

являются индекс массы миокарда и индекс относительной толщины стенки левого желудочка.

Таблица 4

Изменение уровня (в ммоль/л) липидов, липопротеидов и фосфолипидов в плазме крови

Показатель	Основная группа (n=278)	Контрольная группа (n=100)
ХС	4,79±0,11	6,94±0,21*
ТГ	1,18±0,06	2,27±0,08*
ХСЛПНП	2,77±0,04	3,82±0,04**
ХСЛПОНП	0,56±0,01	1,36±0,03*
ХСЛПВП	1,57±0,04	1,34±0,05*
ИА	2,21±0,05	4,27±0,01*
ХС/ТГ	4,12±0,02	2,78±0,02*
ЛФХ	3,76±0,29	6,59±0,03*
СФМ	19,22±0,52	10,45±0,61*
ФХ	68,61±1,19	66,26±1,02*
ФЭА	9,95±0,49	15,92±0,31*

Примечание: достоверность различий между показателями больных основной и контрольной группы: * – p<0,05, ** – p<0,01

Таблица 5

Изменение показателей антиоксидантного статуса (АОС) в эритроцитах больных бессимптомной ишемией миокарда при действии комплексной авторской схемы восстановительной терапии

Показатель АОС	Контрольная группа		Основная группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
GSH, мкмоль/г Hb (N=2,6)	1,71±0,12 [#]	2,19±0,03**	1,51±0,13 [#]	2,58±0,01**
ГПО, мкмоль/мин · гHb (N=25,4)	12,8±1,22 [#]	15,9±0,38*	12,9±1,35 [#]	23,8±0,09*
ГР, мкмоль/мин · гHb (N=2,42)	1,64±0,17 [#]	2,07±0,18*	1,55±0,16 [#]	2,39±0,01**
Cu, Zn-COD, Ед/г Hb (N=245)	97±2,1 ^{###}	159±3,5***	96±3,8***	237±1,7***
Каталаза, ммоль/мин · гHb (N=17,4)	12,5±1,06 [#]	15,1±1,01**	11,5±2,22*	17,1±0,18**
МДА, нмоль/г Hb (N=3,1)	6,4±0,37 ^{###}	5,0±0,32**	5,8±0,27**	3,0±0,07*

Примечание: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001 по сравнению с показателями до лечения. [#] – p<0,05; ^{##} – p<0,01; ^{###} – p<0,001 по сравнению с нормой

Как свидетельствуют данные табл. 5, использование системных восстановительных мероприятий позволило профилировать снижение уровня активности антиоксидантных ферментов: Cu, Zn-COD, каталазы, ГПО, а также содержания GSH и активности ГР, обеспечивающей редокс-цикл восстановления GSH из его окисленной формы GSSG, по сравнению с данными больных из контрольной группы наблюдения (сопоставимого возраста) в среднем в 1,7–2,3 раза, в то время как уровень МДА повышался в 2 раза. В то же время введение гелиотерапии в комплексное восстановительное лечение вызвало повышение активности ГР (в 1,2 раза), исходно сниженной (в 1,5 раза) в эритроцитах больных при поступлении в здравницу в отличие от старых методик лечения, которые оказывали слабое влияние на активность ГПО. Индуцирующее действие предложенной автором схемы восстановительного лечения в здравницах на активность каталазы позволяло не только компенсировать ее снижение (в 1,4 раза) при поступлении больного в санаторий, но и преодолеть супрессию фермента, развивающуюся при действии традиционных форм лечения, в т.ч. медикаментозной терапии. Следует отметить, что предложенные авторские схемы восстановительного лечения оказали позитивное влияние и на психологическое состояние больных с бессимптомной ишемией миокарда. При сравнении показателей теста САН отмечалось достоверное улучшение самочувствия (С), активности (А), настроения (Н) (p<0,05). По тесту Люшера повысилась работоспособность (Р) и снизился уровень стресса (СС). Подтверждением положительной динамики в нервно-эмоциональной сфере под влиянием авторской схемы лечения является достоверное снижение индекса напряжения (ИН) при p<0,05 и индекса централизации (ИЦ) при p<0,05. Это свидетельствует о снижении централизации и симпатической активности в регуляции сердечного ритма, повышении влияния адаптивных механизмов функционального состояния централь-

ной нервной системы. В контрольной группе изменения показателей психовегетосоматического состояния имели лишь незначительную тенденцию к улучшению (табл. 6).

