

3. Отдаленные результаты после резекций поджелудочной железы лучше, чем после операций внутреннего дренирования и гораздо лучше, чем после операций наружного дренирования;

4. Отдаленные результаты лучше при операциях внутреннего дренирования кист поджелудочной железы с выключенной по Ру петель тощей кишки, чем с желудком или с двенадцатиперстной кишкой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы: Руководство для врачей. – М., 1995.
2. Кадошук Т.А. // Хирургия. – 1991. – № 2. – С. 98–104.
3. Скипенко О.Г., Воскресенский О.В., Мовчун А.А., Шатверян Г.А. // Вестн. РАМН. – 1997. – № 9. – С. 17–21.

Поступила 21.09.06.

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS AND PANCREATIC CYSTS

M.A.Nartailakov, N.V.Peshkov, N.A.Murmanskii, I.Z.Salimgareev, I.I.Galimov, G.R. Bayazitova

S u m m a r y

The results of the surgical treatment of 193 patients with complicated chronic pancreatitis in 1995–2005 were analysed. The frequency of postoperative complications came down from 8.3% in 1995 to 4.2% in 2005. It was found that postoperative complications more often happened after operations on adjacent organs, than after draining operations and resections of the pancreas. The mortality after resections of the pancreas was higher than after draining operations. The remote results after resections of the pancreas were better than after internal draining operations and much better than after externally draining operations.

УДК 616.712 — 7.24 – 089.8

КОМБИНИРОВАННАЯ РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ТОРАКОПЛАСТИКА ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

А.Ф. Краснов, В.Н. Степнов, Д.Г. Чернышов

Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии (зав. – акад. РАМН, проф. Г.П. Котельников) Самарского государственного медицинского университета, городская больница №6 (главврач – канд. мед. наук А.Д. Улунов), г. Самара

Со времени выполнения А. Tietze в 1899 г. первой операции у больного с воронкообразной деформацией грудной клетки (ВДГК) до настоящего времени предложено более 100 способов мобилизации и фиксации грудино-реберного комплекса (ГРК) [1, 2]. Большие экономические потери, связанные с проблемой ВДГК, складываются из высоких затрат на лечение, производственного ущерба в результате болезни, выплата в связи с инвалидностью и обусловлены отсутствием единой тактики лечения больных, страдающих данной патологией [1].

Среди методов хирургической коррекции, направленных на устранение деформации грудной клетки, реконструктивная торакопластика является преимущественным хирургическим вмешательством [1, 2, 5]. Тем не менее при использовании оперативного лечения у больных с ВДГК возникает значительное количество неудовлетворительных результатов – от 13 до 40% [3, 6]. Большое их число и осложнения после хирургической коррекции деформации грудной клетки позволяют считать эту

патологию одной из наиболее сложных проблем ортопедии [1, 5].

Целью нашего исследования были разработка и внедрение способа комбинированной реконструктивной торакопластики в систему комплексного восстановительного лечения у больных с воронкообразной деформацией грудной клетки.

Настоящее сообщение основано на опыте лечения 81 больного с ВДГК, прооперированных с 1976 по 2006 г. Для каждого пациента составлялся индивидуальный план обследования, который включал клиническое обследование, рентгенологическую диагностику, электрокардиографию, оценку функции дыхания (спирографию), биохимический анализ крови, эхокардиографическое исследование функции сердца, компьютерную томографию (КТ).

К оперативному вмешательству больных готовили с учётом степени и вида деформации, стадии болезни. Показаниями к хирургическому лечению у больных с ВДГК были стадия субкомпенсации начавшаяся со II степени, показатель СТИ по данным КТ > 3,2, показатель ИГ по профилю

ной рентгенограмме $< 0,7$, снижение ЖЕЛ $> 20\%$, прогрессирование деформации грудной клетки, косметический дефект.

