

рикарда был $206,0 \pm 156,3$ мл, что не отличалось от показателя в группе госпитализированных пациентов. В 16 случаях (88,9 %) наблюдался гемоторакс, объем которого в среднем составил $1396,7 \pm 828,2$ мл и был достоверно больше, чем в группе доставленных в стационар ($p < 0,05$). Средняя величина кровопотери была $1405,3 \pm 909,2$ мл.

Из 16 пострадавших, доставленных в стационар, умерло 5. Из них двое пациентов было с огнестрельными ранениями сердца, смертность в этой группе составила 100 %. Один пациент с изолированным ранением перикарда умер в результате тяжелого сочетанного ранения органов брюшной полости, поэтому он был исключен из анализа. Таким образом, госпитальная летальность при колото-резанных ранениях сердца в 2005 г. составила 15,4 %. С учетом данных судебно-медицинских экспертиз общая летальность составила 63,3 %. Причиной смерти двух больных в стационаре явилась массивная кровопотеря, одного — острая сердечная недостаточность вследствие развившегося инфаркта миокарда. У умерших на догоспитальном этапе от колото-резанных ранений сердца причиной смерти была массивная кровопотеря в 10 случаях (58,8 %), в 4 (23,5 %) — тампонада сердца и в 3 (17,7 %) — сочетание тампонады сердца и кровопотери.

ОБСУЖДЕНИЕ

По данным историй болезни и протоколов судебно-медицинских экспертиз основную группу пострадавших с ранениями сердца и перикарда в мирное время составили мужчины трудоспособного возраста, находящиеся в состоянии алкогольного опьянения. Подавляющее большинство имело колото-резаные ранения грудной клетки. У пострадавших, не доставленных в стационар, преобладали ранения правого желудочка, а у госпитализированных — левого желудочка. В целом по группе частота ранений правого и левого желудочка не различалась. Также среди умерших на догоспитальном этапе чаще наблюдались множественные и сквозные ранения сердца.

Следует отметить, что более половины пострадавших погибли на месте происшествия. Госпитальная летальность оставалась достаточно высокой. Как в стационаре, так и на догоспитальном этапе основной причиной смерти была массивная кровопотеря. Средний объем гемоперикарда и общей кровопотери в группе пострадавших, не доставленных в стационар, достоверно не отличались от соответствующих показателей в группе госпитализированных. При этом средний объем гемоторакса был достоверно больше в группе умерших на догоспитальном этапе.

По нашим данным, летальность на догоспитальном этапе была ассоциирована с тяжелой степенью алкогольного опьянения. Это может быть связано с тем, что действие этанола проявляется угнетением сознания, дыхательного центра и сердечно-сосудистой деятельности, в результате чего острая кровопотеря в сочетании с алкогольной интоксикацией протекает значительно тяжелее.

Таким образом, сопоставление случаев клинической и судебно-медицинской практики позволяет провести более полный анализ частоты повреждений и летальности у пострадавших с ранениями сердца, что в дальнейшем может быть использовано для оптимизации лечения данной категории больных на всех этапах оказания медицинской помощи, начиная с места происшествия.

Е.А. Тупикова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕЖЛЕСТНИЧНЫХ ЛИМФОТРОПНЫХ ИНЪЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМОЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ

НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН (Новосибирск)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Рак молочной железы занимает первое место среди причин онкологической заболеваемости женщин во всем мире.

Увеличение продолжительности жизни после хирургического и, особенно, комбинированного лечения рака молочной железы с применением лучевой терапии делает актуальной разработку мероприятий по профилактике и лечению различных осложнений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты лечения путем коррекции нарушений гемолимфоциркуляции у больных с вторичной лимфедемой после радикального лечения рака молочной железы при использовании лимфотропной терапии до и после наложения микролимфovenозных анастомозов.

Методы исследования: антропометрическое обследование; методика ультразвукового исследования; методика проведения импедансометрии; методика проведения реолимфографии.

ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМОЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Микрохирургическое лечение

Хирургическое лечение заключалось в наложении лимфовенозных анастомозов с использованием микрохирургического инструментария и шовного материала 8/0 – 10/0 фирмы «Ethicon» при увеличении до 30 крат с применением микроскопа «Opton» (OPMI 6 – SDFS). Проводилось наложение инвагинационных лимфовенозных анастомозов в количестве от 3 до 6 по типу «конец в конец» с венами 2 – 3 порядка, либо по типу «конец в бок» по методике M. Degni (1981).

