

стой оболочки – послойно закрытой обеими стенками последней. В зависимости от локализации язвенного дефекта швы стенок «манжетки» могут быть ориентированы как в сагиттальной, так и во фронтальной плоскости. К дуоденальной язве на пенетрируемом органе подводят пряжу сальника на ножке и фиксируют несколькими швами к его рубцовым краям. Этой же пряжью сальника может быть перитонизирована и сформированная культя ДПК. Производят резекцию желудка по одному из известных способов. К культе ДПК подводят дренаж, брюшную полость ушивают.

В клинике факультетской хирургии Кировской ГМА предложенный способ применен у 51 больного с «трудными» язвами ДПК в возрасте от 26 до 84 лет. Средний возраст больных составил $50,1 \pm 1,8$ лет. Мужчин было 43, женщин – 8. У 8 больных установлена постбульбарная локализация язв. В 2 наблюдениях выявлено сочетание дуоденальной язвы с желудочной, в 1 – с пептической язвой гастроэнтероанастомоза. Плановые резекции желудка выполнены 16 пациентам. По ургентным показаниям оперированы 35 больных: при кровотечениях – 30, при перфорации – 4, при сочетании этих осложнений – 1. У всех больных отмечена пенетрация язвы: в 18 случаях – в поджелудочную железу, в 9 – в гепатодуоденальную связку, в 19 – в поджелудочную железу и гепатодуоденальную связку, в 5 – в поджелудочную железу, гепатодуоденальную связку и желчный пузырь. У 28 больных отмечено сочетание пенетрации со стенозом пилородуоденальной зоны, в том числе у 3 больных при перфоративной язве, у 9 больных при кровоточащей дуоденальной язве. Из 30 оперированных больных с кровотечением пенетрация в два соседних органа установлена у 5 больных, в три органа – у 6. Кровопотеря тяжелой степени тяжести диагностирована у 11 больных с кровоточащей язвой, средней степени тяжести – у 12 больных, легкой степени тяжести – у 7 больных. В 49 случаях выполнена резекция желудка по Бильрот-II с поперечным анастомозом, в 2 – по Ру. У всех больных была «трудная» дуоденальная культя. Под «трудной» дуоденальной культей мы понимаем такую культу, обработка которой проводится в условиях дефицита тканей стенок ДПК. Показанием к выполнению дубликатурного способа обработки дуоденальной культы считаем пенетрирующие бульбарные и постбульбарные язвы, расположенные >1 см от большого дуоденального соска; противопоказаниями – пенетрирующие постбульбарные язвы, расположенные на расстоянии <1 см от большого дуоденального соска, и язвы второй части ДПК.

Во всех случаях выполнения резекции желудка при язвенной болезни проводим первичную или уточняющую интраоперационную диагностику хронических нарушений дуоденальной проходимости (ХНДП), при этом принимаем во внимание следующие факторы: наличие препятствия для дуоденальной эвакуации, ширину ниже-горизонтальной ветви ДПК, наличие или отсутствие видимого различия в диаметрах ниже-горизонтальной части ДПК и начального отдела тощей кишки, степень уменьшения диаметра ниже-горизонтального отдела ДПК в ответ на механическое раздражение. Отсутствие препятствия к дуоденальной эвакуации, ширину ниже-горизонтальной части ДПК в 3-3,5 см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки менее чем на 1 см, уменьшение диаметра ДПК в ответ на механическое раздражение на 1/3-1/2 своей первоначальной величины (нормокинетическая форма ответа) расцениваем как отсутствие ХНДП. Наличие препятствия к дуоденальной эвакуации, расширение ниже-горизонтальной части ДПК от 3,5 до 4,5 см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки на 1-1,5 см, уменьшение диаметра ДПК в ответ на механическое раздражение более чем на 1/2 первоначальной величины (гиперкинетическая форма ответа) расцениваем как компенсированную стадию ХНДП.

Наличие препятствия к дуоденальной эвакуации, расширение ниже-горизонтальной части ДПК от 4,5 до 6 см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки на 1,5-2,5 см, уменьшение диаметра ДПК в ответ на механическое раздражение менее чем на 1/3 первоначальной величины (гипокинетическая форма ответа) расцениваем как субкомпенсированную стадию ХНДП. Наличие препятствия к дуоденальной эвакуации, расширение ниже-горизонтальной части ДПК более 6 см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки более чем на 2,5 см, отсутствие реакции в ответ на механическое раздражение (акинетическая форма ответа) рассматриваем как декомпенсированную стадию ХНДП, или истинный дуоденостаз.