По способу оперативного вмешательства больные с ВДГК были подразделены нами на две клинические группы: 40 пациентам 1-й (контрольной) группы была выполнена реконструктивная торакопластика, 41 из 2-й (основной) группы – комбинированная реконструктивная торакопластика и проведено комплексное восстановительное лечение

Реконструкция грудной клетки была произведена 41 больному с III степенью деформации и 40 больным со II. Лиц мужского пола было 55, женского – 26. Больные были прооперированы в возрасте от 7 до 24 лет. Средний возраст составил 15,5 года. Распределение больных с ВДГК по степени деформации внутри групп было следующим: в 1-й группе – 20 больных со II степенью деформации и 20 с III, во 2-й – соответственно 20 и 21. Распределение больных по форме деформации: симметричная у 22 в 1-й группе, у 22 – во 2-й, асимметричная у 15 в 1-й группе, у 16 во 2-й, плосковерхообразная – у 3 в 1-й группе, у 3 во 2-й.

В 1-й группе была проведена поперечная стернотомия с латеральной хондротомией: фиксация ГРК путем сшивания грудины и ребер у 21 больного, с помощью шины Маршева – у 6, путем тракции грузами за лигатуры через блоки на балканских рамах – у 13. Во 2-й группе была выполнена Т-образная стернотомия с парастеральной и латеральной хондротомией: фиксация ГРК была осуществлена путем тракции грузами за лигатуры через блоки на балканских рамах – у 9 больных, способом В.Н. Степнова (авторское свидетельство №1192800) – у 16, с помощью создания опорных площадок – у 16.

Изучив отдаленные результаты лечения у 40 больных с ВДГК II–III степени, мы пришли к выводу, что рассчитывать на положительный результат восстановительного лечения и достичь хороших исходов можно только путем комбинированного вмешательства на грудной клетке. Суть способа комбинированной реконструктивной торакопластики заключается в следующем. Под общим обезболиванием после проведения доступа по Г.А. Баирову выполняем клиновидную остеотомию ребер в проекции деформированного ГРК из двух поперечных разрезов с обеих сторон от зоны наибольшего вдавления. Из по-

перечного разреза длиной 5–6 см в проекции мечевидного отростка последний отсекаем и отделяем париетальную плевру от внутренней поверхности грудины. Дезинсерцию ПМЖ выполняем с низведением точек прикрепления их проксимальной части на уровень VI–VII ребер. Из двух поперечных разрезов в области наружной границы деформации производим неполную клиновидную остеотомию ребер, несколько смещая кожную рану к вершине искривления ребра и тупо расслаивая над ним мышцы. Ребра сшиваем между собой капроном, затем кожную рану смещаем к средней линии, парастерально выполняем неполную клиновидную остеотомию ребер. Из горизонтального разреза над местом перехода рукоятки грудины в тело делаем поперечную клиновидную стернотомию с отсечением мечевидного отростка. Два срединных разреза соединяем подкожным тоннелем, через который производим продольное рассечение наружной кортикальной пластинки тела грудины. Внутреннюю пластинку надламываем, но не разъединяем. Затем формируем опорные площадки из четырех ребер с обеих сторон от грудины, на которых выполняем полную остеотомию с наложением проксимальных отделов ребер на дистальные в виде черепицы для фиксации ГРК. После выведения ГРК в правильное положение выявляем участки натяжения диафрагмы и проводим диафрагмотомию. Операцию заканчиваем послойным ушиванием послеоперационной раны с оставлением при необходимости дренажа.

Первый этап комбинированной реконструктивной торакопластики предусматривает вмешательство на груди и ребрах в виде остеотомии и пластики прямых мышц живота и обозначается нами как наружный. Дезинсерция со смещением проксимального отдела ПМЖ выполняется с целью снижения их тонуса и устранения парадоксального дыхания, являющегося источником хронической гипоксии. Второй этап операции – внутригрудной, предусматривает нормализацию функции диафрагмы в соответствии с новыми условиями её работы из-за увеличенного объема грудной полости. Восстановление функции диафрагмы достигается путем тщательной диафрагмотомии и дезинсерции прямых мышц живота. Одновременно с этим ликвидируется спаечный процесс в загрудинном пространстве, удаля-

ются экзофиты по задней поверхности грудины, что обеспечивает положительный функциональный исход хирургического вмешательства.

