

пограммах отмечено срастание футляров тонкой и толстой кишки, плавный переход слизистой тонкой кишки в слизистую толстой. Ни в одном случае не отмечено прорезывания лигатур в просвет кишки, явлений анастомозита и стеноза анастомозов.

При проведении рентгенологических исследований с контрастированием просвета ободочной кишки в области толстотолстокишечного анастомоза не отмечено сужения, просвет кишки представлен на рентгенограммах равномерным по диаметру как проксимальнее, так и дистальнее анастомоза, сам анастомоз дифференцирован на снимках только по наличию металлического указателя. У тонкотолстокишечных анастомозов не отмечено забрасывания контраста из толстой в просвет тонкой кишки через анастомоз. При эндоскопии область толстотолстокишечных анастомозов дифференцирована по наличию нехарактерной циркулярной складки слизистой ободочной кишки. При осмотре анастомозов 2 и 3 серий опытов не выявлено изменения цвета слизистой в области анастомоза, лигатур, трофических изменений. При инсuffляции воздуха в кишку область анастомоза легко раздувалась, а при прекращении – стенка кишки спадалась и перистальтировала, что говорило о сохранении её эластичности.

В контрольной группе, в отличие от вышеописанных, заживление анастомозов происходило по типу вторичного. При гистологическом изучении в сроки 1-4 суток наблюдали отёк, нейтрофильную инфильтрацию стенки кишки в зоне анастомоза, краевой некроз слизистой 80–155 мкм, грубую деформацию гистопографических слоёв стенки кишки с потерей её футлярности. Ширина диастаза слизистой в связи с инвагинированием подслизистой основы при формировании анастомозов – 1217–1954 мкм. Диастаз проходил циркулярно на всём протяжении анастомоза и, с учётом краевого некроза слизистой, расстояние между участками неповреждённой слизистой составляло 1377–2264 мкм. Со стороны серозной оболочки заживление происходило с формированием массивной фибриновой склейки, появления фибробластов. Такие патоморфологические условия способствовали инфицированию подслизистой основы и развитию гнойного воспаления – анастомозита, отмеченного при гистологическом исследовании в 6 случаях. В сроки 5-10 суток в 3 случаях воспалительный процесс ограничен областью дефекта слизистой и не распространялся далее подслизистой основы. В этих случаях начинали преобладать пролиферативные процессы в виде начала эпителизации анастомозов, появления фибробластов на фоне уменьшения отёка, нейтрофильной инфильтрации. Поддержанию анастомозита способствовало вовлечение в процесс лигатуры подслизистой основы в 2-х случаях, а в одном – серозномышечного футляра. В этих случаях заживление происходило по типу вторичного с выраженными воспалительными явлениями: некрозом тканей по линии анастомоза, формированием в стенке кишки воспалительного нейтрофильного инфильтрата и наложением значительного количества фибрина на серозной оболочке. Заживление шло с формированием рубца из грубой соединительной ткани. Через 30 суток отмечено формирование рубцовой ткани в области анастомоза с эпителизацией ряда участков и участками с незаконченной эпителизацией.

Проведённые исследования обосновывают возможность применения микрохирургических приемов при оперативном лечении заболеваний ободочной кишки; применение микрохирургических приёмов при формировании ран и анастомозов ободочной кишки в опыте обеспечивает их заживление к концу 4-5 суток по типу первичного с сохранением футлярного строения стенки кишки, без развития рубцовой соединительной ткани и стенозирования анастомозов в отдалённые сроки до 17 месяцев.

Литература

1. *Бордуновский В.Н., Абдулжавадов И.М.* Заворот салниковых отростков толстой кишки: клиника, диагностика, лечение. – Челябинск, 2004.
2. *Борисов А. П.* Экспериментально-клиническое обоснование применения прецизионной методики и элементов микротехники при формировании тонко-толстокишечных анастомозов. (Эксперим.-клинич. исслед.). Автореф.... дис. канд. мед. наук. – Самара, 2001.
3. *Буянов В.М. и др.* // Хир. – 2000. – №4. – С.13–18.
4. *Гусев, В.И., Количенко О.А.* // Вест. хир. им. И.И. Грекова. – 1994. – №7. – С.125–127.
5. *Давыдов М.И., Аксель Е.М.* Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2002 г. – М.: РАМН, ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина. – 2004.

