

С.В. Антонян

ХИРУРГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМОВ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

В обзоре литературы показано, что, несмотря на многообразие способов хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, число синдромов оперированного желудка не уменьшается. Стремления хирургов избежать ряда осложнений в раннем послеоперационном периоде, постгастрорезекционных и постваготомических синдромов в отдаленном периоде привели к применению операций, сохраняющих привратник или моделирующих его функцию. Однако и после этих операций в послеоперационном периоде наблюдаются синдромы оперированного желудка.

Ключевые слова: язвенная болезнь, синдромы оперированного желудка, резекция желудка, ваготомия.

S.V. Antonyan

THE SURGICAL WAYS OF PROPHYLAXIS OF OPERATED STOMACH SYNDROME

The literary review showed the variety of ways in surgical treatment of ulcer disease of stomach and duodenum, the number of syndromes does not decrease.

The aim of surgeons is to avoid the complications at an early stage of postoperative period such as postgastroresectional and postvagotomic syndromes in the remote period. They provoked the operations which correlated the main function. But after the operations during postoperative period there may be the syndromes of operated stomach.

Key words: ulcer disease, syndrome of operated stomach, stomach resection, vagotomy.

Возникающие новые анатомо-физиологические взаимосвязи после операций на желудке способствуют развитию разнообразных клинических вариантов синдромов оперированного желудка (СОЖ), что создает значительные трудности в выборе комплекса лечебных мероприятий. Возникновение некоторых из СОЖ (демпинг-синдром, синдром приводящей петли механического происхождения, рубцовые деформации и сужения анастомоза) в большей степени зависит от технических погрешностей оперативного лечения (горизонтальное расположение культи желудка и анастомоза, слишком длинная приводящая петля, широкое желудочно-кишечное соустье и др.) [22, 23, 24]. В основе других, преимущественно функциональных расстройств лежат сложные механизмы патогенеза [18, 25], а также индивидуальные хронобиологические особенности больных [7].

Многие авторы основное значение для улучшения непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения язвенной болезни и ее осложнений придают строго дифференцированному подходу в определении показаний и выбору наиболее целесообразной методики операции в каждом конкретном случае. Продолжающиеся поиски способов хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки объясняются неудовлетворенностью результатами в послеоперационном периоде. Стремление хирургов избежать ряда осложнений в раннем послеоперационном периоде, постгастрорезекционных и постваготомических синдромов в отдаленном периоде привели к применению операций, сохраняющих привратник или моделирующих его функцию. Преимущества данных операций многие авторы объясняют небольшой травматичностью, низкой послеоперационной летальностью, меньшим числом осложнений и хорошими функциональными результатами [11].

Г.К. Жерловым с соавторами [6] разработано в эксперименте и внедрено в практику 10 типов операций, в том числе пилоросмоделирующих и пилоросохраняющих и 3 варианта органосохраняющих операций. Выбор способа операции осуществлялся индивидуально для каждого пациента и определялся локализацией язвенного дефекта, состоянием пилорического жома, функцией двенадцатиперстной кишки и наличием неудаляемых парапапиллярных дивертикулов. Авторами разработаны показания и противопоказания к выполнению органосохраняющих операций. Проведенное комплексное обследование больных в ранние и отдаленные сроки показало, что предлагаемые операции

с использованием новых хирургических технологий обеспечивают профилактику постгастрорезекционных синдромов. Основным этапом оперативного лечения гастродуоденальных язв авторы считают сохранение трансдуоденального пассажа пищи, с одной стороны, и сохранение (при различных вариантах ваготомии) или моделирование естественных сфинктеров (кардиальный и пилорический жом) путем формирования арефлюксных гастродуоденального и эзофагогастроанастомозов, с другой стороны. Взамен удаленных или разрушенных анатомических структур формируемая искусственная кардия и привратник сохраняют свое строение, возмещают утраченную форму и функцию желудка, обеспечивают надежную профилактику постгастрорезекционных синдромов и восстанавливают качество жизни оперированных пациентов.

