению ВОПЖ служили его размеры ниже рассчитанной нормы, которые оценивали с помощью специальных бузей. Трансаннулярная пластика для реконструкции путей оттока из ПЖ потребовалась 64 пациентам (48,5%) основной группы и 65 пациентам (49,2%) контрольной группы. Пластику ДМЖП у всех пациентов, как правило, выполняли доступом из ПЖ синтетической заплатой, фиксированной к его краям отдельными п-образными швами на прокладках.

После отключения АИК и стабилизации гемодинамики измеряли давление в желудочках и в стволе ЛА. Адекватность коррекции порока оценивали по соотношению систолического давления в правом и левом желудочках и градиенту систолического давления между правым желудочком и легочной артерией. Адекватным считали соотношение систолического давления между правым желудочком и легочной артерией менее 30 мм.рт.ст. (таблица 1).

На госпитальном этапе в основной группе погибли 11 пациентов (8,3%). Из 46 пациентов, перенесших первичную радикальную коррекцию, погибли 4 (8,7%). Из 86 пациентов, которые были радикально оперированы после паллиативных операций, погибли 7 (8,1%). При анализе причин летальности мы выявили, что 4 пациента погибли из-за развития острой сердечной недостаточности, 3 - от сепсиса, 2 - из-за тяжелого поражения головного мозга, 1 - из-за тромбоэмболии ЛА, 1 - от кровотечения на операционном столе.

В контрольной группе на госпитальном этапе погибли 7 пациентов (5,3%). Все погибшие подвергались первичной радикальной коррекции. Из анализа причин летальности видно, что 4 пациента погибли из-за развития острой сердечной недостаточности, 3 - из-за тяжелого поражения головного мозга.

У 10 пациентов основной группы послеопераци-

Таблица 1

Данные катетеризации полостей сердца после отключения ИК и стабилизации гемодинамики

Показатели гемодинамики		Первичная Р ТФ	Р ТФ после паллиативных вмешательств
Основная группа	Давление в ПЖ (мм.рт.ст.)	$58,3 \pm 18,5$	$52,4 \pm 14,8$
	Давление в ЛА (мм.рт.ст.)	$39,4 \pm 14,8$	$32,5 \pm 12,8$
	Соотношение давлений ПЖ/ЛЖ	$0,56 \pm 0,13$	$0,50 \pm 0,11$
Контрольная группа	Давление в ПЖ (мм.рт.ст.)	$48,5 \pm 13,5$	$52,2 \pm 16,1$
	Давление в ЛА (мм.рт.ст.)	$32,3 \pm 8,4$	$28,5 \pm 3,8$
	Соотношение давлений ПЖ/ЛЖ	$0,48 \pm 0,11$	$0,50 \pm 0,12$

Данные клиники и морфологического анализа миокарда

Параметр	Единица измерения	Больные 3-7 лет	Больные 18-44 года	Различия
Количество больных		23	23	
Возраст	Лет	6,09±0,23	26,78±1,09	P<0,05
Морфометрические данные				
Vv ОЛ	%	7,72±0,96	9,65±0,66	
D МЦ	Мкм	19,2±1,0	22,9±1,1	P<0,05
Vv МФ	%	47,0±1,2	46,5±0,9	
Vv МХ	%	31,1±1,2	25,8±1,1	P<0,05
ШЭР	Усл.ед	0,45±0,11	1,0±0	P<0,05
Неп МФ	Усл.ед	0,5±0,14	0,87±0,07	P<0,05
МВД	Усл.ед	0,37±0,11	0,7±0,1	P<0,05
Мелк МХ	Усл.ед	0,47±0,12	0,96±0,04	P<0,05
ТМФ	Усл.ед	0,65±0,11	1,13±0,11	P<0,05

онный период осложнился гнойным медиастенитом, по поводу чего им был произведен остеосинтез грудины. У 4 пациентов наблюдали частичное нагноение послеоперационной раны, которое не требовало остеосинтеза грудины. Одному пациенту основной группы в ближайшем послеоперационном периоде имплантирован электрокардиостимулятор (ЭКС) из-за полной поперечной блокады сердца (ППБ). В контрольной группе гнойный медиастенит диагностирован у 6 пациентов, которым в последующем также произведен остеосинтез грудины. Случаев частичного нагноения раны не было. Одному пациенту имплантирован ЭКС по поводу ППБ.

При гистологическом изучении в миокарде ПЖ больных тетрадой Фалло выявлен периваскулярный и иногда слабый межмышечный склероз. Объемная плотность коллагена в миокарде (Vv кол) у больных 3-7 лет составляла от 1,6% до 13,05%, у взрослых - от 4,05% до 14,83%. Таким образом, увеличение данного параметра у взрослых больных, в среднем, по группе недостоверно по сравнению с больными 3-7 лет (таблица 2). У всех обследованных больных кардиомиоциты (КМЦ) ПЖ гипертрофированы, причем, средний диаметр КМЦ ПЖ (d КМЦ) взрослых больных достоверно выше, чем у больных 3-7 лет. Электронно-микроскопический анализ выявил в КМЦ больных обеих групп ультраструктурные изменения, характерные для гипертрофии этих клеток на стадии активации синтетических процессов (усиленное развитие шероховатого эндоплазматического ретикулаума - ШЭР), стадии компенсаторной гиперфункции (зоны непараллельных миофибрилл - НепМФ, множественные вставочные диски - МВД, скопления мелких митохондрий - МелкМХ) и стадии истощения и декомпенсации (зоны "таяния" миофибрилл - ТМФ). Данные признаки, оцененные по 3-балльной шкале, у взрослых больных оказались значительно более выраженными, чем у больных 3-7 лет. Зоны ТМФ в КМЦ были слабо выражены у отдельных больных 3-7 лет, у

больных старшей группы они встречаются в большинстве случаев, а у некоторых больных были сильно выражены. Объемная плотность миофибрилл (VvМФ) вне зон ТМФ в КМЦ больных обеих групп оказалась стабильной, а объемная плотность митохондрий (VvМХ) достоверно снижена у взрослых больных. Средние показатели уровня гемоглобина (Hb), насыщения артериальной крови кислородом (SaO₂), конечно-диастолического объема (КДО) и давления (КДД), фракции выброса (ФВ) ПЖ, градиента давления между ПЖ и легочной артерией (ЛА) (ГрДавл), давления в ЛА (ДавлЛА) достоверно не различались между изученными группами. Средняя величина конечно-систолического объема (КСО) у взрослых больных оказалась достоверно выше, чем у детей. Фракция выброса ПЖ у взрослых больных колебалась в пределах 47,7 - 72,0%. У всех больных с ярко выраженным "таянием" миофибрилл в КМЦ она была ниже 60%.

Обсуждение

Данные литературы свидетельствуют о том, что летальность при коррекции врожденных пороков цианотического типа у взрослых больных значительно выше, чем у пациентов детского возраста.^[7,8,10,13,14,15,17,18,19,21] Настоящее исследование показывает, что радикальная коррекция тетрады Фалло может быть произведена у взрослых пациентов с приемлемым риском, хотя и относительно более высокой летальностью, чем у детей.

Нами не найдено статистически значимых различий в госпитальной летальности между группами взрослых пациентов, перенесших первичную радикальную коррекцию и радикальную коррекцию после паллиативных операций. Хотя некоторые из предыдущих исследований свидетельствуют, что старший возраст для первичной коррекции тетрады Фалло является фактором риска операционной летальности и отдаленной выживаемости больных.^[7,19-21]

Несмотря на значительное улучшение хирургической техники и защиты миокарда в последние 30

лет,^[9,17] госпитальная летальность в группе наших взрослых пациентов относительно высокая. Полагают, что одной из причин высокой смертности у больных пороками сердца цианотического типа является длительное существование гипоксии всех органов,^[22,23] которая, в частности, может приводить к развитию склероза миокарда и его дисфункции. В нашем исследовании у взрослых больных тетрадой Фалло в ПЖ обнаружены признаки склероза миокарда, однако степень склероза превышает соответствующий показатель больных 3-7 лет недостоверно.

Среди важных причин летальности в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде у взрослых больных тетрадой Фалло признаны послеоперационные желудочковые и наджелудочковые нарушения ритма.^[27] Считается, что частота периоперационных нарушений ритма у взрослых пациентов выше, чем у пациентов с ранним хирургическим лечением,^[16,24-27] и что раннее хирургическое лечение может предотвратить вышеуказанные нарушения ритма у больных.^[16,25] В нашем исследовании только у одного взрослого больного тетрадой Фалло была выявлена до операции мерцательная аритмия. Других нарушений ритма у больных до операции и в госпитальном послеоперационном периоде мы не наблюдали.

Тяжелые послеоперационные осложнения и высокую летальность больных тетрадой Фалло старшего возраста объясняют выраженной гипертрофией миокарда ПЖ, которая нарастает с годами и у взрослых больных может приводить к выраженным нарушениям кровообращения. При этом на ультразвуковом уровне в КМЦ описывают очаговое "таяние" миофибрилл, которое рассматривают проявлением дегенерации этих клеток.^[28,29] Авторы рекомендуют оперировать больных детей до 10-летнего возраста — до развития у них дегенеративных изменений кардиомиоцитов.^[29] Результаты настоящего исследования подтверждают, что у взрослых больных тетрадой Фалло по сравнению с больными 3-7 лет достоверно увеличиваются размеры КМЦ ПЖ и значительно нарастают ультразвуковые признаки их гипертрофии. Признаки, так называемой дегенерации КМЦ, слабо проявляются у отдельных больных 3-7 лет и сильно выражены у взрослых. Стабильность основных гемодинамических показателей у обследованных нами больных свидетельствует, что выявленные у взрослых больных изменения ряда КМЦ могут быть компенсированы миокардом в целом и не являются противопоказанием к радикальной коррекции порока. В то же время возможное уменьшение резерва сократительной способности КМЦ, вступившей в стадию, так называемой дегенерации, может являться фактором риска, который следует учитывать при лечении взрослых больных тетрадой Фалло.

Сравнительный анализ причин летальности взрослых и детей 3-7 лет больных тетрадой Фалло не выявил различий в частоте летальной острой сердечной недостаточности.

В недавнем исследовании G. Nollert с соавт. привели данные по отдаленной выживаемости вплоть до 35 лет после поздней хирургической коррекции. Продолжительность жизни оперированных пациентов не отличалась от общей продолжительности жизни обыч-

ной популяции людей, хотя различные повторные операции перенесли 93% пациентов.^[10]

Выводы

65,2 % больных с тетрадой Фалло, оперированных радикально, дожили до взрослого возраста благодаря паллиативным операциям, тогда как у детей паллиативные операции были выполнены лишь в 25,8 % случаев.

У взрослых пациентов случаи одышечно-цианотических приступов не наблюдали, дети страдали подобным осложненным течением в 8,3 % случаев.

Случаи возникновения инфекционного эндокардита у взрослых больных тетрадой Фалло встречаются чаще, чем у детей.

Кардиомиоциты ПЖ взрослых больных тетрадой Фалло более гипертрофированы, чем у детей и характеризуются нарастающими признаками, так называемой, дегенерации.

Взрослый возраст не является противопоказанием для радикальной коррекции тетрады Фалло. Успешную радикальную коррекцию перенесли 92,7 % пациентов.

Структура летальности взрослых пациентов не отличается от таковой у детей. В группе взрослых пациентов более высокая летальность была связана с септическими осложнениями, которые не встречались у детей.

Литература

- 1.Беришвили И.И., Киракосян С.В., Гарибян В.Н., Ильин В.Н.; *Грудная хир.*, 1985;4: 67-71.
- 2.Беришвили И.И., Фальковский Г.Э.; *Арх. пат.*, 1983;4: 24-29.
- 3.Подзолков В.П., Плотнокова Л.Р., Нгвенья Л.; *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия* 1993;2: 8-10.
- 4.Bertranou EG, Blackstone EH, Hazerlig JB, Turner ME, Kirklin JW; *Am J Cardiol* 1978;42:458-466
- 5.Rygg IH, Olesen K, Boesen I; *Dan Med Bull* 1971;18(suppl 2):25-30
- 6.Lillehei CW, Cohen M, Warden HE, Read RC, Aust JB, DeWall RA, Varco RL; *Ann Surg* 1955;142:418-445
- 7.Murphy JG, Gersh BJ, Mair DD, Fuster V, McGoon MD, Ilstrup DM, McGoon DC, Kirklin JW, Danielson GK; *N Engl J Med* 1993;329:593-599
- 8.Reddy VM, Liddicoat JR, McElhinney DB, Brook MM, Stanger P, Hanley FL; *Ann Thorac Surg* 1995;60(Suppl D):592-596
- 9.Walsh EP, Rockenmacher S, Keane JF, Hougren TJ, Lock JE, Castaneda AR; *Circulation* 1988;77:1062-1067
- 10.Nollert G, Fischli T, Bouterwek S, Buhmer C, Dewald O, Kreuzer E, Welz A, Netz H, Klinner W, Reichart B; *Thorac Cardiovasc Surg* 1997;45:178-181
- 11.Hu DC, Seward JB, Puga FJ, Fuster V, Tajik AJ; *J Am Coll Cardiol* 1985;5:40-44
- 12.Lukács L, Kassai I, Brvay A; *Thorac Cardiovasc Surg* 1992;40:261-265
- 13.Waen SA, Liu PP, Ross BL, Williams WG, Webb GD, MaLaughlin PR; *J Am Coll Cardiol* 1992;20:295-300
- 14.Yankah AC, Sievers HH, Lange PE, Regensburger D, Bernhard A; *Thorac Cardiovasc Surg* 1982;30:69-74
- 15.Fuster V, McGoon DC, Kennedy MA, Ritter DG, Kirklin JW; *Am J Cardiol* 1980;46:635-642
- 16.Joffe H, Georgakopoulos D, Celermajer DS, Sullivan ID, Deanfield JE; *J Am Coll Cardiol* 1994;23:1156-1150
- 17.Klinner W, Reichart B, Pfaller M, Hatz R; *Thorac Cardiovasc Surg* 1984;32:244-247
- 18.Rosenthal A, Behrendt D, Sloan H, Ferguson P, Snedecor SM, Schork A; *Ann Thorac Surg* 1984;38:151-156
- 19.Horstkotte D, Paselk C, Bircks W, Loogen F; *Z Kardiol*

1993;82:552-562

20. Katz N, Blackstone EH, Kirklin JW, Pacifico AD, Barger LM Jr; *Circulation* 1982;65:403-410

21. Zhao HX, D. Miller DC, Reitz BA, Shumway NE; *J Thorac Cardiovasc Surg* 1985;89:204-220

22. Dittrich S, Haas NA, Möller C, Böhler C, Alexi-Meskishvili V, Lange PE; *Z Herz-, Thorax-, Gefäßschir* 1998;12:80-86

23. Perloff JK; *Cardiol Clin* 1993;11:689-699

24. Cullen S, Celermajer DS, Franklin RCG, Hallidie-Smith KA, Deanfield JE; *J Am Coll Cardiol* 1994;23:1151-1155

25. Kobayashi J, Hirose H, Nakano S, Masuda H, Shirakura R, Kawashima Y; *Am J Cardiol* 1984;54:1310-1313

26. Perloff JK, Natterson PD; *Circulation* 1995;91:2118-2119

27. Dittrich S, Vogel M, Dahnert I, Berger F, Alexi-Meskishvili V, Lange PE; *Clin Cardiol* 1999;22:460-464

28. Jones M, Ferrans VJ, Morrow AG, et al.; *Circulation* 1975;51:39-67

29. Ferrans VJ; In: *Cardiomyopathy and myocardial biopsy* /Eds.: Kaltenebach M., Loogen F., Olsen E.G.J. - Berlin, 1978, p. 100-120.

Салиев Б.Х,
Исмаилов Б.Т.,
Тегай В.Л.,
Саитазизов Х.Б.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Солиев Б.Х., Исмаилов Б.Т., Тегай В.Л., Саитазизов Х.Б.

ФАЛЛО ТЕТРАДАСИНИНГ ПАЛЛИАТИВ ЖАРРОҲЛИГИ

Фалло Тетрадаси билан туғилган бемор болаларнинг кўп учраши бу касалликни янги ва замонвий даволаш усуллари устида изланишлар олиб боришни талаб қилади. Даво усулларида бири артериялар аро анастомоз қўйиш хисобланади. ТошПМИ клиникаси кардиохирургия бўлимида 71 бемор болага артериялар аро анастомоз қўйиш операцияси ўтказилди. Ўтказилган клиник ва функционал текширув усуллари шуни кўрсатдики операциядан кейинги даврда беморларда чап қоринчанинг сифими, қонни кислород билан тўйиниш даражаси ортди ва сурункали гипоксемия белгилари йўқолди. Бу эса мазкур даво усулининг самарадорлигини кўрсатади.

Saliev B.Kh., Ismatov B.T., Tegay V.L., Saitazizov Kh. B.

PALLIATIVE SURGERY OF TETRALOGY OF FALLOT

High defines children with Tetralogy of Fallot speaks of need of undertaking new and well-timed methods of treatment. One of the ways of decision of givened problem - imposition anastomosis between Aorta and pulmonary artery. In cardiosurgery department of Tashkent Pediatric Medicine Institute since may 1999 on April 2001 there were are consecutively handled 71 children with Tetralogy of Fallot, which are assessed shunting. We observed clinical and functional methods of study. Increase the LV index, saturations and decrease chronic hypoxemia prove efficiency a palliative correction the Tetralogy of Fallot.

Тетрада Фалло (ТФ) - один из самых распространенных врожденных пороков сердца (ВПС) - по данным ряда авторов составляет 25% всех ВПС [1,5,7]. ТФ состоит из 4-х различных компонентов: большой мембранозный дефект межжелудочковой перегородки, обструкция или сужение выходного отдела правого желудочка, праводеленность аорты, гипертрофия правого желудочка.

Это один из первых цианотичных ВПС, который широко оперируется. Хирургическая тактика при ТФ включает такие методы коррекции порока, как паллиативные операции и радикальная коррекция в условиях искусственного кровообращения.

Паллиативная хирургия заключается в обеспечении сообщения между большим и малым кругом кровообращения для увеличения кровотока в легочной артерии. Это достигается наложением межартериальных анастомозов (МАО), в числе которых широко практикуются:

-анастомоз Блеллока-Тауссиг (Б-Т), создающий сообщение между подключичной артерией и ветвью легочной артерии конец в бок;

-анастомоз Ватерстоуна-Кули (бок в бок восходящей аорты и правой легочной артерии);

-анастомоз Потса-Смита (между нисходящей аортой и левой ветвью легочной артерии);

-модифицированный анастомоз Б-Т (Грейт-Орманд-Стрит) с использованием сосудистых протезов, как самая предпочтительная операция на сегодняшний день.

В хирургии ТФ процент паллиативных вмеша-

тельств остается высоким в различных возрастных группах [2]. Это обусловлено прежде всего тяжестью состояния больных, выраженностью гипоксемии, малым размером левого желудочка, гипоплазией ствола и ветвей легочной артерии и т.д. В ряде случаев паллиативная коррекция рассматривается как подготовка к дальнейшей радикальной операции.

Цель настоящей работы - оценка опыта применения МАО при ТФ в отделении кардиохирургии клиники нашего института.

Материалы и методы

С мая 1999 г по апрель 2001 г оперирован 71 больной с ТФ в возрасте от 2 месяцев до 14 лет (в среднем - 5,10(0,91) с массой тела от 3 кг до 34,5 кг (в среднем - 15,04 (1,3). У всех пациентов была характерная клиника ТФ: одышечно- цианотические приступы отмечены у 53 пациентов (74%); выраженная полицитемия - показатель гемоглобина от 109 до 218 г/л (в среднем 160,6(2,4), 53 пациента в предоперационном периоде получали терапию бетта-блокаторами. Насыщение артериальной крови кислородом (сатурация) составляло в покое от 35 до 76% (в среднем 67,8(1,65%).

У всех больных на ЭКГ были выявлены отклонения электрической оси сердца вправо, признаки гипертрофии правого желудочка (ПЖ) и правого предсердия (ПП). У 41 пациента на ЭКГ была неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки в прямой проекции показало у всех боль-

Таблица 1
Морфометрические показатели больных по данным
ЭхоКГ до и после операции

Показатели	До операции	После операции
КДР ЛЖ, мм	26,3±0,99	29,0±1,0
КСР ЛЖ, мм	17,9±0,97	20,17±0,9
ПЖ,	13,16±0,9	13,1±0,8
Ао, мм	20,0±1,0	20,7±0,9
ЛП, мм	18,6±0,83	18,0±0,8
ПЛА, мм	7,7±0,6	7,6±0,5
ЛЛА, мм	7,3±0,6	7,4±0,5
КДО, мл	17,4±2,0	19,0±1,1
ФИ, %	64,2±0,81	65,6±0,85

ных обеднение легочно-сосудистого рисунка, западение контура дуги легочной артерии, тень сердца в виде «сапожка».

При двухмерном ЭхоКГ наряду с подтверждением диагноза ТФ определяли стандартные размеры полостей и стенок сердца; диастолический объем ЛЖ; диаметры кольца, ствола и ветвей легочной артерии; локализацию и размер ДМЖП; положение дуги аорты и сократительную функцию миокарда. Интраоперационно проводилась чрезпищеводная эхокардиография для оценки функции шунта и динамики КДО ЛЖ.

В таблице 1 представлены средние морфометрические показатели до и после операции по данным комплексной ЭхоКГ.

Основными критериями отбора пациентов на паллиативную операцию считали: выраженную гипоксемию, одышно-цианотические приступы, показатель индекса $Mc\ Goon$ ниже 2,0 (соотношение суммы диаметров обеих ветвей легочной артерии к диаметру диафрагмальной аорты); индекс левого желудочка (соотношение конечного диастолического объема ЛЖ к площади поверхности тела); высокий риск одномоментной радикальной коррекции.

Анестезия и хирургическая тактика

Премедикацию проводили в палате с применением атропина 0,1% 0,1 мг/кг, сибазона 0,5% 0,4-0,5

мг/кг и калипсола 5% 4-5 мг/кг внутримышечно за 30 минут до операции. После наступления медикаментозного сна вводили катетер в периферическую вену. Индукция в составе: сибазон 0,5% 0,4-0,5 мг/кг, фентанил 0,005% 3-5 мкг/кг для предотвращения прессорной реакции. Мышечную релаксацию достигали введением пипикурониума 0,2% в дозе 0,08 -0,1 мг/кг с последующей интубацией трахеи и переводом больного на искусственную вентиляцию легких. Насыщающая доза фентанила до кожного разреза под контролем гемодинамики составляла 15-20 мкг/кг. Анестезию поддерживали соответствующими дозами сибазона, фентанила и пипикурониума в зависимости от клиники и гемодинамических показателей.

Мы предпочитаем тактику наложения модифицированного Б-Т шунта сосудистыми протезами (лавсановый, Гортекс, Экофлон, васкулографт со спиралью). Отличительная особенность модифицированного Б-Т шунта состоит в том, что он может быть наложен с любой стороны без нарушения кровоснабжения соответствующей верхней конечности [3,4]. Отдельные авторы, считают, что ликвидация его при радикальной коррекции более сложна, однако мы этого не отмеча-ли.

При выраженной гипоплазии ветвей и ствола ЛА мы предпочитали наложение, так называемого центрального шунта между восходящей Ао и стволом ЛА стернотомическим доступом, что выполнено 5 пациентам (7,04%). Наиболее широко использовали тора-котомный доступ слева. В связи с относительной не-сложностью выделения левой ПКА и левой ветви ЛА этот доступ применен 63 пациентам (88,7%). При небольшом диаметре левой ПКА наложение шунта проводили с правой стороны. Такой способ применен 3 больным (4,23%). При выборе размера сосудистого протеза исходили из диаметра левой ПКА, что, по на-шему мнению, позволяет избежать гиперфункции шунта.

Так в таблице 2 представлены данные использо-ванных протезов в зависимости от возраста пациен-тов. До 6 месяцев применялись протезы 4-5 размеров, от 6 месяцев до 2 лет - 5-6, старше 2 лет - 6-8 разме-ры.

На рисунке 1 представлены различные методы Б-Т шунта. После выделения анастомозирующих сосудов вшивается непрерывным швом (пролен 6,0) сначала проксимальный, а затем - дистальный конец протеза. Операция широко используется и имеет рутинный характер. Нестандартные ситуации, возникающие во время вмешательства, в основном связаны с тяжелым исходным состоянием больных (резкое снижение са-

Таблица 2
Размер и вид примененных сосудистых протезов (число больных, % из общего количества)

Вид протеза	Размер протеза					Всего
	IV	V	VII	VIII	VI	
Лавсан	-	-	3 (4,2%)	1 (1,4%)	39 (55%)	43 (60,6%)
Экофлон	9 (12,6%)	8 (11,2%)	-	-	1 (1,4%)	18 (25,3%)
Гортекс	-	-	-	-	9 (12,6%)	9 (12,7%)
Васкулографт	-	-	-	-	1 (1,4%)	1 (1,4%)

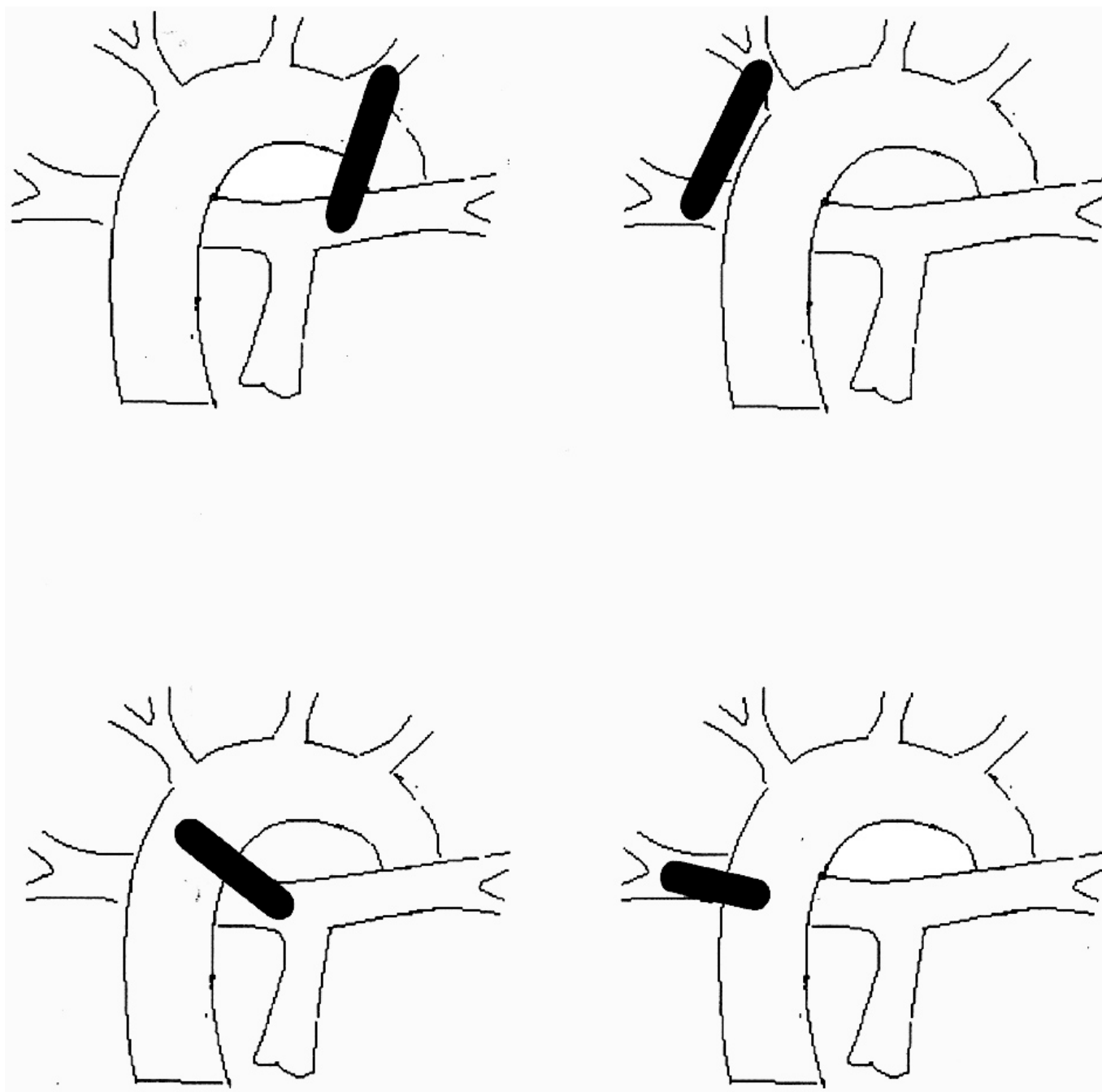


Рис.1 Виды модифицированного Б-Т анастомоза

турации до 20-30%, брадикардия, остановка сердца и т.д.).

Результаты и обсуждение

Основной целью наложения межартериальных анастомозов является купирование хронической гипоксемии, увеличение КДО ЛЖ и размера ветвей легочной артерии. Комплексное обследование больных при поступлении показало, что индекс ЛЖ был 23,6 (0,75 мл/м², другие эхокардиографические показатели у всех были меньше возрастной нормы (табл. 1).

Диастолический объем (КДО) ЛЖ и индекс ЛЖ увеличиваются уже в раннем послеоперационном периоде. Так КДО ЛЖ увеличился в 1,1 раза, индекс ЛЖ в 1,3 раза, соответственно (рис. 2).

Повышения сатурации крови является основным критерием успешной операции (рис. 3). В раннем

послеоперационном периоде данный показатель увеличился в 1,3 раза. По данным Stark J. с соавт [6], для нормального функционирования анастомоза систолическое артериальное давление крови должно поддерживаться на уровне не менее 80 мм рт. ст. Гепаринизация при дозировке препарата 70 ЕД/кг начинается с момента пережатия легочной артерии, что также дает нормальное функционирование протеза.

Сравнительная характеристика используемых протезов показала, что оптимальными являются протезы Гортекс, Экофлон и Васкулографт со спиралью. Среди пациентов основной группы только у одного выявлен тромбоз протеза (экофлон 5) в течение года. После наложения лавсанового протеза у 2 больных уже в раннем послеоперационном периоде был выявлен тромбоз шунта, по поводу чего проведены реопера-

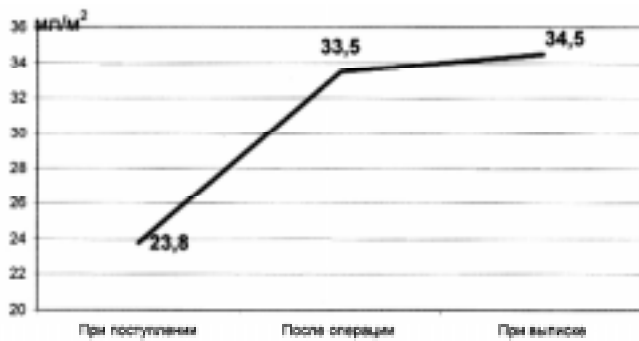


Рис.2 Показатели конечного диастолического объема ЛЖ до и после операции

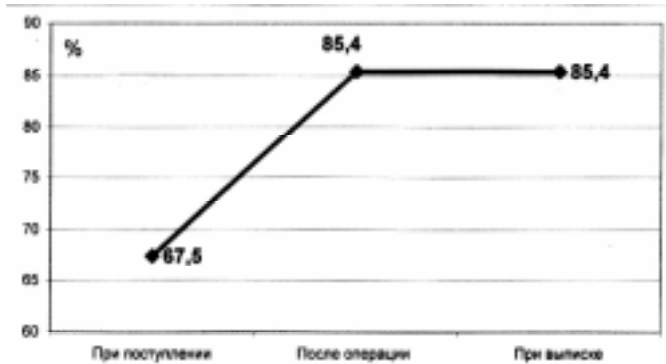


Рис.3 Показатель насыщения крови кислородом до и после операции

ции с тромбэктомией и восстановлением функции протеза. В течение года у 8 пациентов отмечена гиподинамия протезов. Несмотря на проводимую антикоагулянтную терапию (гепарин, фенилин), лавсановые протезы остаются самыми тромбогенными.

Послеоперационная летальность составила 4,23 % (3 больных). Причиной летальности в первом случае была аспирация ребенка молоком матери. Во втором случае ребенок в возрасте 2 месяца поступил в тяжелом состоянии. На вторые сутки после операции (наложение центрального шунта) умер от острой сердечной недостаточности. Третий пациент умер на третьи сутки после наложения анастомоза из-за нарушения ритма.

Выводы

Межартериальные анастомозы остаются высокоэффективным методом внесердечной гемодинамической коррекции синей формы Тетрады Фалло. Хорошие послеоперационные результаты подтверждаются низкой госпитальной летальностью.

Модифицированный Б-Т шунт сосудистым протезом является наиболее оптимальным методом МАА.

Из сосудистых протезов предпочтительны протезы типа Гортекс, Экофлон, Васкулографт как наименее тромбогенные.

4. МАА следует рассматривать как подготовку сердца к основному этапу хирургического вмешательства.

ства.

Литература

1. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия, Москва. 1989 г.
2. Каракозов П.Е., Махмудов М.М., Гулямов Д.С и др. Паллиативная хирургия цианотических врожденных пороков сердца: шунт или изолированная реконструкция путей оттока правого желудочка. Сборник трудов I-ой конференции по детской кардиологии и кардиохирургии стран Кавказского и Среднеазиатского регионов СНГ, 27-30 ноября 1999 г, Армения, Ереван, с.39.
3. Приходько В.П., Стариков В.И., Пенина Л.П. и др. Опыт применения протезов Gor-Tex для межсистемных анастомозов у больных с Тетрадой Фалло. Сборник трудов I-ой конференции по детской кардиологии и кардиохирургии стран Кавказского и Среднеазиатского регионов СНГ, 27-30 ноября 1999 г, Армения, Ереван, с.47.
4. De Leval M.R., McKay R., Jones M., et al. Modified Blalock-Taussig shunt. Use of subclavian artery orifice as flow regulator in prosthetic systemic-pulmonary artery shunts. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. - 1981. V. 81, p. 112-119.
5. Hovaquimian H.S., Jamalyan S.V., Manoukian V.E. Left ventricular dysfunction after Tetralogy repair. Is it new problem? Сборник трудов I-ой конференции по детской кардиологии и кардиохирургии стран Кавказского и Среднеазиатского регионов СНГ, 27-30 ноября 1999 г, Армения, Ереван, с.41.
6. Stark J., Smallhorn J., Hunt J. et al. Surgery for congenital heart defects diagnosed with cross-sectional echocardiography// Circulation. - 1983. V. 68. -Suppl. II. - p. II-129- II - 138.
7. Susan E. Day. Tetralogy of Fallot (Special problems of surgery). Intensive therapy in Pediatrics (Internet Textbook). 2001. USA.

И.К.Туйчиев,
Н.К.Муратходжаев

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ, ПЕРЕНЕСШИХ В ПРОШЛОМ СЕКТОРАЛЬНУЮ
РЕЗЕКЦИЮ ПО ПОВОДУ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ
ГИПЕРПЛАЗИЙ

Ферганский филиал Второго Ташкентского государственного медицинского
института

И.К.Туйчиев, Н.К.Муратходжаев
**СУТ БЕЗИ ДИСГОРМОНАЛ КАСАЛЛИКАРИДА СЕКТОРАЛ РЕЗЕКЦИЯ ТАХИСИ ЎТКАЗИЛГАНДАН СЎНГ ҲОСИЛ БЎЛГАН
СУТ БЕЗИ РАКИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ**

Вилоят ўсма касалликлари диспансерида сут беzi дисгормонал касалликлари туфайли секторал резекция тахиси ўтказилган 1268 беморни даволаш натижалари ўрганиб чиқилган. Кейинги йиллардаги ўтказилган текширувлар натижасида улардан 65 тасида (5,1%) сут беzi раки аниқланган. Шу беморлар морфологик тахили хулосалари ўрганилганда 38 тадан 20 тасида (52,6%) пролиферация аломатлари топилган.

Сут беzi секторал резекцияси тахиси ўтказилгандан сўнг 49,2% беморларда тахис ўтказилган томонда сут беzi раки юзага келган. Бу беморларда 5 йил яшаш муддати 44,6% ни ташкил этган.

I.K.Tuychiev, N.K.Murathodjaev, A.V.Khodjaev
**RESULTS OF TREATMENT OF THE PATIENTS BY A BREAST, TRANSFERRED IN THE PAST SECTORAL RESECTION CONCERNING
DISHORMONAL HUPERPLASY**

The results of treatment 1268 patients before transferred sectoral resection in Fergana regional oncologic hospital concerning dishormonal huperphlasy are analysed. At the further inspection from them at 65 (5,1%) women the breast cancer is diagnosed. At morphological research of the removed preparation at 20 (52,6%) patients are found out proliferative of the form. The breast cancer in term till 3 years after sectoral resection is revealed at 49,2% of the patients and more often were located in operated iron. The results 5 years survical at this category of the patients are made by (with) 44,6%.

Дисгормональные опухоли молочной железы относятся к наиболее распространенным заболеваниям у женщин. Важен, но окончательно не изучен вопрос об их роли в развитии рака [1,4]. Наибольшая вероятность малигнизации существует при наличии пролиферативных форм дисплазии [3,5]. Дисгормональные гиперплазии молочных желез чаще всего бывают двусторонние и диффузные, однако встречаются и узловые формы. Выполнение секторальной резекции при диффузной форме гиперплазии невозможно из-за того, что не удастся достичь радикализма при удалении зон молочной железы, где дисплазия наиболее выражена, а это может означать повышенный риск развития в дальнейшем рака молочной железы [1,2].