6. *Егоров В.И.* Экспериментально-клиническое обоснование применения однорядного непрерывного шва для анастомозирования органов желудочно-кишечного тракта: Автореф. дис.... докт. мед. наук. – М., 2003.

7. *Каган И.И.* Среди проблем клинической анатомии и оперативной хирургии. – СПб.: «Эскулап». – 2003.

8. *Кечеруков А.И. и др.* // Хир. – 2005. – №11. – С.64–70.

9. *Котелевский Е. В.* Прецизионные технологии в хирургическом лечении колоректального рака у больных пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Нальчик. – 2004.

10. *Кузьмин-Крутецкий М.И.* Колоноскопия в диагностике и лечении хирургических заболеваний толстой кишки: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб. – 1998.

11. *Пуговцев А.В., Ачкасов, Е.Е.* Обтурационная опухоль толстокишечная непроходимость. – М.: Профиль, 2005.

УДК 616-001

ГАНГРЕНА ЛЕГКОГО. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА.

А. Н. МИТРОШИН, В. П. САВЕЛЬЕВ*

До настоящего времени нет однозначного мнения хирургов относительно оптимальной хирургической тактики лечения больных гангреной легкого. Одни авторы утверждают о целесообразности консервативной терапии и выполнении операций в основном при развитии легочного кровотечения, другие [8, 11] высказываются в пользу раннего оперативного вмешательства с целью удаления гнойно-некротического очага. В то же время имеется большая вероятность развития послеоперационных осложнений, что, несомненно, является основным сдерживающим фактором по отношению к радикальным операциям. При консервативном лечении летальность достигает 100% [4]. Мы располагаем опытом лечения 101 пациента гангреной легкого. Мужчин – 95, женщин – 6 в возрасте от 15 до 80 лет. Умерло 24 больных (23,8 %). Все мужчины курили, 78% из них злоупотребляли алкоголем, что соответствует [6, 11]. 63% больных переведены из ЦРБ и участковых больниц. 25% поступили из терапевтических отделений стационаров города и 12 % из отделений пульмонологии. У 59 больных причиной гангрены легкого явилась крупозная пневмония, у 27 – гангрена легкого возникла после аспирации и злоупотребления алкоголем, у 15 – из-за прогрессирования хронических нагноительных заболеваний легких. До поступления в торакальное отделение у 57 больных антибактериальная терапия велась без учета чувствительности микрофлоры к антибиотикам, у 65 не применялись эндобронхиальные методы лечения.

Клинически гангрена легкого характеризовалась симптомами острого гнойного легочного воспаления с признаками тяжелой интоксикации. Чаще всего отмечался кашель с обильным выделением гнойной мокроты от 300 до 800 мл за сутки, одышка, гектическая температура, боль в груди, анорексия, похудание. В анализах крови наблюдалась анемия, нейтрофильный лейкоцитоз с резким сдвигом влево до юных форм, лимфоцитопения, пойкилоцитоз, анисоцитоз, токсическая зернистость нейтрофилов. У каждого 3 больного наблюдались патологические примеси в мочевом осадке – протеинурия, гематурия, гиалиновые и зернистые цилиндры, что свидетельствовало о токсическом поражении почек. По результатам спирографии у всех больных была выявлена декомпенсация функции внешнего дыхания. Эндоскопическая картина характеризовалась наличием диффузного гнойного эндобронхита третьей степени преимущественно на стороне поражения. Диагностика гангрены легкого основывалась на клинических данных и результатах комплексного обследования больных. Основное место принадлежало динамическому рентгенологическому исследованию грудной клетки. На фоне тотального или субтотального затемнения легочного поля определялись множественные полости различного размера с уровнями жидкости в легком и плевральной полости.