Применение комплексного восстановительного лечения, которое включало медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, ЛФК, массаж, ГБО-терапию, способствовало улучшению кровообращения, уменьшению мышечного и сосудистого спазма, повышению тканевого обмена, оксигенации мышечной ткани. Воздействие лекарственными препаратами было направлено на улучшение трофики тканей, стимуляцию репаративного процесса и устранение остаточных или воспалительных явлений. Использование физических упражнений с постоянным увеличением амплитуды улучшило показатели жизненной ёмкости лёгких, позволило за счёт сформированного мышечного корсета улучшить осанку. После выписки из стационара лечение не прерывали, в схему лечения вводили массаж груди, спины, живота, поясничной области и конечностей в сочетании с грязелечением, рефлексотерапией. В более поздние сроки пациентам рекомендовали восстановительное лечение в профильном санатории.

Нами была разработана методика определения торакометрических показателей компьютерной томографии для сопоставления формы и размеров грудной клетки на этапах восстановительного лечения (рис. 1). Измеряются расстояния от заднего контура грудины до переднего контура позвоночника (а), между наиболее удалёнными точками боковых поверхностей грудной клетки во фронтальной плоскости (б), от наиболее дорсальной точки грудной клетки справа и слева (вершина гребуса) до наиболее вентральной точки с соответствующей стороны (в, г), от правого и левого контуров грудины до наиболее вентральной точки (вершина гребуса) с соответствующей стороны (д, е). По этим данным вычисляли СТИ – отношение поперечного размера грудной клетки (б) к стерно-вертебральному расстоянию (а) в зоне максимального вдавления.

На томограммах определяли зоны роста грудины, наличие которых свидетельствовало о сохранных пластических свойствах каркаса грудной клетки, что весьма важно для выбора способа мобилизации ГРК и прогноза предстоящего хирургического лечения. С помощью КТ выполняли расчет уровня клиновидной

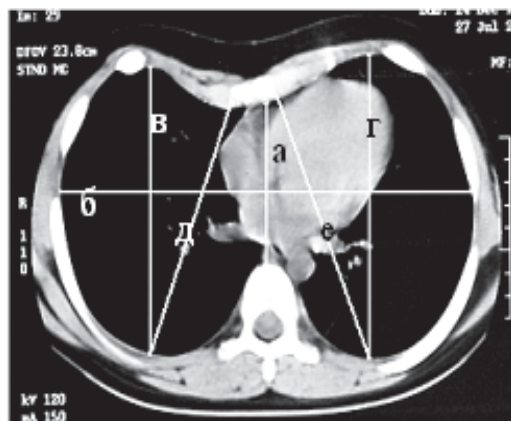


Рис. 1. Торакометрические показатели компьютерной томографии.

резекции рёбер, что необходимо для виртуального моделирования формы грудной клетки до операции и особенно важно при асимметричном виде её деформации. Компьютерная томография имеет решающее значение в оценке вида и типа деформации, выборе способа оперативного вмешательства, оценке и прогнозировании результатов лечения [7]. При фронтальном сканировании грудной клетки находили направление и ход рёберных хрящей, плоскость искривления грудины, положение сердца и лёгких, выявляли участки нарушенной пневматизации лёгочной паренхимы. Данный метод исследования позволяет объективно судить об анатомо-топографическом состоянии, структуре и взаиморасположении органов в грудной полости, соотношении их с крупными сосудами, наличии патологических образований в грудной клетке [8].

Была выполнена комбинированная реконструктивная торакопластика у 41 больного с ВДГК 2-й основной группы. Для оценки результатов лечения у больных с ВДГК использовали модифицированную нами 3-балльную шкалу [6].

Хорошие результаты: у пациентов жалоб нет; антропометрические показатели соответствуют возрасту; деформация устранена; хороший косметический результат; функциональных нарушений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем нет; ИГ = $1,0 \pm 0,1$; СТИ < 3,0.

Удовлетворительные результаты: жалоб нет; отмечаются незначительное западение или гиперкоррекция грудины, келоидные рубцы; структурно-функциональных нарушений нет или выявляются путём дополнительного инструментального

исследования: снижение ЖЕЛ(VC) на 80–60%, увеличение МОД(V) на 120–150%, ЧД(f) на 120–150%, уменьшение УО на 10%, $1 > \text{ИГ} > 0,7$, $3,0 < \text{СТИ} < 3,2$.