В хирургическом отделении Ферганского областного онкологического диспансера за период с января 1985 г. по декабрь 1995 г. находились 1736 больных с разной патологией молочных желез. У 1268 из них ранее произведена секторальная резекция по поводу узловых форм дисгормональных гиперплазий. При дальнейшем обследовании у 65 (5,1%) женщин от 25 до 65 лет был диагностирован рак молочной железы. Установленный клинический диагноз и характер полученных морфологических изменений у 38 женщин представлен в табл.1, где видно, что большинство

больных оперированы по поводу фиброзно-кистозной мастопатии и фиброаденомы. Проллиферативные формы обнаружены у 20 (52,6%) больных. У 27 пациентов после секторальной резекции результаты гистологических исследований не найдены, морфологический анализ представлен цитологическим описанием полученного материала.

Из анамнеза установлено, что из 52 женщин 26 страдали различными гинекологическими заболеваниями, у 16 выявлена патология щитовидной железы, у 15 — хронические заболевания печени и желчного пузыря, у 3 — отягощенная наследственность по раку молочной железы, у 8 — ожирение разной степени с патологией обмена. Наличие двух и более из указанных факторов в момент секторальной резекции отмечено у 36 (69,2%) женщин.

Из 38 указанных только 12 больным после операции установлено постоянное диспансерное наблюдение, однако маммография молочных желез в этот период им не производилась. Остальные 27 пациенток также не наблюдались онкологом и не проходили периодические инструментальные исследования.

Как видно из таблицы 2, рецидив опухоли молочной железы после секторальной резекции в течение 3 лет обнаружен у 32, от 3 до 5 лет — у 23, более 5 лет — у

Таблица 1

Клинико-морфологическая характеристика обследуемых больных

Клинический диагноз	Морфологический диагноз	Число больных		Итого
		с пролиферацией	без пролиферации	
Узловая мастопатия IB	Фиброзно-кистозная мастопатия	12	6	18
Фиброаденома молочной железы IB	Фиброаденома, аденома	3	10	13
Хронический мастит	Хронический продуктивный мастит	3	1	4
Киста молочной железы	Кистозная мастопатия	2	1	3
Всего		20	18	38

Таблица 2

Сроки выявления и локализация опухоли

Время появления опухоли после операции	Локализация			Итого
	в зоне операции (абс, %)	вне зоны операции (абс, %)	в неоперированной железе (абс, %)	
До 3 лет	20(62,5%)	6(33,3%)	-	26
От 3 до 5 лет	6(18,71)	10(55,5%)	7(46,6%)	23
Более 5 лет	6(18,7%)	2(11,1%)	8(53,3%)	16
			15(23,0%)	65

Таблица 3

Сроки обнаружения регионарных и отдаленных метастазов

Сроки появления метастазов	Регионарные метастазы (абс, %)	Отдаленные метастазы (абс, %)	Итого
До 3 лет	16(66,6%)	1(11,1%)	17
От 3 до 5 лет	6(25,0%)	5(55,5%)	11
Более 5 лет	2(8,3%)	3(33,3%)	5
Всего	24(72,7%)	9(27,2%)	33

16 больных. У большинства пациенток (50 из 65) опухоль располагалась в ранее оперированной железе в зоне операции - у 32(49,2%), вне зоны операции - у 18(27,6%) больных. В неоперированной молочной железе в срок от 3 до 5 и более 5 лет выявлены 15(23,0%) случаев рака молочной железы.

У большинства больных в момент обнаружения рецидивной опухоли молочной железы обнаруживались регионарные и отдаленные метастазы (табл.3)

Исходя из таблицы 3, регионарные метастазы (N⁺) выявлены у 24 больных (36,8%), отдаленные метастазы (M⁺) у 9 (13,8%) женщин. Наиболее часто N⁺ случаев обнаружено до 3 лет у 16 из 24 больных. В период наблюдения от 3 до 5 лет – 6, более 5 лет – 2.

Отдаленные метастазы рака молочной железы у 5 больных зарегистрированы от 3 до 5 лет, у 3 - более 5 лет и у 1 - до 3 лет.

Среди обследуемых больных у 20 обнаружена II^a стадия, I стадия болезни не выявлена. У 10 больных раком молочной железы отмечен местнораспространенный процесс (III^b ст.). II^b стадия отмечена у 14 больных. В 9 случаях зарегистрированы отдаленные ме-

тастазы (IV ст.): в печени - 4, в легких - 3, в подпочечной области – 2 (табл.4).

Из 65 пациенток 27(41,5%) проведено комбинированное, 38(58,4%) - комплексное лечение. 54(83%) из 65 больных проведена радикальная мастэктомия по Холстеду, 4 - простая мастэктомия из-за распада опухоли. Неоперированы 7 больных. Отказались от операции 3, 2 - из-за выраженной сопутствующей патологии, 2 - вследствие распространенности процесса.

При изучении выживаемости больных в зависимости от стадии получены следующие результаты. В группе больных с ранней формой болезни (II^a ст.) из 20 больных 15(73%) прожили более 5 лет. У больных с местнораспространенной стадией процесса (III^b) из 10 только у 2(20%) женщин перешагнул 3-летний срок. В группе с IV ст. рака молочной железы все больные умерли в течение 5 лет. Общая 5-летняя выживаемость у этой категории больных составила 44,6% (29 больных).

При морфологическом исследовании у большинства больных обнаружен инфильтративный рак (47

Таблица 4

Стадия заболевания	Выживаемость			Итого
	до 3 лет	до 5 лет	более 5 лет	
T2NoMo- II A ст.	-	5	15	20
T2N1Mo- II B ст.	2	6	6	14
T3NoMo-III A ст.	2	4	6	12
T2-3N1-2Mo-III B ст.			2	10
T1-4N1-2Mo-IV ст.	7	2	-	9
Всего			29	65

больных) с преобладанием солидных форм. Узловые формы роста отмечены у 40(61,5%), диффузные - у 25(38,4%) больных раком молочной железы.

Выводы:

Среди больных, перенесших секторальную резекцию по поводу дисгормональных гиперплазий, в разные сроки в 5,1% случаев диагностирован рак;

злокачественные опухоли в сроки до 3 лет после секторальной резекции выявлены у 49,2% больных и чаще локализовались в оперированной железе;

поздняя диагностика и местно распространенный рак молочной железы вызваны неполным обследованием больных при первом поступлении и отсутствием диспансеризации оперированных;

выживаемость больных этой категории в течение 5 лет составляет 44,6%;

больные, перенесшие секторальную резекцию молочной железы, в течение 5 лет должны постоянно наблюдаться онкологом.

Литература

1. Баболова Л.Д., Тахтаминов А.Н. Рак молочной железы в отдаленные сроки после секторальной резекции // Вопросы онкологии. — 1989. — Т.35, №7. — С.864-866.
2. Ли Л.А., Мартынюк В.В. Излечивает ли секторальная резекция молочной железы узловую мастопатию // Вестник хирургии им.Грекова. — 1998. - №6. — С.77-79.
3. Пантюшенко Т.А. Дисгормональные гиперплазии и рак молочной железы. — М.: Медицина, 1985.
4. Руководство по раку молочной железы. — Пер. с англ./Под ред. R/Barrie. — USA, 1995. — 53 с.
5. Dupont W.D., Page D.L. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease // New Eng. J. Med. — 1985. — Vol.312. — P.146-151.

А.М. Хаджибаев,

Б.А. Янгиев,

А.Т. Эрметов,

Д.Б. Шагазатов

ЧАСТОТА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СВИЩАХ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ.

Научный Центр Хирургии им.акад.В.Вахидова МЗ РУз

Хожибоев А.М., Янгиев Б.А., Эрметов А.Т., Шагазатов Д.Б.

ҚИЗИЛҮНГАЧ АНАСТОМОЗИ ОҚМАЛАРИНИНГ УЧРАШ ХОЛАТИ ВА УЛАРНИ ДАВОЛАШДА ХИРУРГИК ТАКТИКА

Мазкур мақолада аввал турли ҳил услубларда эзофагопластика ўтказилган 132 нафар беморларни текшириш ва даволаш натижалари таҳлил қилинган. Шулардан 18 та беморда қизилўнғач анастомозининг ташқи оқмаси аниқланган бўлиб, бу 13,6%ни ташкил қилган. Шу 18 бемордан 11 нафарига (8,3%) қайта реконструктив операцияси ўтказилган.

Муаллифлар нейтрал аналитни қўллаш йўли билан оғиз бўшлиғидаги ва томоқдаги микробларнинг тарқалишини 2,5 марта камайтиришга, шу билан қайта операциялардан кейин оқма ҳосил бўлишини ва жароҳатнинг йирингли асоратлари сонини пасайтиришга эришдилар.

Khadjibayev A.M., Yangiyev B.A., Ermetov A.T., Shagazatov D.B

FREQUENCY AND SURGICAL TACTICS OF CONNECTIONS CHANNELS

The results of inspection and medical treatment of 132 sick who has different types of ezofagoplasticks (gullet-plasticks) are analysing in this work.External channels of gullets' connections which consisted 13,6 % were being revealed in 18 sick by this. From that number 11 (8,3 %) sick had been reconstructive reoperated.

Authors turned out well descended 2,5 times reproduction of microbes in the mouth, pharynx and also descended a number of pureulent complication by the wound and relapsive formation of channel after reoperation , with the help of application of neutral analit.

Наиболее частым осложнением восстановительных операций на пищеводе является недостаточность швов анастомоза. За последние 15-20 лет разработан ряд мероприятий, направленных на профилактику этого осложнения. Несмотря на это частота недостаточности швов пищевода остается высокой, достигая 33%, и является основной причиной возникновения рубцовых стриктур и свищей в зоне анастомоза (Черноусов А.Ф с соавтор. 1987г, Рубайлов Ю.А с соавтор.1991, Ганиходжаев С.С 2000 г.). По данным литературы частота образования свищей после наложения пищеводно-кишечных анастомозов составляет от 17 до 26% (П.П.Коваленко,1987г., А.А Задарожный, 1997г). Повторные хирургические вмешательства после эзофагопластики остаются одним из труднейших разделов восстановительной хирургии пищевода, а число больных, нуждающихся в повторных операциях, не только не уменьшается, но продолжает расти. Многие вопросы лечения и профилактики образования свищей пищеводно-кишечных анастомозов остаются открытыми, что подчеркивает актуальность настоящей проблемы.

Материал и методы исследования

С 1975 по 2000 гг в отделении хирургии пищевода и желудка были выполнены 264 операции эзофа-

гопластики по поводу различных заболеваний пищевода. Из них 132 больным было проведено комплексное обследование с целью изучения отдаленных результатов. При этом у 60 (45,4%) больных были диагностированы различные заболевания искусственного пищевода органического характера. Из этого числа у 18 (13,6%) больных был обнаружен наружный свищ в зоне анастомоза. Из них у 13 больных свищ был единственной патологией, а у 5 сочетался с рубцовой стриктурой пищеводного анастомоза. Хотелось бы отметить, что у 4 больных свищ в зоне пищеводно-желудочного анастомоза образовался после экстерпации пищевода с одномоментной пластикой из большой кривизны желудка, а у 12 - в области пищеводно-кишечного соустья после шунтирующей толстокишечной и у 2 - после тонкокишечной пластики. Во всех случаях причиной развития свища была недостаточность пищеводного анастомоза в раннем послеоперационном периоде.

Результаты обсуждения

Обязательным методом исследования в диагностике свищей пищеводных анастомозов кроме эндоскопии и рентгенографии является фистулография, которую проводили с использованием водорастворимого контраста. С помощью фистулографии опреде-

ляли протяженность и направление, а также наличие карманов в области свища. На основании полученных данных комплексного обследования определяли метод и тактику лечения в каждом конкретном случае. При диаметре внутреннего отверстия свищевого хода не более 0,5 см и протяженностью не более 2-3 см, а также при отсутствии карманов в области свища больным проводили консервативный метод лечения. У 7 больных, у которых свищ был единственной патологией, после проведенного консервативного лечения свищ закрылся. Эффективность консервативной терапии достигнута тем, что кроме антибактериальной и общеукрепляющей терапии проводили ежедневное промывание свищевого хода нейтральным анализом.

Как известно, при развитии недостаточности пищеводного анастомоза с дальнейшим образованием свища немаловажную роль играет не только нарушение кровоснабжения трансплантата и пищевода в зоне анастомоза, но и наличие воспалительного инфильтрата в данной области. Не исключено, что определенную роль в этом играет «дремлющая» инфекция в этой области после предыдущих операций.

В нашем отделении проведенными исследованиями доказана прямая связь развития гнойно-воспалительных осложнений после реконструктивных операций на пищеводе с высокой распространенностью эндогенной микрофлоры ротовой полости и зева. Была разработана схема профилактики этих осложнений в до- и послеоперационном периоде. Важным моментом данной схемы является санация ротовой полости, зева и пищевода нейтральным анализом; целенаправленная антибиотикотерапия в зависимости от чувствительности флоры зева и супрастенотического отдела пищевода. В предоперационном периоде в течение 5 дней всем больным проводилась обработка зева, ротовой полости и пищевода нейтральным анализом. Эффективность лечебных мероприятий оценивалась микробиологическим исследованием - посев с этих участков до и после обработки анализом.

Предоперационная обработка ротовой полости, зева, искусственного пищевода и свищевого отверстия нейтральным анализом способствовала снижению микробной контаминации этих участков и позволила повысить чувствительность выделенной флоры к антибиотикам. Использование этого метода в наших наблюдениях способствовало снижению микробной обсемененности в 2,5 раза и существенно изменяло как количественный, так и качественный состав микрофлоры зева и ротовой полости.

Оперативное лечение свищей пищеводных анас-

томозов было проведено 11 больным. Показанием к оперативному вмешательству являлись свищи с протяженными, извитыми ходами с наличием дополнительных карманов. Из них 6 больным, у которых свищ является единственной патологией, было выполнено выделение и иссечение свищевого хода.

Методика операции заключается в иссечении всех рубцовых тканей с последующим ушиванием дефекта. В некоторых случаях во избежание натяжения швов возникает необходимость в частичной мобилизации трансплантата. При этом необходимо, чтобы линии швов на коже не совпадали со швами ушитого свища. При наличии короткого и широкого свищевого хода проводили иссечение свища с пластикой образовавшегося дефекта путем наложения швов атравматической иглой в два ряда в поперечном направлении. 5 больным, у которых свищ сочетался с рубцовым сужением анастомоза, была выполнена одномоментная коррекция рубцовой стриктуры с ликвидацией свища.

Вышеуказанная методика с применением нейтрального анализа была выполнена 5 больным, которым проводилось оперативное лечение по поводу свища. Из них у 3 больных ликвидация свища сочеталась с реконструкцией анастомоза. Необходимо отметить, что ни в одном случае мы не наблюдали осложнений в виде недостаточности швов анастомоза, нагноения послеоперационной раны и рецидива свища как в ближайшем, так и в отдаленном периодах после операции.

Заключение

Таким образом, повторные реконструктивные операции на пищеводе относятся к сложным, многоэтапным и технически трудным хирургическим вмешательствам. В связи с этим реконструктивная операция на пищеводе должна выполняться по строгим показаниям в каждом конкретном случае.

Проведение профилактических мер по определению чувствительности микрофлоры зева и ротовой полости и обработка этих участков нейтральным анализом позволяют снизить частоту осложнений в послеоперационном периоде.

Литература

1. Ганиходжаев С.С. Автореф. дис. канд. мед. наук. 2000 г
2. Задарожный А.А., Байдала П.Г. Вестник хирургии им. Грекова 1993г №7-12 стр 78-81.
3. Коваленко П.П., Чепурной Г.А., Степанов В.С. Хирургия пищевода и легких 1987 стр.32-34.
4. Черноусов А.Ф., Богопольский А.М. Хирургия 1987 г № 1 стр 36-40

Р.Р.Ходжаев,
Н.С.Джамбекова

РОСТ И ФОРМИРОВАНИЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ЛЕЧЕННЫХ КОНСЕРВАТИВНЫМИ И ОПЕРАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ

Научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии МЗ РУз

Р.Р. Ходжаев, Н.С. Джамбекова

БОЛАЛАРДА СОН СУЯГИ ДИАФИЗ ҚИСМИДАГИ СИНИШЛАРНИ КОНСЕРВАТИВ ВА ОПЕРАТИВ ЙЎЛ БИЛАН ДАВО- ЛАШДАН КЕЙИН СУЯКНИНГ ҲСИШИ ВА ШАКЛЛАНИШИ

Болаларда сон суягининг диафиз қисмидаги синишлари умумий синишлари орасида 19,7%ни ташкил этади. Биз сон суягининг диафиз қисмидаги синишлари туфайли болаларнинг 227 нафар болаларни даволаш даволанган натижаларини ўргандик. Шулардан 155 таси (68,3%) консерватив усулда даволанган ва 72 таси (31,7%) оператив йўл билан даволанган.

Натижалар шуни кўрсатдики, болаларда сон суягининг регенератив ва қайта шаклланиш хусусияти уларнинг узиш жараёнида давом этади. Суякнинг регенерацияси фақатгина суякнинг синган сахасида эмас, балки суякнинг барча қисмларида бўлиши аниқланган. Рентгенологик тасвирда суяк ички каналнинг тўлиқ тикланиши, суяк тузилиши ва ўсишининг тикланиши, суяк қадоқларининг сўрилиши ва суякнинг нормал анатомик ҳолатга келганлиги кузатилди.

R.R.Khodjaev, N.S.Djambekova

GROWTH AND SHAPING OF FEMORAL SHAFT IN CHILDREN AFTER DIAFIZAR FRACTURES, TREATED BY CONSERVATIVE AND OPERATIVE METHODS.

Diafizar fractures of femoral shaft make 19,7% of all fractures in children. We have studied the results of treatment in 227 children. 155 (68,3%) children were treated by conservative methods, and 72(31,7%) of them-by operative methods. Analysis of x-ray photographs showed, that children have a pronounced ability to regeneration and reconstruction of bone during the whole period of child's growth. Such process is not limited by a place of fracture, and spreads to the whole length of bone. It can be observed on x-ray photographs by full recovery of marrowy canal, bone structure, fixation of right position of extremity shaft, regress of bone callosity with resorbition of broken parts of bone. The final result of continuing transformation of bone is the improvement of its form till its anatomic norm.

Переломы диафиза бедренной кости являются наиболее тяжелой патологией опорно-двигательного аппарата у детей. Встречаются во всех возрастных группах и составляют, по нашим данным, 19,7% от всех переломов костей.

Лечение диафизарных переломов бедренной кости у детей проводится по общепринятым в травматологии правилам с учетом анатомо-физиологических особенностей детского организма вообще и опорно-двигательной системы в частности.

Тактика лечения зависит от многих факторов и, в первую очередь, от давности перелома, возраста больного, количества проведенных репозиций, локализации и характера смещения отломков, сопутствующих осложнений.

Большинство детских травматологов отдают предпочтение консервативному методу лечения диафизарных переломов бедренной кости у детей с помощью скелетного вытяжения (В.В.Ключевский. 1991; L.Ziv,M.Rang,1983; L.Weseel, C.Seyfriedt, 1996.)

Однако предложен целый ряд оперативных методов лечения от остеосинтеза (М.В.Волков и др., 1990; В.П.Немсадзе и др.,1994; А.А.Закис, 1992; А.И.Дорохин,1993; О.Aslanglu. 1984) до наложения спицевых и стержневых аппаратов внешней фиксации (С.В.Пронь. 1996).

Как свидетельствуют данные литературные и наши наблюдения, метод лечения должен выбираться, в первую очередь, с учетом клинического обследования больного. То есть, важно знать насколько сохранившееся смещение отломков бедренной кости может стать причиной неудовлетворительной функции поврежденной конечности. Во - вторых, важно учитывать возможность самокоррекции деформации в процессе роста ребенка и прогнозировать насколько и в каких пределах она произойдет и насколько оставшееся смещение отломков может явиться причиной неудовлетворительной функции поврежденной конечности.

Материал и методы исследования

Работа основана на изучении отдаленных результатов лечения 227 детей с переломами диафиза бедренной кости, лечившихся в отделении острой травмы для детей НИИТО МЗ РУз с 1984 по 1999 гг.

По возрасту больные были распределены на следующие группы: до 3 лет — 54 (23,4%); от 4 до 6 лет — 44(19,6%); от 7 до 10 лет — 58 (25,7%); от 11 до 14 лет — 71 (31,3%). Из них мальчиков было 138 (60,8%), девочек — 89 (39,2%). При анализе характера перелома установлено преобладание поперечных переломов — 101(44,7%) больных; косые отмечены — у 89 (39,2%), винтообразные - у 25 (10,8%), оскольчатые — у 12(5,3%). При оценке повреждений с точки зрения смещения фрагментов кости установлено, что переломы со значительным смещением костных отломков составили 84,8% (192 больных), без смещения или с незначительным смещением — 15,2% (35 больных). По признаку превалирования наибольшего смещения больные были распределены на 4 основные группы: угловые смещения составили 43,4%, смещения по ширине — 26,6% , по длине — 19,3% и ротационные смещения — 10,7 %. Из 227 детей у 155 (68,3%) применялся консервативный метод лечения, у 72 (31,7%) - оперативный.

Полученные результаты и обсуждение

При лечении переломов длинных костей у детей в первую очередь необходимо учитывать такие анатомо-физиологические особенности детской кости, как строгое анатомическое деление на три отдела (метафиз, эпифиз и хрящевая зона роста), каждый из которых имеет изолированную систему кровообращения, что определяет частые нарушения кровообращения при травмах. Вторым важным фактором являются локализация и характер перелома, степень смещения отломков. Третий фактор - это высокие регенераторные способности детского организма.

Сравнивая различные методы лечения диафизарных переломов бедренной кости у детей, мы полнос-



Рис. 1 Больной С. 5 лет диагноз: "Закрытый поперечный перелом нижней трети левой бедренной кости со смещением костных отломков", на скелетном вытяжении

тью согласны с литературными данными, что скелетное вытяжение является наиболее простым, щадящим, безопасным и эффективным методом лечения. При лечении на скелетном вытяжении, как правило осложнений не наблюдается и отмечаются хорошие анатомо-функциональные результаты.

В наших исследованиях скелетное вытяжение применено у 139 больных (61,2%). Сроки лечения составили от 2 до 6 недель. Длительное ограничение двигательной активности ребенка (прикованность к кро-



Рис. 2 Тот же больной в процессе консолидации, через 40 дней



Рис. 3 Тот же больной процесс консолидации через 4 месяца



Рис. 4 Больной С. отдаленный результат через 8 лет, произошла самокоррекция деформации бедренной кости.

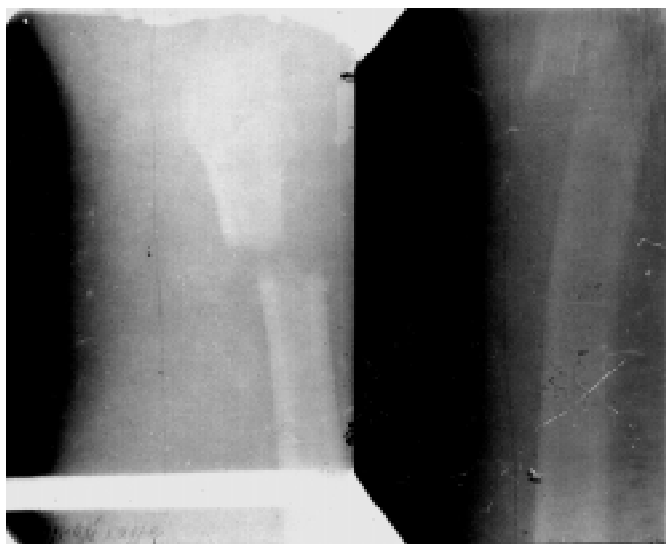


Рис. 5 Больной Р. 8 лет, диагноз: "Закрытый поперечный перелом верхней трети левой бедренной кости со смещением костных отломков", на скелетном вытяжении.

вати) расценивалось нами как недостаток функционального способа лечения.

Изучение рентгенологической картины регенерации и перестройки бедренной кости с неустраненным смещением костных отломков в отдаленные сроки наблюдения (от 1 до 15 лет) показало, что у детей раннего и дошкольного возраста происходит самокоррекция оставшихся деформаций, в старшем возрасте этот процесс менее выражен, что требует более точной репозиции. Мы считаем допустимыми смещения костных отломков у детей раннего и дошкольного возраста по ширине - на полный поперечник кости, по длине до 2 см; у детей старшего возраста - на $\frac{1}{2}$ ширины поперечника кости. Оставление угловых и торсионных смещений недопустимо. Наши исследования показали, что диафизарные переломы бедренной кости с "допустимыми" смещениями не требуют повторной репозиции в связи со способностью к ремоделиации кости в течение 2-3 лет после травмы.

Процесс самоустранения деформаций и формирования бедренной кости после перелома диафиза леченого скелетным вытяжением демонстрируют следующие наблюдения.

Больной С. 5 лет (1985 г.р.), и.б. №2546 поступил 18.07.1990 г. с диагнозом закрытый поперечный перелом нижней трети левой бедренной кости со смещением костных отломков. Наложено скелетное вытяжение (рис.1). Несмотря на то, что полное смещение дистального отломка по ширине кпереди и кнаружи, а по длине на 1,0 см не было устранено, больному наложена тазобедренная гипсовая повязка, после снятия последней определяется костная мозоль, которая в процессе сращения заполнила все углубления между отломками (рис.2). На рентгенограмме от 31.10.1990 г. отмечается полное сращение перелома, но перестройка костной мозоли еще не произошла, отмечается варусная деформация 10 градусов. На рентгенограмме через 4 месяца (рис.3) костная мозоль значительно уменьшилась за счет рассасывания ее в области выступающих концов отломков. Отдаленный результат изучен через 8 лет. Место перелома практически не



Рис. 6 Тот же больной в гипсовой повязке, отмечается вторичное смещение костных отломков.

определяется и структура обеих костей идентична, отмечается анторсия II степени (рис.4).

Следующий пример: больной Р. 8 лет, и.б. №1028 поступил 27.03.1997 г. с диагнозом закрытый поперечный перелом верхней трети диафиза левой бедренной кости со смещением костных отломков. Наложено скелетное вытяжение (рис.5) с последующим наложением гипсовой повязки. Через 2,5 месяца (рис.6) на рентгенограмме костные отломки спаяны периостальной костной мозолью, которая сглаживает выступающие концы отломков. Дистальный отломок смещен кнутри на весь поперечник, варусная деформация составляет 20 градусов, анторсия II степени. Смещение отломков по длине 2,0 см, что сумме с варусной деформацией в 20 градусов (10 градусов дает укорочение в 0,6 см) составляет укорочение в 3,2 см. Костная мозоль плотная, но перестройка еще не произошла. Костно-мозговой канал прослеживается в каждом отломке отдельно по типу "двустволки" (рис.7). Учитывая, что состояние костных отломков при нахождении на скелетном вытяжении было удовлетворительным, очевидно появившаяся деформация возникла в результате вторичного смещения костных отломков в гипсовой повязке. Отдаленный результат изучен через 1,5 года. На рентгенограмме перелом верхней трети бедренной кости сросся, восстановлена структура кости, отмечается увеличение ширины поперечника травмированной кости, утолщение внутреннего кортикального слоя, расширение просвета костно-мозгового канала. Увеличение шеечно-диафизар-



Рис. 7 Тот же больной в процессе сращения, через 2 месяца; костно-мозговой канал прослеживается в каждом отломке отдельно по типу "двустволки".

ного угла слева на 10 градусов, варусная деформация в 10 градусов (рис 8).

Наши наблюдения показали, что у детей отмечается выраженная способность к регенерации и перестройке кости после перелома в течение всего периода роста ребенка. Процесс этот не ограничивается местом перелома и функциональным приспособлением. В процесс вовлекается вся кость, восстанавливается ось конечности, непрерывность костно-мозгового канала, улучшается форма и структура кости до анатомической нормы.

Оперативные методы лечения применены у 72 детей в возрасте от 6 до 14 лет. Показаниями к оперативному вмешательству служили нестабильные, трудно репозируемые переломы, позднее обращение больных из сельских и районных больниц, множественные и сочетанные травмы, осложненные переломы. Чаше применялся интрамедуллярный остеосинтез штифтом Богданова (27 детей). При этом способе лечения были нередки случаи избыточного роста травмированной кости. Накостные пластины Лена и Каплана-Антонова использованы у 22 детей. Отмечено, что данная фиксация не всегда была стабильна и часто приводила к возникновению угловых деформаций и укорочению бедренной кости. Анализ исходов оперативного лечения, где для фиксации костных фрагментов применялись винты, проволока (2), показал, что использование этих фиксаторов в детской практике недопустимо, так как они не могут обеспечить стабильную



Рис. 8 больной Р. отдаленный результат через 1,5 года. место перелома определяется по увеличению ширины поперечника кости и оставшейся варусной деформации в 10 градусов.

фиксацию отломков. В процессе сращения и последующего роста кости фиксаторы включаются в костную мозоль, причем операции по их удалению более травматичны, чем сама операция остеосинтеза. После удаления фиксаторов возникает необходимость дополнительной иммобилизации гипсовой повязкой, что приводит к сгибательным контрактурам коленного сустава. Стабильно-функциональный остеосинтез аппаратом клиники применен у 21 больного. Результаты лечения были оценены в основном как хорошие, только у троих детей отмечены удовлетворительные результаты.

Проведя анализ 1500 рентгенограмм детей с переломами диафиза бедренной кости, мы пришли к выводу, что образование костной мозоли и ее перестройка при любых видах линии излома протекает аналогично и в основном зависит от возраста ребенка. Установлено, что чем меньше возраст ребенка, тем интенсивнее и короче этот процесс. Также отмечено, что мозолеобразование идет как периостально, так и эндостально. При перестройке костной мозоли костно-мозговой канал формируется в последнюю очередь.

Нами проведен анализ отдаленных исходов 192 детей с диафизарными переломами бедренной кости с неустраненными смещениями. Это еще раз подтверждает способность детской кости к самоисправлению деформаций в процессе роста ребенка. Необходимо отметить, что самокоррекция деформаций кости про-

исходит не всегда и не при всех видах перелома. Практически важно знать какие смещения допустимы и не отражаются в дальнейшем на анатомо-функциональном состоянии конечности, а какие влекут за собой образование деформаций с нарушением функции опорно-двигательного аппарата. Считаем необходимым иметь достаточно точное представление о пределах “допустимых” смещений у детей в зависимости от возраста для правильного решения вопроса о показаниях к повторной репозиции костных фрагментов. На основании наших исследований, мы считаем “допустимыми” смещения по ширине на 1/2 поперечника кости у детей всех возрастов, на весь поперечник - в возрасте до 7 лет. По длине до 1см, угловые смещения в $n/3$ до 5-10 градусов.

Выводы

Переломы бедренной кости встречаются во всех возрастных группах и составляют 19,7% от всех переломов костей у детей, выбор метода лечения зависит от вида перелома, характера смещения костных отломков и возраста ребенка.

После перелома у детей отмечается выраженная способность к регенерации и перестройке кости. Регенерация кости не ограничивается местом перелома и функциональным приспособлением, в процесс вовлекается вся кость, восстанавливается ось конечности, непрерывность костно-мозгового канала, улучшается форма и структура кости.

При выборе метода лечения детей с переломами диафиза бедренной кости следует учитывать возможности спонтанной самокоррекции деформаций, зави-

сящие от возраста ребенка, характера и локализации перелома, вида и степени смещения отломков.

Оперативные методы лечения переломов диафиза бедренной кости у детей должны применяться строго по показаниям, с учетом возраста, характера и локализации перелома, границ “допустимых” смещений.

Литература:

1. Дорохин А.И. *Компрессионно-дистракционный остеосинтез в системе лечения переломов длинных костей у детей.* Автореф. канд. дис. мед.наук.-М.,1993.-26с.
2. Закис А.А. *Чрескостный остеосинтез в детском возрасте.* Автореф. дис.канд. мед.наук. Рига.-1992.26с.
3. М.В.Волков, Э.Ф.Самойлович, А.А.Алексеев и др. *Компрессионно-дистракционный остеосинтез у детей.* /Труды Всероссийского съезда травматологов- ортопедов. г. Ленинград.-1990.-С. 1855-188.
4. Ключевский В.В. *Скелетное вытяжение.* Л.-Медицина,1991.-160с.
5. В.П.Немсадзе и др. *Остеосинтез металлическими пластинами при операциях на костях у детей.* //Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова.-1994. № 2.С.6-9.
6. Пронь С.В. *Стержневой компрессионно-дистракционный аппарат для лечения переломов длинных костей.* / Травматол. и ортопед.-1996.№2 С.2-54.
7. Aslanoglu O. *Effects of Compression plates and External Fixation on Early Bone Healing* // *Orthopedics* -1984.-Vol.7.-№6.-P.996-1000.
8. Wessel L., Seyfriedt C. *Leg Length Inequality Following Ptdiatric Femoral Fractures -Final of Temporal Phenomenon Unfallchirug.-1996.-Vol.99. No 4.-P.275-282.*
9. Ziv I., Rang M. *Treatment of Femoral Fractures in the Children with Head Injury.* J. Bone and Surgery.-1983.-Vol.65.B.-№3.-P.276-278.

А.Ф. Черноусов,
А.И. Чернооков,
Д.В. Ручкин,
М.Е. Воронов

ЭКСТИРПАЦИЯ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ЗАДНЕМЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ПЛАСТИКОЙ ТОЛСТОЙ КИШКОЙ У БОЛЬНЫХ С ОЖГОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА

Научный центр хирургии РАМН

The outcomes of treatment of 16 patients undergone esophageal extirpation with one-stage posteromediastinal colonoplasty are presented. The indication for surgery were benign esophageal strictures in 16 patients. Esophageal extirpation via abdominocervical access was made in 14 patients. The use of the large bowel to replace an artificial esophagus was recognized to be advisable if a graft cannot be formed from the stomach.

По данным отечественных и зарубежных авторов 30,5-45,9% больных с рубцовыми послеожоговыми стриктурами пищевода нуждаются в эзофагопластике. В последние годы широкое применение в нашей стране и за рубежом получила экстирпация пищевода с одномоментной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой [1, 2, 4, 5, 9, 14, 15].

Иногда по причине сопутствующего ожогового поражения желудка и ранее перенесенных на нем операций (гастрэктомия, резекция желудка, гастроэнтеростомия, гастростомия с повреждением перигастрической сосудистой дуги), сформировать желудочный трансплантат не представляется возможным. По этой причине с начала 80-х годов стала применяться транسخиатальная экстирпация пищевода с одномоментной заднемедиастинальной пластикой пищевода толстой кишкой (ЭППТК). Преимуществами этой операции, по сравнению с заградочной (шунтирующей) толстокишечной эзофагопластикой, являются удаление

пораженного рубцовым и хроническим воспалительным процессом пищевода (профилактика рака), более короткий и прямой путь на шею, отсутствие перегибов трансплантата [2, 6, 7, 10, 12, 13, 15]. Кроме того, после удаления пищевода трансплантат оказывает «тампонирующее» действие на заднее средостение, значительно улучшающее гемостаз [8, 9].

Позицию толстокишечного трансплантата (изоили антиперистальтическую) в большей степени выбирают индивидуально. Отдельные хирурги при любой возможности выполняют изоперистальтическую колоэзофагопластику на левой ободочной или сигмовидных артериях [11, 15]. Другие же авторы не придают столь решающего значения позиции трансплантата. Они справедливо полагают, что основной вопрос, состоящий в восстановлении проходимости пищеварительного тракта, может быть успешно решен антиперистальтической эзофагопластикой с использованием левой половины толстой кишки на мощной сред-

ней ободочной артерии. К тому же, многочисленные исследования показали, что в различные сроки после колоэзофагопластики пищевой комок движется по искусственному пищеводу под действием силы тяжести, а не в результате перистальтической активности толстой кишки [1, 5, 9].

Материалы и методы

В отделении хирургии пищевода и желудка РНЦХ РАМН за период с 1989 по 2000 годы ЭППТК произведена 16 пациентам с ожоговыми стриктурами пищевода. Возраст больных колебался от 24 до 63 лет. Среди оперированных было 10 мужчин и 6 женщин. Стриктуры пищевода развились в результате приема уксусной кислоты в 7 случаях, соляной кислоты - в 1, серной кислоты - в 1, каустической соды - в 2, аккумуляторной жидкости - в 2, нашатырного спирта - в 1, неизвестной жидкости - в 2.

К моменту госпитализации 9 больным было выполнено 13 операций: гастростомия - 6, еюностомия - 1, гастроэнтеростомия - 1, резекция желудка по Бильрот I - 2, резекция желудка по Бильрот II - 1, гастрэктомия - 1, ушивание перфорации желудка - 1 пациенту.

При поступлении 16 пациентов предъявляли жалобы на затруднение прохождения по пищеводу твердой пищи, 6 - на слабость, 5 - на гиперсаливацию, 3 - на изжогу, 2 - на боли за грудиной, 3 - на боли в эпигастральной области. Дефицит массы тела колебался от 2 до 23 кг, составив в среднем 12 кг. В ходе предоперационного обследования сопутствующие заболевания были выявлены у 3 пациентов (эмфизема легких - у 1, пневмосклероз - у 1, эпилепсия - у 1 больного).

Всем больным выполнено полипозиционное рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка, а также эзофагогастродуоденоскопия, в результате которых точно установлена локализация стриктур пищевода (табл.1).

Как видно из таблицы, наиболее часто стриктуры локализовались в средней и нижней третях пищевода. При этом у 7 больных имелось сочетанное поражение других отделов пищеварительного тракта: ожог глотки - у 2; ожог антрального отдела желудка - у 3; ожог тела и антрального отдела желудка - у 2; укорочение пищевода с формированием кардиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы - у 2.