Наиболее эффективным рентгенологическим методом является компьютерная томография (КТ) [8, 10, 7, 1–3, 5, 12]. КТ грудной клетки выполняли для уточнения характера и объема поражения легочной ткани, наличия плевральных гнояников. В зависимости от результата КТ определяли тактику лечения, вид и

* ОКБ им. Н.Н. Бурденко, каф. хирургии МИ ПГУ (г. Пенза)

объем операции. Выделены 2 группы больных. Контроль составили 46 больных, которым проводилась консервативная терапия и паллиативные хирургические вмешательства. Операции выполняли по жизненным показаниям при развитии осложнений. Показанием к операции считали состояния, угрожающие жизни: легочное и внутриплевральное кровотечение, некупирующийся пневмоторакс и отсутствие эффекта от консервативной терапии.

Таблица 1

Характер и количество операций (контрольная группа)

Вид операции	Кол-во
Пневмонэктомия	8
Билобэктомия	2
Лобэктомия	1
Итеративная пневмонэктомия	1
Торакостомия секвестрэктомия	2
Торакостомия	1
Торакотомия	1
Декортикация, атипичная резекция легкого	2
Торакоскопия	6
Реторакотомия, остановка кровотечения	2
Ликвидация торакостомы	1
Лапароскопия	1
Вскрытие флегмоны грудной стенки	2
Видеомедиастинотомическая окклюзия культи бронха	3
Прочие	36
Всего	69

Пневмонэктомия выполнена 8 пациентам. Показанием к операции у 3 больных было легочное, у 3 пациентов – плевральное кровотечение и у 2 больных – отсутствие эффекта от длительной консервативной терапии. Умерло 2 больных. Лобэктомия произведена 1 больной. Больная поступила в крайне тяжелом состоянии с диагнозом: гангрена верхней доли левого легкого, осложненная эмпиемой плевры. В результате консервативной терапии, санации плевральной полости и трахеобронхиального дерева удалось добиться стабилизации состояния, но пациентка от операции категорически отказывалась. Была оперирована через 15 месяцев от начала заболевания с хорошим результатом. Билобэктомия была выполнена 2 пациентам с гнойно-некротическим процессом в легких, осложненным легочным кровотечением после безуспешной длительной консервативной терапии. Умер 1 пациент, которому после билобэктомии была произведена итеративная пневмонэктомия в связи с полной несостоятельностью культи бронха. Торакостомия с секвестрэктомией выполнили 2 пациентам в связи с массивным плевральным кровотечением развившимся после длительной консервативной терапии. Один из них умер, второму выполнена торакотомия.

Таблица 2

Количество несостоятельств культи бронха при различном характере операций (контрольная группа)

Вид операции	Кол-во операций	Количество несостоятельств	%
Пневмонэктомия	8	6	75%
Билобэктомия	2	1	50%
Лобэктомия	1	-	-
Всего	11	7	63,6

Одному больному выполнили торакостомию, которую ликвидировали после санации плевральной полости. У 2 пациентов произведена декортикация, атипичная резекция легкого через 3-4 месяца после консервативной терапии. У 6 больных – торакоскопия при эмпиеме плевры. У 2 пациентов – реторакотомия по поводу плеврального кровотечения в послеоперационном периоде. Диагностическую лапароскопию выполнили 1 больному с клиникой перитонита. Двоим – вскрытие флегмоны грудной клетки. У 3 пациентов в отделенном послеоперационном периоде произведена видеомедиастинотомическая окклюзия при несостоятельности культи левого главного бронха после пневмонэктомии. В прочие операции вошли дренирование плевральной полости у 30 больных при наличии эмпиемы плевры и трахеостомия у 6 пациентов с нарастающей легочной недостаточностью. 7 пациентам была наложена микротрахеостомия для введения лекарственных средств и санации трахеобронхиального дерева. Эмпиема плевры наблюдалась у 30 больных. Паллиативные дренирующие операции, направленные на создание условий для оттока гнойно-некротического отделяемого из плевральной полости, оказались малоэффективными.

