

В лечении больных использовались общепринятые схемы, виды и комплексы медикаментозного и немедикаментозного воздействия с учетом фазы заболевания и сроков пребывания больных в стационаре. При наличии сопутствующей патологии (сердца, ЖКТ и др.) объем обследования больных и их лечения соответственно расширялся. Исходы лечения больных пневмонией в госпитале: полное выздоровление – 319 чел. (67,1%), выздоровление с остаточными рентгенологическими проявлениями – 97 чел. (20,8%), затяжное течение – в 7,8% случаев, перевод в другое лечебное учреждение (ОВКГ) – 20 чел. (4,3%).

Особенно важен анализ факторов риска, когда течение пневмонии шло с трофологической недостаточностью (табл. 5).

Таблица 5

Частота основных факторов риска у больных пневмониями, течение которых отягощено дефицитом массы тела

Факторы риска	Легкое течение (n= 282)				Средне-тяжелое течение (n = 165)			
	Неотягощенное течение (n= 142)		С дефицитом массы тела (n=48)		Неотягощенное течение (n=73)		С дефицитом массы тела (n=37)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Возраст до 20 лет	112	78,8	39	81	57	78,0	32	86,0*
Боевые специальности	89	63,0	34	71*	42	57,0	21	57,0
Эвакуация из зоны боевых действий	19	13,0	9	19*	6	8,2	5	14,0*
Поздняя госпитализация	57	40,1	29	60*	23	31,5	13	35,0
Холодное время года	77	54,0	35	73*	44	55,7	118	44,8*

Примечание: * – статистически достоверная разница между показателями в группах с неотягощенным течением пневмонии и течением, отягощенным дефицитом массы тела

Анализ подтверждает несомненное значение дефицита массы тела в концентрации неблагоприятных факторов риска. В случаях комбинации последних у больных с дефицитом массы тела их частота достигала 92,0 и 76,0% – в случаях легкого и средне-тяжелого течения пневмонии соответственно. Специфическое значение имеет оценка особенностей влияния факторов риска и предшествующей патологии на течение пневмонии у доставленных в госпиталь из зоны боевых действий (табл. 6).

Таблица 6

Характер предшествующей патологии и факторов риска у больных пневмониями, доставленных из зоны боевых действий

Факторы риска и отягощения	Группы больных			
	Из зоны боевых действий (n= 55)		Из медицинских частей гарнизона г. Буденновска (n = 392)	
	абс	%	абс	%
Возраст до 20 лет	42	76,0*	310	69,3
Холодное время года	30	54,5*	222	49,6
Условия боевой деятельности	35	63,6*	244	54,5
Поздняя госпитализация	20	36,4	163	36,4
Переохлаждение	47	85,0*	343	76,7
Инфекционные заболевания	6	11,0	60	13,4
Заболевания легких	1	1,8	21	4,7
Дефицит массы тела	14	25,0*	71	15,9

Примечание: * – p<0,01

Приведенные данные подчеркивают значение сочетанного влияния факторов риска и предшествующей патологии, особенно дефицита массы тела, в условиях эвакуации больных пневмонией

из зоны боевых действий. Проведенный анализ выявляет значимость как факторов риска, так и предшествующей патологии, и оправданность учета этих влияний в оценке тяжести клинического течения пневмонии у военнослужащих в условиях прифронтового госпиталя.

Литература

1. Семенов В.В. Некоторые аспекты этиопатогенеза, клиники, лечения вирусно-бактериальных пневмоний у лиц молодого возраста с пониженным питательным статусом: Автореферат дис... канд. наук.– Саратов.– 2000.–15 с.
2. Новоженков В.Г. Пневмония у военнослужащих / В кн.: Пневмония.– М, 2002.– С. 237–265.
3. Кириллов М.М. и др. // ВММТ.–2004.– № 3.– С. 38–39.