Бужирование пищевода с целью предоперационной подготовки удалось выполнить лишь 6 (37,5%)

из 16 пациентов. При этом пищевод расширен до бужа №16 - 1, до №20 - 2, до №26 - 1, до №30 - 2 больным. Дополнительно всем больным назначали вспомогательное парентеральное питание.

Всем 16 больным была выполнена ЭППТК с расположением трансплантата в антиперистальтической позиции на средней ободочной артерии (рис.1). Пластическое применение толстой кишки было обусловлено невозможностью использования с этой целью желудка. Его обширное послеожоговое рубцовое поражение выявлено у 4 больных, повреждение сосудистой аркады по большой кривизне при гастростомии - у 6, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки - у 1, язвенная болезнь желудка - у 1. Резекция желудка ранее была выполнена - 3, гастрэктомия - 1 пациенту.

У 14 (87,5%) больных ЭППТК сделана из абдоминоцервикального доступа, у 2 (12,5%) - из трех доступов (торакотомия, лапаротомия, разрез на шее). Сочетанные вмешательства произведены 8 (50,0%) пациентам: дистальная резекция желудка - 2, проксимальная резекция желудка - 2, пилоропластика - 4, снятие гастростомы - 5. Двухрядный пищеводно-толстокишечный анастомоз наложен по типу «конец в конец» - 14, «конец в бок» - 2 больным. Внутренний ряд швов всегда был непрерывным (викрил), наружный - узловым (полисорб). Дистальный анастомоз формировали или с желудком (9) и его культей (5), или с отводящей петлей тощей кишки у больных после резекции желудка и гастрэктомии (2).

В ходе мобилизации пищевода в заднем средостении медиастинальная плевра была повреждена у 13 (81,2%) из 16 больных. У 2 (12,5%) пациентов развилось профузное медиастинальное кровотечение. В первом случае его источником явилась бронхиальная артерия, во втором - пищеводная (ветка грудной аорты). Для остановки кровотечения в обоих случаях потребовалась торакотомия. Средняя интраоперационная кровопотеря при ЭППТК составила 925 мл.

В послеоперационном периоде у 7 (43,8%) больных развилось 9 осложнений: несостоятельность шейного анастомоза у 2 больных, нагноение послеоперационной раны у 1, острая кишечная непроходимость у 2, пневмония у 1, парез возвратного нерва у 1, абсцесс печени у 1, стриктура шейного анастомоза у 1 пациента.

В ближайшем послеоперационном периоде 2 (12,5%) больным произведена экстренная релапаротомия по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Первому больному на 6-е сутки после операции произведено рассечение спаек, цекостомия, интубация тонкой кишки через цекостому; второму - на 14-е сутки выполнено рассечение спаек, интубация тонкой кишки зондом Миллера-Эббота. Оба пациента выздоровели.

После операции умерли 2 (12,5%) больных. У 1 пациента причиной смерти явилась острая сердечная недостаточность, у 1 - аспирационная пневмония.

Таким образом, ЭППТК является сравнительно сложной операцией, сопровождающейся довольно значительным числом ранних осложнений. Выбор толстой кишки в качестве трансплантата для создания искусственного пищевода осуществляется вынужденно

Таблица 1

Локализация ожоговых стриктур пищевода

Отдел пищевода	Количество больных
Верхняя + средняя трети	1
Верхняя + средняя + нижняя трети	4
Средняя треть	1
Средняя + нижняя трети	7
Нижняя треть	3
ВСЕГО	16

по многим причинам, основной из них является непригодность желудка в связи с патологическими изменениями или предшествующей операцией.

Отдаленные результаты ЭППТК в сроки от 1 года до 13 лет изучены у 12 выздоровевших пациентов. В 6 (50,0%) случаях результат расценен как хороший. Эти больные не предъявляли жалоб, питались 3-4 раза в день практически любой пищей. За время, прошедшее с момента операции, они прибавили в весе от 4 до 14 кг. Из них 3 человека остались на прежней работе, 3 - перешли на более легкую.

Удовлетворительный результат отмечен у 6 (50,0%) больных. У 3 пациентов через 1-2 года после операции сформировалась стриктура пищевода-толстокишечного анастомоза на шее, по поводу которой им раз в 2-3 года проводились бужирование и эндоскопическая баллонная гидродилатация. Еще 2 (16,7%) пациента в отдаленном периоде были оперированы. Одному в связи с острой тонкокишечной непроходимостью произведено рассечение спаек. У другого пациента, которому до колоэзофагопластики в стационаре по месту жительства сделали резекцию желудка по Бильрот-2, через 6 лет после реконструктивной операции на пищеводе обнаружен рак культи желудка IV стадии. Пройдемимость искусственного пищевода оставалась сохранной и на операции был наложен обходной анастомоз между мобилизованной по Ру петлей тощей кишки и дистальным отрезком толстокишечного трансплантата.

У 1 больного после ЭППТК с гастродуоденостомией (ожоговый стеноз привратника) в отдаленном периоде развилась стриктура гастродуоденоанастомоза, потребовавшая реконструкции. Причиной стенозирования соустья, по-видимому, явилась оставленная рубцовая ткань в выходном отделе желудка. Искусственный пищевод функционировал нормально.

Мы видим, что у одной половины больных после ЭППТК получен хороший отдаленный результат, у другой - удовлетворительный. В исследуемой группе больных отсутствовали такие отдаленные осложнения, как перегиб и избыточные петли трансплантата. Экстирпация собственного обожженного пищевода исключила возможность рефлюкс-эзофагита, образования слепого мешка, раковой трансформации. Все это подтверждает преимущества ЭППТК перед шунтирующей толстокишечной эзофагопластикой. Однако следует помнить, что ЭППТК относится к разряду весьма травматичных вмешательств, поскольку ее нередко приходится сочетать с другими операциями (резекцией желудка, гастродуоденостомией). Поэтому успешное выполнение столь сложного одномоментного вмешательства требует тщательной предоперационной подготовки больного.

Выводы

Экстирпация пищевода с одномоментной заднемедиастинальной эзофагопластикой является опера-

цией выбора у больных с протяженными ожоговыми стриктурами пищевода.

В случае невозможности использовать для пластики желудок, вследствие ожога или ранее перенесенных операций, оправдано выполнение экстирпации пищевода с одномоментной заднемедиастинальной пластикой толстой кишкой.

У больных в отдаленном периоде после экстирпации пищевода с одномоментной заднемедиастинальной пластикой пищевода толстой кишкой отсутствуют осложнения, связанные с перегибами и избыточными петлями трансплантата, а также с оставленным в средостении собственным обожженным пищеводом (слепой мешок, эзофагит, раковое превращение).

Литература

1. Андрианов В.А. Толстокишечная пластика при протяженных стриктурах пищевода и глотки: Автореф. дис. докт. мед. наук. - М., 1991. - 46 с.
2. Домрачев С.А. Экстирпация пищевода с одномоментной пластикой при доброкачественных стриктурах: Автореф. дис. докт. мед. наук. - М., 1995. - 34 с.
3. Лыскин Г.И., Щербакова Г.Н., Андрианов В.А. и др. Парентеральное питание больных с ожоговыми стриктурами пищевода // Метод. рекомендации. - М. - 1989. - 20 с.
4. Петровский Б.В., Ванцян Э.Н., Черноусов А.Ф. Современное состояние хирургии пищевода // Хирургия. - 1985. - № 5. - С. 10-14.
5. Черноусов А.Ф., Сильвестров В.С., Курбанов Ф.С. Пластика пищевода при раке и доброкачественных стриктурах. - М.: Медицина, 1990. - 144 с.
6. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Богопольский П.М., Воронов М.Е. Выбор метода пластики пищевода // Вестник РАМН. - 1997. - № 9. - С. 21-25.
7. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Воронов М.Е., Титов В.В. Эзофагопластика толстой кишкой при сочетанных стриктурах пищевода и глотки // Анналы хирургии. - 1998. - №1. - С. 51-55.
8. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Зенгер В.Г., Воронов М.Е. Пластика пищевода толстой кишкой. - М.: ИздАТ, 1999. - 176 с.
9. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. - М.: Медицина, 2000. - 350 с.
10. Belsey R. Reconstruction of the esophagus. // Ann. Roy. Coll. Surg. Engl. - 1983. - Vol. 65. - № 6. - P. 360-364.
11. Cheng B., Lu S., Gao S. et al. Colon replacement of the esophagus. Clinical experience from 240 cases // Clin. Med. J. - 1994. - Vol. 107. - № 3. - P. 216-218.
12. Larsson S., Lepore V., Cardillo G. Replacement of the esophagus with a segment of colon: experience of 30 cases and technical considerations // Acta Chir. Scand. - 1990. - Vol. 156. - № 11-12. - P. 789-793.
13. Orringer M.B. Transhiatal esophagectomy for benign disease // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. - 1985. - Vol. 90. - № 5. - P. 649-655.
14. Reiter I., Fischer I., Herman B., Barth H. Die Oesophagus perforation - Behandlung und Ergebnisse // Chirurg. - 1985. - Bd. 56. - № 10. - S. 655-658.
15. Thomas P., Fuentes P., Guidicelli R., Reboud E. Colon interposition for esophageal replacement: current indications and long-term function // Ann. Thorac. Surg. - 1997. - Vol. 64. - № 3. - P. 757-764.
16. Watson T., DeMeester T., Kauer W. et al. Esophageal replacement for end-stage benign esophageal disease // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. - 1998. - Vol. 115. - № 6. - P. 1241-1247.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

У.М. Рустамов,
А.К. Шодмонов

**ВЛИЯНИЕ ЧАСТИЧНОЙ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕТОЧНИКА НА
МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧКИ**

Андижанский Государственный медицинский институт

В урологической клинике Будапештского медицинского университета А. Бабич и Ф. Рени-Вамош (1949-1952 гг.) своими исследованиями доказали важную роль лимфы и лимфатических сосудов в гидродинамике обтурированной почки. Они опровергли распространенное ошибочное представление о гибели почки сразу же после острой обтурации мочевых путей.

Во-первых, несмотря на длительность обструкции, в большинстве случаев функция блокированной почки частично сохранялась за счет реабсорбции метаболитов и токсинов в лимфатическую систему. Во-вторых, обструктивный гидронефроз уменьшался за 2-3 месяца в результате резорбции содержимого мочевых путей через лимфатическую систему. Таким образом, при полной обструкции мочевых путей развивается компенсаторная активация лимфатической системы почки. И лишь при декомпенсации лимфатической системы наступает гибель эпителиальных клеток клубочков и канальцев. [1,2,3]

Учитывая, что при нефролитиазе камень в большинстве случаев приводит к какому — либо виду обструкции, изучали морфофункциональное состояние лимфатической системы почек при частичной обструкции в эксперименте на собаках.

Стенозирование просвета мочеточника проводили путем введения в него полиэтиленовой трубочки длиной 10 см и внутренним диаметром 2,0 мм., которую фиксировали двумя лигатурами, наложенными на противоположные концы трубки. В этой серии экспериментов было использовано 12 собак. Животных умерщвляли в сроки: 10 дней, 1, 2 и 3 месяца от начала эксперимента (по 3 животных в каждый срок). Морфологическому исследованию была подвергнута ткань почки. Контролем служила противоположная почка без стенозирования просвета мочеточника.

Проведенные морфологические исследования показали, что через 10 суток резко расширяется просвет лоханок и проксимальная часть мочеточника. Расширяются также просветы собирательных трубочек, дистальных извитых канальцев и нисходящей части петли Генле. В строме почки как коркового, так и мозгового вещества отмечается неравномерное кровенаполнение кровеносных сосудов, особенно капилляров и посткапиллярных венул. Просветы клубочковых капилляров также расширены, полнокровны.

В интерстициальном пространстве почки отмечаются явления отека, проявляющегося расширением пространств между канальцами почки за счет скопления там эозинофильного гомогенного содержимого. Имеет место расширение просветов лимфатических капилляров и сосудов, расположенных в мозговом веществе почки, преимущественно, по ходу кровеносных сосудов. Просветы лимфатических капилляров и сосудов капсулы почки также расширены. В них содержится эозинофильное гомогенное содержимое. Все это

позволяет считать, что в данный срок наблюдения имеет место усиление резорбции интерстициальной жидкости лимфатическими сосудами почки.

Изменения клубочков, помимо полнокровия клубочковых капилляров, характеризуется расширением просвета капсулы Боумена-Шумлянского. В эпителиоцитах проксимальных и дистальных канальцев почки отмечаются явления зернистой дистрофии. Эпителиоциты собирательных трубочек имеют оптически светлую цитоплазму, границы между клетками четкие. В отличие от нормы клетки имеют уплощенную форму, что, вероятно, связано с резким расширением просвета канальцев за счет затруднения эвакуации мочи.

Через 1 месяц после частичного нарушения оттока мочи по мочеточнику описанные изменения в почке прогрессировали. Просветы лоханок и начальный отдел мочеточника (до места стеноза) были резко расширены. Большинство собирательных трубочек также имели резко расширенные просветы; эпителий, выстилающий их стенки, был истончен. В просветах дистальных извитых канальцев, которые также были расширены, и собирательных трубочек располагались цилиндры, которые представляли из себя гомогенные эозинофильные массы.

В отличие от предыдущего срока явления полнокровия кровеносных сосудов стромы почки и капилляров клубочка были менее выраженными, хотя в отдельных участках полнокровие сохранялось на достаточно высоком уровне. В строме почки сохранялись явления отека в виде расширения пространств между проксимальными и дистальными извитыми канальцами. Характерными были фиброз стромы, умеренная лимфоцитарная и макрофагальная инфильтрация. Лимфатические капилляры и сосуды мозгового вещества почки и ее капсулы были резко расширены. Просветы их содержали гомогенное эозинофильное содержимое. В отдельных лимфатических сосудах выявлялись элементы тканевого детрита, нити фибрина. Все это свидетельствует о глубоких нарушениях системы резорбции жидкости и частиц из интерстициального пространства почки. При нарушении оттока мочи основная роль в выведении жидкости из интерстициального пространства ложится на сосуды лимфатической системы, возможности которой не ограничены. В данный срок наблюдалась декомпенсация функции лимфатического дренажа. Об этом свидетельствовал фиброз стромы, который развивается в результате персистирования отека содержимого в интерстициальном пространстве. В результате развивается фибробластическая реакция и появляется избыточное количество коллагеновых волокон.

Через 2 месяца после стенозирования просвета мочеточника явления фиброза в почечной паренхиме прогрессируют. Отмечается атрофия клубочкового и канальцевого аппарата почки. Просветы собиратель-

ных трубочек, дистальных извитых канальцев, восходящих отделов петли Генле резко расширены. Эпителиоциты, выстилающие их просветы, сплюснены, атрофированы. В большинстве клеток наблюдаются признаки зернистой, а в некоторых случаях - вакуольной дистрофии.

В строме органа по-прежнему сохраняется отек. Фиброз выражен в значительной степени. Пространства, содержащие пучки коллагеновых волокон, имеют большую площадь. В толще фиброзной ткани содержатся единичные лимфоциты и макрофаги, а также фибробласты. Кровеносные сосуды почки с неравномерно кровонаполненными просветами. Кровеносные капилляры клубочков также неравномерно кровонаполнены. Полость капсулы клубочка расширена и содержит эозинофильные гомогенные массы. Лимфатические капилляры и лимфатические сосуды стромы и фиброзной капсулы почки с расширенными просветами. Часть сосудов облитерирована элементами тканевого детрита, фибрином, в просветах их выявляются единичные лимфоциты и макрофаги. По сравнению с предыдущим сроком количество лимфатических сосудов уменьшается, они облитерируются массами тканевого детрита и фибрином. На основании этого можно считать, что в данный срок наблюдения снижается интенсивность резорбции жидкости из интерстициального пространства в сосуды лимфатической системы, что связано как с динамической, так и органической ее недостаточностью.

Через 3 месяца после стенозирования просвета мочеточника явления фиброза и атрофии органа значительно усиливаются. Просветы большинства канальцев почки (собирательных трубочек, дистальных извитых, восходящих отделов петли Генле) резко расширены. Эпителий, выстилающий просветы канальцев, резко истончен и атрофирован. Количество клубочков снижено. Отмечаются явления атрофии клубочкового аппарата. Стенка капсулы клубочков утолщена. Имеет место расширение просвета капсулы за счет скопления там эозинофильного гомогенного содержимого. В строме почки выражен фиброз. При этом фиброзная ткань занимает обширные по площади участки, в толще которых содержатся многочисленные фибробласты, лимфоциты и макрофаги, а также немногочисленные кровеносные сосуды — преимуще-

ственно капилляры и венулы. Просветы лимфатических капилляров и сосудов расширены. Часть из них облитерирована массами фибрина и тканевого детрита. Полученные данные позволяют считать, что в данный срок наблюдения имеет место полное нарушение дренажной функции лимфатических сосудов стромы и капсулы почки за счет ее функциональной и органической недостаточности. В ответ на это в интерстициальном пространстве в большом количестве скапливается отечная жидкость, персистирование которой приводит к развитию фибробластической реакции и фиброзу стромы почки. Это, в свою очередь сопровождается атрофией канальцевого аппарата и клубочков почки.

Данное исследование дало очень важное объяснение роли лимфы и лимфатических сосудов в гидродинамике обтурированной почки. Обмен жидкости в почке происходит между кровеносными капиллярами, клетками почки и соединительной тканью, с одной стороны, и заключенными между ними лимфатическими сосудами. Физико-химические факторы посредством импульсов, полученных от нервной системы, побуждают интерстициальную жидкость к постоянному движению. Токсические продукты обмена веществ и вещества с высоким молекулярным весом транспортируются из интерстициальной ткани в основном через лимфатическую систему. Тем самым разрушение специальных структур почки замедляется и снижается. При длительной частичной обструкции интерстициальная ткань перенасыщается белком, межтканевая жидкость становится вязкой, трудной для дренирования и детоксикации тканей, что приводит к декомпенсации лимфатической системы. Это становится причиной постепенной гибели структур почки. В связи с этим в ранние сроки обструкции необходимо проводить коррекцию нарушенной лимфоциркуляции тканей.

Литература.

- 1.А. Бабич "Распознавание диагностических ошибок в ходе урологических операций" *Будапешт, 1984, с. 103-135.*
- 2.Благодаров В.И. "Изменения почек при мочеглокаменной болезни по данным электронной микроскопии". — *Врач. Дело. 1976, №8, с 52-54.*
- 3.Кириллов Ю.А. "К морфогенезу хронического пиелонефрита" (электронно-микроскопическое исследование). *Арх. наш. 1980, №1, с 38-45.*

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Т.С. Арзикулов

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ*Научный центр хирургии РАМН*

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается одной из основных причин инвалидности и смертности взрослого населения большинства стран мира. По данным Европейского кардиологического общества, смертность от ИБС в России оказалась наивысшей среди стран Европы для лиц в возрасте старше 35 лет [6,11].

В основе патогенеза ИБС лежит несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой с кровью, вызванное нарушением коронарной перфузии. Основными патогенетическими причинами ИБС и её осложнений инфаркт миокарда (ИМ), внезапная смерть - являются стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (КА), что подтверждается данными селективной коронарной ангиографии (КАГ) [5,8,9]; а также извращенная ангиоспастическая реакция артерии на фоне её органического изменения и образование в её просвете элементов тромбоцитарной агрегации [10]. Все вышеизложенное делает проблему профилактики и лечения различных форм ИБС чрезвычайно актуальной [2,3].

Самым эффективным способом лечения ИБС является прямая реваскуляризация миокарда [2,9,15,17]. Как свидетельствуют материалы Национального центра статистики здравоохранения США, число операций реваскуляризации миокарда в мире растет из года в год. [16,19,28], превышая аналогичные показатели всех других хирургических вмешательств [11,13]. Эта тенденция обусловлена в основном расширением возрастных границ с вовлечением пациентов пожилого и преклонного возраста, увеличением количества реопераций [7,18,21]. Хирургическая тактика в отношении пациентов с острым нарушением коронарного кровообращения (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда) становится все более агрессивной [6,16]. В связи с возрастающими возможностями коронарной хирургии все большему числу больных, ранее считавшихся неоперабельными, выполняются операции реваскуляризации миокарда [3,34].

В настоящее время ряд исследователей обращает внимание на негативное влияние искусственного кровообращения (ИК), пережатия аорты, особенно, у пациентов с ИБС [1,12,34,36]. Широко известно, что традиционная техника коронарной хирургии с использованием искусственного кровообращения связана с определенным процентом таких серьезных осложнений, как нарушение гемокоагуляции, легочная и почечная недостаточность, энцефалопатия и др. [11,14,29,31]. Операции на работающем сердце призваны исключить отрицательное влияние искусственного кровообращения в виде активации комплемента и развития системных воспалительных реакций с явлениями дегрануляции нейтрофилов; разрушения клеток макрофагальной системы; нарушения функциональной активности оставшихся тромбоцитов, микроэмболизации, гипо- и гиперперфузионного синдрома с нейropsychологическими последствиями. Приемле-

мый общепринятый уровень послеоперационных осложнений в ведущих специализированных клиниках мира - в пределах 2% - длительное время остается неизменным и в настоящее время реально поддерживается лишь путем ужесточения критериев отбора пациентов для коронарного шунтирования. Таким образом, "за бортом" хирургической помощи (мы не обсуждаем в данном случае проблему трансплантации сердца) остается существенный процент пациентов, плохая сократимость сердечной мышцы или серьезные сопутствующие заболевания которых исключают их из кандидатов на традиционное шунтирование. Операции на открытом сердце требуют значительных расходов из бюджета. В мире немного государств, способных полностью обеспечить потребность нации в такой хирургической помощи. Так, в США ежегодно выполняется не менее 350 тыс. операций по поводу ишемической болезни сердца, что составляет около 3/4 от необходимого количества [32,35].

A.J. Phister с соавторами, а также C.W. Akins с соавторами опубликовали в 1992 году сравнительные результаты операций АКШ, проведенных с искусственным кровообращением и без него. Данные этих исследователей сводятся к тому, что операции без ИК более безопасны, экономически выгодны и, несомненно, показаны больным со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ЛЖ), при повторных операциях, при сопутствующем поражении сонных и почечных артерий. Количество операций прямой реваскуляризации миокарда без ИК растет из года в год. Так, в ряде европейских центров доля таких операций уже составляет более 50% [17,20,26]. В США в настоящее время около 20% всех коронарных вмешательств выполняется без ИК [25]. В настоящее время многие хирурги стремятся проводить все операции АКШ на работающем сердце. Такой метод операций имеет ряд достоинств: малая продолжительность, уменьшение анестезиологического времени, уменьшение времени использования искусственной вентиляции легких (ИВЛ), малая кровопотеря, отсутствие необходимости гемотрансфузии, меньшее количество гнойных осложнений, раннее пробуждение больного, отсутствие специфических для искусственного кровообращения осложнений, сокращение сроков госпитализации и уменьшение себестоимости лечения больных [1,23,35].

Все хирургические вмешательства на бьющемся сердце могут быть разделены на 2 группы: малоинвазивная реваскуляризация миокарда (МИРМ, MIDCAB - Minimally Invasive Direct Vision Coronary Artery Bypass) и АКШ без ИК (OPCAB - Off-Pump Coronary Artery Bypass). При МИРМ через миниторакотомию формируют МКА между ЛВГА и ПНА. АКШ без ИК проводится через срединную стернотомию, которая обеспечивает доступ ко всем КА и позволяет выполнить множественное АКШ. Применение современных "стабилизаторов" миокарда делает качество

анастомозов между шунтами и коронарными артериями практически адекватными таковым при операциях на остановленном сердце.

Больные ИБС с низкой контрактильной способностью миокарда, перенесшие инфаркты миокарда, практически бесперспективны в плане медикаментозного лечения. Оно не устраняет анатомическую причину нарушения коронарного кровотока (атеросклеротические стенозы и окклюзии коронарных артерий). Следовательно, остается высокий риск развития рецидивирующих и повторных инфарктов миокарда, внезапной смерти пациентов [30,35]. Прогноз в этой группе крайне неблагоприятный. Даже в условиях специализированного кардиологического стационара частота рецидивов инфаркта миокарда достигает 56 % в течение 6 месяцев с момента развития первичного острого инфаркта. А летальность в первые 72 часа с момента развития рецидивирующего инфаркта миокарда достигает 40%, что в три раза выше летальности при развитии первичного острого инфаркта миокарда [22,25].

В большинстве случаев такое неблагоприятное течение ИБС обусловлено множественным поражением коронарного русла, быстрым прогрессированием атеросклероза коронарных артерий, обширной постинфарктной рубцовой зоны в миокарде левого желудочка сердца даже при изолированном поражении одной коронарной артерии [1,6]. Реальное улучшение коронарного кровотока у данной группы пациентов возможно лишь в результате хирургической реваскуляризации миокарда [11,17]. Вместе с тем, риск операции в условиях искусственного кровообращения высок у пациентов, перенесших в анамнезе инфаркты миокарда, с исходно нарушенной сократительной функцией миокарда левого желудочка, недостаточностью кровообращения [10,16]. Поэтому для данных пациентов, а также больных со сниженной сократимостью миокарда без рубцовых изменений в нем (с т.н. "гибернированным миокардом") [3,6,22,25], целесообразны реваскуляризирующие миокард операции: аортокоронарное шунтирование и маммарокоронарный анастомоз на работающем сердце без искусственного кровообращения.

Экспериментально показано, что полное внезапное прекращение кровотока по магистральным коронарным артериям приводит к резким нарушениям сердечной деятельности и ее остановки через 6-10 минут. В условиях поражения коронарных артерий при наличии ретроградного и коллатерального кровотока это время несколько увеличивается, что позволяет выполнить пережатие стенозированной или окклюзированной коронарной артерии на 15-20 минут для последующего выполнения анастомоза.

Некоторые хирурги при операциях на работающем сердце проводят пробу с пережатием коронарной артерии в избранном для анастомоза месте с контролем ЭКГ [1,6,24]. Отрицательный результат пробы, т.е. отсутствие изменений ЭКГ в течение 8-10 мин. подтверждает возможность наложения анастомоза с коронарной артерией без искусственного кровообращения. На этапе формирования дистального или маммарокоронарного анастомоза кратковременное полное пережатие шунтируемой коронарной артерии

не приводит к грубой ишемии миокарда и резкому нарушению деятельности сердца тем более, что при коронароангиографии имеется ретроградное заполнение коронарной артерии [22,36].

Операции реваскуляризации миокарда без применения искусственного кровообращения не относятся к новым хирургическим технологиям, как об этом пишут [1,11]. Еще в 1950 году, до первого клинического применения искусственного кровообращения R. Murray и H. Longmire выполнили эндартерэктомию и сегментарную резекцию с протезированием коронарной артерии большой подкожной веной [6]. А сама концепция реваскуляризации миокарда путем формирования анастомоза между внутренней грудной и коронарной артериями была предложена В. П. Демиховым еще в 1952 году и выполнена на собаках.

В 1962 году D. Sabiston в клинике Дьюкского университета впервые выполнил аутовенозное шунтирование правой коронарной артерии; а в 1964 году A. Carret также на работающем сердце произвел аутовенозное шунтирование передней межжелудочковой артерии. 25 февраля 1964 года российский хирург В.И.-Колесов впервые в мире сформировал маммарокоронарный анастомоз (между левой внутренней грудной артерией и огибающей ветвью левой коронарной артерией) на работающем сердце через левостороннюю переднебоковую торакотомию. С 1968 года, с началом эры искусственного кровообращения лишь отдельные хирурги продолжали выполнять операции на работающем сердце без ИК [8,9,11]. Авторы использовали метод аортокоронарного шунтирования без искусственного кровообращения на работающем сердце у больных с неосложненной ИБС, отсутствием резкого нарушения сократительной функции миокарда.

Выполнение аортокоронарного шунтирования и маммарокоронарного анастомоза на работающем сердце без искусственного кровообращения представляет особый интерес именно у тяжелой группы больных ИБС, со сниженной сократительной функцией левого желудочка сердца [1,33] у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарным диабетом, почечной недостаточностью [6,27]. Использование искусственного кровообращения, фармакохолодовой кардиopleгии и общей гипотермии у них связано с высоким риском, а послеоперационная летальность доходит до 40% [36]. Причинами летальных исходов являются острая сердечная недостаточность после отключения или при попытке отключения аппарата искусственного кровообращения и специфические для искусственного кровообращения осложнения (кровотечения, в т.ч. желудочно-кишечные, острая почечная недостаточность, различные эмболии, гнойно-септические осложнения).

Для операций с ИК необходимы дорогостоящее оборудование, интенсивная терапия, более длительное нахождение пациента в госпитале, чем при операциях на работающем сердце [1,6,11,27]. На фоне роста числа операций аортокоронарного шунтирования, утяжеления контингента операбельных больных и стремления к возможно меньшей травме, связанной с ИК, наблюдается рост количества операций прямой реваскуляризации миокарда без применения ИК. F.Benetti

(1995г.) назвал подобные операции «менее инвазивными», что наиболее точно отражает их суть. В начале семидесятых, то есть с момента зарождения операций прямой реваскуляризации миокарда, практически все они выполнялись на работающем сердце и, в основном, шунтировались ПМЖА и правая коронарная артерия. Успешное применение ИК на время затормозило развитие таких операций, но уже с 1976 года отмечается возврат интереса к данной проблеме, благодаря ряду работ [10]. О прекрасных результатах с низкой летальностью и хорошим отдаленным функционированием шунтов у большой группы больных сообщили F.J.Benetti и соавторы (1995г.). Необходимо отметить, что суммарный клинический опыт этих хирургов - более 2000 операций на работающем сердце - составил более 35% всех операций АКШ, выполненных ими за десять лет. Из этого числа 15% больным выполнено шунтирование ветвей ОВ и 7,7% - тройное АКШ. Опыт этих авторов заслуживает внимания также в связи с высокой частотой применения ВГА (49.2%). Обе группы отметили, что наилучшими для шунтирования на работающем сердце, с технической точки, являются ПМЖАи ПКА. Для объективной оценки методики необходим тщательный анализ отдаленных результатов, который и был дан на 77 Ежегодном Конгрессе Ассоциации Американских Торакальных хирургов (май 1997г.). Семилетнему наблюдению подверглись 120 пациентов, оперированных с ИК (1 группа) и 117, оперированных без ИК (2 группа). Окончательно тактика лечения определялась в операционной. 362 больным 1 группы, 260 - 2 группы наложены дистальные анастомозы. С одинаковой частотой шунтировались ПМЖА (86% и 88%, соответственно) и ПКА (87% и 82%, соответственно). Однако, существенные различия наблюдались при шунтировании ОА (89% и 18% соответственно). Семилетняя выживаемость составила 80% в обеих группах. Статистически достоверные незначительные отличия выявлены лишь в количестве функционирующих шунтов (74% и 67%, соответственно). A.Calafiore и соавт. (1998г.), сознательно отказавшись от операций по традиционной методике, в течение года выполняли АКШ только без использования ИК. При анализе 30% больных (N=220) были отнесены в группу повышенного риска для операций с ИК. В 100% случаев использовались артериальные кондуиты и проведена послеоперационная шунтография. При сравнении с такой же группой (N=210) заведомо более «легких» пациентов, оперированных с ИК, не было обнаружено достоверных отличий в летальности, частоте осложнений, количестве функционирующих шунтов.

В 1994 году F.Benetti и соавторы впервые сообщили о возможности прямой реваскуляризации миокарда на работающем сердце через миниторакотомию с использованием внутренней грудной артерии. Начиная с 1996 года, коронарную хирургию буквально захлестнула волна малоинвазивных вмешательств [15]. К 1997 году, то есть через два с половиной года после первых сообщений, около 60 самых известных кардиохирургических центров имели начальный опыт малоинвазивной коронарной хирургии [17]. Анализируя причины этого «взрыва», становится ясной основная

движущая сила - стремление к минимизации операционной травмы, а значит, и к уменьшению риска возможных осложнений [22]. Методика возникла на стыке интервенционной кардиологии и традиционной хирургии, и вобрала в себя преимущества ТЛБАП и традиционной прямой реваскуляризации миокарда [11,27]. С одной стороны, это минимальная операционная травма, сравнимая с травмой при ТЛБАП, с другой стороны, что наиболее важно - прямая реваскуляризация миокарда с помощью артериального кондуита, без побочных эффектов срединной стернотомии, ИК, пережатия аорты. О такого рода технике можно было только мечтать еще какие-нибудь 5 лет назад, особенно у пациентов с поражением 1-2 сосудов и наиболее тяжелого контингента больных [18,27].

Основными составляющими мининвазивной техники являются мобилизация артериального кондуита и минидоступ для наложения анастомоза [6,15,18]. Некоторые авторы предложили оригинальные минидоступы к коронарным артериям: право- и левостороннюю миниторакотомию с иссечением реберных хрящей или без иссечения [15], субкисфоидаальный доступ, парастермальную левостороннюю миниторакотомию с иссечением реберных хрящей [6,24]; «Т»-образную нижнесрединную министернотомию и парастермальную правостороннюю миниторакотомию. Данные доступы не только обеспечивают прецизионный выход на КА - мишень, но и позволяют мобилизовать артериальный конduit, который затем используется для шунтирования. Все методики имеют схожие черты: мобилизация артериального кондуита (ВГА и ПЖСА) производится из ограниченного доступа, анастомоз накладывается на работающем сердце зачастую с использованием стабилизирующих приспособлений [15,19].

Основным показанием к операции МИРМ является поражение ПМЖА [17]. Наибольший мировой опыт мининвазивного шунтирования накоплен именно для реваскуляризации ПМЖА. Выбор этой артерии не случаен. Анатомическое расположение на переднебоковой стенке левого желудочка позволяет создать хорошую экспозицию из минидоступа для хирурга, а применение левой ВГА наиболее предпочтительно именно для наложения анастомоза с ПМЖА. По данным F.Benetti и соавтор. (1995), которые в течение года выполнили 43 операции МИРМ ПМЖА с хорошими отдаленными результатами (через 1,5 года свободны от стенокардии 96% пациентов), подобные операции безопасны, эффективны, экономически наиболее выгодны по сравнению с «традиционными» операциями и процедурой ТЛБАП. Расширив показания и прооперировав 156 пациентов с поражением ПМЖА, среди которых 15% имели хроническую почечную недостаточность, 13% - неспецифические заболевания легких, 12% - неврологическую симптоматику, A.Calafiore и соавт. (1998) продемонстрировали уровень летальности и частоту периоперационных осложнений (1,2% и 4.5%, соответственно), которые были достоверно ниже, чем у пациентов, оперированных «традиционно» и сопоставимых по тяжести сопутствующей патологии (2,5% и 7%, соответственно). Длительность ИВЛ, время нахождения пациента в реанимационном отделении и стационаре уменьшились втрое [14].

Второй по частоте шунтирования является правая КА [6]. По мнению самих же авторов, используемые для этого доступы (субкисфоидальный и министертотомия) создают неудобства в связи с анатомическими особенностями расположения ПЖСА и КА-мишени. Однако, несмотря на неизбежное удлинение времени операции (в среднем на 60 мин.), применение миниинвазивной техники для реваскуляризации ПКА эффективно и имеет все преимущества, которыми обладает МИРМ ПМЖА [24].

Удельный вес пациентов с поражением одной КА невелик и составляет около 12% всех оперируемых больных. Пациенты с поражением двух КА составляют по данным Американской Ассоциации Торакальных хирургов (1995) 35-40%, поэтому по мере накопления первоначального опыта в мировой литературе появляются сообщения о малоинвазивной реваскуляризации двух КА- ПМЖА+ПКА [14]. О расширении показаний к малоинвазивной реваскуляризации миокарда у больных с многососудистым поражением КА и наибольшем клиническом опыте МИРМ 1-2 КА (n=345) сообщили А.Calafiore и соавторы (1998). По их данным, 21% пациентов, которым выполнено шунтирование ПМЖА или ПМЖА+ ПКА, имели тяжелую сопутствующую патологию (хроническая сердечная недостаточность, дыхательная недостаточность, цирроз печени, тяжелый сахарный диабет, неврологическая симптоматика). Несмотря на это смертность составила 0,9%. Через девять месяцев наблюдения 93% всех прооперированных были свободны от стенокардии и не требовали дальнейших хирургических манипуляций. Аналогичным образом, что и в 1996 году для однососудистой МИРМ, А.Calafiore и соавторы (1998) продемонстрировали статистически достоверное улучшение результатов двухсосудистой МИРМ для осложненного контингента больных по сравнению с пациентами, оперированными по традиционной методике.

Накопленный клинический опыт (около 2500 малоинвазивных вмешательств) позволил провести первоначальную оценку и определить их место в арсенале хирургических методов лечения ИБС. В итоге 2 Всемирного Конгресса по малоинвазивной реваскуляризации миокарда определены показания для МИРМ: повторные операции, одно- двухсосудистое поражение коронарных артерий у пациентов с высоким риском ИК, рестеноз после ТЛБАП, поражение ПМЖА и ПКА при невозможности ТЛБАП.

Относительным противопоказанием явился лишь интрамиокардиальный ход ПМЖА [1,6,20]. Увеличение числа операций АКШ в мире в первую очередь связано с повторными вмешательствами, которые, в то же время, относятся к операциям повышенного риска. Таким образом, огромное значение имеет применение МИРМ у повторных больных. Некоторые хирурги указывают на их эффективность именно у этой категории больных. В частности, при сравнении группы повторных пациентов (M=20), оперированных по «традиционной» методике, с сопоставимой по всем параметрам группой пациентов (M=23), которым выполнена МИРМ ПМЖА К. Allen и соавт. (1997) пришли к выводу, что у повторных пациентов обеих групп отличий летальности, функционирования шун-

тов не отмечено. Однако, в группе МИРМ наблюдалось меньшее количество осложнений. Пациенты провели меньше времени на ИВЛ, в отделении интенсивной терапии и госпитале, что значительно снизило стоимость операции. Аналогичные результаты повторной МИРМ, но для реваскуляризации ПКА с помощью ПЖСА представили [33], подчеркнув, что подобная малоинвазивная техника также крайне необходима для повторных пациентов с функционирующими маммарными кондуитами.