Органощащающие оперативные вмешательства, по мнению многих авторов, должны устранять язвенный субстрат, первичные осложнения язвенной болезни, сохранять или корригировать пилорический сфинктер и пилородуоденальный переход, дуоденальное пищеварение, иннервацию и кровоснабжение гастродуоденальной области. В связи с этим разработаны и применяются новые технологии пилоросохраняющих и пилорозамещающих вмешательств при осложнении язвенной болезни всех локализаций с учетом характера ее первичных осложнений.

С.А. Воинов с соавторами [2] при язвах желудочной локализации применяли пилоросохраняющую резекцию с косым супрапилорическим анастомозом, при дуоденальной локализации операция дополнялась радикальной экономной дуоденопластикой, при сочетании осложнений язвенной болезни и хронической дуоденальной непроходимости или предрасположенности к демпинг-синдрому выполнялась антрально-трубчатая пилоросохраняющая резекция желудка. При пилоробульбарных язвах, больших анатомических поражениях, значительных нарушениях функции пилороса выполнялась резекция желудка с наложением инвагинационного терминолатерального пилорозамещающего гастродуоденоанастомоза. А при язвах той же локализации, но умеренном нарушении функции пилорического сфинктера, выполнялась инвагинационная пилороластика в чистом виде или в сочетании с антацидной операцией. Индивидуализированный хирургический подход в лечении осложнений язвенной болезни позволяет добиться хороших результатов. С.Ю. Никуленков с соавторами [13] с целью профилактики демпинг-синдрома предложили способ резекции желудка с сохранением привратника (дуоденогастральная резекция с сохранением привратника).

При сочетании осложненной язвенной болезни и хронической дуоденальной непроходимости с недостаточностью пилорического сфинктера или предрасположенностью к демпинг-синдрому, Ю.П. Новомлинец [14] разработал метод антральнотрубчатой-медиальноноосегментарной резекции 2/3 желудка и способ хирургического лечения хронической дуоденальной непроходимости, включающий в себя резекцию сегмента пораженной кишки и наложение инвагинационного дуоденоюноанастомоза. Данный метод снижает количество органических и функциональных нарушений после пилоросохраняющих операций.

Большую роль в профилактике пострезекционных осложнений играет формирование так называемого анатомического образования – гастродуоденального перехода. При выборе метода хирургического лечения язвенной болезни необходим индивидуальный подход. Исходя из этого принципа, Ю.С. Винник с соавторами [1] предлагает при лечении осложненной препилорической язвы двенадцатиперстной кишки метод футлярной пилородуоденоластики. При лечении осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки был предложен метод пилородуоденоластики перемещенным серозно-мышечным лоскутом [1].

В.Г. Лубянский с соавторами [9] применяют для лечения осложненной хронической язвы двенадцатиперстной кишки проксимальную прекардиальную ваготомию, заключающуюся в изолированном пересечении ветвей блуждающих нервов, идущих к кислотопродуцирующей зоне желудка на уровне кардии с сохранением ветвей Латарже, чревных, печеночных ветвей, блуждающих нервов и сосудов малой кривизны с симпатическими проводниками. Проксимальная прекардиальная ваготомия была выполнена как изолированная операция, так и в сочетании с пилоропластикой по Финнею, гастродуоденоанастомозом по Жабуле, гастроэнтероанастомозом с пилоропластикой по Джадду, радикальной дуоденопластикой. У части пациентов проксимальная прекардиальная ваготомия выполнялась лапароскопически.

С целью улучшения результатов лечения язвенной болезни в настоящее время широко используются видеоэндохирургические технологии. Выполненные эндохирургические операции по показаниям, по мнению многих авторов, являются эффективным методом лечения больных язвенной болезнью [20].

Д.Н. Греков [4] выполняет селективную проксимальную ваготомию методом химионевролиза с применением 30 % этилового спирта с целью угнетения кислотно-протеолитической активности желудка. Рецидив язвы при применении этой методики составил 6,9 %.