PNEUMONIA IN SERVICEMEN UNDER CONDITIONS OF A FRONT-LINE HOSPITAL

M.M. KIRILLOV, V.G. KOKOEV, D.V. SOSNYUK, V.I. SHKUMAT

Summary

Data set out in the article emphasize the significance of a combined effect of risk factors and preceding pathology (in particular, when body mass deficiency takes place) in the case of evacuation of servicemen with pneumonia out of a zone of military operations.

Key words: front-line hospital, pneumonia

УДК 616.147.22.-007.64-036.87-089.12

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ СЕМЕННОЙ ВЕНЫ ПРИ РЕЦИДИВЕ ВАРИКОЦЕЛЕ

Б.А. АНАНИН*

Введение. Выбор способа хирургического лечения варикозного расширения вен семенного канатика является сложной задачей для хирургов и урологов в связи с дискутабельностью вопросов этиологии, патогенеза и возможностью хирургической коррекции его многочисленными способами [3, 7]. Несмотря на огромное число способов хирургического лечения больных варикоцеле, частота послеоперационных рецидивов и осложнений остается высокой и колеблется от 0,9% до 30%. Рецидивы варикоцеле часто (более 90%) связаны с техническими погрешностями во время выполнения оперативных вмешательств [9]. Часто перевязывается только одна из дополнительных ветвей яичковой вены или, наоборот, основной ствол перевязывается, а дополнительные ветви остаются интактными. Затем дополнительные стволы расширяются и ведут к рецидиву болезни [10].

Большое число способов лечения и высокий процент неудовлетворительных результатов говорят о том, что проблема лечения варикоцеле еще далека от разрешения. Это определяет поиск новых диагностических и лечебных приемов. Последнее десятилетие характеризуется широким внедрением лапароскопических операций в хирургию, гинекологию и урологию. Преимущества лапароскопического метода при многих заболеваниях в хирургии сомнений не вызывают [1, 4, 8]. Лапароскопические операции при варикоцеле применяются как альтернатива традиционным, и эффективность их доказана. Успешно применяется лапароскопическая резекция семенной вены у пациентов с двухсторонним варикоцеле. Актуально лапароскопическое лечение рецидивного варикоцеле, но этому вопросу посвящены лишь единичные работы и требуется дальнейшее его изучение [2].

Вопросы этиологии и патогенеза варикоцеле, оценка функционального состояния почек до и после операции по поводу варикоцеле до сих пор являются предметом обсуждения урологов и определило необходимость проведения наших исследований.

Гистологически доказано, что на участке внутреннего пахового кольца семенная вена чаще имеет множественные стволы,

* Городская клиническая больница №11 г.Рязань ул. Новоселов д. 27/17, тел. 41-68-23, 41-40-22

которые сопровождается семявыносящий проток и яичковая артерия. Также в этой зоне много лимфатических сосудов. На участке, расположенном на 2–3 см выше внутреннего пахового кольца, семенная вена имеет меньшее число венозных стволов и лимфатических сосудов и также сопровождается яичковой артерией. А на отрезке 4–6 см выше пахового кольца семенная вена представлена одним или двумя стволами, без сопровождения артерией, а число лимфатических сосудов минимально [6].

Известен способ лапароскопического лечения варикоцеле, включающий в себя клипирование и резецирование внутренней семенной вены на 3–5 см выше внутреннего пахового кольца [1, 4–5]. Учитывая, что в области внутреннего пахового кольца имеется максимум лимфатических сосудов, сопровождающих внутреннюю семенную вену, и множество ее стволов, число которых уменьшается по мере приближения к месту их впадения в почечную вену, остается высоким риск возникновения рецидива варикоцеле или осложнений в виде гидроцеле при лапароскопическом лечении вблизи внутреннего пахового кольца.

Цель исследования – повышение эффективности хирургического лечения рецидивов варикоцеле с использованием лапароскопических технологий, а также предупреждение послеоперационных осложнений в виде водянки оболочек яичка.