В резолюции 2 Всемирного Конгресса по МИРМ (1998) отмечено, что МИРМ 1-2 коронарных артерий на фоне хороших отдаленных результатов наиболее экономически выгодна не только в сравнении с операциями, выполняющимися по традиционной методике, но и с ТЛБАП, все преимущества которой нивелируются высоким уровнем рестенозов. Наметилась отчетливая тенденция, когда хорошо информированный пациент делает свой выбор в пользу МИРМ, основываясь на ее преимуществах (высокая эффективность при минимальной травме и минимальной стоимости). Подобные заключения сделали и другие хирурги [15,17].

Если проблема с экспозицией КА в условиях минидоступа достаточно просто решается с помощью выполнения проекционного разреза, то мобилизация и использование основных кондуитов ЛВГА и ПЖСА имеет ряд важных особенностей, а в ряде случаев и недостатков. По данным А.Calafiore и соавт. (1998), в 10-15% случаев шунтирования ПМЖВ с помощью левой ВГА необходимо использование надставки (в большинстве случаев - радиальная артерия предплечья), что объясняется неполным выделением артерии из ложа в условиях ограниченного доступа. В ряде случаев для лучшей мобилизации хирург вынужден увеличивать торакотомический доступ до уровня, когда послеоперационные боли становятся интенсивнее стернотомических. Получив прекрасные отдаленные результаты функционирования шунтов (95%) при сроках наблюдения до полутора лет, V.Subramanian и соавторы (1997) указывают на высокий уровень реторакотомий (3,9%), перехода к срединной стернотомии (6,5%), реопераций в ближайшем послеоперационном периоде (7,3%). Высокая частота первых двух осложнений связана именно с относительными неудобствами мобилизации ВГА, особенно правой, из ограниченного доступа (V.Subramanian и соавт., 1997). Анализ шунтографий пациентов, потребовавших реопераций, в половине случаев выявил резкий стеноз ВГА при переходе из ложа в средостение, связанный с неполным ее выделением. Хорошо функционирующая ВГА при сохраненных боковых ветвях (первая межреберная, перикардо-диафрагмальные артерии) неспособна полностью обеспечить потребность миокарда в кислороде (Steal-syndrome). С этим столкнулись F.Benetti и соавторы (1995) в ряде случаев, объяснив невозможность перевязки части боковых ветвей именно трудностями работы в условиях ограниченной торакотомии. Миниинвазивная техника выделения ПЖСА усложняет операцию в связи с необходимостью мобилизации кондуита в условиях ограниченной минилапаротомии. Это занимает больше времени, затрудняет профилактику перекутов артерии

перед наложением анастомоза. После проведения артерии в полость перикарда участок, остающийся в брюшной полости, практически не удастся ревизовать, что неизбежно влечет за собой увеличение количества релапаротомий вследствие кровотечений. Обобщив свой первый опыт двойной МИРМ, [22,27] отметили, что при использовании ПЖСА для реваскуляризации ПКА в 5 случаях из 14 им потребовалось ее удлинение и создание композитного кондуита с помощью радиальной артерии.

Однако, эффективность любого метода реваскуляризации миокарда определяется не столько ближайшими, сколько отдаленными результатами лечения, и в этом отношении «золотым стандартом» для сравнения остается аортокоронарное шунтирование в условиях ИК [19]. Еще в 1995 году F. Benetti et al., E. Buffolo et al. сообщили о хороших результатах с низкой летальностью и отдаленным функционированием шунтов, выполнив более 2000 операций на работающем сердце без ИК. Т. Yokoyma et al. (2000) провели сравнительное исследование операций аортокоронарного шунтирования при многососудистом поражении по традиционной методике (n=483) и без использования ИК на работающем сердце (n=242) у наиболее сложной категории больных в возрасте 80 лет и ФВ - 25%. Были получены следующие результаты ближайшего послеоперационного периода: ОДН в 1 группе - 4%, во 2 - 0%, почечные осложнения - 15,5% и 3,6%, ОНМК - 13,8% и 7,1%, летальность - 2,7% и 0,4%, соответственно. Авторы пришли к заключению, что аортокоронарное шунтирование на работающем сердце без ИК имеет преимущества по всем показателям, отмечая при этом меньшее количество наложенных шунтов (2,9 против 4,3). На наш взгляд, группа больных с перечисленными факторами риска, оперированных в условиях ИК, была обречена на худшие результаты из-за продолжительности ишемии миокарда.

О хороших результатах аортокоронарного шунтирования на работающем сердце без ИК у 31 пациента с фракцией выброса ниже 30% сообщили S. Tugtekin et al. (2000). Выживаемость в ближайшем послеоперационном периоде составила 93,5%, а через 6 месяцев после операции - 90,3%. На основании полученных результатов исследователи пришли к выводу, что аортокоронарное шунтирование на работающем сердце без ИК является альтернативной концепцией для больных с тяжелыми нарушениями функции левого желудочка. Интересное сравнительное исследование провели Calafiore et al. (1998), которые прооперировали 220 пациентов с повышенным риском без ИК и 210 «легких» больных с ИК. В послеоперационном периоде не было обнаружено достоверных отличий в летальности, частоте осложнений, количестве функционирующих шунтов.

Жизнеспособность любой методики определяется изучением отдаленных результатов, чему и был посвящен 77 Ежегодный Конгресс Ассоциации Американских Торокальных хирургов (май 1997г.). Сравнивались отдаленные результаты (через 7 лет после АКШ) у 120 больных, оперированных с ИК (1 группа) и у 117 без ИК (2 группа).

В 1 группе было сформировано 362 дистальных

анастомоза, во 2 - 260; частота шунтирования ПМЖА - 86% и 88%, соответственно, ПКА - 87% и 82%, соответственно, ОВ - 89% и 18%, соответственно. Семилетняя выживаемость составила 80% в обеих группах, однако количество функционирующих шунтов было 74% и 67%, соответственно.

Каковы же основные аргументы «за» и «против» аортокоронарного шунтирования на работающем сердце без ИК?

Сторонники АКШ на работающем сердце без ИК подчеркивают следующие преимущества: меньшая травматичность и продолжительность операций, отсутствие различий в проходимости шунтов в раннем послеоперационном периоде, меньшая кровопотеря и объем трансфузий, меньшая частота неврологических и почечных осложнений, более низкая летальность, в том числе среди больных высокого риска, меньшие дозы инотропных препаратов в интра- и послеоперационном периодах, реже возникает необходимость пролонгированной ИВЛ, меньшие экономические затраты [1,6,11,17,36].

В то же время, D. Cooley (2000) выступил с противоположной оценкой методики реваскуляризации миокарда на работающем сердце. Основными недостатками операций реваскуляризации миокарда на работающем сердце автор считает технические сложности, возникающие у больных с избыточным эпикардальным жиром; сложности доступа и иммобилизации к ветвям ОА и ЗМЖА и вследствие этого неполная реваскуляризация миокарда; продолжительная ишемия миокарда при пережатии коронарных артерий, субоптимальность при наложении анастомозов. Кроме того, операции на работающем сердце без ИК сопровождаются выраженными изменениями гемодинамики, наиболее ярко проявляющимися при реваскуляризации бассейнов ОВ и ПКА [19,26,28]. Авторы пришли к заключению, что основной причиной тяжелых гемодинамических колебаний является увеличение конечно-диастолического давления вследствие компрессии правого желудочка.

A. Nierich et al. (2000) при изучении гемодинамики у 96 пациентов, оперированных на работающем сердце без ИК, установили, что снижение ударного объема составило 6% при шунтировании ПМЖА, 25% - при шунтировании ДВ, 14% - при шунтировании ПКА и 21% - ВТК.

Отдельные авторы отмечают и неудовлетворенность проходимостью шунтов в ближайшем послеоперационном периоде после АКШ на работающем сердце.

По данным Bigliolo et al. (2000) [16], при проведении в послеоперационном периоде контрольной шунтографии общая проходимость шунтов составила 89,8%, однако 85,2% шунтов имели стеноз менее 50%. В другой серии исследований [13,16] после маммарокоронарного шунтирования на работающем сердце через 24 часа после операции у 1/3 пациентов по данным шунтографии выявлена окклюзия шунтов. При изучении неврологических осложнений после АКШ в условиях ИК и без него [25] не выявили различий в их частоте у больных обеих групп. Наиболее весомым аргументом сторонников реваскуляризации в условиях ИК являются сообщения отдельных авто-

ров об отдаленных результатах: 20% больных, оперированных на работающем сердце нуждаются в реАКШ через 2 года против 7% в контрольной группе (АКШ в условиях ИК) [19]. Таким образом, несмотря на значительный опыт, накопленный в мире по хирургическому лечению ишемической болезни сердца, широкое внедрение технологии реваскуляризации миокарда на работающем сердце без ИК связано с решением комплекса вопросов. Прежде всего требует дальнейшего изучения воздействие искусственного кровообращения на организм человека: степень, частота неврологических нарушений и их последствия, частота дыхательной недостаточности, почечные осложнения, нарушение системы гемостаза.

В литературе не ослабевает обсуждение наиболее сложного и принципиального вопроса: показаний и противопоказаний к АКШ на работающем сердце без ИК. Весомые аргументы сторонников реваскуляризации миокарда на работающем сердце всем больным с ишемической болезнью сердца [17,18,36] противостоят мнению противников [19]. Актуальной остается проблема выбора оптимальной техники стабилизации миокарда при шунтировании ветвей ОА и ПКА, а также фармакологических и/или технологических методов, направленных на профилактику тяжелых гемодинамических изменений, возникающих при выполнении операций на работающем сердце без ИК. Недостаточное внимание уделено в литературе сравнительному анализу ближайших и отдаленных результатов всех методов реваскуляризации миокарда: ЧТКА, АКШ в условиях ИК и АКШ на работающем сердце без ИК. Выполнение подобных операций требует очень высокой хирургической техники, соблюдения ряда правил и, возможно, не у всех пациентов. Доступными для прямой реваскуляризации миокарда без ИК являются зоны ПМЖА, диагональная и правая коронарная артерии. Шунтирование бассейна огибающей артерии возможно далеко не всегда и сопровождается большим риском гемодинамических осложнений. Сомнительно использование этой методики при множественном поражении коронарных артерий и их малом диаметре. Выбор методики обеспечения операции прямой реваскуляризации миокарда широк и зависит от опыта и возможностей хирурга. В любом случае должна быть качественно решена основная задача — адекватная реваскуляризация. Принесение в жертву этого принципа стремлению избежать ИК абсолютно недопустимо. В каждом конкретном случае вопросы обеспечения операции должны решаться индивидуально для каждого пациента. Практически не вызывает сомнения, что существует контингент больных, у которых методика прямой реваскуляризации миокарда без ИК возможна и должна использоваться.

Литература

1. Акчурун Р.С., Беляев А.А., Ширяев А.А. и соавт. Минимальноинвазивные операции коронарного шунтирования. *Хирургия*, 1;2001: 12-17.
2. Белов Ю.В. Реконструктивная хирургия при ИБС. Дисс. докт. Мед. наук. М.420стр., 1987 г.
3. Бокерия Л.А., Работников В.С., Бузиашвили Ю.С., Чиналиев С.К. и др. Ишемическая болезнь сердца у больных с низкой сократительной способностью миокарда левого желудочка. Издательство НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, М., 195 с.
4. Бураковский В.И., Работников В.С., Иоселиани Д.Г. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца (опыт 1200 операций) и перспективы его развития. *Груд. и сердечно-сосудистая хир.*, 1985; 5:5-10.

5. Бураковский В.И., Работников В.С., Казаков Э.И. Состояние и перспективы развития хирургического лечения ИБС. *Груд. хирургия*, 1980, №2, с. 13-19.
6. Дейнека К.С. Эндохирургическая мобилизация артериальных сосудов для малоинвазивной реваскуляризации миокарда. Дисс. канд. мед. наук, 2000, М., 141с.
7. Жбанов И.В., Шабалкин Б.В. Хирургические принципы повторной реваскуляризации миокарда. В сб. «Актуальные проблемы сердечнососудистой хирургии», Архангельск, 1996, с.27.
8. Колесов В.И. Хирургия венечных артерий. Ленинград, Медицина, 1967.
9. Петровский Б.В., Князев М.Д., Шабалкин Б.В. Хирургия хронической ишемической болезни сердца.: Медицина, 1978.- с.272
10. Работников В.С., Керцман В.П., Бусленко и соавт. Современный подход к хирургическому лечению ишемической болезни сердца. *Вестн. АМН СССР*, 1986,2:64-69
11. Шабалкин Б.В. Становление и развитие коронарной хирургии, *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*, 2, 2001, с. 4-7
12. Шнейдер Ю.А. Аутоартериальное шунтирование сосудов сердца без искусственного кровообращения. *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*, 2, 2001, с. 31-34.
13. Arai H., Yoshida T., Izumi H., Sunamori M. External Shunt for Off-Pump Coronary Artery Bypass Grafting: Distal Coronary Perfusion Catheter. *Ann. Thorac. Surg.*, 2000;70:681-2.
14. Arom K., Flavin T., Emery R., Kshetry V. et al. Is Low Ejection Fraction Safe for Off-Pump Coronary Bypass Operation? *Ann. Thorac. Surg.*, 2000;70: 1021-5.
15. Benetti F., Ballester C. Use of thoracoscopy and a minimal thoracotomy, in mammary-coronary bypass to left anterior descending artery without extracorporeal circulation. *J. Cardiovasc. Surg.*, 1995;61:1658-65.
16. Biglioli P., Antona C., Alamanni F., Parolari A. et al. Minimally Invasive Direct Coronary Artery Bypass Grafting: Midterm Results and Quality of Life. *Ann. Thorac. Surg.*, 2000;70:456-60.
17. Calafiore A. M., Giammarco G., Teodori G. et al. Recent Advances in Multivessel Coronary Grafting Without Cardiopulmonary Bypass. Submitted To: New Era Cardiac Care, January 9-10, 1998, California, USA.
18. Cartier R., Brann S., Dagenais F., Martineau R., Couturier A. Systematic Off-Pump coronary artery revascularization in multivessel disease: experience of three hundred cases. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 2000;119:221-229.
19. Colley D. Con: Beating - Heart Surgery for Coronary Revascularization: Is It the Most Important Development Since the Introduction of the Heart - Lung Machine? *Ann. Thorac. Surg.*, 2000;70: 1779 - 81.
20. Hart J., Spooner T., Pym J., Flavin T. et al. A Review of 1582 Consecutive Octopus Off-Pump Coronary Bypass Patients. *Ann. Thorac. Surg.*, 2000;70: 1017-20.
21. Hernandez F., Clough R., Klemperer J., Blum J. Off-Pump Coronary Artery Bypass Grafting: Initial Experience at One Community Hospital. *Ann. Thorac. Surg.*, 2000;70:1070-2.
22. Jatene F., Pego-Fernandes P., Hueb A., Marques de Oliveira P., Dallan L. et al. Angiographic Evaluation of Graft Patency in Minimally Invasive Direct Coronary Artery Bypass Grafting. *Ann. Thorac. Surg.*, 2000;70:1066-9.
23. Lin J., Fisher D., Szwerz M., Magovern J. Evaluation of Graft Patency During Minimally Invasive Coronary Artery Bypass Grafting With Doppler Flow Analysis. *Ann. Thorac. Surg.*, 2000;70:1350-4.
24. Mack M. J. Pro: Beating - Heart Surgery for Coronary Revascularization: Is It the Most Important Development Since the Introduction of the Heart - Lung Machine? *Ann. Thorac. Surg.*, 2000;70: 1774-8
25. Magovern J., Mack M., Landrenau W. et al. The minimally invasive approach reduces the morbidity of coronary artery bypass. *Circulation*, 1996;94: 1-52.
26. Mathison M., Edgerton R., Horswell J., Akin J. Analysis of

Hemodynamic Changes During Beating Heart Surgical Procedures. Ann. Thorac. Surg., 2000; 70:1355-61.
 27. Nierich A., Diephuis J., Jansen E., Borst C. et al. Heart Displacement During Off-Pump CABG: How Well Is It Tolerated? *Ann. Thorac. Surg., 2000; 70: 466 - 72.*
 28. Niinami H., Takeuchi Y., Suda Y., Ross D. Lower Sternal Splitting Approach for Off-Pump Coronary Artery Bypass Grafting. *Ann. Thorac. Surg., 2000; 70:1431-3*
 29. Perrault L., Nickner C., Desjardins N., Carrier M. Effects on Coronary Endothelial Function of the Cohn Stabilizer for Beating Heart Bypass Operations. *Ann. Thorac. Surg., 2000; 70:1111-4.*
 30. Pratt W., Williams E., Michler R., Brown D. Current Indications for Left Thoracotomy in Coronary Revascularization and Valvular Procedures. *Ann. Thorac. Surg., 2000; 70:1366-70.*
 31. Ricci M., Karamanoukian H., DeAncona G., Bergsland J. Exposure and Mechanical Stabilization in Off-Pump Coronary Artery Bypass Grafting via Sternotomy. *Ann. Thorac. Surg., 2000; 70:1736-*

40.

32. Stamou S., Bafi A., Boyce S., Pfister A. Dullum M. et al. Coronary Revascularization of the Circumflex System: Different Approaches and Long-Term Outcome. *Ann. Thorac. Surg., 2000; 70:1371-7.*
 33. Suma H., Isomura T., Horii T., Sato T. Intraoperative Coronary Artery Imaging With Infrared Camera in Off-Pump CABG. *Ann. Thorac. Surg., 2000; 70:1741-2.*
 34. Tugtekin S., Gulimovs V., Cichon R., Kappert U. Off - Pump Surgery for Anterior Vessels in Patients With Severe Dysfunction of the Left Ventricle. *Ann. Thorac. Surg., 2000; 70:1034-6.*
 35. Wandschneider W., Thalmann M., Trampitsch E., Ziervogel G. Off - Pump Coronary Bypass Operations Significantly Reduce S100 Release: An Indicator for Less Cerebral Damage? *Ann. Thorac. Surg., 2000; 70:1557-9.*
 36. Yokoyama T., Baumgartner F., Gheissari A., Capouya E. Off - Pump Versus On-Pump Coronary Bypass in High-Risk Subgroups. *Ann. Thorac. Surg., 2000; 70:1546-50.*

Ю.И.Калиш,
 Р.Ш. Юлдашев,
 К.Х. Хатамов,
 Д.Г. Бурибаев

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ЖЕНЩИН.

Научный Центр хирургии им.акад.В.Вахидова МЗ РУз.

Острые кровотечения из дуоденальных язв (ДЯ) являются наиболее грозным осложнением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК) и встречаются в 3 раза чаще, чем перфорации (Г.П.Шорох с соавт., 1998). В структуре смертности от язвенной болезни (ЯБ) они занимают первое место [1,6,40,27,97,30,76,18,107].

Послеоперационная летальность (таблица 1) по данным только за последнее десятилетие (1991-2001гг) колеблется в широких пределах, достигая 32%, и обусловлена множеством факторов, среди которых ведущими являются выбор рациональной тактики и способ хирургического лечения.

Благодаря новым лекарственным препаратам (блокаторы H-2 рецепторов гистамина) пациенты с ДЯ находятся в основном под контролем и на лечении гастроэнтерологов - терапевтов.

По данным Н.М.Кузина с соавт. (199), количество препаратов, применяемых при ЯБ, превысило 500, а методов лечения - 1000. От последствий неадекватного лечения в России ежегодно умирают около 6000 человек (Григорьев П.Я., 1997). Операции по поводу ДЯ составляют 2,2-2,8% от всех операций в общей хирургии [144].

Рост заболеваемости ЯБ - очевидный факт, констатируемый не только в странах СНГ, но и в дальнем зарубежье.

Одна из удручающих особенностей этого, как отмечает Г.П.Шорох с соавт. (1998), состоит в том, что при катастрофическом уменьшении числа плановых операций при ЯБ количество неотложных вмешательств в связи с кровотечением из язвы или ее перфорацией стабильно остается на одном уровне и даже возрастает [12,37,51,86,47,55,112,104].

И.И.Затевахин с соавт. (1998), ссылаясь на материалы управления медицинской статистики Комитета Здравоохранения Москвы, приводят данные о том, что в 1987-1991гг в стационарах города лечились 113000 больных ЯБ, в 1992-1996гг - 106000. За это же

время число плановых операций уменьшилось на 40%, а экстренные и срочные возросли почти в 2 раза.

Приведенные данные созвучны последним работам по этой проблеме в странах СНГ [10,20,56,76,113,133].

По данным А.Р.Бекмурадова (2001), на Украине свыше 4 миллионов больных ЯБ. Перфорации среди них отмечаются в 9-15% случаев, а кровотечения различной степени тяжести - в 20-41,3%.

Таким образом, рост заболеваемости ЯБДПК сомнений не вызывает, как и увеличение таких особенно грозных осложнений, как кровотечение из ДЯ, ее перфорация.

По сводным статистическим данным в США приходится 50 острых кровоточащих дуоденальных язв (ОКДЯ) на 100000 населения, в Великобритании госпитализированно с этим осложнением 25 на 100000 [128,109].

По данным Г.Г.Кондратенко (1998), в Республике Беларусь число ОКДЯ увеличивается ежегодно, а в структуре летальности они занимают 34% от всей патологии желудочно-кишечного тракта [58].

Особенности ЯБДПК у женщин изучены, на наш взгляд, недостаточно, не говоря уже о типологии острых кровоточащих дуоденальных язв (ОКДЯ) у больных женщин, и вследствие этого противоречивы.

Здесь уместно выделить две точки зрения на изучаемую проблему.

С точки зрения терапевтов - гастроэнтерологов ЯБДПК у женщин протекает более благоприятно и атипично, т.е. без ярко выраженной клинической симптоматики.

Однако, как справедливо отметили В.Г.Сахаутдинов с соавт. (1991), язвенная болезнь протекает не столько легко и благополучно, сколько скрытно и с атипичной клинической картиной и быстрым развитием осложненных форм. Атипичная клиническая картина не позволяет установить своевременно правильный диагноз, и заболевание диагностируется только

Послеоперационная летальность при острых кровотечениях из дуоденальных язв

Авторы	Год	Летальность %	Примечание
1.Затевахин И.И.	1990	17,2	
2.Дерман А.И.	1990	} 29	При тяжелых формах сопутствующих заболеваний:
3.Газетов Б.М.	1991		Сахарный диабет
4.Cappel M.	1990	46	О ДЯ + цирроз печени
5.Jyh -Jon-Chen	1991	7,9	
6.Брискин Б.С.	1991	19,3	
7.Бахшалиев Б.Р.	1991	10	
8.Thon K.	1992	12-14	Операции на высоте кровотечения при его рецидиве
9.Herbst F.	1992	} 20-25	Выполняют операции только в случаях отсутствия эффекта при эндоскопических способах гемостаза, хирургическая активность при этом низкая 15-18%
10.Willat B.	1993		
11.Jiranek G.	1996		
12.Brullet E.	1996		
13.Талимов О.В.	1994	60	О ДЯ+печеночная недостаточность
14.Bretagne J.	1995	7	Сторонник активной хирургической тактики
15.Liach J.	1996	4,5	
16.Laine L.	1996	6,8	
17.Брискин Б.С.	1996		По Москве:1988-17,2%: 1989-18%: 1994-18,3%
18.Бардоханов Е.	1996	33	О ДЯ+острый инфаркт миокарда
19.Шапкин Ю.Г.	1996	10,8	
20. арабаев Х. .	1997	33,3	
21.Мартirosов Ю	1997	25.9-4,5	Смена активно-выжидательной тактики на активную
22.Мамчиц В.И	1997	18,7	
23.Затевахин И.И.	1997	32-8	Смена активно-выжидательной тактики на активную
24.Шорох Г.П.	1998	19,5	Резекция желудка-8,1%: Ваготомия+ДЖО-3,5%: паллиативные-11,6%
25.Горбунов В.Н.	1998	14,8	
26.Вербицкий В.Г.	1999	10,5	
27.Саламов А.С.	2000	7,7	
28.Панцырев Ю.М.	2000		Эстренные-19,1%: Срочные 4,1%

после развития осложнений или даже смерти больных. Эти причины обуславливают также некоторую недоверенность статистических данных по язвенной болезни у женщин.

В немногочисленных работах хирургов, специально изучавших проблему ЯБ у женщин [82,80,15,90,42,4,11,88] с осложненными формами ДЯ, единогласно констатируются большая частота осложнений при относительно короткой продолжительности заболевания; более частое, чем у мужчин, сочетание двух и более

осложнений самой язвы ДПК; большая частота сопутствующих заболеваний; более старший, чем у мужчин, средний возраст.

Мнение относительно роли ряда известных (у мужчин) этиологических факторов, способствующих развитию ЯБДПК, у женщин противоречивы. [101,50,41].

Определенная роль отводится нарушениям гормональной функции яичников [19,89,79,63,16,71].

Большое значение в развитии заболевания принято придавать наличию хеликобактер пилори

(НР).[71,24]. Некоторые отличительные особенности выявлены у женщин с ЯБДПК по результатам консервативной терапии. Консервативная терапия ЯБДПК, безусловно, сопровождается явной тенденцией к снижению числа больных, нуждающихся в хирургическом лечении [135,136].

Однако, уже в 80 годы прошлого столетия было отмечено, что значительное число женщин плохо поддается лечению циметидином.[115,137]. Необходимо считать с тем, что даже в случаях положительного результата лечения циметидином у 12% женщин возникают различные осложнения язвенной болезни. Rohner H.et.al., (1983) отметили даже увеличение числа стенозирования ДЯ у женщин именно на фоне длительной консервативной терапии.

Некоторые особенности в течении ЯБДПК у женщин [100,85,96,66] заключаются не только в высокой частоте сопутствующих гинекологических заболеваний (воспалительные, дисгормональные), но и в патологии со стороны органов брюшной полости. Это позволило Куликовой А.К.(1984) говорить о наличии синдрома «взаимного отягощения» при установленной сочетанной с ДЯ патологии.

Хирургическое лечение ОКДЯ

Основная цель хирургического лечения ОКДЯ — остановка кровотечения из язвы и надежная гарантия от рецидива заболевания (пептические язвы).

Здесь уместно остановиться на двух проблемах: выбор рациональной тактики (т.е. сроков выполнения операций от момента поступления больных) и оптимального варианта хирургического вмешательства.

В настоящее время доминирует активно-выжидательная тактика, которая стала реально осуществимой благодаря успехам современной эндоскопической службы, анестезиологического и реанимационного пособия.

Эндоскопические критерии (Forrest J.A., 1987) позволяют четко определить выбор сроков операции; экстренная, на высоте продолжающегося кровотечения из язвы или его рецидиве; отсроченной — на 2-3 сутки при нестабильной гемодинамике, угрозе рецидива кровотечения; и наконец, так называемая плановая — т.е. в «холодном периоде» — на 12-14 сутки.

Среди множества факторов, определяющих выбор операции по срокам, основными являются: возраст больного, массивность кровопотери, эндоскопические критерии, сопутствующие заболевания. Основными критериями, определяющими в своей совокупности выбор способа хирургического лечения ДПК, являются состояние секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка, размеры и локализация язв, наличие тяжелых форм дуоденостаза и т.д.

Естественно, что получить эти данные во время операции на высоте кровотечения не представляется возможным. Однако, их необходимо учитывать, исходя из результатов (обобщенных) обследования планово оперируемых пациентов, именно женщин с осложненной формой ЯБДПК.

Секреторная функция желудка

Мнения хирургов по этому вопросу крайне разноречивы. По некоторым данным [84,45], она ничем не отличается от таковой у мужчин. Baron J.H. (1963)

установил, что желудочная секреция у мужчин в 1,5 — 2 раза выше, чем у женщин. Х.К.Карабаев с соавт. (1997) при исследовании желудочного сока у 118 женщин с ЯБДПК гиперсекрецию выявили у 42, нормосекрецию — у 55 и гипосекрецию — у 14 больных.

По данным В.Н. Медведева с соавт (1985), дебит соляной кислоты у женщин, в среднем, на 30% меньше, чем у мужчин как в базальную, так и в стимулированную фазы секреции. При исследовании стимулированной секреции методом интрагастральной рН-метрии у женщин рН в теле (1,1+0,05) и антральном отделе (1,8+0,22) был выше, чем у мужчин (0,95+0,05 и 1,5+0,32, соответственно), т.е. отмечалась менее кислая среда.

В.С. Помелов с соавт. (1982) отметили, что снижению активности язвенного процесса обычно сопутствует понижение секреторной функции желудка. Так, после курса предоперационной терапии диакарбом (1-1, 25 мг в сутки) или цинаметом (1г в сутки) наблюдается снижение базальной кислотопродукции на 62% и максимальной — на 58%. Такая противоязвенная терапия, по мнению авторов, является патогенетически оправданной и позволяет уточнить тяжесть заболевания и степень нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка, что имеет важное значение для выбора оптимальной органосохраняющей операции.

По данным литературы, существуют разноречивые мнения о том, что является более важным при язвенной болезни у женщин: повышение рН-среды или увеличение объема секреции соляной кислоты. Некоторые авторы [141,108] полагают, что обострение язвенной болезни вызывается увеличением рН содержимого луковицы 12-перстной кишки, в то время как другие [124,116] более важное место отводят общему объему соляной кислоты.

T.Gledhill и соавт.(1983) считают, что оба фактора — увеличение объема желудочной секреции и изменение рН среды — имеют важное значение в возникновении рецидивирующей язвы у женщин.

T.Gledhill и соавт. (1983) измеряли активность ионов водорода в ночной желудочной секреции у женщин с гастродуоденальной язвой. По их данным, средняя активность ионов водорода до консервативного лечения составляла 41, 1 ± 23 , 2 ммоль, после курса лечения циметидином — 27,3 $\pm 35,3$ ммоль и через 6 мес. после селективной проксимальной ваготомии — 14,4+17,18 ммоль. Авторы пришли к выводу, что лицам с резистентной к циметидину язвенной болезнью целесообразно рекомендовать хирургическое лечение. После селективной проксимальной ваготомии успех достигается в 85% случаев, в то время как, при консервативном лечении он не превышает 50%.

Моторно - эвакуаторная функция

Нарушения моторно — эвакуаторной функции желудка у женщин зависят от многих причин. Ю. М. Панцырев (1983) и С. Clark и соавт. (1984) считают, что важное значение имеет длительность язвенной болезни, степень нарушения проходимости пилорического канала, эффективность проводимого консервативного лечения и индивидуальные особенности компенсаторных реакций организма.

Согласно данным литературы [119,120,124], у жен-

щин с непродолжительным «язвенным» анамнезом чаще отмечается повышение тонуса желудка. Напротив, состояние атонии желудка чаще наблюдается у больных с длительным течением, особенно в случаях прогрессирующего характера нарушения проходимости пилорического канала. Для оценки тяжести нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка важным критерием является степень сужения пилорического канала. По данным [2,134], при первой степени нарушения моторно-эвакуаторной функции диаметр пилорического канала составляет не менее 1,2 см, при второй — 0,7–0,9 см и третьей — 0,5–0,6 см и меньше. Таким образом, резкое снижение тонуса и моторики желудка у женщин больных ЯБДПК служит аргументом против применения ваготомии [79,2,145,134,142].

Более того, нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка считаются специфическими осложнениями ваготомии у женщин [29,46,139].

Что касается других факторов, характеризующих типологические особенности ДЯ у женщин (частота встречаемости гигантских язв, «низких» по локализации, сопутствующий дуоденостаз и т.д.), то они не нашли своего отражения в доступной нам литературе. Наиболее частым осложнением у женщин с язвами ДПК бывают стенозирование и кровотечение, которые возникают при относительно более коротком язвенном анамнезе [48,53]. Характерной особенностью у женщин является высокая частота сочетаний двух и более осложнений ЯБДПК [80,90,42]. По данным Walcer L.(1988), имеется явный рост сочетанных форм осложнений ЯБДПК у женщин наряду с увеличением их среднего возраста с 49,3 до 56 лет.

Говоря о способах операции на высоте кровотечения или его рецидиве, т.е. экстренном (неотложном, срочном) вмешательстве (в первые 2–4 часа после госпитализации); отсроченном или превентивном, предупреждающим возможность рецидива заболевания (первые 1–3 суток) и «плановом» (через 12–14 суток), т.е. после остановки кровотечения, следует выделить 3 группы операций.

Резекция желудка, разные виды ваготомии с антрумэктимией мало отличаются друг от друга ибо их объединяет одна проблема обработки культи ДПК и радикальное устранение язвенного субстрата.

Органосохраняющие операции с дренирующими желудок вмешательствами (ДЖО), их обязательный компонент — прошивание или иссечение кровоточащей язвы.

Паллиативные операции (прошивание или лигирование сосуда, прошивание язвы, деваскуляризация пилородуоденальной зоны).

Мы попытались рассмотреть вопрос выбора оптимального варианта хирургического лечения ОКДЯ у женщин с точки зрения известных, малочисленных данных и факторов, характеризующих их типологические особенности.

Резекция желудка

Резекция желудка, активно пропагандируемая с начала 50-годов (С.С.Юдин,1953, Finsterer Н.,1953), продолжает иметь большое число своих сторонников и по сей день [52,93,98,99,106,121,147]. Она, как и антрумэктомия с ваготомией [78,118], является ради-

кальной операцией, дающей наименьшее число рецидивов ЯБ в виде пептических язв. С другой стороны, она относится к наиболее сложным хирургическим вмешательствам при ОКДЯ, особенно при их больших размерах, «низкой» (залуковичной, постбульбарной) локализации, пенетрации в соседние органы. Дискуссии о целесообразности резекции желудка при ОКДЯ продолжаются и по сей день [39,70,65,55,33]. Будучи радикальной операцией, резекция желудка имеет большое число своих сторонников [38,32,131]. Продолжается совершенствование способов резекции желудка [31,34,17,69,130].

Вновь возрос интерес к резекции желудка по РУ (1897). [5,47,87,78].

Разные варианты ваготомии с ДЖО

Разные варианты ваготомии с ДЖО (с прошиванием или иссечением ДЯ) подкупают прежде всего тем, что при них послеоперационная летальность может быть ниже, чем при резекции желудка [6,131]. Однако, данные литературы последнего времени показывают, что отдаленные результаты ваготомии вряд ли можно признать удовлетворительными из-за высокой частоты рецидивов заболевания до 20% [39]. Невозможность получить представление о функциональном состоянии желудка (секреторная и моторно-эвакуаторная функция) при операциях на высоте кровотечения усугубляет отрицательные моменты ваготомии, тем более у женщин [2,134,142].

Это различные нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка (именно у женщин) [46,29,139]. Более высокая частота рецидивов заболевания после СПВ, в частности до 28% [116,129,132,134]. Уровень функциональных по своей природе постваготомных нарушений у женщин (демпинг синдром — до 32–38%, диарея — до 34% и т.д.) гораздо выше такового у мужчин (В.К.Зуев, 1993).

Критическое осмысление отдаленных результатов разных вариантов ваготомии показало, что по мере увеличения сроков, прошедших с момента операции, возрастает частота рецидивов [68,39]; еще больше частота рецидивов наблюдается после СПВ [92,103,104]; существенных различий в результатах стволовой и проксимальной селективной ваготомии, также и стволовой и селективной ваготомии нет. [89,72].

Важное значение с современных позиций придается гуморальным факторам регуляции кислой желудочной среды, а также влиянию на них дренирующих желудок операций. [60,92,52,39].

Н.А.Майстренко с соавт. (2000), отмечают, что, обследуя больных после ваготомии, практические врачи встречаются с расстройствами функций органов пищеварения, требующих не меньшего внимания и усилий, чем лечение основного заболевания.

Третья группа операций, выполняемых на высоте профузного кровотечения из ДЯ, это, так называемые, паллиативные вмешательства.

Основной задачей паллиативных операций при ОКДЯ является спасение жизни больного путем выполнения адекватного его состоянию объема операции, позволяющей устранить источник кровотечения, обеспечить надежный гемостаз и, по возможности, излечить от язвенной болезни [18]. Они выполняются вынужденно, в крайне критических ситуациях (Forrest-

1а), т.е. при струйном кровотечении из сосуда дна язвы, общем тяжелом, отягощенном сопутствующими заболеваниями, состоянии пациента. Являясь поистине операцией отчаяния, она сопровождается самой высокой послеоперационной летальностью [30,97,99,149]. Так, по данным Г.П.Шороха (1998), послеоперационная летальность при такого рода операциях колеблется от 11,1% (иссечение кровоточащей язвы) до 16,7% (ее прошивание). Тем не менее, они продолжают оставаться в арсенале хирургического лечения ОКДЯ и имеют несколько вариантов.

Прошивание кровоточащего сосуда в дне язвы

Прошивание кровоточащего сосуда в дне язвы [105,83,49] имеет ряд недостатков: ненадежный гемостаз, возможность рецидива кровотечения. Так, по данным В.Г.Зайцева (1989), из 8 наблюдений, в которых произведено прошивание кровоточащей ДЯ, в трех возник рецидив кровотечения. Это связано с тем, что прошивание язвы увеличивает зону ишемии, а проведение нитей в рубцово-измененных тканях может обусловить их прорезывание и недостаточное затягивание [43]. В случаях технических затруднений при прошивании больших каллезных и пенетрирующих язв необходимо выполнить первичную резекцию желудка [3,95,114].

Lehman L.et.al.,(1982), Stone A.et.al.,(1978), Weber P.et.al., (1982) изолированное ушивание (прошивание) ОКДЯ считают малоэффективным ввиду высокой частоты рецидива заболевания.