Плохие результаты: рецидив ВДГК; отсутствие улучшения структурно-функциональных показателей: снижение ЖЕЛ(VC) $> 60\%$, МОД(V) $> 150\%$, ЧД(f) $> 150\%$, УО $> 10\%$, $\text{ИГ} < 0,7$, $\text{СТИ} > 3,2$.

У всех пациентов был изучен анамнез и проведён сравнительный анализ отдалённых результатов лечения. Для выявления характера, общей направленности и динамики изучаемых процессов использовался системный многофакторный анализ, позволивший из полученных в различные сроки наблюдения данных вычислить интегральные показатели, количественно характеризующие изучаемую биологическую систему [4]. В качестве исходных критериев для вычисления интегральных показателей были взяты следующие параметры: индекс Жизницкой, частота дыхания, дыхательный объём, жизненная ёмкость лёгких, минутный объём дыхания, частота сердечных сокращений, ударный объём, ударный индекс, сердечный индекс, минутный объём кровообращения, величина расстояния от заднего контура грудины до переднего контура позвоночника, стерноторакальный индекс. Динамика общей направленности восстановительных процессов по данным системного многофакторного анализа после операции у пациентов контрольной группы (ряд 1) без комплексного восстановительного лечения и у пациентов основной группы (ряд 2), которым была выполнена комбинированная реконструктивная торакопластика и получивших комплексное восстановительное лечение, представлена на рис. 2.

Полученные в результате статистического анализа данные структурно-функциональных методов исследования позволили оценить функционально-косметические результаты операции у 57 пациентов обеих групп как положительные, у 17 – как удовлетворительные, у 7 – как неудовлетворительные. После операции в 1-й контрольной группе хорошие результаты были получены у 24 пациентов, удовлетворительные – у 11 и неудовлетворительные – у 5, во 2-й основной группе – соответственно у 33, 6, 2.

Наиболее частым осложнением у больных с ВДГК было повреждение плевры – у 8 больных, из которых в 2 случаях развился плеврит. Среди других осложнений

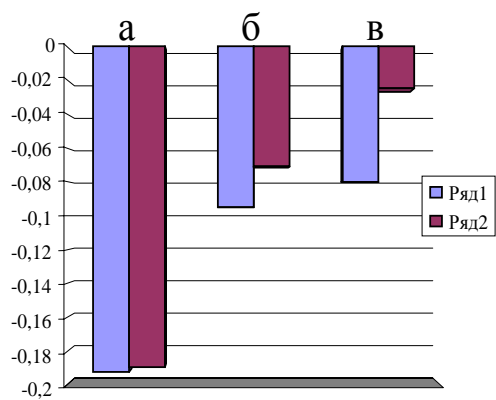


Рис. 2. Динамика общей направленности восстановительных процессов: а – до операции, б – после операции, в – после комплексного восстановительного лечения.

необходимо отметить одно нагноение послеоперационной раны. До введения в методику хирургического вмешательства доступа по Г.А. Баирову это осложнение наблюдалось у 15 пациентов 1-й группы. С 1989 г. нагноение послеоперационной раны возникло у одного больного 2-й группы. В 1-й группе у 2 пациентов образовались лигатурные свищи, у 3 – западение рёберных дуг. Образование келоидных рубцов выявлено у 6 пациентов. С применением доступа Г.А. Баирова и ГБО-терапии указанное осложнение зафиксировано у 2 пациентов 2-й группы. Как показал проведённый анализ результатов хирургического лечения, наименьшее число послеоперационных осложнений обнаружено у пациентов 2-й основной группы в виде одного случая нагноения послеоперационной раны и 2 случаев образования келоидных рубцов.

Все перечисленные данные позволили оценить результаты операции у 33 пациентов 2-й группы как положительные. Во 2-й группе зафиксировано только 2 неудовлетворительных результата. Хороших результатов было на 20,5% больше, чем в 1-й группе.

