

Ю.В. Желтовский, В.М. Назаров, С.И. Железнев, П.М. Ларионов, Е.В. Пешков

**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ
ПРИ ПЕРВИЧНОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ**

ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава (г. Иркутск)

Межобластной кардиохирургический центр (г. Иркутск)

ГУЗ «Иркутская государственная областная клиническая больница» (г. Иркутск)

ФГУ «НИИ патологии кровообращения им. акад. Е.Н. Мешалкина Росздрава» (г. Новосибирск)

Распространение инфекции на структуры сердца неизбежно характеризуется разрушением его фиброзного скелета (Anderson R.H., Becker A.E., 1980). В большинстве случаев при первичном инфекционном эндокардите (ИЭ) возникают разрушения определенных анатомических образований кардиальных структур.

При выполнении оперативного вмешательства больным с ИЭ, мы производили макроскопическую оценку состояния клапанов сердца и подлежащих внутрисердечных структур. Выявленные морфологические изменения клапанного аппарата сердца были довольно разнообразны: вегетации, разрушение или перфорации створок, отрыв хорд, паравальвулярные абсцессы, пристеночный эндокардит и нередко у одного пациента наблюдалось сочетание нескольких видов поражений клапанных структур. Ориентируясь на морфологические признаки, при макроскопическом и гистологическом анализе резецированных клапанов, нами выделены следующие группы их инфекционных поражений: 1) деструктивные, 2) вегетации, 3) поствоспалительный склероз и 4) сочетания указанных признаков.

При исследовании соотношения клинических и морфологических проявлений активности первичного ИЭ (n — 68) мы получили следующие результаты: при первой степени активности ИЭ (по клиническим данным) 58,3 % наблюдений соответствовали I-й степени активности по патоморфологическим критериям и 41,7 % — второй. В группе наблюдений со второй степенью активности согласно клинико-лабораторным и гистологическим критериям классификации ИЭ выявлены совпадения — в 41,7 % наблюдений. При активности третьей степени (по клиническим данным) воспалительный процесс на клапанах первой степени был в 12,5 %, второй — в 37,5 % случаев, а совпадение клинико-лабораторных и гистологических критериев отмечено в 50 % ($p > 0,0001$). При детальном анализе выявлено, что у пациентов с аортальным пороком морфологические изменения клапанов соответствовали первой степени активности в 50 % случаев, что соответствовало характеру течения заболевания и клинической активности. У пациентов с поражением митрального клапана изменения имели более «агрессивный» характер. Макроскопические интраоперационные находки соответствовали тромбэндокардиту, деструктивному, полипозно-язвенному эндокардиту. В 52,6 % случаев морфологические изменения соответствовали второй степени активности ИЭ и 21,1 % — третьей. Высокая активность инфекционного процесса наблюдалась у пациентов с поражением трикуспидального клапана: в 55,6 % исследований — вторая степень и у 33,3 % — третья. Активность первой степени установлена лишь у 11,1 % пациентов. При комбинированных пороках встречались наблюдения с I, II и III степенью активности, но наиболее часто воспалительные изменения соответствовали второй степени — 43,8 % пациентов.

Таким образом, клинико-морфологические параллели при первичном ИЭ далеко не всегда совпадают и это необходимо учитывать при выполнении хирургического вмешательства и ведении послеоперационного периода.

Изучено 63 удаленных протеза, по поводу их дисфункции. Изучались фрагменты тромба, паннусные массы, перипротезное пространство.

При тромбозе биологического клапана обструкция протеза связана, как правило, с первичной дегенерацией створок, а тромботические массы лишь деформировали ткань створок, распространяясь на желудочковую поверхность.

При макроскопическом анализе резецированных искусственных клапанов сердца различных конструкций обнаружено, что обструкция паннусом была предсердной, желудочковой, предсердно-желудочковой, аортальной, аортально-желудочковой. Морфология паннуса была концентрической или эксцентрической. Предсердный вторичный тромбоз встретился чаще у пациентов с предсердным и предсердно-желудочковым паннусом (86,3 %)

При гистологическом исследовании клапана, при развитии раннего протезного эндокардита, отмечена выраженная воспалительная реакция парапротезной ткани, которая носила острый либо подострый характер. В тканях зон контактов с фиброзными кольцами и в участках прилегающих к манжете могли наблюдаться диффузные или диффузно — очаговые инфильтраты, состоящие преимущественно из полинуклеаров с акцентированным экссудативным компонентом с небольшим количеством плазматических клеток и моноцитов. В очагах экссудации соединительнотканые волокна могли быть в состоянии фибриноидного некроза. Воспалительная реакция, но в меньшей степени наблюдалась и по периферии всей манжеты клапана вне мест формирования фистул, что расценено, как исходное воспаление всего фиброзного кольца.