Вынужденное выполнение операции у пациентов с длительным анамнезом и многократным консервативным купированием обострений язвенной болезни привело к увеличению случаев многоочаговой язвенной альтерации двенадцатиперстной кишки. В связи с этим стало актуальным применение органосохраняющих реконструктивно-пластических технологий хирургического лечения обширных рубцово-язвенных повреждений двенадцатиперстной кишки. С.Р. Генрих с соавторами [3] разработали оригинальные технологии протезирования проксимальной половины двенадцатиперстной кишки: мостовидная дуоденопластика противобрыжеечным краем постбульбарных уровней, сегментарная энтероуденопластика (сегментом тощей кишки), гастродуоденопластика (участком большой кривизны желудка). Преимущества реконструктивно-пластических способов восстановления пилорососочкового диастаза при дуоденопластике выражаются в уменьшении частоты дуоденогастрального рефлюкса (на 30 %), сохранности положительного градиента гастродуоденального давления у 85,7 %, увеличении числа пациентов с порционным ритмом эвакуации содержимого из желудка, снижении частоты и выраженности рефлюкс-гастрита и его морфологических проявлений.

С целью профилактики ранних послеоперационных осложнений и постгастрорезекционных синдромов В.В. Дарвиним с соавторами [5] модифицирован и применен способ формирования терминолатерального гастродуоденоанастомоза после резекции желудка при осложненных дуоденальных язвах. Сущность предложения заключается в том, что после отсечения желудка от двенадцатиперстной кишки при ушивании культи последней дополнительно накладывали узловыи швы между культей двенадцатиперстной кишки и задней стенкой культи желудка с захватом капсулы поджелудочной железы. После этого производили поперечную дуоденотомию, затягивали швы и формировали поперечный анастомоз конец в бок культи желудка с вертикальной частью двенадцатиперстной кишки. С помощью дополнительного наложения швов укрывалась культя двенадцатиперстной кишки задней стенкой культи желудка, ликвидируя натяжение в зоне анастомоза и снижая уровень интрадуоденальной гипертензии.

С этой же целью С.В. Леонтьев с соавторами [8] разработали надпривратниковую резекцию желудка с сохранением его иннервации на серозно-мышечном лоскуте. С.Ю. Чистохиним с соавторами [21] предложена модифицированная пилоросохраняющая антрумрезекция с ваготомией при осложненных гастродуоденальных язвах. В.В. Оноприев с соавторами [15] предложили радикальную дуоденопластику с сохранением привратника и дуоденального сосочка. В основе этих методик была заложена профилактика наиболее часто встречающихся постгастрорезекционных расстройств.

Исходя из многолетней практики Н.А. Майстренко с соавторами [10] с целью предупреждения пострезекционных и постваготомических синдромов разработали диагностический алгоритм и принципы выбора оптимального оперативного вмешательства. Авторы определили показания к резекции желудка, ваготомии или их сочетанию. Так, резекция 2/3–3/4 желудка показана при стенозе с уровнем ночной секреции выше 70 ммоль/ч и отрицательным базально-атропиновым тестом; при резистентной к терапии язве с показателем ночной секреции более 40 ммоль/ч, тестом Кея выше 30 ммоль/ч и отрицательным базально-атропиновым тестом; при осложненной стенозом или резистентной к терапии рецидивной язве после ваготомии. Стволовая ваготомия с пилоропластикой показана пациентам старше 30 лет с осложненной стенозом язвой, уровнем ночной секреции ниже 70 ммоль/ч, показателем теста Кея менее 30 ммоль/ч и подавлением базальной секреции атропином на 60 % и более. При неосложненной резистентной к терапии дуоденальной язве с невысокой ночной секрецией и положительным базально-атропиновым тестом весьма перспективной представляется лапароскопическая комбинированная ваготомия с эндоскопической баллонной пилородилатацией. Стволовая ваготомия с антрумэктомией обоснована у лиц молодого возраста с уровнем ночной секреции выше 70 ммоль/ч.

Н.А. Никитин с соавторами [12] предложил алгоритм интраоперационной диагностики хронического нарушения дуоденальной проходимости, включающий в себя ревизию органов брюшной полости по возвратно-нисходящей методике и балльную оценку стадии хронического нарушения дуоденальной проходимости по совокупности баллов, начисляемых за каждый отдельный признак данного нарушения.