Б.Р.Бахшалиев (1991) отмечает, что настораживают исходы операции как с обшиванием кровоточащего сосуда в кратере язвы, так и при сочетании данного приема с резекцией желудка «для исключения». Более того, это положение справедливо и в случаях прошивания язвы с применением разных вариантов ваготомии [77,59,83,105].

Иссечение ОКДЯ

Иссечение ОКДЯ практически возможно лишь при локализации язвы на передней стенке ДПК. Иссечение язвы, расположенной на задней стенке, практически невозможно, хотя продолжают разработки и такого варианта операций. (Н.А.Майстренко, 2000).

Деваскуляризация

Деваскуляризация путем перевязки желудочно-двенадцатиперстной артерии может применяться только в качестве дополнительного метода при выполнении ваготомии с ДЖО в сочетании с прошиванием язвы задней стенки ДПК [61,138].

Майстренко А.Н. с соавт. (2000), особо выделяют группу паллиативных операций, обозначаемых ими как «оперативные вмешательства, устраняющие только осложнения язвенной болезни».

Это: пилоропластика по Гейнеке-Микуличу + прошивание кровоточащей ДЯ на задней стенке; иссечение ОКДЯ на передней стенке (Judd С.,1970); пилоропластика по Финнею; пилоропластика типа ГДА после иссечения ОКДЯ. Естественно, что завершающим этапом этих операций должна быть стволовая поддиафрагмальная ваготомия, ибо она является операцией выбора в данной ситуации [73,62,47,52,39,18].

К сожалению, как отмечают И.И.Затевахин с соавт. (1997), летальность при применении органосохра-

няющих операций у больных с различной степенью тяжести кровотечений колеблется от 10 до 23%. Публикации предыдущих лет [14,22,26,54,72] также свидетельствуют об этом.

Такой же высокой, превышая 50%, она остается при ушивании или иссечении ДЯ как самостоятельных операций [149,18].

Таким образом, отсутствие сведений о типологических особенностях ДЯ, в том числе острокровоточащих, у женщин обуславливает противоречивость мнений в вопросах лечебной тактики. При ОКДЯ у женщин возможно применение резекции желудка, органосохраняющие (с прошиванием язвы) операции и паллиативные вмешательства. Все эти виды операций не следует противопоставлять, ибо каждый из них имеет право на существование. Что касается тактики, то она должна быть индивидуальной — активно выжидательной Г.К.Жерлов (2001).

Литература

- 1.Акрамов Э.Х. Выбор метода хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений: Автореф. дис.доктора.мед.наук: Киев,1990. — 46с.
- 2.Алексеев А.А.Селективная проксимального ваготомия в хирургическом лечении язвенных стенозов: Дис канд. мед. наук. - М., 1983.
- 3.Арипов У.А., Файн С.И., Назиров Ф.Н. и др. // Хирургия. — 1982. - №12. — С.17-20.
- 4.Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю. // Сб.тез.: Международный конгресс северных стран и регионов по проблемам старости и актуальные вопросы геронтологической хирургии. — Карелия. - 1997. — С.79-80.
- 5.Бадуров Б.Ш., Хабурзания А.К. // Рос.журн.гастроэнтерол., гепатологии, колопроктологии. — 1995. — Т.5,№3. — Прил.№1: Материалы 1-й Рос.гастроэнтерол. недели. — С.13, №33.
- 6.Баранчук В.Н. Организация специализированной помощи и хирургическая тактика при острых желудочно — кишечных кровотечениях: Автореф. Дис.доктора.мед.наук: - Ленинград,1990. — 34с.
- 7.Бардаханов Е.Т. Выбор лечебной тактики при остром кровотечении из ЖКТ у больных пожилого и старческого возраста: : Автореф. Дис.кан.мед. наук. — Санкт-Петербург. — 1996. — 12с.
- 8.Бахшалиев Б.Р. //Азербайджанский медицинский журнал. — 1991. - №5. С.29-33.
- 9.Бекмуратов А.Р. Хирургическое лечение осложненных постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки: Автореф. Дис.кан.мед.наук: - Киев, 2001. — 22с.
- 10.Блакитко Е.М. //VIII Всерос. Съезд хирургов: Тез.докладов. — Краснодар, 1995. — С.19-20.
- 11.Бобров О.Е., Бучиев В.И. //Анналы хирургической гепатологии. — 1998. Т.3. - №3. — С.350-351.
- 12.Братусь В.Д. // Клиническая хирургия. — 1990. - №4. — С.44-48.
- 13.Брискин Б.С.//Врач. - 1996. № 6- С.7-11.
- 14.Брискин Б.С., Корниенко А.А., Маламуд И.З.// Хирургия. — 1991. - №5. — С.41-45.
- 15.Вахидов В.В., Калиш Ю.И., Хачиев Г.Л.//Мед. Журнал Узбекистана. - 1991. - №4. — С.3-7.
- 16.Василенко В.Х., Гребнев А.Л., Шептулин Л.А. Язвенная болезнь. М.,: Медицина, 1987. — 288с.
- 17.Вдовин В.Ю. Косой инвагинационный гастроэнтероанастомоз в хирургии осложненных дуоденальных язв: Автореф. Дис.кан.мед.наук: - Москва,1999. — 16с.
- 18.Вербицкий В.Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): Автореф. Дис.доктора.мед.наук: Санкт-Петербург,1999.48с.
- 19.Виноградова М.А. //Некоторые особенности язвенной болезни у женщин.: Автореферат дис.канд.мед.наук. — М., 1962. — 28с.

20. Гавриленко Г.А., Щетинин А.К., Рычковский Г.Ф. и др. // VIII Всерос. съезд хирургов: Тез. докл. — Краснодар, 1995. — С. 54-55.
21. Газетов Б.М., Калинин А.П. Хирургические заболевания у больных сахарным диабетом. — М.: Медицина, 1991. — С. 96-103.
22. Горбашко А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Л.: Медицина, Ленинградское отделение, 1974 — 240.
23. Горбунов В.Н., Сытник А.П., Корнев Н.Н., Гордеев С.А., Столярчук Е.В., Уржумцева Г.А. // Хирургия. — 1998. - №9. — С. 14-17.
24. Григорьев П.Я., Исаков В.А. // Терапевтический архив. — 1991. - №2. — С. 27-30.
25. Григорьев П.Я. Лечение язвенной болезни. Мед. газета 1997: 15: 21.02.
26. Гринберг А.А., Ермолов А.С., Затевахин И.И. // Хирургия. — 1990. - №2. — С. 81-84.
27. Давидкин В.И. Обоснование способа хирургического лечения осложненной и неосложненной дуоденальной язвы: Автореф. Дис. кан. мед. наук: - Саранск, 1995. 19с.
28. Дерман А.И. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, у больных пожилого и старческого возраста: Автореф. Дис. д-ра. мед. наук: - Харьков, 1990. — 38с.
29. Ермолов А.С., Уткин В.В. // Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. - Рига, 1983. - С. 210.
30. Есютин И.Н. Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах, сочетающихся с желудочно-кишечным кровотечением: Автореф. Дис. кан. мед. наук: - Санкт-Петербург, 1997. 20с.
31. Жерлов Г.К. // Клиническая хирургия. — 1990. - №8. С. 31-32.
32. Жерлов Г.К. // Вестник хирургии. — 1991. Т. 146. №5-6. 22-25.
33. Жерлов Г.К. // Вестник хирургии. — 2001. №2 С. 34-36.
34. Зайчук А.И. // Клиническая хирургия. — 1991. - №9. — С. 55-58.
35. Затевахин И.И., Гринберг А.А., Щеголев А.А. // Актуальные проблемы абдоминальной хирургии и интенсивной терапии: Сб. науч. тр. — Тарту. — 1990. — С. 44-45.
36. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е. // Анналы хирургии. — 1997. - №1. - С. 40-46.
37. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е., Самсонова М.В. и др. // Российский медицинский журнал - 1998. - №2. — С. 3-7.
38. Земляной А.Г. // Вестник хирургии им. Грекова. — 1986. — Т. 136, №4. — С. 9-17.
39. Зуев В.К. Автореф. дис. д-ра мед. наук. — Санкт-Петербург, 1993. — 40.
40. Калиш Ю.И., Торкин А.Э. // Хирургия. — 1994. - №4. — С. 46-50.
41. Кальченко Е.И. // Советское здравоохранение. — 1991. - №5. — С. 46-49.
42. Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А., Усманов Г.А. // Сборник тезисов: Новое в диагностике и лечении органов пищеварения. — Ташкент, 1997. — С. 69-70.
43. Ковальчук Л.А., Миксуляк В.Г. // Клиническая хирургия. - 1984. - №4. — С. 9-11.
44. Кондратенко Г.Г. // Здравоохранение. — 1998. - №5. — С. 34-36.
45. Кузин М.И., Постолов П.М., // Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. - Ташкент, 1982. - С. 45-47.
46. Кузин М.И., Постолов П.М., Кузин Н.М. // Сов. мед. - 1983. - №5. - С. 20-24.
47. Кузин Н.М., Крылов Н.Н. // Хирургия. - 1999. №1. — С. 17-24.
48. Куликова А.К. // Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. — Иваново, 1984. — С. 36-39.
49. Кулчиев А.А. // Хирургия. — 1994. - №4. — С. 28-31.
50. Куртяну Б.Н., Шептулин А.А. Язвы желудка: Вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения. — Кишинев: Штиинца, 1990. — 247с.
51. Курыгин А.А., Перегудов С.И., Гула Ф.И. // Вестник хирургии. — 1998. Т. 157. - №4. — С. 24-27.
52. Курыгин А.А., Румянцев В.В. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии. — Санкт-Петербург: Гиппократ. — 1992. — 304с.
53. Луцевич Э.В., Бахшалиев Б.Р. // Хирургия. — 1988. - №12. — С. 41-46.
54. Луцевич Э.В., Ярема И.В., Бахшалиев Б.Р. // Хирургия. — 1991. №9. — С. 55-60.
55. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки // Санкт-Петербург: Гиппократ, 2000. — 357с.
56. Макаров Н.П., Пермяков В.Н., Тутунин В.Г. // VIII Всерос. съезд хирургов: Тез. докл. — Краснодар, - 1995. — С. 162-163.
57. Мамчиш В.И., Гвоздяк Н.Н., Параций З.З., Шуляренко В.А., Демидюк П.Ф., Семинов В.И., Бабин И.А. // Хирургия. — 1997. - №9. — С. 12-14.
58. Мараховский Ю.Х. // Здравоохранение. 1998. - №6. — С. 33-36.
59. Мартиросов Ю. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1997. - № 6. — С. 73-75.
60. Матросова Е.М., Курыгин А.А., Гройсман С.Д. Ваготомия (последствия и их механизмы). — Ленинград: Наука, 1981. — 215с.
61. Матяшин И.М., Войтенко А.А., Заверный Л.Г. и др. // Клиническая хирургия. — 1980. - №4. — С. 11-15.
62. Маят В.С., Климинский И.В. // Вестник хирургии им. Грекова. — 1982. — Т. 128, №3. — С. 19-23.
63. Медведев В.Н., Орловский В.Ф., Зеленская Л.М. // Гастроэнтерология. — Киев, 1986. — Вып. 18. — С. 38-40.
64. Медведев В.Н., Орловский В.Ф., Зеленская Л.М., Доценко Н.Я., Решетилов Ю.И., Лямцева Е.Г. // Клиническая медицина. — 1985. - Т. 63. №11. — С. 78-80.
65. Мовчан К.Н. Хроническая неосложненная язва двенадцатиперстной кишки как проблема хирургии. // Санкт-Петербург: Гиппократ, 1997. — 448с
66. Мындреску П.И. // Материалы Пленума Всесоюзного научного общества гастроэнтерологов. — Рига. - 1986. С. 138-139.
67. Нечай А.И., Зуев В.К., Волков В.Г. // Хирургия. — 1989. - №10. — С. 10-14.
68. Нечай А.И., Ситенко В.М., Курыгин А.А. // Вест. хир. — 1985. - №3. — С. 17-24.
69. Никитин Н.А. Хирургические аспекты профилактики недостаточности швов дуоденальной культи в ургентной хирургии «трудных» дуоденальных язв: Автореф. Дис. кан. мед. наук: - Пермь, 1998. — 24с.
70. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. - Краснодар, 1995. — 293с.
71. Орловский В.Ф., Медведев В.Н. // Врачебное дело. — 1989. - №8. — С. 64-66.
72. Панцырев Ю.М. Хирургическое лечение дуоденальной язвы (достижения и нерешенные вопросы): Методические рекомендации. — М., 1989. — 32с
73. Панцырев Ю.М., Гринберг А.А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. — М.: Медицина, 1979. — 159с.
74. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.И., Кузеев Е.А. // Хирургия. — 2000. - №3. — С. 21-25.
75. Панцырев Ю.М. // Сборник науч. трудов 2-го Моск. мед. ин-та. — М., 1983. - вып. 40. - 131с.
76. Перегудов С.И. Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв: Автореф. Дис. доктора мед. наук: Санкт-Петербург, 1998. 38с
77. Перкин Э.М., Островский А.И. // Вестник хирургии им. Грекова. — 1984. — Т. 132. - №4. — С. 34-38.
78. Петров В.П., Бадуров Б.Ш., Хабурзания А.К. Резекция желудка по Ру. — М.: ПИК ВИНТИ, 1998. — 212с.
79. Положенкова Л.А. Нейрогуморальная регуляция пищеварения. — М.: Медицина, 1983. — 120с.
80. Полоус Ю.М., Шидловский В.А., Борщ И.В. // Клиническая хирургия. - 1988. - №8 — С. 32-34.
81. Помелов В.С., Алексеев А.А., Булгаков Г.А., Хатырев В.А. // Сов. мед. - 1982- №4-С. 91-94.
82. Помелов В.С., Ганжа П.Ф. // Советская медицина. — 1987. - №5 — С. 48-52.
83. Постолов П.М., Полянец А.А., Писарев В.Б., Кувшинов Д.А. // Хирургия. — 1991. - №3. — С. 19-23.
84. Постолов П.М., Кузин Н.М., Дежин С.Н. // Хирургия. — 1982.

- №12. - С.64-68.
- 85.Пяри Х.М. Вопросы практической гастроэнтерологии //Сборник научных работ. - Таллин, 1970. - С. 71-76.
- 86.Ратнер Г.Л., Корытцев В.К., Катков С.А., Афанасенко В.П. //Хирургия. - 1999. - №6. - С.23-24.
- 87.Саенко В.Ф., Дикусаров А.В., Полинкевич Б.С. //Клиническая хирургия. - 1989. - №3. - С.10-13.
- 88.Саламов А.С., Х.К.Карабаев, Хайдаров Г.А.//Вестник врача общей практики. - 2000. - №3. - С.52-54.
- 89.Сарванов А.М. О значении стероидных гормонов в патогенезе и лечении язвенной болезни: Автореферат дис.д-ра.мед.наук. - Л.,1968. - 32с.
- 90.Сахаутдинов В.Г., Ганцев Ш.Х., Праздников Э.Н.// Вестник хирургии им.Грекова. - 1991. - Т.146. - №2. - С.145-147.
- 91.Сенютович В.Ф., Геных С.Н., Избенко Г.С., Сенютович Р.В. //Труды 2-го Моск.мед.ин-та. - 1979 - Т.100, Вып.21 -С.130-134.
- 92.Сибуль У.Ф. Проксимальная ваготомия в лечении пилородуоденальных язв. - Таллин:Валгус,1985. - 111с.
- 93.Стенько В.Г., Смотриш С.М., Васильчук Л.Ф., Кузнецов Г.С./ Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. Новые направления в хирургии: Сб.тр. - Минск: Промпечать, 1997. - С.64.
- 94.Талимов О.В. // Хирургия - 1994. - №3. - С. 32-34.
- 95.Телиа А.В. // Хирургия. - 1984. №9. - С.21-25.
- 96.Филимонов Р.М., Ивлева Л.Ю.//Достижения в диагностике и лечении заболеваний органов пищеварения. - М.,1982. - С.47-50.
- 97.Шапкин Ю.Г. Специализированная помощь больным с гастродуоденальными кровотечениями в саратовском областном центре: Автореф. Дис.доктора мед.наук: - Саратов,1996.с32.
- 98.Швидлер Л.И., Ходосевич Г.М., Рогов Г.В., Шафранский А.А. //Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии: Новые направления в хирургии: Сб.тр. - Минск: Промпечать, 1997. - С.64-67.
- 99.Шорох Г.П., Климович В.В. Язвенные гастродуоденальные кровотечения (тактика и лечение). - Минск.1998. - 155с.
- 100.Шулутко И.Б.//Физиология пищеварения: Ч.2 - Одесса, 1967. - С.155-156.
- 101.Эльштейн Н.В. Общемецинские проблемы терапевтической практики. Таллин, 1983. - 240с.
- 102.Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. - М.: Медицина.1955. - 178с
- 103.Amdrup E. Vagotomy. //Int.Surg. -1983 -Vol.68. -P.291-294.
- 104.Andersen D., Waraa P. // Scand. J. Gastroenterol. - Suppl.,1996. - Vol.216. - P. 20-26.
- 105.Avgerinos A., Stavropoulos G.S., Valouris A.// Am.J. Gastroenterol.1990.V.85.N.2. --P.150-153.
- 106.Baer U., Diermann J., Erbe C. //Zentralbl.Chir. - 1993. - Bd.118. - S.30-35/
- 107.Blasco C., Petersen R., Cristaldo C. //Acta Gastroenterol. Latinoam. - 1996. - Vol.26,N4. - P.215-220.
- 108.Bretagne J.F. // Revue du Praticien. - 1995. - N45. - P.2297-2302.
- 109.Brullet E., Calvel X., Campo R.et.al.// Gastrointest.Endosc. - 1996. - V.43,N2. - P.111-116.
- 110.Cappel M.S. // Amer. J. Gastroent. - 1990. - Vol.90. N. 9. - P. 444-449.
- 111.Clark C.G., Karamanolis D., Ward M.W.N.// Brit. J.Surg. - 1984-Vol.71-P.185-187.
- 112.Collins P.J., Horowitz M., Cook D.H. // Gut. - 1983. - V.24. - P.1117-1125.
- 113.Demirtines N., Rothenbuhler J.M.,Chevalley J.P., Harder F. // Schweiz. Med.Wochenschr. - 1991. - Vol. 121. - P.839-843.
- 114.Farthmann E.H., Kirchner R.// Vagotomy in modern surgical practice. - London: Butterworths. - 1982. - P.238-243.
- 115.Gledhill T. // Brit.J.Surg. -1983 -Vol.70 -P.704-707.
- 116.Gorey Th., Jennon F., Heffernan S. //Ann.Surg. -1984. -Vol.200. -P.181-184.
- 117.Herbst F., Gruber E., Pratsmer T. Et.al.// Langenbecks Arch. Chir. - 1992. - V.377, N5. - P.262-266.
- 118.Herrington J.L., Davidson J.//Wld J. Surg. - 1987. - V.11. - P.304-314.
- 119.Hollender L.F., // Int.Surg. -1983 -Vol.68. -P. 317-321.
- 120.Iung.D., Duben W., // Chir.Prax. -1982 -Vol 30 -P 463-470.
- 121.Jatzko J., Lisborg P., Muller M. et.al. // Wien. Klin. Wochenschr. - 1993. - Bd.105. - S.255-258.
- 122.Jiranek G.C., Kozarek R.A. A //Surg.Clin.North.Am. - 1996. - V.76,N1. - P.83-103.
- 123.Jyh-Jon-Chen., Chi-Sin Changehien, Chuan Mo Lee. // Chang Gung Med.J. - 1991.- V. 18,N3. - P.209-216.
- 124.Kennedy T., Green W. //Ann.J.Surg. -1980 -Vol.139. P.18-21.
- 125.Laine L., Stein C., Skarmaa V. // Gastrointest. Endosc. - 1996. - V.43.N2. - P.107-110.
- 126.Lehman L., Dusel W., Franke S., Kerscher P.// Langenbenbecks Arch. Chir. - 1982. - Bd. 357. - N4. - S.283-293.
- 127.Liach J., Bordas J.M., Salmeron J.M. et.al.// Gastrointest. Endosc. - 1996. - Vol.43, N2. - P.117-120.
- 128.Liberman L. // Gastroenterol. Clin. North. Am. - 1993. - V.4,N4. - P.723-736.
- 129.Lunde O.Ch., Liavag I., Roland M.// Wld.J.Surg. -1983
- 130.Meisner K. // Hepatogastroenterology. - 1994. - Vol.41. - P.526-528.
- 131.Millat B., Hay J.M.,Vailler P.et.al.// World J. Surg. - 1993. - V.17. - P.568-574.
- 132.Muller C. // Schweiz med. Wschr. -1984 - Bd-114. - p.750-763.
- 133.Paimela H., Joutsu T., Kiviluoto T., Kivilaakso E. // Dig.Dis.sci. - 1995. - Vol.40. - P.631-635.
- 134.Pringle R., Irving A.D., Longrig I.// Brit.J.Surg.-1983-Vol.70.P.482-484.
- 135.Rohner H.G., Blomer A., Gugler R.//Z.Gastroent.-1983-Bd 21.-S.585-592.
- 136.Rothmud M., Pitsch W.//Dtsch.med. Wschr.-1983-Bd.108-S. 891-895
- 137.Sarosier I.//Stand.J.Gastroent.-1983-Vol.18.-P 935-938
- 138.Schiller K.F., Truelove S., Williams D.G.,//Brit.med.J. - 1970. - V.2.- P.7-14.
- 139.Schmidt G.F., Schneider I.A.,//Z.Gastroent.-1983 Bd- 21.-S.105-110
- 140.Stone A.M., Stein T., McCarthy K.,Wise L. ulcer//Amer.J.Surg. - 1978. - V.135. - N3. - P.306-308.
- 141.Storey D.W., Boulos P.B.//Gut. 1981 -Vol.22. -P.702-724.
- 142.Thomson I., Wiener I., //Clin.Gastroent. -1984 -Vol. 13. -P. 569-584.
- 143.Thon K., Ohwann C., Hengels K.I. // Clin. Investig. - 1992. - V. 70,N2. - P.1061-1069.
- 144.Troide H., Quality of life. Eds H. Viefhues, W. Schoene, R.Rychlik. Berlin 1993; 172-185.
- 145.Verhaeghe P., Steppa R., Henry X., //Int.Surg. -1980. -Vol.65.-P.301-303.
- 146.Walcer L.G. //Amer.J.Surg. - 1988. - V.155, N.3. - P.436-438.
- 147.Walgenback S., Bernhard G., Durr H., Weis C. // Med.Klin. - 1992. - Bd. 87, N 8. - S.403-407.
- 148.Weber P.M. // Z. Arztl.Forblid. - 1982. - Bd. 76 - N17. - S.783-786.
- 149.Winkeltan G., Arlt G., Truong S.. //Zbl.Chir. - 1986. - T.111, Bd.23. - S.1441-1449.

*Н.З.Назарова,
Н.В.Елецкая,
Л.В.Гаманина*

ГЛОМАНГИОМА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

*Второй Ташкентский Государственный Медицинский Институт
Республиканский Патолого-Анатомический Центр*

Гломус-ангиома (синонимы: опухоль Барре-Массона, гломусная опухоль, ангионеврома, опухоль мио-артериального гломуса) - доброкачественная опухоль [1,4,13,22,28]. Под этим названием известно сосудистое образование, развивающееся из артериовенозных анастомозов-гломусных клубочков [7,19,24]. Первое сообщение о гломусной опухоли принадлежит W.Wood [16], который в 1812 году описал своеобразные подкожные образования ("бугорки"), отличающиеся выраженной болезненностью. Однако интерес к данному заболеванию появился лишь после того, как в 1920 году невропатолог J.Varre доложил о нем на Страсбургском конгрессе психиатров, а в 1924 году морфолог P.Masson опубликовал данные о гистологической структуре опухоли, доказав ее происхождение из гломусов артериовенозных анастомозов [26]. В совместной работе J.Varre и P.Masson подвели итог результатов обоюдных исследований. В последствии по имени этих авторов заболевание и получило свое название.

По мнению Hartmann (1887), гломусные образования кисти представляют собой характерные петли из терминальных чувствительных веточек срединного и локтевого нервов в области пальцев [7]. Здесь нервные окончания перекрещиваются с разветвлениями пальцевых артерий, образуя гломусоподобные узелки. Они, будучи в норме, играют роль регуляторов теплоотдачи [19,24]. Анатомическое строение гломусных образований изучили Varreito et al. (1938) на 30 кистях трупов путем наливки артериальных сосудов [7,21]. В 100 случаях на пальцах кисти обнаружены гломусоподобные образования. Гломусные опухоли встречаются редко, поэтому каждое описание имеет практическое значение [1,3,4,7,12,21,30].

Наблюдается опухоль в любом возрасте [2,7,13,16,23,29], но преимущественно между 20 и 50 годами. Средний возраст больных в наблюдениях Г.С.Кокина составил 44,5 года [11]. Женщины болевают в 3-5 раз чаще мужчин [9,18]. По мнению многих авторов, эти опухоли встречаются чаще, чем распознаются [7,16,28].

Этиология гломусных опухолей неизвестна. Пусковой механизм в ряде случаев — травма [2,7,12,16,18]. По данным И. Д. Косачева и Р.И. Житнюка, у 23 из 49 больных в анамнезе имелись указания на многократные повторные травмы того участка, где возникла опухоль [9]. Локализуются чаще в кистях и стопах, преимущественно на пальцах, чаще в зоне ногтевого ложа [6]. По данным И.Д.Житнюка и И.Д.Косачева, руки поражаются в 64,4%, ноги -24,7% [9]. Гораздо реже опухоль поражает кожу голени, бедра, лица, туловища, а также желудок [17]. В единичных наблюдениях отмечена в почке, влагалище, твердом небе, средостении, костях, среднем ухе, мочке уха, ротоглотке, на губе [2,5].

Гломусы обычно одиночные, но иногда встреча-

ются и множественные. Одной из особенностей множественных гломусов является то, что они могут встречаться в нескольких поколениях одной семьи, то есть, передаваться по наследству [16].

Клиническое проявление заболевания на кисти и стопе начинается с возникновения боли в дистальной фаланге пальца. Боль, как удар током, возникает в момент прикосновения к болевой точке на пальце, иррадирует в плечо, шею, голову, голень, паховую область.

Заболеванию свойственно прогрессирующее течение. Будучи вначале умеренными, боли со временем усиливаются, достигая степени каузалгических кризов. Они бывают разнообразными по своему характеру: жгучими, стреляющими, пульсирующими, рвущими, колющими и т. д. У одних больных приступы болей в пораженном пальце возникают спонтанно, у других - провоцируются внешними раздражителями или эмоциональными факторами. У данного контингента больных особенно отчетливо прослеживается зависимость болей от температуры окружающей среды. У значительного числа пациентов отмечается повышенная чувствительность к холоду. Многолетние мучительные боли, длительная бессонница снижают работоспособность, ведут к астенизации больных, а порой вызывают психические нарушения.

При локализации опухоли в дистальной фаланге под ногтевой пластинкой определяется синюшное пятно. В результате прорастания опухоли вторично поражается кость фаланги. Клиническая картина гломусной опухоли, как правило, четко выражена. Рентгенологическое исследование требуется лишь для подтверждения диагноза. На рентгенограммах в дистальной фаланге соответственно локализации опухоли обнаруживается либо груботрабекулярный рисунок костной ткани, либо округлые, иногда со склеротическим ободком дефекты кости. Ногтевой отросток увеличивается в объеме [8,10,15].

Макроскопически опухоль представляет собой узелок диаметром до 0,3-0,8 см., редко больше, мягкой консистенции, серо-розового цвета, располагающийся в глубине дермы. Микроскопически состоит из мелких, часто щелевидных, иногда синусоидного вида сосудов, выстланных эндотелием и окруженных муфтами из эпителиоидных клеток, напоминающих гломусные клетки, входящие в состав кожных гемо-гломусов, главным образом эпителиоидного эндотелиального утолщения (канала Суке-Гойера), или даже морфологически идентичных им. Между эндотелием сосудов и слоем эпителиоидных клеток располагается зона отечной, базофильной соединительной ткани, бедной клетками. Опухоль богата снабжена нервными стволиками. Нервные волокна располагаются между эпителиоидными клетками, местами оплетая их в виде сети. На периферии опухоли или в ее толще можно видеть гемогломусы или их остатки в форме сосудов

артериального, венозного, замыкающего типа. Иногда опухоль выглядит как гигантский, уродливо сформированный гломус. Опухолевые сосуды довольно полиморфны, количество и расположение эпителиоидных клеток различно, что позволяет выделить солидный, ангиоматозный и смешанный варианты [19].

Ангиоматозный вариант: опухоли состоят из большого количества сосудов различной величины и округлых клеток эпителиоидного типа. Стенки сосудов нередко тонкие, просветы широкие, наполненные кровью. Строма опухоли слабо выражена. По периферии опухоль окружена соединительнотканной капсулой.

В клеточном варианте гломусных опухолей преобладают скопления эпителиоидных (гломусных) клеток, которые прилежат друг к другу, располагаясь в окружности сосудов. Большинство сосудов едва различимы, с узкими, щелевидными полостями и лишь некоторые имеют более широкий просвет. Часть гломусных клеток с узким ободком цитоплазмы и ядрами округлой или округлоовальной формы, в которых содержится умеренное количество хроматина. Другая часть клеток характеризуется довольно крупными светлыми цитоплазматическими телами округлой формы и темным округлой или слегка овальной формы ядром. В некоторых участках опухоли преобладают клетки с темными вытянутыми ядрами. Опухоль окружена соединительнотканной капсулой с утолщенными коллагеновыми волокнами.

В смешанном варианте опухоли участки с большим количеством сосудов чередуются с участками, где преобладает клеточный компонент, а сосуды представлены узкими щелями. Здесь гломусные клетки вкраплены в виде гнезд в соединительнотканый слой, бедный клеточными элементами.

Нами было изучено 5 больных в возрасте 26-50 лет (женщин — 4). У 4 была опухоль ногтевой фаланги пальца кисти, у 1 — пальцев стопы. Все опухоли были единичными. Длительность заболевания составила от 5 до 20 лет. Все больные жаловались на сильные, нестерпимые боли, возникающие при нажатии на ногтевую фалангу. Боли иррадиировали в другие пальцы, предплечье, плечо при локализации опухоли на кисти и в голень и паховую область — при локализации опухоли на пальце стопы. Со временем интенсивность боли нарастала. Больные оберегали болезненные участки от прикосновения. У 2 больных опухоль просвечивалась сквозь ноготь в виде точки.

У 2 больных была произведена МРТ кисти, где обнаружена округлая полость, расположенная в одном случае под ногтевой пластинкой, в другом случае — вдавление полуовальной формы по ладонной поверхности ногтевой фаланги с усилением сосудистого рисунка в виде бухтообразного расширения.

Лечение больных с гломусной опухолью только оперативное [18,20,25,27]. Все хирурги единодушны в мнении, что при расположении опухоли на пальцах операция должна производиться под проводниковой анестезией. Инфильтрационная анестезия нецелесообразна, так как раствор анестетика, оказывая давление на опухоль, вызывает нестерпимую боль. При других локализациях анестезия проводится по общепринятым правилам. Операция обычно технически проста. При расположении гломуса в подногтевом ложе

вначале удаляется ноготь, после чего опухолевой узел, хорошо ограниченный от окружающих тканей капсулой, легко выщипывается. Во время оперативного вмешательства костная полость должна быть обработана, а при наличии выраженных деструктивных изменений в костной ткани фаланги целесообразно удалить ее остатки.

Все 5 больных были оперированы. Диагноз подтвержден гистологическим исследованием. Ближайшие и отдаленные результаты, прослеженные на протяжении 6 месяцев — 10 лет хорошие. Рецидив отсутствует.

Таким образом установлено, что при МРТ можно выявить точную локализацию гломусангиомы, а радикальное удаление опухоли вместе с капсулой гарантирует от рецидивов заболевания.

Литература

- 1.Алексеев П.П., "Клубочковые опухоли артериовенозных анастомозов" *Вест.хир.*, 1959, № 5, стр.112-114
- 2.Альбитский Б.А., Журавлева Н.И. "Опухоль Барре-Массона" *Нект.воп.клин. и эксперим.онкологии. Томск*, 1975. стр.83-86
- 3.Белов С.И. "Гломусная опухоль" *Азерб.мед.журн.* 1978. № 11, стр.59-60
- 4.Бойчев Б. "Хирургия кисти и пальцев" *София*, 1971. стр.256.
- 5.Валигуа Я.С., Женченко А.Д. "Болезнь Барре-Массона", *Клин.хир.* 1979 № 5, стр.61-62
- 6.Власов В.И. "О гломусных опухолях" *Хирургия*, 1975. №2, стр.102-105
- 7.Волкова А.М. "Хирургия кисти", том 2, Екатеринбург, 1993. стр.200-203.
- 8.Девятков В.А. "Атипичное течение болезни Барре-Массона" *Хирургия*, 1999 №4, стр.62
- 9.Житнюк Р.И. "Опухоль Барре-Массона" *Клин.хир* 1966. №8, стр.63-65
- 10.Ковалева Н.М. "Два наблюдения болезни Барре-Массона", *Здравоохранение Белоруссии*, 1973. №4, стр.82-83
- 11.Кокин Г.С., Тышкевич Т.Г., Покровская А.И. "Особенности диагностики и лечения опухолей Барре-Массона", *журн. Вопр. Нейрохирургии им.Бурденко*, 1983. вып.1, стр.31-35
- 12.Костин А.Е. "Наблюдение опухоли Барре-Массона", *Вест.н.хир. им.Грекова*, 1996. №1, стр.95
- 13.Кош Р. "Хирургия кисти", *Будапешт*, 1966. стр.453
- 14.Кузанов Е.И., Арчвадзе В.П., Кепуладзе Т.О. "Опухоль Барре-Массона", *Клин. хир.* 1987. №5, стр. 52-53
- 15.Кузьменко В.В., Айзенштейн Е.С., Лазарев А.А., Скороглазов А.В *Рентгенологический атлас патологии кисти М., Медицина*, 1987. стр.63-65
- 16.Кургузов О.П., Григорьев А.Ф., Кузнецов Н.А. "Гломусные опухоли Барре-Массона" *Хирургия*, 1991. №3, стр.134-141
- 17.Папазов Ф.К., Тихий А.Т., Межаков С.В. "Редкая локализация опухоли Барре-Массона" *Вестн.хир. им.Грекова*, 1990, т.145 №8, стр.48
- 18.Пельц Б.А., Лященко Д.С., Бродская И.А. "О клинике и хирургическом лечении гломусных опухолей" *Клин.хир.* 1973. №3, стр.38-41
- 19.Смолянникова А.М., Саркисова Д.С. "Патолого-анатомическая диагностика опухолей человека" М., Медицина, 1982, стр.62-63.
- 20.Скрипченко Д.Ф., Бабенко В.И. "Хирургическое лечение гломусных опухолей кисти и предплечья" *Клин.хир* 1987. №5, стр.52
- 21.Усольцева Е.В., Машкара К.И. *Хирургия заболеваний и повреждений кисти. Ленинград медицина*, 1986 стр.179-182
22. *Campbells. Operative Orthopedics Edited by S.TERRYCANALE Volume four. PART XV. THE HAND Chapter 78 Tumors and tumorous codditions of hand-p.*3708-3709 *Glomus tumor*, 1998
23. *HAND CLINICS. Volume 11. Number 2. May 1995. TUMORS OF THE HAND AND FOREARM-Vascular tumors in children. Joseph Upton, MD, and christopher coombs, MD. P-307-336.(307-*

308).

24. Johnson D.L., Kuschner S.H., lane C.S.: Intraosseous glomus tumor of the phalanx: a case report, *J Hand Surg* 18-A: 1026, 1993

25. Kline S.C., Moore JR, de Ments SH: Glomus tumor originating within a digital nervs, *J Hand Surg* 15-A:98, 1990

26. Masson M. L., *Surg. gynec. Obst et* (1955)

27. Maxwell GP, Curtis RM, Wilgis EFS: Multiple digital glomus tumors,

J Hand Surg 3:363, 1978

28. Rask MR, Barnes ag, Korf EH: glomus tumor trented by prostaglandin inhibition: report of a case, *Clin Orthop* 143:171, 1979

29. Retting AC, Strickland JW: Glomus tumor of the digits, *J Hand Surg* 2:261, 1977

30. The hand diagnosis and indications CHURCHILL LIVINGSTONGS Graham Lister, 1984, p-303

А.М.Хаджибаев,

Б.А.Янгиев,

А.М.Егитов

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА

Научный Центр Хирургии им.акад. В.Вахидова МЗ РУз

Патология пищевода представляет один из самых сложных разделов хирургии. Сегодня медицинская наука достигла значительных результатов, особенно в реконструктивной хирургии пищевода и вопросах лечения его злокачественных поражений [36]. Однако в литературе по патологии пищевода досадно мало работ, касающихся его травматических повреждений [27]. Исключение составляют отдельные исследования по этой проблеме [27,42,52].

Многие вопросы диагностики, показаний к консервативному и оперативному лечению, методика ведения больных с повреждениями пищевода остаются далекими от разрешения. Разноречиво освещены вопросы этиологии, классификации травм по локализации и степени повреждения стенки пищевода. Дискутабельными остаются вопросы организации медицинской помощи на различных этапах, и нет четкого представления о том, кто должен оказывать неотложную помощь при травмах пищевода.