После 8 пневмонэктомий несостоятельность культи бронха развилась у 6 пациентов, после 2 билобэктомий – у 1 больного, после лобэктомии несостоятельности не было. Умерло 18 больных (39,1%). Причиной смерти явились нарастающая интоксикация и легочно-сердечная недостаточность, профузное легочное и плевральное кровотечение. Неудовлетворительные результаты лечения больных контрольной группы заставили нас изменить хирургическую тактику в сторону активной и вести поиск методов укрытия культи бронха в условиях инфицирования плевральной полости. В основную группу вошли 55 лиц, к которым применили активную хирургическую тактику путем расширения показаний к радикальным операциям в ранние сроки. В течение 7-14 суток с момента поступления больного в отделение торакальной хирургии проводили курс интенсивной консервативной терапии, включающий санацию трахеобронхиального дерева и эмпиемы плевры. После стабилизации состояния больного (коррекции дыхательной и сердечнососудистой недостаточности, уменьшения явлений интоксикации, коррекции анемии, гипопротенемии, водноэлектролитного баланса, КЩС) выполняли радикальную операцию, заключающуюся в резекции пораженной части легкого в пределах анатомической границы (лоб-, билоб-, пневмонэктомия) и санации плевральной полости. По возможности старались выполнить раздельную обработку элементов корня легкого с укрытием культи бронха пластическим материалом (пряжкой перикардального жира на питательной ножке, плеврой) с целью уменьшения вероятности развития несостоятельности.

27 больным выполнена пневмонэктомия, 7 – билобэктомия, 19 – лобэктомия. После пневмонэктомии умерло 3 больных. После билобэктомии летальности не было. После 19 лобэктомий умерло 2 больных. При торакоскопии выполнена санация, дренирование и биопсия легкого и парietальной плевры 28 больным. Умер 1 больной, бывший в крайне тяжелом состоянии. Несмотря на интенсивную терапию компенсировать состояние не удалось. Больной погиб от нарастающей интоксикации, легочно-сердечной недостаточности. У 6 пациентов произведено 9 реторакотомий. У 5 пациентов – ушивание культи бронха, причем одному из них ушивание выполняли дважды, а второму после ушивания культи дважды производили санационные реторакотомии. У 1 больного реторакотомию выполнили по поводу послеоперационного диффузного кровотечения. В прочие вошли дренирование плевральной полости у 27 больных и трахеостомия у 6. Микротрахеостомия была произведена у 7 больных.

После пневмонэктомии у 5 пациентов произошла несостоятельность культи главного бронха (18,5%). У 7 больных после билобэктомии несостоятельность культи бронха встретилась у 1 пациента (14,29%). После 19 лобэктомий – у 1 больного (5,3%). 4 пациентам с несостоятельностью культи главного бронха после пневмонэктомии выполнили медиастинотомическую окклюзию культи. У 3 из них несостоятельность развилась после пневмонэктомии. У одного – после нижней лобэктомии слева. Итеративная пневмонэктомия также оказалась неэффективной. Пациент выздоровел после медиастинотомической окклюзии культи левого главного бронха. У всех больных удалось ликвидировать бронхоплевральный свищ и санировать эмпиемную полость. Для профилактики несостоятельности мы использовали оригинальный способ укрытия культи бронха ЛИТАРом (патент №2300330 от 10 июня 2007г.), оперировано 10 больных. Несостоятельности в этой группе не было. Эмпиема плевры осложнила течение гангрены легкого у 31 пациента основной группы. Радикальные вмешательства допустимы при наличии эмпиемы плевры, т.к. в течение 1-2 недель санации плевральной полости при гангрене легкого чаще добиться не удастся. При увеличении сроков выполнения операции, наличии грубого спаечного процесса в плевральной полости и фиброзного перерождения легкого значительно увеличивается травматичность операции. Выполнение радикальных операций в более ранние сроки позволило уменьшить число осложнений и улучшить результаты лечения.

Таблица 3

Анализ летальности в основной и контрольной группах

Группа	Основная	Контрольная	Всего
Количество	55	46	101
Умерло	6	18	24
Летальность	10,9%	39,1%	23,8%

В результате применения активной тактики нам удалось снизить летальность с 39,1% до 10,9%.