С целью предупреждения моторно-эвакуаторных нарушений после органосохраняющих операций, селективной проксимальной ваготомии, ваготомии с пилоропластикой и дуоденопластикой С.В. Силуяновым с соавторами [17] предложено комплексное обследование больных, включающее в себя суточный мониторинг рН-метрии, фиброгастроскопию, рентгенографию желудка, электрогастроэнтерографию, исследование кровотока слизистой желудка. При исследовании наблюдалась отчетливая

зависимость темпа секреции соляной кислоты от степени кровотока в слизистой желудка. Проявлениями моторно-эвакуаторных нарушений считали степень выраженности гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюксов. В зависимости от вышесказанного проводился выбор операции. При наличии гиперсекреции и выраженного дуоденогастрального рефлюкса оптимальной являлась ваготомия с антрумрезекцией по Ру как операция, устраняющая гиперсекрецию и дуоденогастральный рефлюкс.

Из-за достаточно высокой частоты ранних осложнений после резекции желудка и постгастрорезекционных расстройств некоторые авторы предлагают сочетание резекции желудка с ваготомией. Э.В. Халимов с соавторами [19] предлагают вне зависимости от локализации патологического очага обязательным удаление не менее 2/3 желудка за счет максимального иссечения малой кривизны. При дуоденальных и сочетанных язвах операцию следует дополнить стволовой ваготомией, что позволяет снизить кислотность культи желудка до безопасного в плане рецидивного язвообразования уровня, а авторам избежать несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки и гастроэнтероанастомоза.

Сочетанные постгастрорезекционные синдромы представляют, по сути, постгастрорезекционную болезнь, которую следует характеризовать как новую форму язвенной болезни после хирургического лечения. В этой связи можно заключить, что хирургическое лечение избавляет больного только от основного проявления язвенной болезни – язвы. Сопоставление состояния дуоденальной проходимости с наличием и степенью выраженности постгастрорезекционных синдромов показало, что хронические нарушения дуоденальной проходимости во многом определяют их развитие. Хронические нарушения дуоденальной проходимости приводят к ускорению эвакуации из культи желудка за счет расширения гастродуоденоанастомоза и увеличения объема порций пищи. Многими авторами проводилась коррекция хронической дуоденальной проходимости в до- и послеоперационном периодах с целью предупреждения пострезекционных осложнений [11].

С целью уменьшения количества пострезекционных осложнений и улучшения отдаленных результатов В.И. Ручкин и соавторы [16] применяли имплантаты из никелида титана с эффектом памяти формы для формирования гастроэнтероанастомоза после резекции желудка по Бильрот-I и Бильрот-II.

Таким образом, несмотря на разнообразие хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, существующие в настоящее время методики не удовлетворяют хирургов в связи с частым возникновением синдромов оперированного желудка. Поэтому прогнозирование возникновения этих осложнений и их хирургическая профилактика являются актуальными в современной медицине и требуют дальнейшего исследования.

Список литературы

1. Винник, Ю. С. Оценка эффективности органосохраняющих методов лечения осложненных язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста / Ю. С. Винник, С. В. Миллер, С. И. Петрушко и др. // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 32.
2. Воинов, С. А. Новые методы оперативного лечения осложненной язвенной болезни / С. А. Воинов, М. В. Глебов, А. Е. Антонов и др. // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки : мат-лы Всероссийской конференции хирургов (г. Саратов, 25–26 сентября 2003 г.). – Саратов : Изд-во Саратовского медицинского университета, 2003. – С. 239.
3. Генрих, С. Р. Обширная рубцово-язвенная альтерация проксимальной половины двенадцатиперстной кишки : выбор оптимального способа дуоденопластики / С. Р. Генрих, А. Н. Пахилина, Г. К. Карипиди // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки : мат-лы Всероссийской конференции хирургов (г. Саратов, 25–26 сентября 2003 г.). – Саратов : Изд-во Саратовского медицинского университета, 2003. – С. 175.
4. Греков, Д. Н. Отдаленные результаты селективной проксимальной ваготомии методом химионевролиза в лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки / Д. Н. Греков // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки : мат-лы Всероссийской конференции хирургов (г. Саратов, 25–26 сентября 2003 г.). – Саратов : Изд-во Саратовского медицинского университета, 2003. – С. 43.
5. Дарвин, В. В. Резекция желудка с терминологическим гастродуоденоанастомозом в хирургии дуоденальных язв / В. В. Дарвин, А. Я. Ильканич, М. М. Лысак и др. // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки : мат-лы Всероссийской конференции хирургов (г. Саратов, 25–26 сентября 2003 г.). – Саратов : Изд-во Саратовского медицинского университета, 2003. – С. 177.