Таблица 6

Динамика показателей психосоматического состояния больных бессимптомной ишемией миокарда до и после курса восстановительного лечения на базах исследования (M±m)

	Основная группа (n=278)		Контрольная группа (n=278)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
С	50,46±1,79*	56,68±1,81**	49,7±1,12*	50,11±1,22*
А	49,42±1,27*	55,51±1,16***	50,2±0,77*	50,38±0,82**
Н	49,18±1,01*	54,99±1,02*	49,22±1,53*	49,99±1,05**
СС	38,87±1,15*	26,14±1,03**	38,15±1,47**	34,12±0,97**
Р	39,25±1,64*	48,95±1,58**	40,02±1,43	41,86±1,48**
ИН	448,38±11,52*	405,62±8,45*	449,71±12,38*	438,15±9,74***
ИЦ	4,91±0,18*	4,19±0,14*	4,88±0,17	4,69±0,12**

* – достоверность различий показателей в основной и контрольной группах после восстановительных процедур: * – p<0,05, ** – p<0,01, *** p<0,001

Выводы. На статистически достоверном уровне наблюдения установлена позитивная динамика показателей антиоксидантного, липидного и психосоматического статуса у больных бессимптомной ишемией миокарда (I 25.6 по МКБ-X) на фоне авторского назначения гелиопроцедур. Конвективная составляющая восстановительного лечения в здравницах базируется на биологическом лечебном эффекте ультрафиолетовой радиации с учетом теплового ингредиента длинноволновой части солнечного спектра. В теплые периоды года максимальное назначение солнечных ванн для лиц с бессимптомной ишемией миокарда не должно превышать 3 биодоз, а в прохладный период естественная гелиотерапия (в климатопалатах, защищенных от ветра) может максимально достигать 10–15 биодоз.

Литература

- Беленков Ю., Саидова М. // Кардиол. – 1999. – №1. – С. 6.
- Бобровицкий И. // Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортот. и физиотерапии. – М., 2001. – С.35.
- Баранцев Ф.Г. Современная методология восстановительного лечения в здравницах российского Причерноморья военнослужащих с заболеваниями внутренних органов. – Сочи: Госуниверситет туризма и курортного дела, 2003. – 129 с.
- Орлов В.И., Гиляревский С.Д. // Медицинская газета. – 2004. – №102-103. – С.8–9.
- Никитин Н., Клиланд Д. // Кардиол. – 2002. – № 3. – С. 66.

УДК 616-06

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

П.Г. БРОНШТЕЙН, А.З. ГУСЕЙНОВ, Д.А. ИСТОМИН,
Л.Л. ПЕТУШКОВ, С.С. СОЛОНСКИЙ*

Рак ободочной кишки (РОК) занимает 4-е место в структуре онкологической заболеваемости, а количество больных с запущенными формами неуклонно увеличивается, достигая, по данным ряда авторов, 70% [1, 4]. Вследствие поздней диагностики заболевания значительное число больных поступает в клинику с осложненными формами рака. Обтурационная непроходимость является самым частым осложнением РОК [2, 3]. Большинство таких больных оперируются в учреждениях и отделениях, оказывающих экстренную хирургическую помощь.

Цель исследования – определение оптимальной тактики в хирургическом лечении РОК, осложненном кишечной непроходимостью обтурационного характера.

Таблица 1

Характеристика больных с опухолевой кишечной непроходимостью

Годы	2001	2002	2003	2004	2005	Всего
Кол-во больных	70	72	53	75	76	346

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 346 больных РОК, осложненной кишечной непроходимостью, за период 2001–2005 гг. в клиниках кафедры хирургических болезней №1 Тульского госуниверситета. Данные по годам поступления больных с кишечной непроходимостью см. в табл. 1.