На основании интраоперационных данных ХНДП в стадии компенсации выявлены у 34 больных, в стадии субкомпенсации – у 1 больного. Причиной ХНДП у 33 больных явился дистальный перидуоденит, у 2 больных – сочетание дистального перидуоденита с проксимальным периеюнитом. Резекция желудка была дополнена рассечением связки Трейтца у 35 больных. Назодуоденальное зондирование применено в 2 наблюдениях. В раннем послеоперационном периоде осложнений со стороны пенетрируемых органов и дуоденальной культы не отмечено ни в одном случае. Всего послеоперационные осложнения развились у 5 (9,8%) больных: в 1 наблюдении имел место анастомозит, купированный консервативно, в 3 – острая сердечно-сосудистая недостаточность и еще в 1 – ишемический инсульт в ствол мозга. В четырех последних случаях наступили летальные исходы, послеоперационная летальность составила 7,8%. Таким образом, предложенный способ обработки «трудной» дуоденальной культы обладает достаточными профилактическими свойствами в отношении несостоятельности ее швов, исключает вероятность повреждения пенетрируемых органов и может быть рекомендован в широкую хирургическую практику.

Литература

1. Асадов С.А. и др. // Хир.– 2004.– № 2.– С. 78–81.
2. Жерлов Г. и др. // Вест. хир.– 2001.– Т.160, № 1.– С. 21.
3. Никитин Н.А. Недостаточность швов дуоденальной культы в ургентной хирургии язвенной болезни.– Киров, 2002.
4. Тарасенко С.В. и др. // Хир.– 2005.– № 1.– С. 29–32.

УДК 681.3

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ РОЖЕЙ

Е.А. БЕЛОВА, Н.Н. ДВОРНИКОВА, Н.Г. ЛИЩУК, Л.В. ТИТАРЕВА*

Рожья является инфекционно-аллергическим заболеванием, занимающим по распространенности в современной структуре инфекционной патологии 4-е место после острых респираторных и кишечных инфекций, вирусных гепатитов [2]. Частота рецидивов при рожее неуклонно возрастает и, по данным разных авторов, варьирует от 25% до 50% [1, 2]. Установлена недостаточная эффективность общепринятой этиотропной терапии, а также бицелинопрофилактики в предотвращении развития рецидивов [2,4]. В патогенезе рожьи большую роль играет несостоятельность иммунного ответа, это побуждает к включению в комплексную терапию заболевания иммуномодулирующих препаратов [2–4].

Под нашим наблюдением находилось пять групп больных, сопоставимых по полу, возрасту и клиническим формам рожьи.

Каждая группа включала в себя 50 больных первичной и 50 больных рецидивирующей рожеей. Большинство пациентов составили женщины пожилого возраста с локализацией местного очага на нижних конечностях. В основном преобладали эритематозная и эритематозно-буллезная формы рожьи. Более чем у половины обследованных заболевание протекало в среднетяжелой форме, а в анамнезе имелись частые ангины, хронический тонзиллит. Критериями исключения при отборе больных для обследования являлись: злокачественные опухоли, сахарный диабет, цирроз печени, заболевания крови, трофическая язва голени. 1-ая группа обследованных получала общепринятое лечение (пенициллин внутримышечно по 1,5 млн. ЕД четыре раза в сутки, дезинтоксикационную, десенсибилизирующую, витаминную терапию). 2-ой группе обследованных на фоне тех же дезинтоксикационных, десенсибилизирующих и витаминных средств вместо традиционной пенициллина назначался клеримед, содержащий 250 мг кларитромицина, производства МЕДОКЕМИ ЛТД (Лимассол – Кипр) по 1 таблетке (250 мг) два раза в сутки в течение 5–7 дней. 3-я группа обследованных на фоне общепринятого лечения принимала полиферментный препарат «Вобэнзим» производства Mucos Pharma (Германия) по 3 драже три раза в сутки в первые три дня исследования, далее по 5 драже три раза в сутки в течение двух недель. 4-я группе на фоне обычной терапии через 3 дня после

* Курский государственный медицинский университет 305041, г. Курск, ул. Карла Маркса, 3, тел. (0712) 58-81-32, e-mail: @kgmu.kursknet.ru

нормализации температуры назначали полусинтетический гликопептид «Ликопид» (ЗАО «Пептек», Москва) по 2 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней. Пациенты 5-й группы на фоне обычной терапии получали циклоферон («Полисан», СПб) внутримышечно по 4 мл по схеме: 1, 2, 4, 6, 8, 11 и 14 сутки. В день выписки вводили бициллин-5 1,5 млн. ЕД внутримышечно однократно.

При поступлении больных в стационар и через две недели с момента начала терапии проводили определение антител к стрептолизину О (АСЛ-О), стрептогиалуронидазе (АСГ), а так же стрептодеоксирибонуклеазе В (АСД-В) методом микропланшетки. Из-за колебаний средние титры этих антител у обследованных не были наглядными при иммунологических сопоставлениях. Большой интерес представляют данные о процентном соотношении нормальных и превышающих норму титров антител. Основным клиническим критерием для разделения больных на группы явилась кратность заболевания, так как содержание антител в крови не зависело от тяжести течения и характера местных проявлений. При первичной роже в начале болезни превышающие норму титры АСГ выявлены у 28–30% больных (табл.), в то время как титры АСЛ-О и АСД-В определялись у 48–54% и 58–62% больных соответственно. К началу 3-й недели заболевания шло нарастание титров антител, в большей степени АСЛ-О и АСД-В, у больных всех пяти групп. При часто рецидивирующей форме заболевания превышающие норму титры АСГ, АСЛ-О и АСД-В были в меньшем числе случаев. В 3, 4 и 5 группах нарастание титров антител шло у большего числа больных при первичной и при рецидивирующей роже ($p < 0,05$). При этом был самый высокий процент нарастания титров АСД-В. Интересен факт повышения титров антител у меньшего числа больных 1-й и 2-й группы по сравнению с 3-й, 4-й и 5-й группами.