6. Жерлов, Г. К. Анализ ближайших и отдаленных результатов органосохраняющих и органо-моделирующих операций в хирургии гастродуоденальных язв / Г. К. Жерлов, А. П. Кошель, Р. С. Лобачев и др. // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 35–36.
7. Камбалов, М. Н. Индивидуальные хронобиологические особенности больных и прогнозирование осложнений язвенной болезни / М. Н. Камбалов, В. М. Лобанков // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2011. – № 3. – С. 116.
8. Леонтьев, С. В. Надпривратниковая резекция желудка с сохранением его иннервации на серозно-мышечном лоскуте / С. В. Леонтьев, В. Г. Лубянский, Т. Г. Лубянская // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки : мат-лы Всероссийской конференции хирургов (г. Саратов, 25–26 сентября 2003 г.). – Саратов : Изд-во Саратовского медицинского университета, 2003. – С. 193.
9. Лубянский, В. Г. Миниинвазивные органосохраняющие операции в хирургическом лечении осложненной дуоденальной язвы / В. Г. Лубянский, И. В. Аргучинский, Е. В. Тен // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки : мат-лы Всероссийской конференции хирургов (г. Саратов, 25–26 сентября 2003 г.). – Саратов : Изд-во Саратовского медицинского университета, 2003. – С. 194.
10. Майстренко, Н. А. Современные концепции плановой хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Н. А. Майстренко, А. А. Курыгин, Ал. А. Курыгин // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки : мат-лы Всероссийской конференции хирургов (г. Саратов, 25–26 сентября 2003 г.). – Саратов : Изд-во Саратовского медицинского университета, 2003. – С. 198.
11. Назаренко, П. М. Пилоросохраняющая резекция желудка с коррекцией хронических нарушений дуоденальной проходимости в хирургии осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / П. М. Назаренко, В. Б. Биличенко, Г. И. Янголенко и др. // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки : мат-лы Всероссийской конференции хирургов (г. Саратов, 25–26 сентября 2003 г.). – Саратов : Изд-во Саратовского медицинского университета, 2003. – С. 257.
12. Никитин, Н. А. Хронические нарушения дуоденальной проходимости в ургентной хирургии язвенной болезни / Н. А. Никитин, Т. П. Коршунова, Е. Н. Касаткин // Материалы Всероссийской конференции хирургов, посвященной 75-летию со дня рождения проф. Б.С. Брискина / под ред. М.Д. Дибирова, Н.Н. Хачатрян, Г.С. Рыбакова. – М. : Изд-во Московского государственного медико-стоматологического университета, 2003. – С. 41–45.
13. Никуленков, С. Ю. Моторно-эвакуаторная функция культи желудка после резекции желудка с сохранением привратника / С. Ю. Никуленков, С. Н. Романенков // Материалы Всероссийской конференции хирургов, посвященной 75-летию со дня рождения проф. Б.С. Брискина / под ред. М.Д. Дибирова, Н.Н. Хачатрян, Г.С. Рыбакова. – М. : Изд-во Московского государственного медико-стоматологического университета, 2003. – С. 47–48.
14. Новомлинец, Ю. П. Новые пилоросохраняющие технологии в лечении осложненной язвенной болезни / Ю.П. Новомлинец // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки : мат-лы Всероссийской конференции хирургов (г. Саратов, 25–26 сентября 2003 г.). – Саратов : Изд-во Саратовского медицинского университета, 2003. – С. 259.
15. Оноприев, В. И. Хирургическое лечение декомпенсированного дуоденального стеноза язвенной этиологии / В. И. Оноприев, В. М. Дурлештер, М. Т. Дидигов и др. // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 45.
16. Ручкин, В. И. Результаты операций резекций желудка с использованием компрессионных имплантатов из никелида титана при оперативном лечении больных язвенной болезнью / В. И. Ручкин, А. Н. Робак, Г. А. Абдулсамедов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 49–50.
17. Силуянов, С. В. Функциональная активность желудка и выбор метода операции при язвенной болезни / С. В. Силуянов, Г. О. Смирнова, В. А. Ступин // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки : мат-лы Всероссийской конференции хирургов (г. Саратов, 25–26 сентября 2003 г.). – Саратов : Изд-во Саратовского медицинского университета, 2003. – С. 215.
18. Тихомирова, Г. И. Современные подходы к профилактике язвенной болезни / Г. И. Тихомирова, Э. В. Халимов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2011. – № 3. – С. 128.