Межлестничные лимфотропные инъекции

При разработке пролонгированного лимфотропного способа блокады плечевого сплетения с учетом максимальной безопасности и минимальной травматизации тканей был взят межлестничный доступ к плечевому сплетению. В состав комплексной лекарственной смеси входит: 100 мг 10% раствора лидокаина (1 мл), 4 мг дексаметазона (1 мл), 30 мг кеторолака трометамина (1 мл) и 2 мл 40% раствора глюкозы. Смесь вводится с интервалом в 48 часов. Смесь готовится *ex tempore* и препараты, входящие в нее, не вступают в химическое взаимодействие.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МИКРОЛИМФОВЕНОЗНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Микролимфовенозные анастомозы по методике Degni сформированы у 51 больного, при этом у 74,5 % (38) из них анастомозы были наложены только в локтевой ямке, у 15,7 % (8) – только в средней трети плеча. У 31 (60,8 %) больного микрохирургическое лечение было предпринято во второй стадии заболевания, у 20 (39,2 %) в третьей стадии. После проведения больным операции наложения микролимфовенозного анастомоза, на фоне проведенной пред- и послеоперационной консервативной терапии, и на кисти, и на предплечье пораженной конечности по данным реолимфографии отмечается увеличение скорости как лимфатического ($0,55 \pm 0,21$ Ом/сек на кисти и $0,49 \pm 0,38$ Ом/сек на предплечье), так и венозного оттока ($0,72 \pm 0,42$ Ом/сек на кисти и $0,67 \pm 0,27$ Ом/сек на предплечье). При возрастании объемов венозного и лимфатического сброса на всей руке, наиболее значительно возрастает объем и венозного ($0,52 \pm 0,33$ Ом), и лимфатического оттока на кисти ($0,32 \pm 0,17$ Ом). При этом динамическое сопротивление венозному оттоку остается практически неизменным ($1,82 \pm 1,39$ сек/Ом на кисти и $1,93 \pm 1,01$ сек/Ом на предплечье), а динамическое сопротивление лимфатическому оттоку увеличивается на кисти ($1,61 \pm 1,04$ сек/Ом) и значительно снижается на предплечье ($1,28 \pm 1,52$ сек/Ом). Целью операций формирования микролимфовенозных анастомозов в конечном итоге является уменьшение окружности пораженной конечности. По данным ультразвукового исследования мягких тканей верхних конечностей после формирования микролимфовенозных анастомозов достоверное снижение толщины подкожной клетчатки наблюдалось только на уровне кисти и предплечья (на 5% и 33 % соответственно). Этот факт в какой-то степени подтверждают и данные измерения удельного сопротивления мягких тканей с помощью низкочастотной импедансометрии. До лечения окружность здоровой и пораженной конечностей достоверно отличалась на всех уровнях. При этом суммарная окружность на всех уровнях превышала аналогичный показатель на здоровой конечности на 16,1 %, при этом суммарная окружность дистального сегмента, функционально более активного, отличалась от здоровой на 17,1 %, а проксимального на 14,5 %. В ближайшем послеоперационном периоде окружность конечности на различных уровнях изменялась следующим образом: суммарная окружность пораженной конечности достоверно снизилась на 7,4 %, снижение это было достигнуто, главным образом, за счет достоверного уменьшения окружности дистального сегмента (на 11,1 %). На уровне плеча суммарная окружность уменьшилась незначительно (на 2,3 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МИКРОЛИМФОВЕНОЗНЫХ АНАСТОМОЗОВ И МЕЖЛЕСТНИЧНЫХ ЛИМФОТРОПНЫХ ИНЪЕКЦИЙ

При присоединении к стандартному пред- и послеоперационному лечению межлестничных лимфотропных инъекций, на всей пораженной конечности отмечается увеличение скорости венозного оттока ($0,81 \pm 0,22$ на кисти и $0,71 \pm 0,20$ Ом/сек на предплечье). Но особенно существенно происходит увеличение скорости лимфатического оттока, как на кисти ($0,78 \pm 0,39$ Ом/сек), так и на предплечье ($0,52 \pm 0,47$ Ом/сек). При этом при незначительном увеличении объема венозного оттока на кисти ($0,49 \pm 0,18$ Ом), на предплечье объем венозного оттока уменьшается ($0,34 \pm 0,15$ Ом). Объем же лимфатического сброса значительно увеличивается на всей пораженной конечности (на предплечье $0,31 \pm 0,16$ Ом, на кисти $0,42 \pm 0,17$ Ом). При этом происходит значительное снижение динамического сопротивления как венозному оттоку ($1,46 \pm 1,13$ сек/Ом на кисти и $1,63 \pm 0,38$ сек/Ом на предплечье), так, в еще большей степени, и лимфатическому оттоку на обоих сегментах конечности ($1,3 \pm 1,7$ сек/Ом на кисти, $1,23 \pm 0,65$ сек/Ом на предплечье). Антропометрическое исследование проводимое до начала и после окончания курса лечения, показало следующие результаты: до начала