Материалы и методы. Работа основана на опыте хирургического лечения и наблюдения 16 пациентов с рецидивом варикоцеле, которым была выполнена лапароскопическая резекция внутренней семенной вены в проксимальной трети, на уровне нижнего полюса почки по собственной методике (Приоритетная справка на изобретение Федерального института промышленной собственности РФ №2004115827/14(016858) от 18.04.04г.). Из них 9 пациентам ранее была выполнена операция Иванисевича в нашей клинике, а 7 больных оперированы по поводу левостороннего варикоцеле в других лечебных учреждениях. Из них один перенес операцию Паломо в возрасте до 15 лет, а шестерым была выполнена операция Иванисевича. Возраст пациентов колебался от 17 до 27 лет и в среднем – 19 лет. Все пациенты имели левостороннюю локализацию варикоцеле. У 12 больных (75%) диагностирована 2-я, а у 4-х – 3-я степень варикоцеле (25%). Давность перенесенной ранее операции по поводу варикоцеле у пациентов составляла от 1 месяца до 1 года (рис. 1).

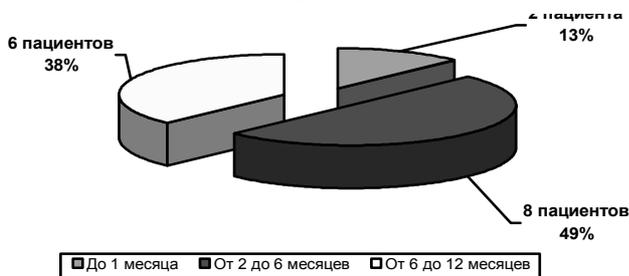


Рис.1. Сроки выявления послеоперационного рецидива варикоцеле

У двух пациентов рецидив заболевания был выявлен менее чем через месяц, у 8 – через 2–6 месяцев, а у 6 – через 6–12 месяцев после операции Иванисевича. Т. о., 100% рецидивов варикоцеле выявлены в течение первого года после операции.

Всем пациентам для установления причин возникновения варикоцеле и определения тактики оперативного лечения была выполнена чрезмошоночная флеботестикулография. Она оказалась информативной в 15 (94%) случаях. Причиной рецидива в 13 случаях явилась интактная левая внутренняя семенная вена (ЛВСВ). В 2 случаях выявлена «культя» перевязанной семенной вены, а рядом ее интактный ствол. В 12 случаях семенная вена была представлена 2–4 стволами. В 8 случаях (50%) внутренняя семенная вена имела анастомозы с венами паранефральной клетчатки. Рецидив варикоцеле диагностирован нами не только по данным флебографии, но и подтвержден результатами УЗИ с применением доплерографии и ЦДК. У больных с рецидивом варикоцеле, причиной которого было наличие интактного основного ствола семенной вены, данные флебографии и УЗИ с доплерографией и ЦДК дополняли друг друга. Нужно отметить, что чем больше диаметр интактного ствола ЛВСВ, тем раньше выявляется рецидив. При диаметре интактного ствола более 5 мм рецидив выявляется в первые недели после операции. При остав-

лении более мелких стволов (до 3 мм) для развития рецидива необходимо более продолжительное время – от 4 до 6 мес., это связано с гипертрофией коллатералей и развитием ретроградного кровотока к яичку. Данные УЗИ см. в табл. 1.

Таблица 1

Результаты УЗИ пациентов с рецидивом варикоцеле до операции

Сторона осмотра	Диаметр вен гроздевидного сплетения			Объем яичка мл M ± m
	Лежа, мм M ± m	Лежа с пробой Вальсальвы, мм M ± m	Стоя, мм M ± m	
Справа	1,7±0,2	1,8±0,2	1,9±0,2	10,2±0,5
Слева	4,2±0,3	5,2±0,3	4,6±0,3	9,1±0,6

Из данных табл. видно, что отмечается значительное увеличение диаметра вен гроздевидного сплетения слева по сравнению с правой стороной: 1,7 мм и 4,2 мм соответственно. При пробе Вальсальвы диаметр вен слева увеличивается на 1 мм, а справа на 0,1 мм. Объем левого яичка на 1,1 мл меньше, чем правого. Вено-тестикулярный рефлюкс по венам гроздевидного сплетения определялся у 25% пациентов этой группы.