Результатом этого является высокое число осложнений и летальности, которая, по данным различных авторов, достигает 30-55% [26,30,44,60,61,63,67], а при гнойном медиастините в результате повреждения пищевода летальность составляет 70-76%, причем, при внутригрудном расположении повреждения, она в 2,5-3 раза выше, чем при шейном [65,70]. К сожалению, во многих случаях диагностика затруднена, потому что клинические проявления повреждений пищевода в раннем периоде неотчетливы [36].

По этиологическому признаку повреждения пищевода делятся на повреждения инородными телами, инструментами, спонтанные, гидравлические разрывы, повреждения сжатым газом, при ранениях груди и шеи, при закрытой травме груди и шеи, при хирургических операциях [27]. Одни авторы считают, что разрывы пищевода инородными телами составляют от 22,9-43,1% случаев [1,14,15,20,28,45,48,55,67]. Другие утверждают, что инородные тела составляют 10,5% от всех наблюдавшихся травм пищевода [27].

Как сообщают М.М.Абакумов с соавт. (1979), из 262 больных с проникающими повреждениями пищевода у 101(38,5%) они вызваны инородными телами. Повреждение пищевода происходит нередко и при попытках извлечения инородных тел [1,39,75]. Иногда невозможно определить причину травмы пищевода: само инородное тело или перфорация вследствие манипуляций по его извлечению.

Другая группа исследователей подчеркивает ведущую этиологическую роль различных инструмен-

тальных вмешательств (эзофагоскопия, гастроскопия, бужирование и прочие) [8,15,20,35,41,45,49,62,68]. Большинство инструментальных ранений пищевода происходит в области задней стенки шейного отдела органа. Здесь стенка особенно тонка и уязвима, лишена продольных мышечных волокон [62,66,64]. Многие авторы отмечают большую частоту повреждений пищевода жесткими эзофагоскопами [15,27,50]. Однако известны случаи повреждения пищевода 0,08% при использовании гибких инструментов с фиброволоконной оптикой [59,62].

Одной из частых причин повреждений пищевода является бужирование пищевода [2,4,8,9,40,49]. Частота перфораций при бужировании, по данным различных авторов, неодинакова. М.А.Подгорбунский, С.Д.Терновский с соавт., Т.И.Шраер, Alfold, Bill e.a., сообщали о 1-10,3% перфораций, Ф.Н.Доронин — об 1%, Р.Г.Загоскина — о 2,9%. А.Г.Соловьев наблюдал перфорации пищевода у 4 из 29 больных, М.Г.Загарских — у 2 из 92. А.Ф.Черноусов с соавт. (1992), описывают 79 больных с проникающими травмами пищевода, среди которых 47 повреждений наступили при бужировании пищевода. Е.А.Вагнер с соавт. (1980) сообщает, что из 107 больных с травмами пищевода в 15 случаях причиной явилось бужирование. Попытки усовершенствовать эту опасную процедуру продолжают до настоящего времени [11,17,27]. Повреждение пищевода при кардиодилатации достигает 4% [51], при использовании зондов-баллонов или зонда Блейкмора-Сенгстакена - 7,2% [66], при интубации трахеи встречается, по данным различных авторов, от 0,03% до 1,7% [3,5,60,63]. Рост автотранспортных происшествий, высотный травматизм участил случаи травм пищевода при закрытых повреждениях грудной клетки [2,16,27,51,54]. Нередки случаи открытых ранений пищевода [27,30,31,39], а также повреждения пищевода при огнестрельных ранениях [12,13,37]. Несмотря на кажущуюся редкость спонтанных разрывов пищевода (синдром Бюэрхааве), публикаций по этой теме довольно много [12,19,6,22,24,32,33,46,47,57,58]. Есть сообщения о множественных повреждениях пищевода, когда причиной являются несколько этиологических факторов [2].

Таким образом, в литературе представлен широкий разброс в оценке этиологических факторов повреждений пищевода. Анализ их частоты и различных сочетаний может позволить разработать конкретные меры профилактики травм пищевода, вовремя их распознать и правильно выбрать тактику лечебных ме-

роприятий.

На сегодня предложено множество классификаций, охватывающих различные параметры повреждений пищевода. Так, например, Б.Д.Комаров с соавт. (1981), приводят классификацию повреждений пищевода с локализацией в шейном, грудном, абдоминальном отделах, а также множественных повреждений. В монографии А.А.Шалимова и В.Ф.Саенко (1987) локализация травм распределена по тем же областям. В.И.Чиссов (1976), кроме шейного и абдоминального дифференцирует верхнегрудной, среднегрудной, нижнегрудной отделы пищевода. Большинство же авторов, описывая повреждения пищевода, вообще не учитывают особенности его локализации и не приводят четкие критерии определения размеров повреждения, поэтому не ясно, что считать малым повреждением, а что — большим. Вместе с тем, в некоторых монографиях по хирургии пищевода, конкретно указаны уровни пищевода относительно трахеи, бронхов, дуги аорты; четко размечены физиологические сужения относительно уровня шейных и грудных позвонков; показано место расположения жизненно важных магистральных сосудов, нервов и других образований средостения [27,52,53].

Особенности клиники и диагностики повреждений пищевода подробно освещены в литературе [27,51,52,53]. Все авторы сходятся во мнении, что клинические проявления повреждений пищевода многообразны, зависят от их локализации и глубины, характера присоединившихся осложнений, сроков травмы. Симптомы подразделяют на местные и общие. Наиболее характерными местными симптомами являются боль по ходу пищевода, дисфагия, инфильтрация тканей в зоне повреждения, осиплость голоса, подкожная эмфизема, пневмоторакс, ригидность мышц передней брюшной стенки. К общим симптомам относят общую бледность кожных покровов, цианоз, одышку, холодный пот, тахикардию, озноб, гипертермию [27]. Локализация боли и её интенсивность зависят от уровня и глубины повреждения пищевода [7,45,51].

Дисфагия также относится к ранним симптомам, особенно при локализации травмы в шейном отделе пищевода. Более значимым симптомом для травмы шейного отдела является, по мнению большинства авторов, подкожная эмфизема, хотя, по данным Б.Д.Комарова с соавт. (1981), она в первые часы после травмы встречается лишь у 6,6% больных, а спустя 10–12 часов обнаруживается у 33,3% больных. При этом частота проявления эмфиземы зависит от локализации повреждения.

Т.И.Шраер (1964) различает три стадии клинического течения перфораций грудного отдела пищевода. Первая стадия — фаза шока — длится от получения до 5 часов, характеризуется резким ухудшением состояния больного. При второй стадии продолжительностью до 18–36 часов больной чувствует некоторое облегчение общего состояния, снижается интенсивность болей, но при этом наблюдаются гипертермия и дегидратация организма. Третья стадия представляет собой симптомокомплекс присоединившегося медиастинита и других воспалительных осложнений (землистый цвет кожных покровов, вынужденное поло-

жение больного полусидя, одышка, тахикардия, гектическая температура, сотрясающие ознобы).

Спонтанные разрывы пищевода, отличаясь от других травматических повреждений, имеют яркую клиническую картину. Для них характерны резкие боли за грудиной, одышка. Интенсивность болей напоминает клиническую картину инфаркта миокарда, перфоративную язву. Кроме этого нарастают акроцианоз, синюшность кожи, тахипноэ, а в более поздние сроки усиливаются проявления интоксикации, сердечно-сосудистой недостаточности и значительно повышается температура [32,33,58].

Диагностики повреждений пищевода в литературе трактуется несовпадающими мнениями о ценности того или иного метода. В годы, предшествовавшие широкому распространению современных фиброэндоскопических методов исследования, авторы единодушно отдавали предпочтение рентгенологическим методам [21]. Более того, даже после внедрение в практику фиброэндоскопов большинство авторов считает, что информативность рентгенологического метода является наиболее высокой [21,45,52,53]. При ранениях шейного отдела пищевода основными методиками являются боковая бесконтрастная рентгенография шеи по Г.М.Земцову (1948) и контрастная рентгенография.

Боковая рентгенография шеи способствует выявлению инородных тел не только в пищеводе, но и в параэзофагеальной клетчатке. Другие авторы отдают предпочтение контрастным методам рентгенографии и рекомендуют в качестве контрастного вещества водорастворимые концентрированные контрастные препараты [20,38] или бариевую массу [59].

Основными условиями, повышающими эффективность рентгенологической диагностики, являются полипозиционность исследования, мелкодисперсность и различная вязкость контрастного вещества, возможность применения различных способов оптимального предварительного опорожнения травматического канала с последующим заполнением контрастным веществом; а также проведение рентгенокимографии и повторного рентгенообследования в динамике, при необходимости с комбинацией таких сложных методов, как фистулография, эзофагобронхоскопия [51]. Christoforidis и Nelson (1957) различают следующие рентгенологические признаки перфорации грудной части пищевода: эмфизема средостения, подкожная эмфизема, гидропневмоторакс, выход контрастного вещества за пределы просвета пищевода [53]. При разрывах эзофагокардиальной зоны эмфизема обнаруживается во всех случаях. Е.А.Naclerio (1957) впервые описал рентгенологический признак субплеврального распространения эмфиземы в виде буквы V на стороне повреждения пищевода. При контрастном исследовании пищевода обычно обращают внимание на уровень, локализацию и глубину выхода контрастного препарата за пределы стенки пищевода и его количество; длину и ширину ложного хода, его направление и распространение; отношение ложного хода к просвету пищевода, медиастинальной плевры, диафрагме, забрюшинному пространству [27]. При этом характер затекания контрастного препарата имеет решающее значение для выбора оптимальной тактики

лечения и вида хирургического вмешательства.

Если рентгенологические методы исследования при повреждениях пищевода предпочитает большинство авторов, то в отношении других методов такого единогласия нет. В частности, это относится к эзофагоскопии. Одни авторы [37] применяют её широко, другие [7,44] в сочетании с другими методами, третьи считают, что диагностическую эзофагоскопию следует производить только по строгим показаниям [29,42]. Противники эзофагоскопии полагают, что она не всегда может быть использована вследствие тяжести состояния больного [25] и что после этой манипуляции может наступить ухудшение состояния больных [10]. Ряд авторов указывает, что интерпретация данных эзофагоскопии в некоторых случаях трудна, а разрыв пищевода при ней может увеличиться. Показаниями к выполнению эзофагоскопии В.И.Чиссов (1976) считает необходимость установления природы патологических изменений в пищеводе и сопутствующих заболеваний пищевода. Б.Д.Комаров с соавт. (1981) считают, что показанием к диагностической эзофагоскопии являются разрывы пищевода любой этиологии, так как при рентгенологическом исследовании четко можно определить только дистальный уровень разрыва, в то время как проксимальный уровень остается неизвестным.

Плевральная пункция имеет диагностическое значение в случаях диагностических ошибок и поздней диагностики. О перфорации пищевода в этих случаях свидетельствует наличие в пунктате пищевых частиц или желудочного содержимого, метиленового синего, принятого внутрь перед пункцией, изменение pH содержимого [64]. Многие авторы указывают на значительный процент поздней диагностики повреждений пищевода. По данным R.Sailer e.a. (1970), операция при ятрогенных повреждениях пищевода запаздывала в 87% случаев.

Проблема лечения последствий и осложнений проникающих повреждений пищевода разрабатывалась многими хирургами во всем мире [7,37,50,68]. Однако уровень осложнений и рецидивов, а также летальности все еще высок [37,64]. Специалисты разделились на сторонников консервативных методов при большинстве свежих и поверхностных травм пищевода и приверженцев радикальных операций во всех случаях повреждений. Отдельные примеры эффективного действия современных антибиотиков на воспалительный процесс воодушевили некоторых исследователей на выбор консервативного метода лечения повреждений пищевода. Ряд авторов утверждают, что консервативная терапия при проникающих повреждениях пищевода должна использоваться довольно широко [29,34]. Однако другие авторы сдержанно относятся к применению только лишь консервативных мер и критически оценивают возможности антибиотикотерапии [43,45]. Изучив методы консервативной терапии повреждений пищевода, Б.Д.Комаров с соавт. (1981) описали подробную схему проведения подобного лечения, определили показания и противопоказания к нему. По их мнению, при непроникающих повреждениях пищевода, со свежей перфорацией инородным телом, при инструментальных травмах с коротким ложным ходом консервативный метод оп-

равдан и ведет, как правило, к выздоровлению.

По данным А.Н.Погодиной, М.М.Абакумова (1998), при дефектах стенки пищевода не более 0,5 см. в диаметре и затекании контрастного вещества на глубину не более, чем 2 см от стенки, отсутствии воспалительных проявлений параэзофагеальной зоны и средостения консервативное лечение оказалось эффективным в 71,6% случаев. Однако даже в этих случаях авторы не исключают сочетание консервативного метода с более решительными способами, включающими дренирование зоны повреждения [15,36,44,51,54]. По их мнению, задачей хирургического лечения является вскрытие и дренирование зон повреждений, вмешательство на поврежденном пищеводе при возможности с ушиванием дефекта стенки, обеспечение энтерального питания с выключением пищевода.

Отдельные авторы считают, что выбором метода лечения повреждений шейного отдела пищевода является хирургический, заключающийся в ушивании раны, подведении дренажей [2,8,18,53]. В запущенных случаях они рекомендуют вскрытие околопищеводного абсцесса с дренированием. По их мнению, консервативное лечение показано лишь в ранних сроках после перфорации при удовлетворительном состоянии больного, коротком ложном ходе и хорошей проходимости пищевода. Другие считают, что риск распространения инфекции из области шеи на средостение слишком велик, в связи с чем необходимо применять во всех случаях только хирургическое лечение [67]. Поэтому консервативное лечение они рассматривают как подготовительный этап к оперативному вмешательству. При этом обязательным условием является динамическое наблюдение за состоянием больных для установления оптимального срока операции, строгий их отбор для этого вида лечения, а также комплексное лечение [50,51].

На сегодняшний день все хирургические вмешательства при повреждениях пищевода разделены на три группы [39]: операции для выключения пищевода в виде гастростомии, еюностомии, пересечение пищевода в шейной части с двойной эзофагостомой, пересечение желудка в кардиальной части с двойной гастростомой; дренирующие операции типа медиастинотомии — шейной, задней внеплевральной, чресдиафрагмальной, чресплевральной, их сочетание, дренаж плевральной полости; операции на перфорированном пищеводе — ушивание перфоративного отверстия, резекция перфорированного участка пищевода.

В настоящее время при повреждениях пищевода широко применяется метод активного дренирования средостения по Н.Н.Каншину (1973). Имеется целый ряд сообщений о применении интубации пищевода различными силиконовыми трубками при его повреждении [6]. Опыт интубаций свидетельствует о том, что трубка ограничивает попадание слюны и пищевых масс из просвета пищевода в средостение. A.J. Guinning, A. Kingsdorth (1979) приводят данные об успешном излечении травм пищевода аппликацией через эндоскоп 20% раствора гидроокиси натрия по краям перфорации [65]. А.Ф.Черноусов и соавторы [50] рекомендуют накладывать швы на пищевод особенно тщательно с максимальной травматизацией сосудов,

питающих пищевод, применять прецизионную технику. Б.В.Петровский и его последователи укрепляют линию швов лоскутом диафрагмы на сосудистой ножке.

В заключение необходимо отметить, что показаниями к консервативному лечению являются поверхностные, несквозные ранения, а также узкие, неглубокие, заканчивающиеся у наружной стенки и протекающие клинически благоприятно эзофагомедиастинальные свищи. Радикальные операции наиболее эффективны в ранние сроки после ранения. При этом для профилактики недостаточности швов важное значение имеет техника выполнения операции и укрепления швов. Больным с выраженными необратимыми изменениями в пищеводе, множественными ранениями и тяжелым гнойно-воспалительным процессом в средостении показана экстирпация пищевода. Паллиативные операции выполняются больным со сквозными ранениями пищевода, когда упущено время для радикальной операции.

Обзор литературы по этиологии, диагностике и методам лечения повреждений пищевода свидетельствует о том, что многие вопросы остаются открытыми для дальнейших разработок. Анализ литературных данных, касающихся консервативных и оперативных методов лечения повреждений пищевода, указывает на широкий спектр взглядов, порой разноречивых, относящихся как к выбору показаний и противопоказаний к тому или иному методу лечения, так и к выбору самого метода операции. Вышеизложенное свидетельствует о том, что проблема лечения повреждений пищевода сохраняет актуальность и представляет практический интерес для хирургов всех профилей.

Литература:

- 1.Абакумов М.М., Смольский Б.Г., Погодина А.Н., Волков С.В. «Профилактика повреждений пищевода при удалении инородных тел» *Сов.мед.*, 1979, №2, стр104-107.
- 2.Абакумов М.М. «Множественные повреждения пищевода». *Вестник хирургии*, 1983г., №9, стр.76-81.
- 3.Абакумов М.М., Погодина А.Н., Радченко Ю.А. «Разрывы пищевода при реанимационных и анестезиологических пособиях». *Вестник хирургии*, 1989г., №11, стр98-101.
- 4.Акрамов Э.Х. «К хирургическому лечению перфорации пищевода». *Здравоохранение Киргизии*, 1979г., №5, стр. 55-56.
- 5.Алексеев Б.А. «Медиастинит и гидроневмоперикардит как редкие осложнения при интубации трахеи». *Экспер.-хир.*, 1973г., №6, стр. 76-78.
- 6.Алиев М.А., Кашкин К.А., Жураев Ш.Ш., Кулубеков Е.С. «Лечение проникающих повреждений пищевода с применением длительной интубации силиконовой трубкой». *Грудная хирургия*, 1981г., №6, стр. 69-71.
- 7.Алиев М.А., Жураев Ш.Ш., Кашкин К.А., Тлеуф Б.Д. «Лечение проникающих повреждений пищевода» (Метод.рекоменд.), *Алма-Ата*, 1986г, стр17.
- 8.Альперович Б.И., Соловьев М.М. «Механические повреждения пищевода». *Вестник хирургии*, 1985г., №7, стр.74-76.
- 9.Асланов В.М., Кузмин В.М., Горшков В.В. «К вопросу о лечении перфорации пищевода и их осложнений». *Воен.мед.журнал.*, 1982г., №10, стр.46-47.
- 10.Баиров Г.А. «Лечение острого гнойного медиастинита при перфорации пищевода у детей». *Вестник хирургии*, 1962г., №3, стр.19-25.
- 11.Башилов В.П. «Бужирование сужений пищевода по стальной струне» *Автореф.дис.* канд.мед.наук., М., 1973., 22.
- 12.Беспалько В.Е., Кочетов И.И. «Ранения трахеи и пищевода из пневматической винтовки». *Журнал ух.нос.горл.*, 1985г., №3, стр. 82-83.
- 13.Брунс В.А., Срыбных С.И. «Успешное хирургическое лечение огнестрельного дробевого ранения шейного отдела пищевода и лёгких» *Грудная хирургия*, 1987, №6, стр 91-92.
- 14.Буравлев А.В., Блажитко Е.М., Чагин Г.Н. «Инородные тела и травмы пищевода». *Физиология и патология органов пищеварения*. 1986г., стр. 49-54.
- 15.Вагнер Е.А., Лорье А.З., Дмитриева А.М. «Диагностика и хирургическое лечение поврежденных пищевода». *Каз.мед.журнал.*, 1980г., №4, стр.20-23.
- 16.Вагнер Е.А. «Хирургия повреждений груди». М., 1981г., стр201-207.
- 17.Ванцян Э.Н., Тошчаков Р.А. «Лечение ожогов и рубцовых сужений пищевода». М., Медицина. 1971г., 260.
- 18.Ванцян Э.Н., Черноусов А.Ф., Чиссов В.И. «Повреждения пищевода при бужировании». *Хирургия*, 1973г., №8, стр.83-89.
- 19.Гешелин С.А., Карликов С.Н. «Спонтанный разрыв и прободение пищевода». *Клин.хирургия*, 1975г., №11, стр. 75-77.
- 20.Греджев А.Ф., Паниотов А.П. и соавт. «Повреждения пищевода». *Клин.хирургия*, 1983г., №10, стр 21-24.
- 21.Гройсзун В.И. «Рентгенодиагностика инородных тел и травм пищевода». *Автореф.дис.* ... канд.мед.наук. Л., 1970г. стр.20.
- 22.Демченко П.С., Посудевский С.С., Науменко В.Н. «Диагностика и лечение спонтанных разрывов пищевода». *Клин.-хир.*, 1988г., №10, стр44-45.
- 23.Доронин Ф.Н. «Рубцовые сужения пищевода». *Саратов*, 1961г., стр123-131.
- 24.Ибадильдин А.С., Пархоменко К.К. «Спонтанный разрыв пищевода». *Вестник хирургии*, 1992г., №4-6, стр299-301.
- 25.Иванов А.Я. «Абсцессы и флегмоны средостения (Медиастиниты)». Л., 1959г.
- 26.Канишин Н.Н., Погодина А.Н., Абакумов М.М. «Сравнительная оценка различных методов дренирования средостения при лечении заднего гнойного медиастинита». *Вестник хирургии*, 1984г., №4, стр7-11.
- 27.Комаров Б.Д., Канишин Н.Н., Абакумов М.М., «Повреждения пищевода», *Медицина*, 1981г., стр 174.
- 28.Курилин И.А. «Методы лечения травмы пищевода». *Журн.-нос.и горл.бол.*, 1972г., №5, стр.22-27.
- 29.Курилин И.А., Юрьев Л.П. «Инородные тела пищевода». Киев, 1977г.
- 30.Лабазанов М.М. «Сочетанное ранение пищевода и трахеи, осложнённое медиастинитом и массивным аррозивным кровотечением» *Вестник хирургии*, 1996, №1, стр90.
- 31.Мирошников Б.И., Лабазанов М.М., Лебединский К.М. «Обширные травматические разрывы мембранозной части трахеи и пищевода». *Вестник хирургии*, 1996г., №4, стр32-33.
- 32.Мирошников Б.И., Лабазанов М.М. и соавт. «Спонтанный разрыв пищевода». *Вестник хирургии*, 1998г., №2, стр74-76.
- 33.Муромский Ю.А., Зубкова Л.Ф., Соловьева И.Д. «Диагностические ошибки при спонтанном разрыве пищевода». *Хирургия*, 1984г., №7, стр109-112.
- 34.Невский Б.П. «Некоторые вопросы клиники, диагностики и лечения больных с инородными телами гортаноглотки пищевода» *Автореф дис.* ...канд.мед.наук., Казань, 1964г, стр22.
- 35.Осипов А.П., Филинков С.Ф., Свельщев Л.Д. «Наблюдение перфорации пищевода при гастрофиброскопии». *Клин.-хир.*, 1998г., №10, стр56-57.
- 36.Петровский Б.В., Ванцян Э.Н., Черноусов А.Ф., Чиссов В.И. «Лечение повреждений пищевода». *Хирургия*, 1976г., №7, стр7-14.
- 37.Погодина А.Н., Абакумов М.М. «Механические проникающие повреждения пищевода». *Хирургия*, 1998г., №10, стр.20-23.
- 38.Подгорбунский М.А., Шраер Т.И. «Проникающие повреждения и перфорации грудного отдела пищевода». Кемерово., 1970г.
- 39.Попов Е.Н. «Острые гнойные медиастиниты пр травмах пищевода инородными телами и инструментами». *Автореф.-канд. дисс.наук.*, М., 1955г.
- 40.Ратнер Г.Л., Белоконов В.И., и соавт. «Двадцатилетний опыт форсированного бужирования рубцовых стриктур пищевода». *Хирургия*, 1998г., №8, стр-4-6.

41.Рогачева В.С.,Байдала П.Г. «К вопросу о повреждениях пищевода». В кн: Хирургия пищевода и желудка. Томск,1969г.,стр85-91.
42.Розанов Б.С. «Инородные тела и травмы пищевода и связанные с ними осложнения».М.,1961г.
43.Русанов А.А.,Русанова Н.И.»Перфорация пищевода при бу-
жировании».Стр42-47.
44.Саенко А.Ф.,Матвеева М.О. «Успешное лечение поврежде-
ния пищевода, медиастиальной плевры и бронха методом ак-
тивного дренирования».Вестник хирургии,1984г.,№9.,стр.55-
56.
45.Сапожникова М.А.,Абакумов М.М. «Проникающие повреж-
дения пищевода».Сов.мед.,1983г.,№2,стр100-104.
46.Сапожникова М.А.,Абакумов М.М.,Погодина А.Н. «Спон-
танные разрывы пищевода». Арх.пат.,1986г.,№2.,стр51-57.
47.Сардак В.Г. «Спонтанные разрывы пищевода». Вестник
хирургии,1983г., №4,стр 75-76.
48.Сексенбаев Д.С.,Есенгельдиев А.Е. «Перфорации пищевода
инородным телом». Здоровье Казахстана,1981г.,№1,стр.70.
49.Сулиманов Р.А. «Повреждения и спонтанные разрывы груд-
ного отдела пищевода». Хирургия,1999г.,№2.,стр.18-20.
50.Черноусов А.Ф.,Киладзе М.А.,Богопольский П.М.,Назгаид-
зе Н.М. «Лечение последствий проникающих повреждений пи-
щевода.»Грудная сердечно-сосудистая хирургия,1992г.,№9-
10,стр.52-56.
51.Чиссов В.И. «Повреждения и свищи пищевода». Автореф.
Дис. Д-ра мед. Наук., М.,1976.
52.Шалимов А.А., Саенко В.Ф.,Шалимов С.А. «Хирургия пи-
щевода»,М.,Медицина,1975г.,стр366.
53.ШалимовА.А., Саенко В.Ф.»Хирургия пищеварительного
тракта»,Киев,Здоровье,1987г.стр566.
54.Шипулин П.П.,Байдан В.И. «Изолированный разрыв пище-
вода при закрытой травме груди». Хирурги-
я,1992г.,№2,стр.142-143.
55.Эфендиев В.М. «Повреждения пищевода».Клин.-
хир.,1982г.,№10,стр61-63.
56.Юнина А.И. «Тактика врача при повреждениях гортани,
трахеи, глотки и пищевода». Журнал ух.горл.-
нос.,1979г.,№4,стр.21-25.

57.Юрасов С.Е. «Спонтанный разрыв абдоминального отдела
пищевода». Хирургия,1999г.,№4,стр58.
58.Янгиев А.Х. «Диагностика и лечение спонтанных разрывов
пищевода». Клин.хир.,1984г.,стр.38-40
59.Щербатенко М.К. «Рентгенодиагностика перфораций пи-
щевода и их осложнений, вызванных инородными телами и ин-
струментами». Автореф.дисс. ...Канд.мед.наук.М.,1958г
60.Ammann J.F., Collis J.L., Palliative intubation of the esophagus.
J. Thorac Cardiovasc. Surg., 1971, v. 61, p. 863.
61.Auguste E., Paris J. Les Accidents du catheterisme de l esophage
au moyen de sondes lourdes. Arch. Mal. App. Dig., 1961, t. 50, p.
441.
62.Bergdahle L.,Herze A. The treatment of oesophageal perforation.
Scand J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1978, v. 12, p. 137.
63.Berry B.E., Ochsner J.L. Perforation of the esophagus.A 30 year
review. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1973, v. 65, p. 1.
64.Cameron J.C. et al. Selective management of contained intrathoracic
esophageal disruptions. Ann. Thorac. Surg., 1973, v. 27, p. 404.
65.Gunning A.J., Kingsnorth A. Treatment of chronic oesophageal
perforations with spetial reference to an endoscopic method. Brit. J.
Surg., 1979, v. 66, p. 226.
66.Halter F. Indikation und Gefahren der gastroenterologischen
Endoskopiemethoden. Schweiz. Med. Wschr.,1978, Bd. 108, s. 134.
67.Oster H. et al. Verletzungen der Speiserohle. Wein. Klin. Wschr.,
1978, Bd. 90, S. 218.
68.Rubanyi P., Barna L. Speiserohrenperforationen. Zbl. Chir.
1975,Bd 100, S. 23.
69.Schroeder L., Bock J. U. Zur chirurgischen Problematik
Iatrogen Oesophagus perforationen. Langenbecks Arch., 1978,Bd.
346. S. 201.
70.Urchel H. C. et al. Improved management of esophageal
perforation, exclusion and diversion in continuity. Amer. Surg., 1974,
v. 179, p. 587.
71.Diagnostics and surgical treatment of esophageal insuries
(Review of literature).
Khadgibaev A.M., Yangiev B. A., Egitov A.M.

Ш.Ш.Хамраев,
Н.З.Назарова,
Л.В.Гаманина

ВИДЫ КОЖНЫХ ПЛАСТИК

Второй Ташкентский Государственный Медицинский Институт

Хирург-травматолог должен владеть определенны-
ми методами пересадки кожи и применять их как при
первичной обработке ран, по возможности сразу уст-
раняя возникшие дефекты, так и при отдаленных, по-
здних вмешательствах [7].

Кожным дефектом мы называем рану, края кото-
рой не могут быть соединены путем простого сшива-
ния. Если же сблизить и сопоставить края раны не
удается или это удастся лишь ценой значительного
их натяжения, то определяется наличие кожного де-
фекта, который нужно устранить каким-либо методом
кожной пластики [3].

Принципы местной пластики: кожа окружающих
тканей, использующаяся для устранения дефекта, дол-
жна мобилизовываться до возможности сопоставить
края раны без натяжения; сопоставляя края раны, сле-
дует определить правильное направление линий швов,
которые повсеместно должны соответствовать направ-
лению силовых линий.

Перемещение кожи прямым скольжением вперед
описано Ю.К.Шимановским (1865), Balassa (1867), Stark
(1955), Morel-Fatio (1949)

Перемещение лоскутов боковым скольжением
предложили в 1855 г. Вигов (перемещение лоскутов
по способу двух треугольников) и в 1924 г. Imre (пе-
ремещение лоскутов по дуге).

Какой метод бокового скольжения применить -
по прямой или по дуге - зависит от направления
силовых линий на данном участке [7].

Ротационный лоскут (поворот лоскутов) - пере-
мещается к противоположным краям дефекта по ос-
нованию горизонтальными вращательными движе-
ниями после его отпрепаровки.

Лоскут Dufourmentel (1962) пригоден для закры-
тия дефектов, которые имеют в основном ромбовид-
ную форму, два меньших угла которого составляют
60-90°. Кровоснабжение этого лоскута лучше, чем лос-
кута Лимберга, поскольку он имеет более широкую
питающую ножку.

Лоскут Лимберга пригоден для закрытия ромбо-
видных дефектов, два меньших угла которых состав-
ляют по 60°. Одну сторону лоскута представляет один
из краев дефекта, конец его определяет прямая линия,
продолжающая меньший диаметр дефекта, третья сто-

рона параллельна первой. Все стороны лоскута одинаковой величины. Лоскут нужно сформировать так, чтобы это направление совпадало с направлением наибольшей мобильности кожи, обычно перпендикулярное таковому силовых линий [7,9,10].

Z-пластика - пластика встречными треугольными лоскутами, математические основы которой изложены в книге Лимберга в 1946 году.

Если из конечных точек прямого разреза под одинаковым углом провести по одному разрезу одинаковой длины, а затем после обмена полученных треугольных лоскутовшить их, то направление первоначальной прямой изменится и длина ее увеличится. Показания к Z-пластике: перемещение рубца неправильного направления, преломление прямого рубца, удлинение кожи в определенном направлении, перемещение различных образований, перемещение здоровых тканей в область рубца.

Чем длиннее средний отрезок буквы Z, тем длиннее должны быть и два боковых разреза [7,10].

Лоскуты на питающей ножке из подкожной клетчатки

Кровоснабжение лоскутов на питающей ножке осуществляется за счет сосудистой сети подкожного слоя. Следовательно, на участке самого лоскута и его ножки можно удалить эпителий и дерму. Это не нарушает кровоснабжение и в то же время значительно улучшает мобильность лоскута [3,23]. Метод предложен Esser в 1917 году, в 1947г. Kutler применил его на фаланге пальца, а в 1960 г. Kubacek - на участках с периферическим кровоснабжением. Barron и Emmett в 1965 году опубликовали различные варианты метода, как и Th.Gibson в 1966, Trevaskis в 1970, Atasoy в 1970 году.

Лоскут выкраивается так, чтобы его ножка из клетчатки оставалась связанной с основанием («central sit-on pedicle»). Закрытие вторичного (донорского) дефекта осуществляется «V-Y» пластикой. В случае крупных дефектов по обеим сторонам дефекта может быть мобилизовано по одному лоскуту (Emmett 1963). Одним из вариантов лоскута на ножке из клетчатки является лоскут, описанный Dufourmentel и Talaat в 1971 году, которые назвали его «Kite-flap» [7] («воздушный змей, или комета»).

Emmett в 1977 году разработал новый вариант «Hatchet-flap» (топорик). Над ножкой клетчатки он оставлял небольшой мыс (выступ) кожи, не ухудшающий кровоснабжение лоскута, но позволяющий прервать линию шва. В целях уменьшения воспринимающего ложа на стороне, противостоящей лоскуту, он применил треугольное иссечение [26].

Кровоснабжение лоскута на ножке обеспечивают сосуды, проходящие в ножке. От типа этих сосудов зависит форма и размеры жизнеспособных лоскутов. Для обеспечения кровоснабжения лоскута необходимы только кровеносные сосуды (артерия и вена), а соединительной ткани требуется столько, чтобы защитить эти сосуды [1,2,5,6,11,15].

Dunham в 1893 году предложил двухэтапный метод пересадки кожного лоскута на сосудистой ножке на головке. В 1898 году Monks преобразовал эту операцию в одномоментную, а Esser 1918 вновь описал, сделав некоторые технические усовершенствования и

назвав лоскут «лоскутом артерией». В 1948 году Bunnell и 1956 году Littler осуществили пересадку лоскута на ножке, содержащей артерию и нерв с пальца на палец.

Важнейшие причины неудачных пересадок артериализованных лоскутов - повреждение сосуда при препаровке (отслоение) лоскута или его сдавление в воспринимающем ложе [1,7].

Интерполяционный лоскут

Если нельзя взять лоскут с участков, прилежащих к дефекту, то используют кожу соседних участков. Выкроенный лоскут перемещается на место дефекта обычно над-, реже под промежуточным участком кожи.

Для защиты открытых глубоких образований можно применять кожно-мышечные лоскуты, взятые по соседству с дефектом. Эти лоскуты содержат единый конгломерат кожи, подкожной клетчатки, фасции и мышцы. Кровоснабжение такого сложного лоскута осуществляет доминирующая артерия мышцы [2].

Кожно-мышечный лоскут может быть пересажен как перемещенный лоскут (Polya, 1911, Owens, 1955), так и перекрестный лоскут (Orticolhea, 1972) или как артериализованный (островковый) лоскут (Mc Craw и Dibbel, 1977). Последний может быть пересажен так же и свободно, с наложением микроваскулярного анастомоза [4,8].

Лоскут, содержащий грудино-ключично-сосцевидную мышцу - Н.А.Алмазова (1935), Owens (1955), Littelwood (1967).

Лоскут, содержащий трапециевидную мышцу Mc Craw (1977) и Mathes (1980). Для формирования островкового лоскута используют нижний край трапециевидной мышцы.

Лоскут из широкой мышцы спины пригоден для устранения кожных дефектов грудной стенки Campbell Reid, 1950, Mendelson, Masson 1977, Mc Craw 1977.

Большую грудную мышцу можно использовать для формирования интерполяционного и островкового лоскутов (Ariyan, 1979).

Самые крупные лоскуты могут быть сформированы из прямой мышцы живота Mc Craw 1977.

Для устранения дефектов в области промежности, крестца, бедра, а так же полового члена может быть использован лоскут нежной мышцы (Ortilochea, 1972). Так же используются: лоскут из двуглавой мышцы бедра (Mc Craw 1977), лоскут, содержащий мышцу, натягивающую широкую фасцию бедра (Hill и соотр. 1978). Обе головки икроножной мышцы так же пригодны для формирования лоскута [1,7,21].

Лоскут, необходимый для устранения дефекта, берется с такого отдаленного участка тела, который при определенном положении суставов может быть сближен с той частью тела, где расположен дефект [3].

Лоскут может быть пересажен

- с верхней конечности на голову (итальянский способ);
- с туловища на верхнюю конечность;
- с одной нижней конечности на другую (перекрестная пластика);
- с одной верхней конечности на кисть другой;
- с тыльной поверхности одного пальца на ладонную поверхность другого (перекрестная пластика)

пальца);

- с предплечья на голень

Мигрирующие лоскуты

Ползущий лоскут и кувыркающийся лоскут

Нередко бывает, что на отдаленном участке тела есть достаточное количество кожи для пересадки, но лоскут не достигает воспринимающего ложа, то есть его нельзя сразу после отслаивания перенести на дефект. Поэтому пересадка возможна при включении промежуточного этапа: сначала лоскут пересаживают на более близкий участок, оттуда - после приживления - его уже можно перенести на дефект [27]. Известны два варианта:

- ползущий лоскут (лоскут-гусеница, *Raupenlappen*, «caterpillar flap») в 1854 году применил Roux;
- перевернутый лоскут (*Umkipplappen*, «somersault flap») описан в 1922 году Lexer, а в 1953 году Stenstrom, внося технические усовершенствования и назвал «tumbler flap» («акробат», лоскут «ванька-встанька»).

Пластика стебельчатыми лоскутами

Этот метод примерно одновременно разработали четверо хирургов разных стран, забыв тот факт, что Dieffenbach уже в 1846 году сделал попытку предотвратить нагноение - самое частое осложнение при применении плечевого лоскута Tagliacozzi для замещения носа, закрыв края ножки лоскута и образовав стебель [7]. В.П.Филатов 16 сентября 1917 года впервые применил стебельчатый лоскут на практике для устранения дефекта нижнего века у человека.