лечения суммарная окружность на здоровой конечности составила $150,4 \pm 3,8$ см и $172,4 \pm 2,4$ см на пораженной конечности. После проведенного лечения данный показатель на здоровой конечности практически не изменился и составил $149,6 \pm 4$ см. На пораженной конечности максимальное уменьшение суммарной окружности до $162,2 \pm 2,1$ см отмечено в группе, получившей курс межлестничных лимфотропных инъекций на фоне проведенной операции наложения микролимфовенозных анастомозов. Таким образом, за курс лечения достигнуто уменьшение отека на $10,2 \pm 1,3$ см, что составляет 44 % от первоначальной разницы окружностей между здоровой и пораженной конечностью. Отмечено относительно равномерное уменьшение отека в дистальном (кисть, предплечье) и проксимальном (плечо) отделах верхней конечности — $5,7 \pm 0,3$ см и $4,1 \pm 0,5$ см соответственно.

ВЫВОДЫ

Применение не прямых лимфотропных инъекций позволяет эффективно воздействовать на коррекцию нарушений гемолимфоциркуляции, включая улучшение скоростных и объемных показателей лимфатического оттока и, как следствие, улучшить результаты лечения больных с вторичной лимфедемой второй и третьей стадии после наложения микролимфовенозных анастомозов.

Д.С. Чернышов

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Дальневосточный государственный медицинский университет (Хабаровск)

С 1971 года, когда Norman C. Tanner, а затем и T. Kennedy впервые выполнили подпилорическое дуоденальное дренирование при язвенном стенозе, и с 1974 года, когда Р.М. Christiansen впервые осуществил успешную истинную пилоропластику, эти виды операций стали использоваться в хирургии язвенной болезни (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК). Однако реализация принципа сохранения структуры и функции привратника при пилородуоденальных язвах по-прежнему остается особой проблемой. С.Р. Генрих (1995), указывает, что это обусловлено близким расположением язвенного процесса к привратнику, причислением пилорических язв, к желудочным, существующим мнением о необратимости дегенеративных изменений в нервно-мышечном аппарате желудка при декомпенсированном стенозировании, возможностью дисплазии и последующей малигнизации «пограничных» язв, отсутствием методики микрохирургического кишечного шва.

Целью нашего исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных осложненной ЯБ ДПК путем сохранения и пластического восстановления структуры и функции привратника при пилородуоденальной локализации язв.

Нами проанализированы 589 случаев оперативного лечения больных осложненной ЯБ ДПК. Из них 56 больных оперированы по поводу язвенного стеноза, 437 — по поводу перфоративной язвы (ПЯ) ДПК и 96 — в связи с язвенным кровотечением.

Патогистологическое исследование иссеченных язв ДПК выявило наличие во всех случаях хронической язвы ДПК в стадии обострения и только в 1 случае — малигнизированной язвы ДПК.

Анализ выявленных при осложненной ЯБ ДПК патологических экстра- и интрадуоденальных изменений показал, что они значительно изменяют топографо-анатомические взаимоотношения ДПК с ее внешними ориентирами, которые в случаях осложненной ЯБ ДПК можно использовать лишь условно. Возникающие при осложненной язве ДПК патоморфологические изменения с дилатацией истинного привратника, формированием псевдопривратника и антрализацией надстенотической части ДПК без выполнения интрадуоденальной ревизии лишают хирурга возможности правильно установить локализацию язвы, что значительно увеличивает долю ложных пилорических и даже желудочных язв.

Так, у больных ПЯ ДПК при интрадуоденальной ревизии пилорические язвы выявлены в 4,2 % случаев и юктапилорические язвы ДПК — в 31,7 % случаев. При ушивании ПЯ ДПК юктапилорические язвы описаны в 27,1 % случаев, пилорические — в 13,8 % случаев, препилорические — в 4,5 % случаев и «желудочные» — в 4,9 % случаев.

Послеоперационное эндоскопическое обследование больных выявило, что 10,9 % ушитых перфоративных «желудочных» язв оказались в действительности ПЯ ДПК в то время как истинное повреждение привратника имело всего лишь в 3,3 % случаях.

У больных с язвенными кровотечениями юктапилорические язвы составили 15,8 % и пилорические — 2,3 % случаев. При язвенных стенозах юктапилорические язвы составили 41,2 % и пилорические — 5,3 % случаев.