* Кафедра хирургических болезней №1 Тульского госуниверситета

Больные поступали в стационар в тяжелом состоянии. Тяжесть состояния больных обусловлена двумя неблагоприятными сочетаниями – наличием кишечной непроходимости и проявлениями опухолевого процесса. В группу обследуемых мы отнесли больных, у которых имелась острая кишечная непроходимость, не устраненная консервативными мероприятиями. Локализация опухоли в толстой кишке представлена в табл. 2

Таблица 2

Локализация опухоли в толстой кишке

Отдел толстой кишки	Частота встречаемости	
	Абс.	%
Слепая кишка	68	19,7
Восходящая ободочная кишка	32	9,2
Поперечная ободочная кишка	11	3,2
Нисходящая ободочная кишка	13	3,8
Сигмовидная ободочная кишка	60	17,0
Ректо-сигмоидный отдел	182	47,1

Развитие обтурационной непроходимости при раке левой половины толстой кишки наблюдали чаще (в 68,5% случаев), чем при раке правой половины. В диагностике обтурационной непроходимости, кроме обычного клинического обследования, применяли обзорную рентгенографию брюшной полости. У всех больных выявлены горизонтальные уровни жидкости и газ над ними в петлях кишечника. Фиброколоноскопия выполнена в 56 (16,2%) случаях с целью уточнения локализации опухоли и проведения зонда выше места обтурации для декомпрессии кишечника. С момента поступления больным проводилось консервативное лечение: проводили опорожнение кишки применением клизм и декомпрессию зондом с последующим отмыванием кишки от каловых масс. Одновременно с помощью желудочного зонда проводили декомпрессию верхних отделов ЖКТ. Для коррекции водно-электролитного и кислотно-щелочного равновесия проводилась адекватная инфузионная терапия [2]. В хирургическом лечении РОК с обтурационной непроходимостью, стремимся не только ликвидировать непроходимость, но и произвести радикальное удаление опухоли при первом же вмешательстве [4], что должно выполняться при минимальном риске для больного.

Результаты. Хирургическое лечение РОК, осложненного обтурационной непроходимостью, проведено 346 больным, из которых первичные радикальные операции выполнены у 170 (49,1%), паллиативные и симптоматические – у 176 (50,9%) больных. Характер операций представлен в табл. 3.

Таблица 3

Характеристика операций при опухолевой кишечной непроходимости

Годы / Операции	2001	2002	2003	2004	2005	Всего
Радикальные операции						
Гемиколэктомия	8	7	8	7	11	41
Резекция сигмовидной кишки	13	11	12	13	9	58
Обструктивная резекция	10	8	6	7	13	44
Операция Гартмана	5	6	4	5	7	27
Симптоматические операции						
Наложение обходного анастомоза	3	2	3	4	5	17
Наложение противостоического заднего прохода	30	38	22	38	31	159
Всего	69	72	55	74	76	346

Таким образом, радикальные операции выполнены у 170 больных, среди которых правосторонняя гемиколэктомия – у 31 (18,2 %), левосторонняя гемиколэктомия – у 10 (5,9%), резекция сигмовидной кишки – у 58 (34,1%), обструктивная резекция – у 44 (25,9%), операция Гартмана – у 27 (15,9%) больных. Симптоматические операции при осложненном РОК выполнены 176 больным, из них у 17 (9,7 %) больных различные обходные анастомозы, у 159 (90,3%) – колостомия. Вследствие прогрессирования перитонита, присоединения осложнений и других причин в послеоперационном периоде умерло 18 (5,2%) больных. При анализе вида оперативных вмешательств мы отметили примерно равенство числа первичных радикальных операций к симптоматическим операциям, независимо от локализации опухоли.