При абсцессах фиброзного кольца дифференцировалась пиогенная капсула, состоящая из клеточного вала, отграничивающего участки тканевого детрита и микробные колонии. При всех воспалительных вариантах в составе тромбов присутствовало большое количество полинуклеарных лейкоцитов или мононуклеаров, отмечалась различная степень организации тромбов.

При дегенеративном варианте наблюдалась распространенная кальцификация часто крупно или среднеглыбчатого характера, здесь могли присутствовать инфильтраты очагового характера, преимущественно из мононуклеаров в составе гистиоцитов, лимфоцитов, плазматиков.

При позднем протезном эндокардите тканевая реакция характеризовалась образованием соединительной ткани с участками миксоматозной дегенерации и краевыми фибриноидными некрозами. Однако главным морфологическим признаком являлось образование толстостенных сосудов с одним циркулярным слоем гладкомышечных клеток, наряду с формированием обычных синусоидального типа сосудов. Кроме того, определялись отдельные очаговые лимфоцитарные инфильтраты. Реакцию тканей фиброзного кольца на нити манжеты, можно охарактеризовать как инертную, хотя могли наблюдаться отдельные лимфоцитарные, тучные клетки в незначительном количестве. Эндотелизация носила постоянный характер.

Г.К. Жерлов

ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОНТИНЕНТАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ: ВОЗМОЖНОСТЬ ИЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ?

НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ (г. Северск)

Данные отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют о неуклонном росте числа больных с колоректальным раком. Единственным радикальным способом лечения при данной патологии остается хирургическое вмешательство. В основе выбора способа операции всегда лежит два основных момента: радикальное удаление опухоли и основных лимфатических коллекторов с одной стороны и обеспечение максимально приемлемого качества жизни пациента — с другой. И если в отношении первого, а именно радикальности, в той или иной степени вопрос можно считать решенным, то в отношении функциональности (качества жизни) остается еще очень много проблем.

В нашей работе мы руководствуемся принципами, которые предусматривают соблюдение принципа функциональной хирургии. В этой связи нами разработаны и применены на практике ряд новых оперативных технологий, предусматривающих комплексный подход в моделировании ампулы и сфинктерного аппарата прямой кишки на различных уровнях ее резекции.

Новизна предлагаемых методик подтверждается патентами пятью РФ.

Операция низкой передней резекции выполняется с тотальной мезоректумэктомией и наложением колоректального анастомоза в пределах 5 см над уровнем перехода леваторов в продольную мышцу анального канала. При этом формируется ректосигмоидный переход с искусственной ампулой.

После выполнения брюшно-анальной резекции на конце низводимой кишки создаем шаровидный резервуар из трех петель кишки одновременно участвующих в формировании одного межкишечного анастомоза.

При выполнении операции интерсфинктерной резекции, заключающейся в тотальной мезоректумэктомии вдоль перехода леваторов в продольную мышцу анального канала и удалении внутреннего сфинктера, наши методики предусматривают реконструктивный этап, который заключается в формировании гладкомышечного жома путем циркулярного отсепарирования серозномышечной оболочки и фиксации ее в форме манжеты высотой 12—15 мм с шаровидным резервуаром по описанной методике.

Наконец, в тех случаях, когда по онкологическим соображениям выполняется брюшно-промежностная экстирпация — нами используется методики предусматривающая формирование забрюшинной резервуарно-удерживающей колостомы, которой присущ рефлексорный механизм опорожнения.

Всего в клинике новые оперативные технологии были применены у 175 больных в возрасте от 31 до 78 лет. Средний послеоперационный койко-день при всех методиках операций составил $12,2 \pm 1,9$ сут. Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 9,1% больных, все пациенты поправились.

Обязательным условием применения новых технологий считаем оценку их эффективности в ранние, ближайшие и отдаленные сроки после операции. При этом используем как субъективные (оценка держания кала по разным шкалам), так и объективные (инструментальные) методы исследования. Полученные таким образом результаты показывают, что формируемые искусственные сфинктероподобные образования и «ампула прямой кишки» сохраняют свою анатомическую и функциональную состоятельность, обеспечивая высокий уровень качества жизни больных, надежно предупреждая развитие синдрома низкой передней резекции.