Насчитывается более 30 видов стебельчатых лоскутов в том числе: мастоидно-ключичный, шейно-грудный, шейно-медиальный, шейно-боковой, субмаммарный, маммарный, торако-пекторальный, стерно-аксиллярный, акромио-пекторальный, акромио-аксиллярный, дорзо-абдоминальный, абдоминальный боковой, торако-абдоминальный боковой, медиальный, абдоминальный вертикальный, торако-эпигастральный, паховый, надлопаточный, дорзальный медиальный, лопаточный, плечевой боковой, акромио-аксиллярный, дорзальный, подлопаточный, бедренный продольный, плечевой вертикальный, медиальный, горизонтальный, надколенный.

Свободная пересадка кожи

Кожный трансплантат средней толщины-0,25-0,5 мм., 0,55-0,75 мм. Преимущества: лоскут можно брать быстро и просто; трансплантат имеет везде одинаковую толщину, поверхность среза гладкая; трансплантат неприхотлив, надежно приживается на инфицированном воспринимающем ложе; можно пересаживать трансплантаты неограниченных размеров; донорская рана заживает спонтанно и быстро; донорский участок через 1-2 месяца может быть снова использован для взятия лоскута.

Недостатки: трансплантат более подвержен сморщиванию (на 30%); нельзя заранее определить цвет трансплантата (возможна как гипер-, так и гипопигментация).

Трансплантат во всю толщу кожи (0,8-1,1 мм) менее сморщивается; лучше сопротивляется механической нагрузке; под трансплантатом образуется подкожный слой, он становится более рыхлым, и его можно собрать в складку; трансплантат сохраняет первоначальную окраску. Но трансплантат весьма прихотлив,

приживается только в асептических условиях, на воспринимающем ложе с хорошим кровоснабжением; могут пересаживаться только небольшие трансплантаты; донорскую рану нужно ушивать или закрывать с помощью пластической операции.

«Мозаичная пластика» («пластика марками»)

В 1943 году Gabago назвал этот метод «пластикой почтовыми марками», или «пересадкой в форме шахматной доски». Он брал с помощью дерматома трансплантат средней толщины и, разрезав его на кусочки неправильной четырехугольной формы, длина боковых сторон которых составляла 10-15 мм, пересаживал на гранулирующую поверхность [2].

Преимущества: с его помощью можно эпителизировать участок, значительно превышающий по площади трансплантат.

«Mesh-graft» (дырчатый лоскут)

Эпителизация после свободной пересадки трансплантата на гранулирующую раневую поверхность начинается от краев трансплантата. Скорость эпителизации зависит от длины сторон трансплантата и обратно пропорциональна расстоянию между отправными точками эпидермизации. Tanner и Vanderput (1967) разработали метод, который помогает увеличить поверхность трансплантата, его боковую длину почти в три раза. «Сетку», которая прекрасно адаптируется к форме раневой поверхности, фиксируют швами. Хорошо подготовленная поверхность эпителизируется за 7-15 дней [7].

В 1958 году Meek разработал новый метод, который назвал «microdermagrafting». Кусочек кожи 4 x 4 см помещают на пробковую основу, а затем с помощью дерматома режут на квадратики 3 x 3 мм и расклеивают на нейлоновую пленку. Когда нейлон расправляют, квадратики оказываются на вдвое большем расстоянии друг от друга и помещаются на воспринимающее ложе.

Свободная пересадка перевернутой дермы (reverse dermal grafting)

При неблагоприятных условиях на воспринимающем участке (кость, рубец) применяется метод, который применил в 1954 году Hynes и в 1959 году Kubacek. После иссечения в пределах здоровой ткани они оставляли раневую поверхность гранулировать 10-14 дней, затем пересаживали свободно взятый участок дермы. Когда он приживался, его покрывали трансплантатом средней толщины. Позднее способ видоизменили: верхним слоем, с которого был снят эпителий, трансплантат прилегал к раневой поверхности, а нижним, который был связан с подкожножировой клетчаткой, он оказывался на поверхности [1,7].

Пересадка может быть проведена сразу после иссечения патологического образования, если кровоснабжение воспринимающего ложа безупречно. Если на воспринимающем ложе отмечается кровотечение, то пересадку следует провести через 24 часа.

Свободная пересадка лоскута на сосудистой ножке

Успех свободной пересадки участков кожи на сосудистой ножке возможен только при правильной оценке кровообращения донорской области и анатомической сохранности артерио-венозной сети после мобилизации трансплантата. Анатомические характеристики донорской зоны должны основываться не

на исключительных, а на наиболее часто встречающихся вариантах кровоснабжения кожи, диаметре и длине сосудов [1].

В ходе мобилизации тканей, подлежащих пересадке, в состав сосудистой ножки включаются самые большие сосуды, что упрощает технику наложения микрососудистых анастомозов и повышает их надежность [12,13,14,15,16,20].

Забор васкуляризированных трансплантатов из паховой области, латеральной поверхности бедра и внутренней поверхности коленного сустава, латеральной поверхности голени, тыльной поверхности стопы, боковой поверхности грудной клетки и из дельтовидной области.

Паховый лоскут

Анатомия этой области с точки зрения её пригодности как донорской была описана в 1972 McGregor J.A., и уже в следующем году пересажен кожный трансплантат на микрососудистых анастомозах из этой зоны.

В мобилизуемый трансплантат обязательно включается участок глубокой фасции над проксимальным отделом портняжной мышцы. Длина сосудистой ножки трансплантата от 2,8 до 5,2 см (4 см), диаметр артерии от 0,4 до 1 мм (1 мм), диаметр вены от 2 до 4 мм (2,2 мм). Максимальные размеры зоны, имеющей оптимальное кровоснабжение: длина - 35 см, ширина средней части - 15 см.

Кожно-костный трансплантат. Впервые кожно-костный трансплантат из пахово-подвздошной области был экспериментально и клинически обоснован Teilor J. et al. Они установили наличие множественных анастомозов между поверхностными и глубокими сосудами этой области. Кроме того, *a.circumflexa ileum profunda* и соответствующая вена, в отличие от поверхностных одноименных сосудов, всегда имеют значительный диаметр, что облегчает решение сложных проблем пластики, будь то кожный или кожно-костный трансплантат [1,17,18,19,22].

Длина сосудистой ножки трансплантата от 5 до 6,8 см (5,5 см), диаметр артерии от 1,7 до 2,2 мм (1,9 мм), диаметр вены от 2,4 до 3,2 мм (2,8 мм).

Кожно-костный трансплантат из этой области по характеристикам близок к универсальному. Соединение поверхностной и глубоких систем кровоснабжения значительно повышает возможности пересаживаемых тканей, включение в состав трансплантата кости практически не вызывает функциональных нарушений. Оптимальные размеры кожной порции трансплантата остаются такими же. Максимальные размеры костной порции: длина - 14 см, ширина 2-2,5 см; на эти размеры влияют особенности конфигурации крыла подвздошной кости.

Mialhe C., Brice M., [7] предложили новый костно-мышечный кожный трансплантат из подвздошно-паховой области, кровоснабжаемой поверхностной ветвью верхней ягодичной артерии зону, которая включает заднюю часть большой и средней ягодичных мышц с подлежащей задней частью гребня подвздошной кости и покрывающую их кожу. Возможно формирование монокортикального костного трансплантата размерами 8 x 13 см, площадь хорошо кровоснабжаемого участка кожи составляет 10 x 14 см.

Верхне-наружная область бедра

Кожно-мышечный лоскут из *m.tensor fasciae latae* впервые был использован Wagensteen в 1934 году при пластике передней брюшной стенки, однако в последующие годы пластические хирурги не применяли его. И только в 1978 году Hiel детально описал его анатомию и широко использовал в пластике при пролежнях в области таза.

Длина сосудистой ножки - 2,9 см, диаметр артерии - 1,9 мм, диаметр вены - 2,3 мм. Размеры кожно-мышечного трансплантата 15 x 14 см. Недостаток - небольшая длина сосудистой ножки.

Боковая поверхность грудной клетки

Техника мобилизации лоскутов на ножке была описана еще в начале века, но только спустя 70 лет получила признание пластических хирургов при замещении дефектов мягких тканей головы, шеи, реконструкции молочной железы.

В 1975 году Voesckx W. et al описали технику мобилизации васкуляризованного трансплантата из зоны широчайшей мышцы спины, а Baudet в 1976 году успешно использовал этот вид трансплантата на микрососудистых анастомозах. Некоторые авторы отмечают высокую частоту сосудистых аномалий в этой области. Длина сосудистой ножки 4,5-12 см (5,8 см), диаметр торакодорзальной артерии 2-5 мм (2,2 мм), диаметр торакодорзальной вены 3-6,5 см. Размеры трансплантата: длина - 35 см, ширина - 15 см, приемлем для пластики обширных и глубоких дефектов практически всех частей тела, что обусловлено сравнительной простотой мобилизации, наличием длинной сосудистой ножки с крупными сосудами, большими размерами и минимальными потерями функции в донорской области. Недостаток - значительная толщина и косметический изъян донорского участка (рубец), что особенно важно для женщин.

Внутренняя поверхность нижней трети бедра

В 1981 году Acland описал анатомию и привел результаты использования васкуляризованного трансплантата с внутренней поверхности коленного сустава. Подчеркивались его преимущества: тонкий, имеет длину сосудистой ножки и постоянную иннервацию. Длина сосудистой ножки от 7 до 16 см (11 см), диаметр артерии 1,6-2 мм (1,9 мм), диаметр вены 2-3 мм (2,7 мм). Максимальные размеры трансплантата: длина - 27 см, ширина - 8 см.

Тыльная поверхность стопы была описана O'Brien, в 1973 году. Впервые в практике васкуляризованный кожный трансплантат из этой области был применен Mc Graw Y., в СССР - Р.С.Акчуриным. Длина сосудистой ножки 10-12 см (10,5 см), диаметр артерии 2,2-4 мм (2,3 мм), диаметр вены 3,5-5,5 мм (3,6 мм). Максимальные размеры лоскута 12 x 10 см.

Дельтовидная область. Первая публикация о пересадке кожного васкуляризованного трансплантата на микрососудистых анастомозах появилась в 1973 году. Благодаря своим анатомическим характеристикам (структура, рельеф, минимальное количество подкожно-жировой клетчатки, наличие автономной иннервации) трансплантат может с успехом использоваться при пластических операциях на кисти и стопе. Длина сосудистой ножки 5-8 см (5,5 см), диаметр артерии 1,2-3 мм (1,8 мм) диаметр вены 1,8-3,5 мм (2,2 мм)

.Максимальный размер донорской зоны 10 x 15 см . Недостатком этой донорской площадки является то, что, если при использовании трансплантатов небольших размеров донорская рана закрывается первично и кожный рубец малоприметен, то в случае закрытия донорской раны дерматомным кожным трансплантатом появляется косметический изъян. Однако преимущества такого трансплантата значительно перекрывают этот недостаток.

Пластика васкуляризованными кожными трансплантатами у ортопедо-травматологических больных. Многие хирурги неоднократно указывали, что не следует противопоставлять один из способов кожной пластики другому, поскольку универсального нет. Лучшим должен считаться способ, который позволяет получить полноценный кожный покров в короткий срок наиболее простым путем с наименьшей травматизацией больного, избегая по возможности многоэтапных операций [19,21,24,25,28].

Показания к применению васкуляризованных кожных трансплантатов строго регламентированы, учитывают соматическое и психическое состояние больного, его возраст, а так же его желание.

Прямыми показаниями являются: обширные и глубокие посттравматические дефекты; обширные рубцовые изменения кожных покровов (следствие травм, ожогов, остеомиелита); дефекты кожи и подлежащих тканей после оперативной коррекции врожденных дефектов (врожденный ложный сустав); дефекты тканей после онкологических операций; врожденная и приобретенная контрактура суставов; обширные длительно незаживающие раны; рубцово-трофические язвы различного происхождения; рубцовое изменение ампутационных культей конечностей.

Основными требованиями, предъявляемыми к реципиентной области, является анатомическая и функциональная сохранность и доступность кровеносных сосудов. Главное противопоказание к свободному переносу тканей на микрососудистых анастомозах - преклонный возраст пациентов, у которых, как правило, имеются атеросклеротические изменения сосудов; повреждения или аномалии развития сосудов реципиентной и донорской области вследствие травмы, операций, заболеваний; наличие системных и островоспалительных процессов; соматическая и психическая неполноценность.

Литература

1.Белоусов А.Е. "Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия" Санкт-Петербург, изд. "Гиппократ", 1998
2.Белоусов А.Е, Ткаченко С.С. "Микрохирургия в травматологии". Ленинград, 1988, 223 стр.

3.Вайнштейн В.Г., "Пластика травматических дефектов кожи", мед.гиз. Ленинград,1946
4.Гришин И.Г., Азолов В.В., Водянов Н.М. "Лечение поврежденной кисти на этапах медицинской эвакуации" М., "Медицина", 1985
5.Датиашвили Р.О. "Реплантация конечностей" М., "Медицина", 1991
6.Деген И.Л. "Формирование и миграция несвободного костного аутоотрансплантата в круглом стебле в эксперименте" Межд. ж-л пласт. хир. 1970-12-3, стр.121-127.
7.Золтан Я. "Пересадка кожи", Венгрия, 1964
8.Коршунов В.Ф., Лазерев А.А., Германов В.Б. "Реконструктивно-восстановительное лечение дефектов и контрактур кисти и предплечья" Хирургия-1986, № 11, стр.38-43.
9.Кош Р. "Хирургия кисти" Будапешт, Изд-во АН Венгрии
10.Лимберг А.А. "Планирование местнопластических операций", мед.гиз. Ленинград, 1963
11.Нельзина З.Ф., Чудакова Т.Н. "Неотложная хирургия открытых повреждений кисти." Минск "НАВУКА І ТЕХНІКА" 1994, стр. 41-127.
12.Acland R.D.: *Microsurgery practice manual*, St Louis, 1980, Mosby
13.American Academy of Orthopaedic Surgeons: *Symposium on microsurgery*, St Louis, 1979, Mosby
14.Bright D.S.: *Techniques of microsurgery. In American Academy of Orthopaedic Surgeons: Symposium on microsurgery: practical use in orthopaedics*, St Louis, 1979, Mosby
15.Buncke HJ, Alpert B., Shah KG: *Microvascular grafting*, Clin Plast Surg 5:185, 1978
16.Buncke HJ, Furnas D.W., editors: *Symposium on clinical frontiers in reconstructive microsurgery*, St Louis, 1984, Mosby
17.Broun R.M., Rechin M.: *The retrograde radial fascial forearm flap: surgical rationale, technique, and clinical application. J.Hand Surg. 20A-A:915*, 1995
18.Campbells. *Operative Orthopaedics Edited by S. Terry Canale. Volume four. PartXV. p.3297-3317*, 1998
19.Campbell-Reid DA, Gossett J, editors: *Mutilating injuries of the hand, GEM monograph no 3*, New York, 1979, Churchill Livingstone
20.Green DP: *Operative hand surgery*, ed 2, New York, 1988, Churchill Livingstone
21.McCraw JB: *On the transfer of a free dorsalis pedis sensory flap to the hand, Plast Reconstr Surg 59:738*, 1977
22.O'Brien BM: *Microvascular reconstructive surgery*, New York, 1977, Churchill Livingstone
23.Jdravic F. "Two devices in plastic surgery" Br.J.plast. Surg.7, 285 (1954)
24.Scheker L.R . *Salvage of a mutilated hand. In. Cohen M, editor: Mastery of plastic and reconstructive surgery*, Boston, 1994, Little, Brown.
25.Tamai S, Hori Y, Tatsumi, et al: *Microvascular anastomosis and its application on the replantation of amputated digits and hands*, Clin Orthop 133:106, 1978
26.Zaki M.S., Talaat S.M. "The single pedicled Kite flap. A new modified subcutaneous pedicle flap."Egypt. J.plast. reconstr. Surg. 1,129 (1977)
27.Worthen E.F. "The palmar skin graft" Br.J. plast. Surg. 7,285 (1954)
28.Yoshimura M: *Toe-to-hand transfer*, Plast Reconstr Surg 66:74,1980

ОБМЕН ОПЫТОМ

К.Б. Бабаджанов,
Х.А.Абдумаджидов,
Ф.Ф. Тураев,
Р.А.Хорошаева,
Г.Х.Шарафутдинова

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ
И РЕЗЕРВОВ СИСТЕМЫ ТРАНСПОРТА КИСЛОРОДА У
ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНО-
АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ЛЕГОЧНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Научный Центр Хирургии им.акад. В.Вахидова МЗ РУз

При многоклапанных пороках возникают повышенные требования к функции кардио-респираторной системы. Наиболее остро эти функциональные нарушения проявляются у больных с легочной гипертензией (ЛГ). [2,4]. Цель данного сообщения - комплексная оценка функций внешнего дыхания и спироэргометрический анализ функциональных резервов системы транспорта кислорода (СТК) у больных, перенесших закрытую аортально - митральную комиссуротомию (ЗАМК), осложненную легочной гипертензией (ЛГ).

Материал и методы исследования

К 2001г. оперировано 335 больных. Обследовано 152 больных (90 женщин, 62 мужчин) в возрасте от 14 до 52 лет (средний возраст $30 \pm 2,2$), перенесших ЗАМК. Из них у 41 была IV стадия НК по А.Н.Бакулеву и Е.А.Дамир ; у 111-III ст. НК (синусовый ритм). В анализируемой группе 16 больных относились к I ФК (согласно классификации NYHA); 96 больных к II ФК, 40 больных - к III ФК. Изучение функции внешнего дыхания (ФВД) проводилось методом общей спирографии на спирографе “Spirosift-SP-5000” (Japan) в состоянии покоя. Показатели ФВД сравнивали с должными. Оценка степени ЛГ проводилась на основании комплекса неинвазивных методов обследования (ЭхоКГ \pm Доплер, ЭКГ, ФКГ, радиосцинтиграфия, исследование гуморальных факторов) и интраоперационной тензиометрии. Согласно классификации В.И.Бураковского с соавторами (1981г.), у 43 больных выявлено ЛГ-I ст., у 55 больных – II ст. и у 54-III ст. С целью определения функциональных резервов СТК у больных с ревматическими пороками сердца, осложненными ЛГ, произведена спироэргометрия на кардиопульмональном комплексе “Спрегност ФД 88С” (Сименс ФРГ) и велоэргометрия на “Элема 380 В” по описанной ранее методике [5]. Результаты исследования оценивали по величине максимального потребления кислорода (МПК), выраженного в модифицированных метаболических экви-

валентах (ММЕТ). По величине МПК определяли принадлежность больного к одному из четырех ФК СТК. Оценка выраженности ухудшения функционального состояния СТК выявляли по индексу МПК. По величине индекса определяли функциональную недостаточность СТК: умеренную, выраженную, резкую. Для оценки выраженности легочной гипервентиляции при физической нагрузке вычисляли индекс нагрузочной гипервентиляции (ИНГВ). По величине этого индекса определяли выраженность нагрузочной гипервентиляции: легкую, умеренную, выраженную и резкую.

Результаты и их обсуждение

Для больных было характерно напряжение системы дыхания, что выражалось в увеличении МОД. Известно, что максимальная вентиляция легких (МВЛ) служит нагрузочной пробой для аппарата внешнего дыхания [3]. Сравнивая величины МВЛ и МОД в покое, можно получить представление о динамическом дыхательном резерве (ДДР). При пороках сердца имеет большое значение не только степень напряжения дыхательной системы в процессе компенсации , но и ее энергетический запас в виде ДДР. Значительного снижения показателей внешнего дыхания при I и II ст. ЛГ нами не обнаружено. Следует подчеркнуть, что оценка резерва вентиляции по отношению к МОД - более чувствительный показатель патологии, чем использование абсолютных данных резерва вентиляции . Наибольшие изменения отмечаются при III ст. ЛГ, когда диффузная проницаемость альвеолярно-капиллярной мембраны резко снижена для кислорода. При этом наблюдается возрастание компенсаторного напряжения системы дыхания (МОД), снижение показателя эффективности дыхания (КиК), нарастание морфологических изменений в легких (снижение ЖЕЛ), резкое уменьшение вентиляции (ДДР). Снижение теста Тиффно указывает на нарушение бронхиальной проводимости.

Незначительные изменения ряда показателей

Таблица 1.

Зависимость показателей внешнего дыхания от степени ЛГ

Степень ЛГ	Показатели внешнего дыхания				
	МОД%	КИК	ЖЕЛ	Тест Тиффно	ДДР
I	172,5 \pm 8,5	30,1 \pm 2,5	82,5 \pm 4,1	66,3 \pm 4,2	8,8 \pm 1,3
II	168,6 \pm 10,3 p < 0,05	26,3 \pm 2,1p < 0,05	77,3 \pm 4,5 p < 0,05	61,2 \pm 3,9 p < 0,05	6,7 \pm 1,1 p < 0,05
III	210,5 \pm 13,2 p < 0,01	20,1 \pm 2,1 p < 0,05	66,5 \pm 4,1 p < 0,02	62,3 \pm 3,5 p < 0,05	49,±0,8 p < 0,05

p - достоверность между степенями ЛГ.

внешнего дыхания при I и II ст ЛГ, по нашему мнению, есть результат включения компенсаторных механизмов для сохранения оптимального соотношения «кровоток - вентиляция». Значительные нарушения функции внешнего дыхания обнаруживаются при

Таблица 2.

	ИНГВ	МП
ЛГ I ст.	2,92±0,31	5,89±1,56 ММЕТ
ЛГ II ст	2,7±0,40	5,46±1,36 ММЕТ
ЛГ III ст.	2,27±0,34	4,57±1,48 ММЕТ

III ст. ЛГ. Параллельное изучение функциональных резервов СТК у этих больных показало (см. табл. 2), что наиболее высокий уровень функциональных резервов СТК у больных с ЛГ I ст.

В частности, отмечен высокий уровень МПК (5,85±1,38 ММЕТ) по сравнению с больными II ст. ЛГ (5,41±1,32 ММЕТ) и с ЛГ III ст. (4,85±1,38 ММЕТ). Высокий уровень функциональных резервов СТК у больных этой группы подтверждается также данными о распределении больных по классам функционального состояния СТК. Так, среди больных с ЛГ не выше I ст. к I-II ФК относились 75%, а к III ФК лишь 25%; среди больных с ЛГ II ст. эти цифры, соответственно, 55,5% и 44,5%. В группе больных с III ст. ЛГ это соотношение оказалось еще резче: 43,5% и 56,5%, соответственно. Анализ выраженности ухудшения функционального состояния СТК показало, что наименьшая степень функциональных нарушений у больных с ЛГ не выше I ст. Это подтверждает высокое значение индекса МПК: 5,56±1,31 при ЛГ I ст.; 5,43±1,32 и 4,56±1,46 у больных с ЛГ II и III ст., соответственно. Распределение больных по степени функциональных нарушений у больных с ЛГ I ст., также было лучше, чем в остальных группах.

При сравнении средних значений МПК у больных с разной степенью ЛГ обнаружено достоверное отличие. Это свидетельствует о неспецифичности таких показателей функционального состояния СТК, как МПК и индекс МПК, в характеристике изменений в малом круге кровообращения (МКК).

Более специфичным показателем выраженности ЛГ является индекс нагрузочной гипервентиляции (ИНГВ) [1]. При этом уровень гипервентиляции тем выше, чем ниже величина ИНГВ. Анализ значений ИНГВ в разных группах показал, что у больных с ЛГ I ст. величина ИНГВ оказалась достоверно ($p > 0,05$) выше (2,91±0,29), чем у больных с ЛГ II ст. (2,68±0,37), а у последних достоверно выше, чем у

больных с ЛГ III ст. (2,26±0,33). Это подтверждает и распределение больных по степени нагрузочной гипервентиляции. Так среди больных с ЛГ I ст. 86,5% оказались либо с нормальным типом реакции вентиляции на физическую нагрузку, либо с легкой степенью гипервентиляции. Только у 13,5% больных этой группы нагрузочная гипервентиляция имела выраженный характер. Более того, в этой группе не было обнаружено больных с резкой степенью нагрузочной гипервентиляции. 50,2% больных с ЛГ II ст. имели выраженную или резкую степень гипервентиляции, у 39,5% - легкую или умеренную и лишь 5,3% - нормальный тип реакции вентиляции на физнагрузку. Хуже результаты у больных с III ст. ЛГ: у 33,5% больных была выраженная и у 66,5% - резко выраженная степень нагрузочной гипервентиляции. Больных с нормальным типом реакции вентиляции на физнагрузку, а также с легкой или умеренной степенью гипервентиляции в этой группе не было.

Выводы

Анализируя полученные результаты следует отметить, что выраженные расстройства внешнего дыхания происходят при длительной высокой (III ст.) ЛГ, когда возрастает компенсаторное напряжение системы дыхания и последующее снижение вентиляционных резервов. При этом такие показатели изменения функционального состояния СТК, как МПК и индекс МПК, носят неспецифический характер и малоинформативны. В тоже время, уровень нагрузочной гипервентиляции является специфическим критерием степени нарушений в МКК и может служить в качестве косвенного, неинвазивного индикатора степени ЛГ.

Литература.

1. Адумажидов Х.А., Сетракан С.А., Парпиев Р.С. / Отдаленные результаты и вопросы реабилитации оперированных больных с ревматическими пороками сердца с ЛГ // Актуальные вопросы реконструктивно-восстановительной хирургии; Матер. респуб. конф. «Вахид. чтения-96» Ташкент. 4-5 сент. 1996г. - с. 21-22. //
2. Абылгазина Н.М. / Функция внешнего дыхания и гемодинамика МКК у больных ревматизмом // Дисс. канд. мед. наук - М, 1984г. - 120с.
3. Алекса В.И., Гапонова Э.В. / Функция аппарата внешнего дыхания при нарушении легочной гемодинамики различного генеза. // Сов. мед. - 1986г. - 10. - с. 92-93
4. Беловолова Т.П., Кассирский Г.Н. / Кардиореспираторное обеспечение физической нагрузки у больных с гипертензией МК после замены митрального клапана на ксенобиопротезы. / Тез. докл. респ. науч. практ. конф. (12-14.09. 1989г.), Новосибирск-1989-с. 133/
5. Сетракан С.А., Воловой В.Л., Илюхин В.В и др. / Спироэргометрическая оценка уровня нагрузочной гипервентиляции у больных с пороками сердца до и после хирургической коррекции. // Тер. архив, 1991-4-с. 22-24/ //

З.М. Низамходжаев,
С.С. Ганиходжаев,
Н.Ю. Саметдинов,
Т. Абдалов

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПИЩЕВОДЕ

Научный центр хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ РУз

Реконструктивно-восстановительные операции на пищеводе представляют собой один из наиболее сложных разделов хирургии пищеварительного тракта.

Несмотря на существенный прогресс в развитии хирургии пищевода за последние 30 лет послеоперационная летальность при эзофагопластике остается высокой и составляет 15-36%. Причиной летальных исходов более 50% случаев являются гнойно-септические осложнения. До настоящего времени превалирует механический подход к проблеме, т.е. специалисты разрабатывают различные варианты анастомозов, способы формирования трансплантата, меняют доступы к органу. Однако непосредственные результаты операции, частота ранних осложнений не удовлетворяют практических хирургов.

В отделении хирургии пищевода и желудка НЦХ им.акад.В.Вахидова МЗ РУз с 1975 по 2000 г. оперированы 212 больных. Начиная с 1995 года в отделении разработан и применен 69 больным с восстановительными операциями на пищеводе комплекс мероприятий, направленных на профилактику, раннюю диагностику и лечение гнойно-септических осложнений.

Эта группа больных выделена как основная для оценки эффективности предложенного комплекса. Контрольную группу составили 142 больных с традиционным ведением, без применения нашего комплекса. На наш взгляд, перспективным является бактериологический метод прогнозирования гнойных осложнений, предложенный С.А.Паевским (1987), который использован у больных с травматическими поражениями. Нами этот метод усовершенствован, изучена также эффективность данного метода у больных основной группы для прогнозирования нагноения раны. Модифицированный бактериологический метод прогнозирования гнойных осложнений применялся у больных в основной группе на 2 сутки после эзофагопластики. Исходный бактериологический метод прогнозирования восстановительных явлений в ране основан на снижении бактерицидных свойств раневой жидкости на 2-5 день после операции. В случае безмикробного течения послеоперационного периода в ране происходит синтез гуморальных факторов, ускоряющих процесс заживления, а отсутствие такового может привести к развитию гнойно-воспалительного процесса.

Методика прогнозирования заключается в пропитывании раневой жидкостью стерильных бумажных дисков диаметром 6 мм на второй день после операции и воздействие этих дисков на культуру Микрококкус лизендикус на плотной питательной среде. Мы изучали эти результаты на первые сутки после операции. Задержка роста тест-культуры вокруг диска 12 мм и более в диаметре указывает на безмикробное течение раневого процесса, а меньше 12 - на высокую вероятность нагноения.

В нашей модификации (удостоверение на рацпредложение №187 от 20.06.96 г., выданное НЦХ им. акад. В.Вахидова МЗ РУз) методика Паевского дополняется в случае прогнозируемого осложнения посевом из раны с целью своевременного определения потенциального возбудителя и его антибиотикограммы для предварительного воздействия на патогенную флору.

У 57 больных (82,8%) рост вокруг тест-культуры из шейной и абдоминальной раны составил 12 мм и более и, соответственно, послеоперационный период протекал без осложнений. У 9 больных отмечался рост вокруг тест-культуры из абдоминальной и шейной раны менее 12 мм, и у 3 из них в последующем развилось нагноение абдоминальной раны (4,2%). У остальных 6 больных кроме снижения роста тест-культуры менее 12 мм в тканевой жидкости определяли микрофлору, которая была выявлена до операции в просвете шейных сегментов пищевода и зева. Дооперационное определение колоний микрофлоры зева и верхних сегментов пищевода, их чувствительности к антибиотикам, позволило нам своевременно использовать целенаправленную терапию. Такое течение на раннем этапе послеоперационного периода нами расценено как биологическая негерметичность пищевода, т.е. необходимо учесть несостоятельность швов пищевода. Всем 9 больным с риском нагноительного процесса произвели раннее снятие швов для создания хорошего оттока раневого содержимого.

Нейтральный анолит (НА) получали на установке «СТЕЛ» путем электрохимической активации растворов хлорида натрия. Нейтральный анолит представляет собой бесцветную прозрачную жидкость с легким запахом хлора, содержащую высокоактивные кислородные соединения хлора, свободные радикалы, озон, придающие ей антимикробные свойства. Концентрация активного хлора в исходном растворе нейтрального анолита составляла 30 ± 50 мг/л, pH - $6,0 \pm 1,0$, окислительно-восстановительный потенциал - 700 ± 100 мВ.

Нейтральный анолит обладает высокой антимикробной активностью практически при всех потенциальных возбудителях гнойно-септических процессов. Развитие резистентности микроорганизмов к нейтральному анолиту в процессе лечения не установлено.

Нами изучено влияние НА на выделенную флору. До и после обработки раны нейтральным анолитом тестировали содержание раны на антибиотикорезистентность. Установлено, что НА изменяет антибиотикочувствительность выделенной микрофлоры. При этом чувствительность микрофлоры к антибиотикам значительно возрастает, так как снижается количество устойчивых культур более, чем в 3 раза.

Анализ изменения чувствительности в зависимо-

сти от вида микрофлоры показал, что чувствительность возрастает преимущественно у стафилококков (снижает количество устойчивых культур почти в 5 раз) и энтерококков (более чем в 2 раза). Исходя из вышеизложенного, обработка нейтральным анолитом гнойных ран оказывает влияние не только на микробную обсемененность раны, но и на биологические свойства патогенной флоры.

Таким образом, использование комплекса мероприятий по профилактике послеоперационных осложнений и модифицированного бактериологического метода прогнозирования позволило предупредить процесс нагноения на ранних этапах возникновения, и тем самым снизить тяжелые гнойно-септические ос-

ложения в 3 раза в основной группе и, соответственно, летальность от 19% в контрольной группе до 5,1% в основной.

Литература

1. Мамонтов А.С., Кочеткова В.А., Пути профилактики и лечения гнойных осложнений в хирургии рака пищевода с учетом состояния антиинфекционного иммунитета в кн.: Республиканская научная конференция онкологов Туркестана. Ашхабад, 1980. - стр.89-93.
2. Черноусов А.Ф., Хаджибаев А.М. и др., Профилактика инфекционных осложнений после эзофагопластики и гастрэктомии. Ташкент, 1996. Стр. 17-26.
3. Muscraff T.J., Deane S.A. Prevention of sepsis in gastroesophageal surgery. //World J.Surgery.-1982. - Vol.6, N3.- p. 293-300

Ю.Я.Рабинович,

И.Ю.Ложкевич

ОПЫТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ РОССИЙСКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ РАМН

Российский научный центр хирургии РАМН

В июне 1963 г. по инициативе и под руководством академика Б.В.Петровского на базе кафедры госпитальной хирургии I Московского медицинского института им.И.М.Сеченова был создан Институт клинической и экспериментальной хирургии МЗ РСФСР (в наст. время Российский научный центр хирургии РАМН), девизом которого - лечить, учить, искать, внедрять достижения науки в практику.

Новые методы диагностики и лечения в центре изучали врачи из всех регионов РФ. Диссертанты устанавливали контакты с отделениями и лабораториями центра, работали в библиотеках, готовили и защищали кандидатские и докторские диссертации. Ежегодно такое обучение проходили 100-120 человек. По окончании обучения выдавалась справка об усовершенствовании в центре. Постоянной связи с бывшими курсантами не было, их не приглашали на конференции, симпозиумы, семинары, не интересовались их дальнейшей профессиональной деятельностью.

Коренным образом положение изменилось с 1 марта 1990 г. По инициативе директора РНЦХ РАМН академика РАМН Б.А.Константинова система последипломного образования в центре была переведена на коммерческую основу. Врачи получили широкую возможность приезжать в РНЦХ РАМН для изучения новых технологий и конкретных методик операций, новых методов диагностики и лечения. За учебу, проезд, проживание в гостинице администрации учреждения надо было платить деньги. У врачей появилась ответственность за результаты учебы перед своим учреждением, коллегами. По окончании обучения врачам выдаются дипломы о специализации или усовершенствовании (лицензия Госкомвуза России № 16-121 от 6 марта 1994 г.). Эти дипломы играют важную роль при аттестации и присвоении категории.

Перевод на коммерческую основу потребовал создания программ индивидуального обучения по каждому отделению и лаборатории, расчета количества часов и стоимости обучения. За основу были приняты нормы почасовой оплаты врачей, кандидатов и докторов наук, принятые нормативными документами МЗ РФ. В настоящее время решены вопросы обеспечения встреч, размещения курсантов в гостиницах со всеми

удобствами. Созданы нормальные условия для самостоятельной работы с литературой, организовано питание курсантов в столовой центра.

Для информации медицинской общественности страны об организации последипломного обучения в РНЦХ РАМН была проведена широкая рекламная кампания. Большими тиражами изданы рекламные письма с подробным перечнем специальностей, по которым ведется обучение. За эти годы разослано более 110.000 индивидуальных писем, опубликованы рекламные сообщения в журнале "Хирургия", "Медицинская газета", в газете "Хирург", издаваемой в РНЦХ РАМН. Сотрудники РНЦХ РАМН неоднократно выступали в передачах радиостанции "Медицина для вас". Рекламные материалы о последипломном образовании в РНЦХ РАМН размещены на сайтах в Интернете.

Благодаря этому мы имеем стабильное количество курсантов из России, стран СНГ. В 1994-1999 г.г. у нас прошли обучение врачи из Югославии, Сербии, Турции, Болгарии, Польши, Ливана, Иордании. На первом этапе проводились первичная специализация и усовершенствование по индивидуальным программам. Коллективы отделений и лабораторий приступили к изданию учебных пособий, методических рекомендаций, монографий, атласов, научных и учебных кино- и видеофильмов, широко применяемых в педагогическом процессе. Позднее началась подготовка врачей путем проведения тематических семинаров по актуальным вопросам хирургии и клинко-инструментальной диагностики. Разработаны рабочие планы и тематика 18 семинаров по актуальным вопросам хирургии, анестезиологии и реаниматологии, кардиологии, ультразвуковой диагностики, трансфузиологии. Эта форма обучения оказалась перспективной, вызывает большой интерес у врачей. Каждый год появляются новые виды тематических семинаров. С 1994 года тематические семинары стали проводиться совместно с симпозиумами, проходящими в РНЦХ РАМН. Врачи принимают в них участие, слушают доклады известных ученых, а затем в течение 2-х недель участвуют в тематическом семинаре. Появилась такая форма обучения, как декадни усовершенствования врачей, прошедших в РНЦХ РАМН первичную специализацию и самостоятельно

работающих в практическом здравоохранении более 3 лет.

С 1995 года проводятся выездные семинары. Состоялись семинары по реконструктивной хирургии печени и желчных путей (г.Тольятти), ультразвуковой диагностике (г.Владивосток), применению регионарной анестезии в современной клинической практике (г.Петропавловск-Камчатский). Особенно большой интерес вызывают семинары по реконструктивной хирургии печени и желчных путей, пластике пищевода при раке и ожоговых стриктурах, реконструктивной хирургии аорты и ее ветвей, портальной гипертензии, кардиологии, реанимации и анестезиологии, клинической физиологии.

Анализ распределения курсантов по отделениям и лабораториям центра показал, что наибольшее количество курсантов обучается в отделениях клинической физиологии (эхокардиография, ультразвуковая диагностика заболеваний органов брюшной полости, сосудов), эндоскопической хирургии, хирургической гастроэнтерологии, анестезиологии и реанимации, хирургии сердца и сосудов, легких и средостения, печени и желчных путей.