В хирургии РОК, осложненной кишечной непроходимостью, с годами сохраняется примерно одинаковое количество выполненных первично-радикальных (49,1%) и симптоматических (50,1%) операций. Подобная картина сохраняется на протяжении

последних лет, несмотря на то, что при левосторонней локализации опухоли кишечная непроходимость является одним из ранних признаков заболевания, в то время как при локализации опухоли в правой половине обтурация кишки является довольно поздним симптомом заболевания и сочетается с местным распространением и генерализацией злокачественного процесса. Непосредственные результаты симптоматических операций были несколько хуже первичных радикальных, что подтверждается числом умерших. Если после радикальных операций умерло 5 (2,8%), то после симптоматических число таких пациентов составило 13 (7,2%). Такая картина объясняется более тяжелым исходным состоянием больных, выраженной интоксикацией и наличием неоперабельной опухоли в группе больных, подвергнутых симптоматической операции. У 54 (76,1%) больных после обструктивной резекции и операции Гартмана в плановом порядке нами были выполнены реконструктивные операции. Восстановительный этап проводили спустя 4–6 месяцев после первичной операции при условии отсутствия рецидива или метастазов рака.

Вопрос о характере реконструктивной операции в каждом случае решался индивидуально. В 43 (79,6%) наблюдениях после мобилизации дистальной и проксимальной культи был наложен анастомоз между мобилизованной частью ободочной кишки с культи сигмовидной и прямой кишки конец в конец или конец в бок. В послеоперационном периоде в 2 случаях отмечена несостоятельность кишечных швов, что потребовало повторной операции с наложением одностольной стомы постоянного характера. Наиболее типичным осложнением реконструктивных операций было нагноение раны в области иссеченной колостомы, что выявлено у 6 (11,1%) больных. Летальных исходов не было.

Выводы. Оптимальной тактикой при РОК, осложненной обтурационной непроходимостью, является выполнение первично-радикальной операции. При локализации опухоли в правых отделах ободочной кишки оптимальной операцией является выполнение гемиколэктомии с наложением илеотрансверзоанастомоза. При левосторонней локализации в случае небольших изменений в стенке кишки возможна резекция ее с наложением анастомоза, а в случае выраженной непроходимости операцией выбора является обструктивная резекция ободочной кишки. Симптоматические операции в виде наложения колостомы следует выполнять при тяжелом состоянии пациента, местном распространении опухоли и наличии отдаленных метастазов. Реконструктивную операцию после обструктивной резекции и операции Гартмана следует производить не ранее 4–6 месяцев, при условии отсутствия рецидива опухоли и отдаленных метастазов.

Литература

1. Ефимов Г.А., Ушаков Ю.М. Осложненный рак ободочной кишки. – М., 1984. – 151 с.
2. Тотилов В.З. и др. // Мат-лы 1 съезда онкологов стран СНГ. – М., 1996. – С.366.
3. Яковец Ю.И. и др. // Мат-лы 1 съезда онкологов стран СНГ. – 1996. – С.369.
4. Jamart J. et al. // Acta belg. chir. – 1991. – №1. – Р. 1–10.

УДК 616.284.7-007

РОЛЬ РАДИОТЕРМОМЕТРИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ

А.А. АДЫРХАЕВ*, А.З. ГУСЕЙНОВ*, Ч.К. МУСТАФИН**,
О.Б. ХАПИЛИНА*

Фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ) – сборная группа заболеваний молочной железы, при которых меняется количественное взаимоотношение железистой, жировой и соединительной тканей. В настоящее время среди авторов сложилось единодушное мнение, что диагноз ФКБ устанавливается после комплексного диагностического обследования, включающего клиническое исследование, маммографию, УЗИ. Это позволяет аргументировано исключить или подтвердить наличие в молочных железах опухолевого образования [2, 4]. Основным клиническим проявлением ФКБ являются боль или болевые ощущения в молочной железе, синдром предменструального напряжения, который

* Кафедра хирургических болезней №1 Тульского государственного университета

** Кафедра радиологии Российской медицинской академии последипломного образования, г. Москва