19. Халимов, Э. В. Интраоперационное предупреждение функциональных постваготомических осложнений / Э. В. Халимов, З. М. Сигал // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки : мат-лы Всероссийской конференции хирургов (г. Саратов, 25–26 сентября 2003 г.). – Саратов : Изд-во Саратовского медицинского университета, 2003. – С. 281.

20. Чернооков, А. И. Лапароскопическая задняя стволовая ваготомия в сочетании с передней серомиотомией тела и кардиофундального отдела желудка в лечении рефрактерных язв двенадцатиперстной кишки / А. И. Чернооков, Б. А. Наумов, А. Н. Антонов // Тезисы VIII съезда Научного общества гастроэнтерологов России (г. Москва, 4–7 марта 2008 г.). – М. : Анахарсис, 2008. – С. 213–214.

21. Чистохин, С. Ю. Пилоросохраняющая антрумрезекция с ваготомией при осложненных гастродуоденальных язвах / С. Ю. Чистохин, В. Я. Гончар, А. Э. Блюменкранц и др. // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2010. – № 3. – С. 55.

22. Martin, R. F. Surgical management of ulcer disease / R. F. Martin // Surg. Clin. N. Am. – 2005. – Vol. 85. – P. 907–929.

23. Miwa, K. Jejunal pouch interposition and distal gastrectomy / K. Miwa, S. Kinami, H. Sahara et al. // Nippon. Geka. Gakkaai. Zasshi. – 1997. – Vol. 98, № 6. – P. 560–564.

24. Tanaka, T. Jejunal pouch length influences metabolism after total gastrectomy / T. Tanaka // Hepatogastroenterology. – 1997. – Vol. 44, № 15. – P. 891–896.

25. Vecht, J. The dumping syndrom. Current insights into pathophysiology, diagnosis and treatment / J. Vecht, A. A. Masclee, C. B. Lamers // Scand. J. Gastroenterol. Suppl. – 1997. – Vol. 223. – P. 21–27.

Антонян Самвел Вагаршакович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414040, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: 8-905-481-69-39, e-mail: antonian.vika@yandex.ru.

УДК 616-053.31

© Т.Н. Доронина, 2012

Т.Н. Доронина

ПРОБЛЕМА ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Проблема иммунокорригирующей терапии у детей с врожденными пороками сердца остается нерешенной. Состояние иммунитета у детей с этой патологией характеризуется вторичной дисфункцией как в до-, так и послекардиохирургической коррекции. Эти нарушения включают дисбаланс факторов гуморального и клеточного иммунитета. Происхождение их связано с лабильностью иммунной системы у детей первых лет жизни, влиянием сопутствующей экстракардиальной патологии, состоянием гемодинамики, проведенной анестезией и кардиохирургической операцией. Важно учитывать определение иммунного статуса, с индивидуальным подходом к иммунокорригирующей терапии. Для детей первых месяцев и лет жизни важно использовать коррекцию ликопидом.

Ключевые слова: иммунокорригирующая терапия, иммунный статус, врожденные пороки сердца, дети первых лет жизни, ликопид.

T.N. Doronina

THE PROBLEM OF IMMUNE CORRECTING THERAPY FOR CHILDREN WITH CONGENITAL HEART FAILURE

The problem of immune correcting therapy for children with congenital heart failure has not yet been solved. The immunity condition in children with this pathology is characterized by the second disfunction, that can be both before and after the cardiosurgical correction. These disturbances may include the humoral and cellular immunity disbalance. They are the result of the immune system lability in first-year life children, the influence of the accompanying extracardial pathol-