Анализ контингента курсантов, обучающихся в РНЦХ РАМН показал, что 16,3% врачей, осваивают новые разделы своей специальности. Рентгенологи овладевают компьютерной томографией, ангиографией. Анестезиологи - перфузиологией, терапией болевых синдромов. Эндоскописты и хирурги осваивают методы эндоскопической хирургии. Патологоанатомы - морфологическую диагностику биопсий. Клинические лаборанты - цитологическую диагностику, исследование системы гемокоагуляции, специальные разделы биохимии, иммунологии и т.д..

Многие специалисты осваивают различные разделы ультразвуковой диагностики, чтобы расширить диапазон диагностических возможностей. Например, кардиологи, осваивают методику и технику эхокардиографии, хирурги и терапевты - ультразвуковую диагностику заболеваний органов брюшной полости, сосудистые хирурги - доплерографию периферических сосудов.

Наибольшую группу курсантов (46,2%) составляют врачи со стажем работы 10-15 лет, которые приезжают для овладения такими новыми разделами хирургии и инструментальной диагностики, как реконструктивно-восстановительные операции на печени, желчных путях, поджелудочной железе, легких, сосудах; пластика пищевода при раке и ожоговых стриктурах; расширенная лимфаденэктомия при раке желудка и пищевода, реконструктивные и пластические операции с применением микрохирургической техники; аорто-коронарное и маммарно-коронарное шунтирование, эндоскопическая хирургия.

24% курсантов составляют группу организаторов здравоохранения разных уровней. Многие из них, продолжая активную лечебную работу, сами освоили в центре новые методы и технологии и направляют к нам врачей своих учреждений на последипломное обучение для внедрения новых технологий в практическое здравоохранение.

5,1% курсантов составляют научно-педагогические кадры: заведующие кафедрами медицинских институ-

тов, профессора, доценты, ассистенты. Особенной популярностью у них пользуются тематические семинары по актуальным разделам хирургии и диагностики. За 2 недели обучения они на лекциях, семинарах, симпозиумах, знакомятся с новейшими достижениями науки и практики, приобретают новую литературу, атласы, монографии. По окончании курса они знакомят студентов и врачей кафедры с полученными знаниями, что позволяет активно внедрять достижения науки в практическое здравоохранение.

В последнее время в центре ведется обучение медицинских сестер специализированных отделений. По нашей рекомендации врачи прибывают в центр для изучения методик лапароскопической хирургии, ангиографии, коронарографии, перфузиологии вместе с операционными сестрами. Сестры участвуют во всех операциях, изучают методики ухода за больными, приобретают навыки эксплуатации сложной современной аппаратуры. Одновременно они осваивают функциональные обязанности операционной сестры при операциях на органах брюшной и грудной полостей. Такая форма обучения медицинских сестер была признана наиболее эффективной. Этот опыт был продолжен, и в центре освоена подготовка сестер отделений анестезиологии, реанимации, перфузиологии, эндоскопии, трансфузиологии, клинических лаборантов, лаборантов-гистологов и др. По окончании обучения медицинские сестры, как и врачи, получают дипломы о специализации или усовершенствовании. Растущая потребность в повышении квалификации медицинских сестер учтена нами в дальнейших планах, предусматривающих обучение на базе многопрофильного учреждения.

Большой интерес у курсантов вызывают лекции академика Б.В.Петровского по деонтологии, морально-этическим вопросам медицины, военной хирургии. В музее хирургии, созданном по инициативе академика Б.В.Петровского, они знакомятся с историей и традициями кафедры госпитальной хирургии Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова Российского научного центра хирургии РАМН. Это имеет важное значение в воспитании врачей и медицинских сестер.

За 9 лет в РНЦХ РАМН прошли обучение на коммерческой основе 4042 курсанта из 378 городов России и стран СНГ.

Последипломное образование предусматривает контакты центра с бывшими курсантами. Это направление им информации о новых разработках и технологиях в области диагностики и лечения, приглашение на семинары, конференции, симпозиумы, съезды, выставки, которые проводятся в Центре, предоставление возможности публикации статей в сборниках центра, журнале "Хирургия", работа которого тесно связана с РНЦХ РАМН. Если бывшие курсанты проявляют интерес и склонности к научной работе, то центр оказывает им содействие в обучении в ординатуре, работе над диссертациями через аспирантуру, докторантуру, а также путем оформления соискательства.

Для оценки результатов последипломного обучения в РНЦХ РАМН разработана специальная анкета, которая направляется всем врачам и медицинским сестрам, прошедшим последипломное обучение в центре. Наши бывшие курсанты сообщают о методах диагнос-

тики и лечения, которыми они овладели в центре и внедрили в работу своих учреждений. Анализ полученных данных позволяет постоянно улучшать систему

последипломного образования, созданную в РНЦХ РАМН, и способствует широкому внедрению достижений науки в практическое здравоохранение.

Р.А.Садыков,
Л.В.Досмухамедова

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ГЕАНГИОМ С ПОМОЩЬЮ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ЛАЗЕРОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Научный центр хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ РУз

Изучение свойств оптических квантовых генераторов расширяет область их применения и в медицине.

Применяемое в хирургии высокоэнергетическое лазерное излучение позволяет проводить резку, вапоризацию, коагуляцию тканей без кровотечения и в асептических условиях [3]. Малый диаметр светового пятна позволяет более точно воздействовать на патологический очаг, не повреждая окружающие ткани даже при сложной анатомической локализации образования. Действие на ткань у различных лазеров неодинаковое. В то же время, изменяя мощность, продолжительность и режим генерации одного и того же лазера, можно получить ряд биологических эффектов: от гипертермии до необратимых изменений в клетке.

Изучаются возможности аргонowego, углекислотного и YAG-Nd лазеров в коагуляции гемангиом. Из-

агуляции и испарения образований, возвышающихся над поверхностью кожи и слизистой [1,7]. Наибольшей глубиной деструкции ткани обладают лучи YAG-Nd лазера. Воздействие этого диапазона излучения малоспецифично, хотя в основном оно поглощается хромофорами. Лазер нашел применение в коагуляции кавернозных и других глубоких форм гемангиом на конечностях и ягодицах [5].

С 1998 года изучено 75 больных в возрасте до 14 лет с различными формами поверхностных гемангиом.

Превалирующее большинство из них составили девочки – 77,3%, причем в 57,3% случаев образование локализовывалось на лице, причиняя косметический ущерб.

Из анамнеза этих больных важно выделить то, что в 94,7% случаев появление образования отмечали с рождения в виде “точечки”, “пятнышка”, “бугорка” всегда меньшего размера в сравнении с имеющимся. Все дети до обращения лечения не получали, часть их находилась на диспансерном наблюдении в поликлинике по месту жительства и в онкодиспансере. Среди обратившихся преобладают дети старшего возраста, а число новорожденных минимально (таблица 1). Это можно объяснить ожидательной тактикой при динамическом наблюдении в расчете на спонтанную регрессию, отсутствием грубых функциональных нарушений.

Диагностика поверхностных форм гемангиом не представляет трудности для хирурга. Информативным является локальный осмотр: оцениваются размеры, форма, цвет, характер поверхности, наличие пульсации и локальной гипертермии. При осмотре определяется вовлечение в патологический процесс близлежащих органов, определяется их функциональное состояние.

Для обследования больным проведен общий анализ крови с определением количества тромбоцитов и времени свертывания крови. Некоторым больным проведено ультразвуковое обследование для определения глубины поражения и связи образования с подлежа-

Таблица 1.

Распределение детей по возрасту.

№	Возрастные периоды	Кол-во детей	%
1	Новорожденность	5	6,7
2	Грудной	14	18,7
3	Преддошкольный	7	9,3
4	Дошкольный	16	21,3
5	Младший школьный	13	17,3
6	Старший школьный	20	26,7
	Всего	75	100

лучение зеленого спектра аргонowego лазера поглощается оксигемоглобином, вызывая агглютинацию эритроцитов в сосудах дермы [4,6,9]. При этом повреждение кожи и периваскулярных структур минимально. Инфракрасные волны углекислотного лазера поглощаются водой и применяются для неспецифичной ко-

Таблица 2.

Распределение пациентов по локализации видов поверхностных гемангиом.

№	Вид гемангиомы	Анатомическая локализация									
		лицо	шея	грудь	живот	спина	в/к	н/к	пол. орг.	всего	%
1	Пятнистая	23	5	-	2	1	2	2	3	38	37,3
2	Звездчатая	6	3	5	-	-	-	1	-	15	14,7
3	Гипертрофическая	12	3	-	5	2	6	8	-	36	35,3
4	Авернозная	1	-	-	-	-	3	1	-	5	4,9
5	Рацемозная	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
6	Смешанная	5	-	-	-	-	2	-	1	8	7,8

щими тканями.

Из множества классификаций для работы выбрана анатомо-онкологическая классификация А.Ю. Соловко 1965 г. Согласно ей поверхностные гемангиомы прорастают кожу, слизистую, кожу с подкожной клетчаткой и слизистую с подслизистым слоем и проявляются в шести видах [2]. В таблице 2 приведено распределение изученных пациентов по локализации различных видов поверхностных гемангиом.

Для удобства все гемангиомы были подразделены на две группы. Первая группа — гемангиомы, возвышающиеся над поверхностью кожи — как правило, это гипертрофические и кавернозные формы. Вторая группа — плоские гемангиомы. Это различные пятна — сосудистые, плоские, “винные”, “лососевые”, неонатальные и паукообразные ангиомы. В исследовании не встретились больные с рацемозными формами гемангиом.

Для лечения первой группы больных было применено излучение углекислотного лазера в расфокусированном режиме с плотностью мощности 0,009 кВт/мм². В большинстве случаев проведено по одному сеансу облучения. В 12 % случаев после отпадения струпа отмечались единичные внутрикожные участки по 0,2 — 0,4 см² в виде плоских пятнышек. Лечение их проводилось уже как пациентам второй группы. В первую группу вошли также больные с кавернозными формами гемангиом. В случае локализации их на конечностях, ягодичах применялся YAG-Nd лазер мощностью до 3 — 5 Вт. Заживление послеоперационных ран у больных первой группы происходило под коагуляционным струпом. Корочка обрабатывалась ежедневно растворами бриллиантовой зелени, марганцевокислого калия, 70° спирта. В случаях локализации раны на сгибательных поверхностях, в естественных складках кожи, во избежание мацерации накладывалась асептическая повязка. Отпадение корочки наблюдалось на 12 — 15 день на лице и шее, на 18 — 21 день на нижних конечностях и промежности. Косметический эффект оценивался удовлетворительно, на коже оставался нежный рубчик, не выделяющийся на фоне кожи.

Для лазерокоагуляции пятнистых и звездчатых плоских форм эффективным оказался аргоновый лазер мощностью 3 — 5 Вт. Вначале больным проводился “пробный” сеанс коагуляции участка около 1 см², причем, детям школьного возраста в основном без применения анестезии. В момент коагуляции расширенные капилляры тромбируются и облитерируются, при этом эпидермис в процесс не вовлекается. Наложение повязок этот метод лечения не требует. Как правило, у детей 3 — 12 лет за 2 — 3 сеанса с перерывами в 3 — 5 недель можно добиться хорошего косметического эффекта. Тогда как у новорожденных и детей грудного возраста достаточно однократной коагуляции ввиду малых размеров образования и высоких репаративных свойств кожи. Форсированный подход к лечению может привести к грубому рубцеванию [8].

Клинические результаты

На рисунке 1 — двухмесячная девочка с простой гипертрофической гемангиомой левой половины лица. Проведен сеанс лазерокоагуляции образования углекислотным лазером в расфокусированном режиме мощностью 20 Вт. На рисунке 2 — этот же ребенок через месяц после первого сеанса лечения.

На рисунке 3 — Больная Г., 30 лет. С рождения



рис 1



рис 2

имеет бурое пятно в правой щечной области, размеры и цвет которого не изменялись с возрастом.

Однократная лазерокоагуляция пятнистой гемангиомы аргоновым лазером без анестезии дала хороший косметический результат (рис 4).



рис3

Исследование показало, что лечение гемангиом покровов необходимо проводить в грудном возрасте, когда гемангиомы имеют меньшие размеры, репаративные процессы кожи и слизистой высоки и не развились местные и функциональные осложнения.

Точное воздействие лазерного луча на патологический очаг даже при сложной анатомической локализации определяют получение хороших косметических результатов.

В лечении гипертрофических и кавернозных форм гемангиом лучшие результаты получены при использовании излучения углекислотного и YAG-Nd лазеров.

Хорошие косметические результаты получены в коагуляции плоских форм гемангиом аргоновым лазером.

Литература

1.Алимпиев С.С., Горбатова Н.Е. Опыт применения лазерного излучения для лечения пигментной патологии у детей //Труды 8-го международного конгресса европейской медицинской лазер-



рис4

ной ассоциации и 1-го Российского конгресса медицинской лазерной ассоциации. Москва, 2001, с.168.

2.Соловко А.Ю., Воронцов И.М. Гемангиомы. Киев, Здоров'я, 1980, с.91.

3.Шафранов В.В., Буторин А. Лечение гемангиом у детей. Врач. 1996, №9, с.17-18.

4.Glassberg E., Lask G.P. et al. Cellular effects of the pulsed tunable dye laser at 577 nm of human endothelial cells, fibroblast and erythrocytes: An in vitro study. Laser Surg Med. 1988; 8: 567-572.

5.Hoffman W.L., Anvari B. et al: Cryogen spray cooling during Nd:YAG laser treatment of hemangiomas. Dermatol Surg 1997; 23 (8): 635 - 41.

6.Janai A., Fukuda O. et al: Argon laser therapy of port wine stains: effects and limitations. Plast Reconstr Surg 1985; 75: 520-527.

7.Lanigan S.W., Cotterill J. A.: The treatment of port wine stains with the carbon dioxide laser. British Journal of Dermatology 1990; 123: 229-235.

8.Pasyk K. Classification and clinical and histopathological features of hemangiomas and other vascular malformation. Vascular Birthmarks. 1987. P.1-54.

9.Waldschmidt J. Technique and results of Nd: YAG laser using. // Труды 8-го международного конгресса европейской медицинской лазерной ассоциации и 1-го Российского конгресса медицинской лазерной ассоциации. Москва, 2001, с. 114

Р.З.Чориев,
А.А.Буриев,
Г.Джумаев,
А.М.Холбаев

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ АРИДНОЙ ЗОНЫ

Сурхандарьинский филиал ГНЦЭМП, областная больница №1 г. Термез

Эхинококкоз — тяжелое паразитарное заболевание, распространенное в районах развитого животноводства.

Эхинококкоз легкого (ЭЛ) по частоте занимает второе место после поражения печени и по нашим

данным составляет 34%.

Встречаемость легочной локализации эхинококкоза может зависеть также от региональных особенностей, а клинические проявления от метеорологических условий. Для поддержания гомеостаза в

часто изменяющихся внешних условиях происходит перестройка различных функциональных систем, среди которых важная роль принадлежит системе органов дыхания, в частности, бронхо-легочного дерева, поскольку чрезмерное и интенсивное воздействие экстремальных климато-погодных условий может привести к истощению резервных возможностей. Наличие эхинококкоза легких может быть причиной ряда осложнений, в условиях аридной зоны с продолжительной гипертермией, частым вторжением метеопатогенных пыльных бурь ("Афганец"). В то же время вопрос об особенностях климатического течения эхинококкоза легких в условиях аридной зоны под влиянием метеопатогенного комплекса в литературе не освещен.

Исходя из выше изложенного нами поставлена задача — изучить особенности клинического течения эхинококкоза легких в условиях аридной зоны.

С этой целью были проанализированы истории болезней 488 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении грудной хирургии областной больницы №1 г. Термеза в период с 1988 по 1996 г.г. Среди них мужчин было 232 (47,5%), женщин — 256 (52,5%), в возрасте от 1 года до 70 лет. Локализация ЭЛ была следующей: односторонне — одиночная 319 (65,3%); односторонне-множественная — 84 (2,6%); двусторонне-одиночная — 24 (5,7%); двусторонне-множественная — 13 (2,6%). Кроме этого у 48 больных (9,8%) ЭЛ сочетался с поражением печени.

Прорыв в плевральную полость имел место у 38 (7,7%), из них осложнился клапанным пневмотораксом — у 15, гидротораксом — у 9, эмпиемой плевры — у 11.

Сопутствующая патология (ИБС, стабильная стенокардия напряжения I-III функциональных классов, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, хронические неспецифические заболевания легких) были выявлены у 174 больных. В анамнезе 33 пациента уже перенесли операцию на легких, в том числе вмешательства по поводу рецидива ЭЛ (18); бронхоэктазов, поликистоза легких и булезной болезни (15).

Всем обследуемым больным были проведены клинико-лабораторные, биохимические, рентгенофлюорографические и УЗИ - исследования. Коагулограмма крови: ПТИ колебался в пределах 100-120%, ПТВ — 10-15, фибриноген — в пределах 450-500 мг%, тромботест - YI степени, т.е. у большинства больных отмечалась гиперкоагуляция.

При сравнительной оценке установлено, что перед вторжением пыльных бурь в фазе продрома, когда формируется гипоксической тип погоды, а так же в день вторжения, когда гипоксия сменяется на спасительный тип погоды, у больных ухудшается общее самочувствие, начинаются кровохарканье и боли в груди, одышка, частый кашель с приступами удушья т.е. бронхообструктивным синдромом.

Таким образом, ретроспективный анализ показал, что влияние метеопатогенного аридного комплекса приводит к клиническим ухудшениям и различным осложнениям у больных ЭЛ, что необходимо учитывать для своевременной диагностики заболевания.

З.Р. Янгибаев,

З.Х. Қадиров,

Д.Ю. Ботиров,

Ш.Р. Эшметов,

З.Қ. Шарипов,

А.Х. Назаров

ҚОРИН ОҚ ЧИЗИФИ ВА КИНДИК ЧУРРАЛАРИДА ЛАПАРОСКОП НАЗОРАТИ ОСТИДА ГЕРНИОПЛАСТИКАНИНГ ЯНГИ МОДИФИКАЦИЯЛАРИ.

1-ТошДавТО Урганч филиали

Хоразм вилояти №1сон клиник шифохонаси

Тиббиётга замонавий тиббий ускуналарнинг кириб келиши замонавий герниология фанининг имкониятларини кенгайтишига олиб келмоқда. Шу жihatдан эндовидеоскопик герниопластика усулининг кам шикастлилиги, физиологиклиги, стационарда беморларнинг даволаш муддатининг қисқалиги, меҳнатга яроқсизлик вақтининг камлиги, косметик жihatдан дефектлар қолмаслиги, камхаражатлиги, операциядан кейин рецидив бўлиш эҳтимолининг камлиги, қорин бўшлиғи аъзоларини ревизия қилишнинг қулайлиги, диагностика имкониятининг юқорилиги, симультант операциялар ўтказиш учун қулайлиги каби афзалликлари бу усулни амалиётда янада кенгроқ қўллаш лозимлигини кўрсатади.

Лапароскопик герниопластиканинг қулайлиги стандарт оператив даволаш техникасини қайта ишлаб чиқиш, уларни тўлдириш, янги модификацияларини яратиш, операция техникасини соддалаштириш, операция вақтини камайтириш, операциядан кейин келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш мумкинлиги - бу усулни келажакда янада ривожла-

нишини таъминлайди.

Материаллар ва методлар.

Бизнинг ишимизнинг асосини 31 нафар беморда ўтказилган операцияларнинг натижаларини таҳлил қилиш ташкил этади. Операция қилинган беморлар орасида эркаклар 12 тани (39%), аёллар 19 тани (61%), ташкил этиб уларнинг ёши 14 ёш дан 68 ёш гача (ўртача 41 ёш) бўлган. Чурраларнинг учраган тури ва уларда ўтказилган пластика усуллари қуйидаги жадвалда кўрсатилган.

Жадвалдан кўриниб турибдики, киндик чурраси бўлган беморлар герниопластика ўтказилган беморларнинг асосий қисмини ташкил қилиб, барча операциялар лапароскоп назорати остида амалга оширилган.

Текшириш усуллари

Барча операциялар умумий офиксизлантириш ва мушак релаксантларидан фойдаланилган, карбоксиперитонеум ҳосил қилиниб қорин бўшлиғи аъзоларини умумий тафтиш қилиш билан олиб борилади. Чурра

Гернио- пластика тури	Лапароскоп назорати остида жияк- симон ва "П"-симон чок қўйиш	ЛНО пропилентларни интروперитонеал фикса- ция қилиш	ЛНО пропилентларни трансабдоминал фиксация қилиш	ЛНО узлуксиз тикиш
1.Киндик чурралари	14	2	4	1
2.Қорин оқ чизиги чурралари		1	2	3
Жами:	18	3	6	4

соҳаси териси 4қта беморда овал шаклда, 2қта беморда «П»-симон шаклда, яна 4та беморда яримойсимон шаклда кесилди. Чурра халтаси топилиб ажратилиб бартараф қилинади.Махсус тайёрланган пропилен тўр-троакар орқали қорин бўшлиғига киритилиб,махсус игналар ёрдамида чурра дарвозасига шундай фиксация қилинадики, бунда дефект батамом йўқолишига эришилади, сўнг аллотрансплантант соҳаси перитонизация қилинади. Қорин бўшлиғи такрор тафтиш қилинганч десуффляция қилинади, троакарлар олиниб терига чоклар қўйилади.

Пропилен тўрни интروперитонеал чурра дарвозасига фиксация қилишда бизгача махсус тикувчи мослама билан ва скобкалар ёрдамида фиксация қилиш таклиф қилинган ва қўлланилмоқда. Бу усуллар икти-содий жихатдан ноқулай бўлибгина қолмасдан-пари-етал қорин пардага-апоневрозга фиксация қилинган жойларининг чоклари ёки скобкаларининг фикса-ция қобиляти ишончсизлиги,ажралиб кетиши,кўчиб тушиши, аллотрансплантантнинг ён томонларга сил-жиб кетиши ҳамда чурралар қайталаниши каби асо-ратлар кузатилиши мумкин.

Биз пропилен тўрни операциядан олдин чурра дар-возасига мослаб фиксация қилишда қулай бўлиши учун тўр киррасининг 8 та қисмидан чоклар қўйиш учун турли рангдаги лавсан (капрон) ипларни ташки юзасига йиғиб-учини илгакчага мослаб қўямиз.Тўр-ни фиксация қилиш учун олиб кирувчи ва олиб чи-кувчи игналарни ишлаб чиқдик.Шу илгаклар ёрда-мида аллотрансплантантдаги иплар ташқарига чиқа-риб олинади ва иккаласини бирга боғлаш билан 4 та тугун ҳосил қилинади.Бу билан чурра дарвозаси кич-райишига, тўрни мустаҳкам фиксацияланишига эри-шилади.

Текширув натижалари

Биз киндик чурралари ва қорин оқ чизиги чур-ралари билан оғриган 31 та беморда герниопластика усулларини лапароскоп назорати остида 4 хил моди-фикацияда амалга оширдик, бу операцияларнинг да-вомийлиги 20 минутдан 40 минутгача бўлган вақтни ташкил этди.Операциядан кейинги давр деярли сил-лиқ кечди. Антибиотиклар ва оғриқ қолдирувчи воси-талар қисқа давр профилактика мақсадида қўлланил-

ди. Беморларни касалхонада ўринни банд қилиши ўртача 4 кунни ташкил этди, касалхонадан уйига 4-6 кунда рухсат берилди, 10 кундан сўнг ишга тушиш таклиф қилинди.

Бир беморда операциядан кейинги даврда тери ости эмфиземаси кузатилди,яна бир тери ости ёғ қава-ти кучли ривожланган -қорин оқ чизиги чурраси ту-файли пропилен тўр трансабдоминал фиксация қи-линган беморда шу соҳа «серома»си кузатилди.

Биз юкоридагиларни таҳлил қилиб қуйидаги ху-лосаларни тақдим этамиз.

Хулосалар:

1.Биз яратган янги лапароскопик герниопластика чурраларни бартараф қилишда кам шикастли даволаш усулидир.

2.Операциядан кейинги даврда наркотик анальге-тиklar, инфузион-трансфузион терапияга зарурат кес-кин камаяди. Касалхонада беморларнинг даволаниши, уларнинг реабилитация ва меҳнатга қобилятининг тикланиши учун жуда қисқа вақт кетади, бу эса ўз навбатида бюджет маблағларининг тежалишига олиб келади.

3.Операция вақтида қорин бўшлиғи аъзолари ка-салликларини аниқлашда бу усулларнинг диагностика аҳамияти юқоридир. Қорин бўшлиғи аъзолари хирур-гик касалликларида симультант операция ўтказиш йўли билан беморларнинг йўлдош касалликдан халос бўлиши таъминланади.

Адабиётлар.

- 1.Воскресенский Н.В.,Горелик С.А., «Хирургия грыж брюшной стенки».Москва Медицина 1965.
- 2.Лаврова Т.Ф.,«Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки».М.Медицина 1979.
- 3.Тоскин Т.Д.,Жебровский В.В.,«Грыжи брюшной стенки».М:-Медицина 1990.
- 4.Рутенбург Г.А.,«Лапароскопическая герниопластика». Дисс-ра мед.наук.М 1997.
- 5.Bendavid R.Expectation of hernia surgery.
- 6.In.S.Paterson-Brown,I. Galden (eds). Principles and practies of surgical laparoscopy.W B Saunders 1994.
- 6.Meyer H.I.Die Laparoscopsch kontrollierte Herniorapic direkter und indierkter Leis ten Bruche. Technik und erste Erfahrungen. Chirurgie 1992:63:353-356.
7. Neufang T.Laparoscopic repair of reccurrent hernias:the Gernian experience. Chirurgie 1994:4: 411-412.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Ю.И. Калиш,
Л.З. Аметов,
Б.М. Мирзахмедов

**МИКСОМА ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА,
РАСПОЛОЖЕННОГО В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ ПАХОВОЙ
ГРЫЖИ**

Научный центр хирургии им. акад. В.В.Вахидова МЗ РУз.

Миксома - редко встречающаяся опухоль червеобразного отростка. Большинство авторов связывают механизм возникновения миксомы червеобразного отростка с хроническим воспалительным процессом в нем и облитерацией его просвета. Описывается под различными названиями: миксома, слизистая киста, мукоцеле, миксоглобулез, миксоматоз.

Впервые слизистые кисты червеобразного отростка были описаны Ракитанским в 1824 г.. Hansemann в 1914 г. дал более подробное описание этих кист, предложив термин “миксоглобулез червеобразного отростка”. По данным литературы, их частота составляет 0,02-0,2% [2,4,7].

Нередко описываются случаи нахождения черве-

образного отростка в грыжевом мешке при паховой и бедренной грыжах [1,3,5,6]. Сочетание миксомы червеобразного отростка с его расположением в грыжевом мешке в доступной нам литературе не обнаружено.

Больной К., 53 лет поступил в отделение лазерной хирургии НЦХ им. академика В.В.Вахидова 8.01.2001г. с диагнозом: двусторонние прямые паховые грыжи. Жалобы на боли в паховых областях при физической нагрузке. Левосторонней грыжей страдает в течение 7 лет. Справа грыжа появилась 2 года назад, быстро увеличивалась в размерах, часто ущемлялась и с трудом вправлялась в брюшную полость. В паховой области слева имеется грыжевое выпячивание округлой формы размером 5х5 см мягкоэластичной консистенции, легко вправляемое в брюшную полость; наружное паховое кольцо расширено до 4 см. Слева грыжевое выпячивание 6х5 см округлой формы, мягкоэластичной консистенции трудно вправляемое в брюшную полость; наружное паховое кольцо 3х4 см.

11.01.2001 г. под местной анестезией в сочетании с в\в наркозом произведено грыжесечение справа. После вскрытия грыжевого мешка в его просвете обнаружено опухолевидное образование 4х3 см плотноэластичной консистенции. При ревизии установлено, что это утолщенный измененный червеобразный отросток. (фото 1,2). Выполнены типичная аппендэктомия и пластика задней стенки пахового канала по Кукуджанову. Слева проведено грыжесечение так же с пластикой задней стенки по Кукуджанову.

Послеоперационный период протекал без осложнений.



Фото 1 Миксома червеобразного отростка
расположенного в грыжевом мешке паховой грыжи



Фото 2

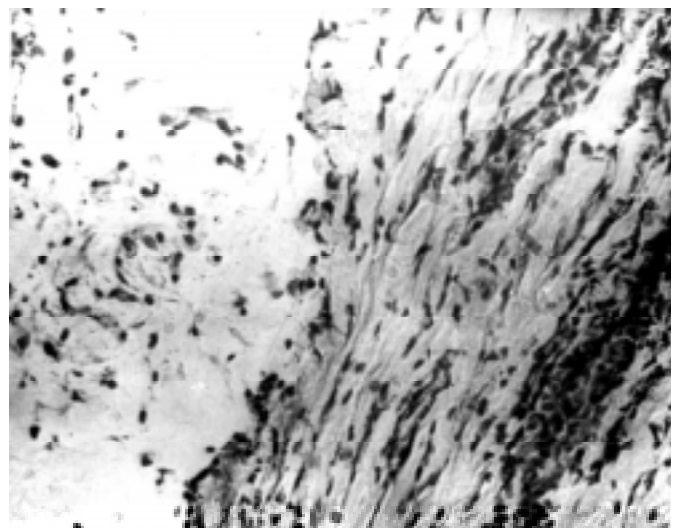


Фото 3

Гистологическое исследование: миксома червеобразного отростка, лимфоидноклеточная инфильтрация стенки с множеством миксоидных клеток со светлой крупной цитоплазмой. (фото 3).

Литература

Ю.И.Калиша с соавт. Миксома червеобразного отростка, расположенного в грыжевом мешке паховой грыжи.

1.Клепиков С.В. Ущемление червеобразного отростка в бедренной грыже \ \Клин.хирургия.-1987.-№2.-С.34

2.Коренев Н.Н., Кашеренков В.Ф., Миксома червеобразного отростка \ \ Хирургия.-1975.-№7.-С.105-106

3.Макарчик В.Л. Острый аппендицит в ущемленной грыже \ \ Хирургия.-1976.- №12.-С.90

4.Марков С.Н. Мукоцеле червеобразного отростка в связи с его перекрутом \ \ Хирургия № 7.-С.93

5.Назыров Ф.Г., Шанасыров А.С., Ильхамов Ф.А., Торкин Э.А., Шарипов А.Х. Аппендикс в грыжевом мешке бедренной грыжи \ \ Хирургия Узбекистана.-1999.-№ 4.-С.96-97

6.Пох-Дробанцев В.В., Стрелко В.Г. Обнаружение червеобразного отростка в грыжевом мешке \ \ Клиническая хирургия.-1993.-№2.-С.72

7.Уринов А.Я., Базаров А.Х., Саидкамалов Р.Ф. Миксоматоз червеобразного отростка \ \ Клиническая хирургия.-1986.-С.62

Содержание

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Ф.М. Азимова, З.Д. Каримов, Д.М. Касимова,
Ю.У. Пулатова, М.Н. Насретдинова, М.Т. Хусанходжа-
ева, Б.И. Кабулниязова

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИ-
КИ ЛЕЧЕНИЯ ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ
ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ 3

Х.А. Акилов, И.М. Байбеков, А.К. Хайитов

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИПАРАЗИТАРНОЙ
ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПЕР-
МАНГАНАТОМ КАЛИЯ ПОСЛЕ ЭХИНОКОК-
КЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ В СРАВНИТЕЛЬНОМ
АСПЕКТЕ. 6

М.М. Асатова, Г.З. Ешимбетова, Н.К. Туреева, К.
Хангельдова, Г.Ш. Артикходжаева

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НЕВЫ-
НАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ
РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН 9

К.Б. Бабаджанов, Г.В. Кнышов, Л.А. Назырова, А.А.
Джуманиязов, М.К. Рахимов, М.М. Сабиров, А.И. Ква-
ша

ЗНАЧЕНИЕ КОНЕЧНО-ДИАСТОЛИЧЕСКОГО
ИНДЕКСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ РАДИ-
КАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО 12

Д.С. Гулямов, М.М. Махмудов, М.М. Зуфаров,
К.Б. Бабаджанов, А.А. Хикматов, Л.А. Назырова, Х.Ж. Бу-
ранов

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
КОРРЕКЦИИ ТРИАДЫ ФАЛЛО 16

А.В. Девятков, А.А. Мансуров, Ш.Х. Хашимов, А.Н.
Ниязметов, Б.Б. Хафизов,

ВАРИАНТЫ ТЕХНИЧЕСКОГО СОВЕРШЕН-
СТВОВАНИЯ РАЗОБЩАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У
БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 19

М.М. Зуфаров, Х.А. Акилов, В.В. Илюхин, М.Т. Ма-
хамаджанов, Ф.Ш. Бахритдинов, Ф.А. Искандаров, Ш.Н.
Салохитдинов, Э.М. Ходжаева

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСЛюМИНАЛЬНОЙ БАЛ-
ЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ ОККЛЮЗИОННО-
СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ВЕТВЕЙ ДУГИ
АОРТЫ 22

Т.М. Кариев, Ш.Ю. Сабиров, Э.В. Саматов

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ СПОНТАННОМ
ПНЕВМОТОРАКСЕ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕ-
ЗОМ ЛЕГКИХ. 24

Г.М. Махмудова

ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОС-
ТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ
ФОРМ НАРУЖНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА. 27

М.М. Мирсаматов

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИЧЕС-
КОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕН-

НОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ 30
Ф.Г. Назыров, Х.А. Акилов, А.В. Девятков, Ш.Т. Ура-
ков

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И
ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬ-
НЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ГРЫЖАМИ
БРЮШНОЙ СТЕНКИ 33

З.М. Низамходжаев, С.С. Ганиходжаев, Н.Ю. Са-
метдинов, Т. Абдалов

СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНО-
СТИ МИКРОФЛОРЫ ЗЕВА И ПИЩЕВОДА К
АНТИБИОТИКАМ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПИЩЕВО-
ДА 35

В.П. Подзолков, Б.Д. Амиркулов, М.Р. Чиаурели,
Л.Р. Плотникова, И.Ф. Егорова

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАДИКАЛЬНОЙ
КОРРЕКЦИИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО У ВЗРОСЛЫХ 38

Б.Х. Салиев, Б.Т. Исматов, В.Л. Тегай, Х.Б. Саитази-
зов

ПАЛЛИАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ТЕТРАДЫ
ФАЛЛО 42

И.К. Туйчиев, Н.К. Муратходжаев

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПЕРЕНЕСШИХ В ПРО-
ШЛОМ СЕКТОРАЛЬНУЮ РЕЗЕКЦИЮ ПО ПО-
ВОДУ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАЗИЙ 46

А.М. Хаджибаев, Б.А. Янгиев, А.Т. Эрметов, Д.Б.
Шагазатов

ЧАСТОТА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА
ПРИ СВИЩАХ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМО-
ЗОВ. 48

Р.Р. Ходжаев, Н.С. Джамбекова

РОСТ И ФОРМИРОВАНИЕ БЕДРЕННОЙ
КОСТИ У ДЕТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ЛЕЧЕННЫХ
КОНСЕРВАТИВНЫМИ И ОПЕРАТИВНЫМИ
МЕТОДАМИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ 50

А.Ф. Черноусов, А.И. Чернооков, Д.В. Ручкин, М.Е.
Воронов

ЭКСТИРПАЦИЯ ПИЩЕВОДА С ОДНОМО-
МЕНТНОЙ ЗАДНЕМЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ПЛА-
СТИКОЙ ТОЛСТОЙ КИШКОЙ У БОЛЬНЫХ С
ОЖГОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА. 54

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

У.М. Рустамов, А.К. Шодмонов

ВЛИЯНИЕ ЧАСТИЧНОЙ ОБСТРУКЦИИ
МОЧЕТОЧНИКА НА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬ-
НОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧКИ. 57

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Т.С. Арзикулов

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНО-

ГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ 59

Ю.И.Калиш, Р.Ш. Юлдашев, К.Х. Хатамов, Д.Г. Бурибаев

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ЖЕНЩИН. 65

Н.З.Назарова, Н.В.Елецкая, Л.В.Гаманина
ГЛОМАНГИОМА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ 72

А.М.Хаджибаев, Б.А.Янгиев, А.М.Егитов
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА 74

Ш.Ш.Хамраев, Н.З.Назарова, Л.В.Гаманина
ВИДЫ КОЖНЫХ ПЛАСТИК 78

ОБМЕН ОПЫТОМ

К.Б. Бабаджанов, Х.А.Абдумаджидов, Ф.Ф. Тураев, Р.А.Хорошаева, Г.Х.Шарафутдинова

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И РЕЗЕРВОВ СИСТЕМЫ ТРАНСПОРТА КИСЛОРОДА У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНО-АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. 83

З.М. Низамходжаев, С.С. Ганиходжаев, Н.Ю. Саметдинов, Т. Абдалов

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПИЩЕВОДЕ. 85

Ю.Я.Рабинович, И.Ю.Ложкевич
ОПЫТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ РОССИЙСКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ РАМН 86

Р.А.Садыков, Л.В.Досмухамедова
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ГЕМАНГИОМ С ПОМОЩЬЮ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ЛАЗЕРОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 88

Р.З.Чориев, А.А.Буриев, Г.Джумаев, А.М.Холбаев
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ АРИДНОЙ ЗОНЫ 90

З.Р. Янгибаев, З.Х. Кадиров, Д.Ю. Ботиров, Ш.Р. Эшметов, З.Қ. Шарипов, А.Х. Назаров

ҚОРИН ОҚ ЧИЗИҒИ ВА КИНДИК ЧУРРАЛАРИДА ЛАПАРОСКОП НАЗОРАТИ ОСТИДА ГЕРНИОПЛАСТИКАНИНГ ЯНГИ МОДИФИКАЦИЯЛАРИ. 91

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Ю.И.Калиш, Л.З.Аметов, Б.М.Мирзахмедов
МИКСОМА ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА, РАСПОЛОЖЕННОГО В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ 93