Таблица

Динамика антител к ферментам стрептококка у больных первичной (1) и рецидивирующей (2) рожей

№	Схема лечения	Процент больных с превышающими норму титрами антител					
		к стрепто- гиалуронидазе		к стрепто- лизину О		к стрептоде- оксирибонуклеазе	
		1	2	1	2	1	2
I	Пенициллин	30-50*	16-20	52-68*	50-54*	58-70*	56-62*
II	Кларитромицин	28-56	14-22	52-72	52-62	58-76	58-66
III	Пенициллин + Вобэнзим	28-66*	16-28	52-88*	54-70*	62-94*	56-78*
IV	Пенициллин + Циклоферон	30-64*	14-26	54-86*	50-70*	58-90*	56-76*
V	Пенициллин + Ликопид	28-62*	14-26	54-86*	48-72*	58-92*	58-74*

Примечание: первая цифра соответствует 1–3-м дням болезни, вторая цифра – 15–18-м дням болезни. * - статистически достоверное различие (по вертикали) в более высоких титрах антител в III, IV и V группах больных по сравнению с I группой ($p < 0,05$).

В парных сыворотках наибольшее нарастание титров антител наблюдалось при первичной роже. В меньшем числе случаев оно отмечалось при ранних и поздних рецидивах заболевания и отсутствовало или было очень незначительным при часто рецидивирующей роже с возникновением ранних рецидивов.

Тест определения АСЛ-О и АСД-В может применяться у больных рожей для оценки эффективности иммуностимулирующих препаратов. Рецидивы заболевания чаще регистрировались у пациентов, у которых не было повышения титров антител в динамике. Причем эта тенденция часто наблюдалась во всех группах больных вне зависимости от варианта проводимой терапии.

Литература

1. Еровиценов А.А. // Рос. мед. ж. – 2002. – № 6. – С. 40–43.
2. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю.В. Лобзина. – СПб, 2000. – 931 с.
3. Еришов Ф.И. и др. Циклоферон – от эксперимента в клинику. – СПб, 2002. – 270 с.
4. Flak T.A. et al. // Infect. Immun. – 2000. – № 2. – P. 1235.

УДК 616.314

ПРИМЕНЕНИЕ КАПСУЛЫ «САН СПЕКТРА-9000» В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМАЦИЕЙ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА

Л. Г. ВАРФОЛОМЕЕВА*

Приоритетными направлениями восстановительной медицины являются профилактика осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде, реабилитация физического и психического здоровья пациентов. Капсула «Сан Спектра-9000» представляет собой новую прогрессивную линию интегрированных оздоровительных комплексов с акцентом на полноспектровую и монохромную светотерапию (рис. 1, 2).

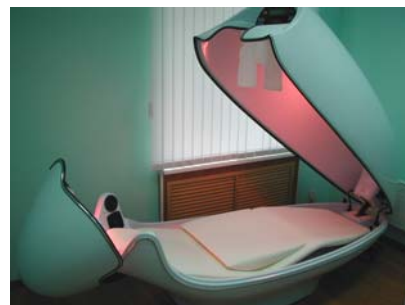


Рис. 1. Внешний вид капсулы «САН СПЕКТРА - 9000»



Рис. 2. Подготовка капсулы к работе

Сочетание капсулы и светомузыкального купола позволяют влиять на психофизиологическое состояние пациента наиболее естественным и мягким способом, используя тепловые, звуковые, цветовые, ароматические воздействия и ингаляцию ионизированным воздухом. Для каждого пациента может быть создана уникальная персональная программа. Больной помещается внутрь аппарата. Контроль и мониторинг параметров осуществляется при помощи встроенного микрокомпьютера и отражается на контрольной панели. Точность поддержания терапевтической среды осуществляется в зависимости от индивидуальных характеристик пациента для достижения наиболее полного и сбалансированного результата (рис. 3, 4).

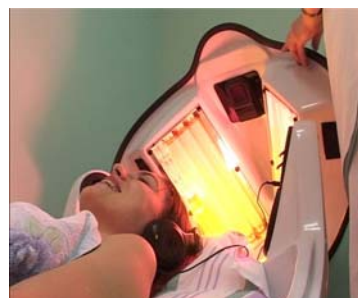


Рис. 3. Пациент помещен внутри аппарата