Разработанная программа комплексного восстановительного лечения позволила сократить время послеоперационной адаптации, уменьшить период нетрудоспособности, вернув пациентов к полноценной жизни. Способ комбинированной реконструктивной торакопластики улучшил результаты лечения у 88% пациентов, снизил количество осложнений с 11,6 до 1,23%. Сравнительный анализ способов хирургического лечения показал, что комбиниро-

ванная реконструктивная торакопластика и комплексное восстановительное лечение позволяют увеличить количество хороших результатов. Благодаря применению компьютерной томографии были уточнены показания к операции, выбраны рациональные способы оперативного вмешательства и проведена достоверная оценка структурно-функциональных результатов исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградов, А. В. Деформации грудной клетки: Автореф. дис. ...докт. мед. наук. – М., 2004.
2. Гафаров Х. З. Плаксеичук Ю. А., Плаксеичук А. Ю. Лечение врождённых деформаций грудной клетки. – Казань, 1996.
3. Жила Н. Г. Хирургическая моделирующая коррекция врождённых и приобретённых деформаций грудной клетки у детей и подростков : Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Хабаровск, 1999.
4. Котельников Г. П., Шнигель А. С. Доказательная медицина. – Самара, 2000.

5. Павленко, Н. Н. Хирургическое лечение больных с деформацией грудной клетки: Автореф. дис.... докт. мед. наук. – Саратов, 2005.

6. Урмонас В. К., Кондрашин Н. И. Воронкообразная грудная клетка. – Вильнюс, 1983.

7. Haller J. et al. // Ann. Surg. – 1989. – Vol. 209. – P. 578–582.

8. Lilly J. R. // Pediatrics. – 1993. – Vol. 91. – P. 677.

Поступила 01.05.07.

COMBINED RECONSTRUCTIVE THORACOPLASTY USED FOR TREATMENT OF FUNNEL-SHAPED CHEST DEFORMATIONS A.F. Krasnov, V.N. Stepanov, D.G. Chernyshev Summary

The efficacy of treatment methods of funnel-shaped chest deformations was compared. 41 patients of the first group were treated by combined reconstructive thoracoplasty with complex rehabilitation therapy, while 40 patients of the second group had traditional reconstructive thoracoplasty. Good results were obtained in 88% of patients, satisfactory – in 8%, and non-satisfactory – in 5% of patients. The advantage of using computerised tomography for diagnosis and choosing the treatment methods is underlined.

УДК 616.74 – 009.51 – 085.246.2 – 036.8

ПЛАЗМАФЕРЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МИОПАТИЙ

Н.М. Жулев, Е.В. Карцова

Кафедра невропатологии (зав. – проф. Н.М. Жулев) Санкт-Петербургской государственной медицинской академии последипломного образования

Идиопатические воспалительные миопатии (ИВМ) – группа аутоиммунных заболеваний, которые характеризуются хроническим воспалением скелетной мускулатуры, типичным поражением кожи при дерматомиозите, системными проявлениями (феномен Рейно, интерстициальное заболевание легких, артрит, миокардит и др.) и ассоциируются с другими диффузными болезнями соединительной ткани в рамках "перекрестных синдромов" [8]. Идиопатические воспалительные миопатии включают три основных варианта – дерматомиозит (ДМ), полимиозит (ПМ) и миозит с включениями. В данном исследовании основное внимание уделено двум формам – ДМ и ПМ, поскольку это чаще встречающиеся в практике и перспективные в отношении терапии варианты патологии.

К числу ИВМ относят в последнее время эозинофильный, гигантоклеточный и

очаговый или фокальный миозит. ИВМ составляют часть большой группы воспалительных миопатий – это инфекционные, а также острые вирусные миозиты, ретровирусная и паразитарные миопатии, гранулематозный миозит (на фоне саркоидоза, тиреотоксикоза, туберкулеза и др.), ревматическая полимиалгия, миозит при васкулитах (узелковый полиартериит, аллергический гранулематоз Черджа–Стросса, гранулематоз Вегенера и др.) и, кроме того, эозинофильный, гигантоклеточный, очаговый (фокальный) и оссифицирующий миозиты [4].

В настоящее время выделены два направления в лечении воспалительных миопатий – иммуносупрессивная (препараты преднизолона, метатрексат, азатиоприн) и иммуномодулирующая (внутривенно иммуноглобулин, плазмаферез, интерферон) терапия [9, 13].

Целью исследования была оценка ком-