Вывод. Активная хирургическая тактика, заключающаяся в проведении кратковременной комплексной интенсивной терапии и выполнение радикальных операций в ранние сроки, применение малоинвазивных методов лечения (видеоторакоскопия, медиастиноскопическая окклюзия культи главного бронха), а также использование оригинального метода обработки культи бронха позволили снизить вероятность развития несостоятельности культи бронха и уменьшить летальность с 39,1% до 10,9%.

Литература

1. Вишневский А. А. и др. // Мат-лы II межд. конф. по торакальной хир., посв. 40-летию РНЦХ РАМН 2003 С. 58–72.
2. Вишневский А. А., Перепечин В. И. – там же С. 36–44.
3. Вишневский А. А. и др. – там же С. 44–58.
4. Григорьев Е. Г. Острый абсцесс и гангрена легкого // Consilium medicum. – 2003. – Т. 5, №1.
5. Григорьев Е. Г., Коган А. С. Очерки парахирургического лечения острых гнойных процессов легких и плевры Иркутск: РИО ГИУВа, 1998 283 с.
6. Ивченко Д. Р. и др. // Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении: Тез. науч. конф. Санкт-Петербург 2003 С. 50.
7. Кирюхин А. В. и др. // Тез. 13 Нац. Конгр. по болезням органов дыхания СПб, 2003 С. 150.
8. Колесников И. С. Хирургия легких и плевры: Рук-во для врачей М Медицина 1988 383 с.
9. Котляров П. М. // Медицина 2004 №1(4) С. 47–50.
10. Перельман М. И. // Современные технологии в торакальной хирургии: Тез. науч. конф. Москва – Омск 1995 С. 5–12.
11. Федосеев В. Ф. Совершенствование радикального хирургического лечения гангрены легкого: Дис... канд. мед. наук Архангельск, 2004 139 с.
12. Peter N. et al. // Ann Thorac Surg. – 2006. – Vol. 81. – P. 309–313.

УДК 618.146–006.6

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ФИТОАДАПТОГЕНАМИ ЭЛЕУТЕРОКОККОМ И ФИТОВИТОМ

С. М. КОЗЫРЕВА*

Диагностические и лечебно-реабилитационные технологии восстановительной медицины с позиции теории функциональных систем направлены на мобилизацию защитных сил организма, восстановление его функциональных резервов и здоровья, т.к. развитие патологического процесса, его течение и исход зависят не от болезнетворного фактора, а от резистентности организма, состояния его систем адаптации.

Частота заболеваемости раком шейки матки (РШМ) продолжает нарастать, поэтому лечение этой болезни представляет важную медико-социальную проблему и состоит не только в подавлении клинически активного процесса, но и в избавлении пациенток от сопутствующих психо-эмоциональных расстройств, в улучшении качества и продолжительности жизни [7].

В условиях, когда действующий на организм стрессовый фактор необычайно силен, особенно онкологический, который у больных вызывает детерминированный страх обреченности – дизадаптация, возникающая при этом слишком сложна, приспособительная реакция оказывается неосуществимой. В этом контексте успехи хронопатофизиологии последнего десятилетия позволяют решать задачи и обеспечивать новые возможности путей оптимизации лечения заболеваний и дизадаптации при патологических процессах и нозологических формах заболеваний, основанные на новых знаниях механизмов нарушенной временной организации физиологических функций (десинхронизов), проявляющихся дисрегуляторной патологией.

