

ви, наличия антител к ткани ЩЖ, результатов УЗИ. Методом непрямой иммунофлуоресценции с помощью моноклональных антител определялись следующие популяции и субпопуляции иммунокомпетентных клеток: CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD16⁺, CD22⁺. Определялись концентрации общих иммуноглобулинов в сыворотке крови методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Больные были разделены на группы в зависимости от функционального состояния ЩЖ (табл. 1). У пациентов с тиреоидной патологией субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови изучали, прежде всего, с целью оценки их изменений при различных формах заболеваний ЩЖ. Проведено сравнение иммунофенотипа лимфоцитов при АИТ, ДТЗ и эндемическом зобе. Анализируя данные иммунофенотипирования, можно сделать вывод о наличии стабильного снижения содержания в периферической крови лимфоцитов CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺ и увеличения количества CD16⁺, CD22⁺-клеток. При оценке гуморального иммунитета выявлено увеличение Ig G. Причём, у лиц в состоянии гипотиреоза отмечалось наиболее резкое повышение концентрации Ig G. Этот факт объясняется тем, что гипотиреоз является следствием массивной деструкции тиреоцитов, а антитела, опосредующие цитотоксичность, в основном относятся к иммуноглобулинам класса G. Содержание Ig A и Ig M у больных не было изменено.

Таким образом, АИТ и ДТЗ являются классическими аутоиммунными заболеваниями, в основе которых лежат нарушения в системе иммунитета, выражающиеся в значительном снижении относительного количества зрелых Т-лимфоцитов (CD3⁺) и цитотоксических лимфоцитов (CD8⁺), увеличении субпопуляции NK-клеток (CD16⁺), В-лимфоцитов (CD22⁺) и повышении концентрации Ig G. ДТЗ сопровождается также дефицитом Т-хелперов (CD4⁺).

Б.С. Данзанов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

МУЗ Городская больница № 4 (Улан-Удэ)

Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний человека; наиболее частое осложнение его — острый тромбоз геморроидальных узлов. Частые обострения заболевания, повторяющиеся более чем у половины больных от 2 до 6 раз в год, делают пациентов временно нетрудоспособными на срок от 6 до 35 суток.

Как и раньше, большинство хирургов отрицательно относятся к раннему хирургическому лечению острого тромбоза геморроидальных узлов из-за опасения развития таких серьезных осложнений, как тромбоэмболия, сепсис, восходящий тромбофлебит, что привело к распространению медикаментозного метода лечения.

До недавнего времени основное внимание уделялось вопросам оперативного лечения геморроя в так называемом «холодном периоде», и только в последнее время начали интенсивно разрабатываться вопросы хирургического лечения острого тромбоза геморроидальных узлов.

Дискутабельным остается вопрос о сроках проведения операции, так как часть хирургов высказываются за операцию после консервативного лечения, а другие — за операцию в первые сутки в экстренном порядке, третьи разрабатывают различные модификации операции Миллиган-Моргана.

Приоритет хирургического лечения острого тромбоза геморроидальных узлов по праву принадлежит отечественным хирургам. Первым выступил в печати в пользу активного вмешательства в острой стадии геморроя И.Ф. Буш. В последующем активной хирургической тактике при остром геморрое стало отдавать все большее число отечественных и зарубежных авторов.

В хирургическом лечении геморроя наиболее широкое распространение получила операция по Миллиган-Моргану в различных модификациях. По данным различных авторов, у ряда больных, оперированных по этой методике, в ближайшем послеоперационном периоде наблюдается соскальзывание лигатуры с культи геморроидального узла и профузное кровотечение, воспаление культи, раннее расхождение краёв раны, длительное заживление; а в отдаленном периоде — рубцовая деформация и стриктура заднего прохода, функциональная недостаточность анального сфинктера.

С 1980 года автором применяется модифицированная операция Миллиган-Моргана, суть которой заключается в том, что после девульсии ануса иссекается «геморроидальный комплекс» на 3, 7, 11 часах. Ножка основного геморроидального узла прошивается 8-образным кетгутовым швом. Этими концами нитки культи узла подшивается ко дну радиарной раны до уровня периаанальной кожи, при этом одновременно прошиваются и волокна обнаженного при иссечении сфинктера и слизистой анального канала со стороны подслизистого слоя. При помощи такого приема культи подтягивается кнаружи, погружается в подслизистый слой и плотно фиксируется ко дну раны и волокнам сфинктера. На оставшуюся рану накладываются узловы кетгутовые швы.