Онкогинекологические операции и процесс облучение этих больных по своему физическому и психо-эмоциональному воздействию являются сильным стрессовым фактором и сопровождаются предельным функциональным напряжением всех органов

и систем [12]. Хирургическое вмешательство, как и любая травма, ведет к развитию иммунодефицита, который без иммунокоррекции сохраняется длительное время. Опираясь на различные технологии повышения внутренних резервов человека для реализации задач профилактики и лечения, восстановительная медицина отдает предпочтение не медикаментозным методам [8,6]. Применяемые на сегодняшний день базовые методы лечения (хирургическое, лучевое, полихимиотерапия) РШМ являются лишь этапом в терапии больных этой категории, реализация эффекта которых требует осуществления реабилитационной терапии, закрепляющей их результаты и способствующие восстановлению нарушенных функций (десинхронизов) организма. Функционирование регуляторных систем организма, в т.ч. нервной, эндокринной и иммунной после такого сильного стресса, как расширенная гистерэктомия при РШМ, изучено мало. Гипотеза о позднем иммунодефиците в послеоперационном периоде после подобных оперативных вмешательств, требует решения вопроса о психологической и иммунореабилитации этих больных, целью которых является восстановление функциональной способности иммунной системы под воздействием комплекса лечебно-профилактических мероприятий для достижения полного выздоровления больного или стойкой клинико-иммунологической ремиссии [11].

Цель – изучение патогенетических механизмов иммунного дефицита больных РШМ и характера влияния фитоадаптогенов экстракта элеутерококка жидкого и фитовита на иммунный статус больных этой категории, установление временной организации физиологических функций у больных РШМ, выявление лиц с патологическим десинхронизмом, внедрение хрономедицинских технологий оптимизации лечения и реабилитации больных с использованием для этой цели указанных фитоадаптогенов.

Материал и методы. Под наблюдением для восстановительного лечения находилось 90 пациенток, перенесших операцию по поводу РШМ, из которых 42 представляли группу первичных больных и 48 – группу с рецидивом заболевания, подвергшихся химиотерапии. Пациентки были разделены на 3 возрастные группы. Первая – от 26 до 33 лет (16 чел.), вторая – от 34 до 45 лет (30 чел.), третья – от 46 до 55 лет и старше (44 чел.). Диагноз РШМ ставился на основании клинических и лабораторных данных, инструментальных, морфологических и цитологических методов диагностики с использованием гистологической классификации опухолей женских гениталий ВОЗ [1]. У 13 женщин первой возрастной группы гистологически диагностирован плоскоклеточный рак влагалищной порции шейки матки, у 2-х – аденокарцинома цервикального канала. У 27 больных второй возрастной группы идентифицирован плоскоклеточный рак, в 2-х случаях – аденокарцинома цервикального канала, в одном – железисто-плоскоклеточный рак. В третьей возрастной группе у 38-и пациенток выявлен плоскоклеточный рак, в 5-и случаях – аденокарцинома цервикального канала, в 2-х – железисто-плоскоклеточный рак.

В старших возрастных группах почти у всех пациентов отмечались сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь (17 чел.), атеросклероз церебральных артерий (17 чел.), хронические неспецифические заболевания легких (16 чел.), заболевания желудочно-кишечного тракта (10 чел.), заболевания опорно-двигательного аппарата (15 чел.). Пациентки проходили общеклиническое обследование в которое включались оценка толерантности к легкой физической нагрузке, эхокардиография, исследование показателей липидного обмена, перекисного окисления липидов, антиоксидантной системы, реологических свойств крови, микроциркуляции. Изучение состояния психической сферы включало методики: САН (самооценка самочувствия, активности, настроения), тест Люшера, анализ психологических синдромов. Иммунологическое исследование проведено во всех возрастных группах больных РШМ с охватом до 80% пациенток. Исследование Т-системы проводилось методом спонтанного розеткообразования (Е-РОК), реакции бласттрансформации лимфоцитов (РБТЛ) с фитогемагглютинином (ФГЛ). Подсчитывалось общее количество Т-лимфоцитов, их субпопуляций Т-хелперов и Т-супрессоров, определялось их соотношение (иммунорегуляторный индекс). Состояние В-системы оценивалось по абсолютному и процентному количеству В-лимфоцитов, определяемого методом комплементарного розеткообразования (ЕАС-РОК) и по содержанию сывороточных иммуноглобулинов классов IgA, IgG, IgM. О неспецифической защите фагоци-

* 362002. Республиканский онкологический диспансер РСО-Алания, г. Владикавказ, ул. Зортова, 2