Преимущества данного метода операции заключаются в следующем: лигирование концевых ветвей верхней прямокишечной артерии в подслизистом слое выше тромбированных геморроидальных узлов исключает соскальзывание лигатуры и профилактики кровотечения. Кроме того, отсутствие операционных ран в стенках анального канала препятствует нагноению ран, ускоряет заживление ран и исключает возникновение стриктуры.

Данная методика операции применена нами у 102 больных. Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением у 86 (83,3 %) больных.

Предварительное комплексное лечение, направленное на ликвидацию болей и стихание воспалительного процесса, у больных с частыми обострениями и тяжелыми формами тромбоза затягивает сроки операции и не избавляет больных от тяжких страданий в предоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Канделис Б.А. Неотложная проктология (руководство для врачей) / Б.А. Канделис. — Л.: Медицина, 1980. — 271 с.
2. Коплотадзе А.М. Хирургическое лечение больных острым тромбозом геморроидальных узлов / А.М. Коплотадзе, Д.Г. Кожин, Э.Э. Болквадзе // Актуальные вопросы колопроктологии: Тезисы докладов Первого съезда колопроктологов России с международным участием. — Самара: ГП «Перспектива»; СамГМУ, 2003. — С. 76 — 77.
3. Рафибеков Э.Д. Модифицированный метод геморроидэктомии / Э.Д. Рафибеков, А.М. Мадаминов, Ш.М. Чынгышпаев // Актуальные вопросы колопроктологии: Тезисы докладов Первого съезда колопроктологов России с международным участием. — Самара: ГП «Перспектива»; СамГМУ, 2003. — С. 115 — 116.

М.А. Денисова

ВОСПОЛНЕНИЕ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ В ПЛАНОВОЙ ХИРУРГИИ ПРЕПАРАТАМИ АУТОЛОГИЧНОЙ КРОВИ

ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Восполнение массивной кровопотери в плановой хирургии остаётся одной из сложных задач, поскольку отсутствуют стандарты качества и количества инфузионно-трансфузионной терапии. А для поддержки адекватной кислородно-транспортной функции крови с целью защиты организма от постгеморрагической гипоксии необходимо переливание препаратов крови. Применение компонентов донорской крови сопровождается более значимым риском, чем ишемические повреждения тканей. К таковым относятся: малые аллергические реакции, вирусные гепатиты, бактериальные реакции, ВИЧ-инфекция, острое легочное повреждение, анафилактический шок, гемолитические посттрансфузионные реакции, смертельные гемолитические реакции и др. Данные обстоятельства свидетельствуют об актуальности разработки безопасного и эффективного способа восполнения кровопотери. Таковым нам представляется метод предоперационной заготовки препаратов аутологичной крови в объеме 10 % ОЦК и их использование на интродоперационном этапе. Реинфузия дренажного содержимого из дренажной системы «Handy Vac» (Швеция) через 5 часов после её установки дополняет кровозамещение на послеоперационном этапе.

Нами выполнен сравнительный анализ результатов изучения эффективности различных способов восполнения кровопотери, использованных у пациентов, перенесших операцию по тотальному эндопротезированию тазобедренного сустава. Инфузионно-трансфузионная терапия кровозамещения всем пациентам осуществлялась по единому принципу — нормализации транскапиллярного обмена, разработанному в НКО анестезиологии и реаниматологии ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (патент № 2195169 от 23.02.1999 г.).

Данный способ восполнения кровопотери использован у 40 пациентов, которые составили основную группу. В первой группе клинического сравнения (40 пациентов) использовали двухэтапную предоперационную заготовку крови в общем объеме 20 % ОЦК за 5, 3 суток до операции, а в послеоперационном периоде по показаниям использовали компоненты донорской крови. Во второй группе клинического сравнения (40 пациентов) использовали только препараты донорской крови. Эффективность лечения оценивали по центральной гемодинамике, эритропоэзу, транскапиллярному обмену, гемостазу, потреблению кислорода, нейроэндокринным реакциям, типу адаптационной реакции.

В пользу основного способа напомним, что использование препаратов аутологичной крови имеет неоспоримые преимущества перед препаратами донорской крови — это отсутствие риска побочных эффектов трансфузии донорской крови, бактериального и вирусного инфицирования.