Всем пациентам нами была выполнена резекция внутренней семенной вены в проксимальной трети, на уровне нижнего полюса левой почки по собственной методике. Оперативное лечение выполнялось в день госпитализации. Предоперационная подготовка включала в себя: стол 0 в день операции, бритье операционного поля, очистительная клизма утром в день операции. Операции проводились под общим обезболиванием, с использованием интубации трахеи и искусственной вентиляции легких. До операции пациент опорожнил мочевой пузырь, во время вводного наркоза в желудок устанавливался зонд. Эти действия необходимы для максимального снижения риска повреждения органов брюшной полости во время создания пневмоперитонеума и введения первого троакара. Больного укладывали на спину, с приподнятым на 15° левым боком с целью смещения органов брюшной полости в медиальном направлении. Для наложения пневмоперитонеума на 1 см выше пупка выполняли надрез кожи величиной 0,5 см и вводили иглу Вереща. Инсуффляция углекислого газа в брюшную полость осуществлялась электронным инсуффлятором и поддерживалась автоматически во время операции на уровне 12–14 ммHg. Использовали три точки введения троакаров в брюшную полость (рис. 2).

После создания пневмоперитонеума иглу Вереща извлекали, а рану расширяли до 1 см и вводили троакар Ø10 мм для оптического телескопа с обзором в 45°. Затем делали эндоскопический обзор органов брюшной полости. Затем под контролем телескопа по среднеключичной линии слева выше пупка вводили троакар Ø5 мм, а ниже пупка вводили троакар Ø10 мм. По левому боковому каналу остро, с применением электрокоагуляции пересекали париетальную брюшину у линии Тольди.

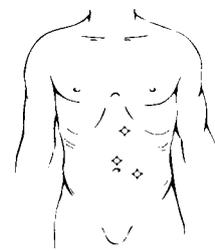


Рис.2. Расположение троакаров при выполнении лапароскопической резекции ЛВСВ в проксимальной трети.

После вскрытия брюшины и мобилизации кишечника в медиальном направлении, входили в забрюшинное пространство и визуализировали нижний полюс почки, который служил ориентиром для дальнейшей работы. Внутреннюю семенную вену идентифицировали в паранефральной клетчатке, мобилизовали и клипировали 2–4 титановыми клипсами. Клипсы накладывали на расстоянии 1,5–2 см друг от друга (рис. 3). Участок вены между клипсами резецировали и удаляли через 10 мм троакар. При

наличии нескольких крупных венозных стволов проводили их выделение, а затем клипировали и иссекали единым блоком с коагуляцией. Паритетальную брюшину ушивали с помощью атравматического шовного материала Vicryl 3/0. При этом разгибали иглу, придавая ей лыжеобразную форму. Оперативное вмешательство завершали тщательной ревизией брюшной полости. Удаление углекислого газа и троакаров из брюшной полости проводили под контролем лапароскопа для обнаружения возможного кровотечения из мест стояния троакаров. На кожные раны накладывали швы из нерассасывающегося материала.

Результаты. Среднее время оперативного вмешательства составило 40 минут. Уже через 3 часа после оперативного вмешательства пациенты самостоятельно могли вставать. Однако мы считали постнаркотическое состояние фактором, лимитирующим активность пациентов, и рекомендовали постельный режим до утра следующего после операции дня. При проведении гистологических исследований резецированных участков семенной вены у пациентов этой группы нами не выявлено наличие в препаратах лимфатических сосудов и яичковой артерии. Пациентов выписывали на 2 сутки после операции. При выписке рекомендовали им ношение тугих плавок и ограничение физической нагрузки на 2 месяца. Контрольный осмотр осуществляли через 1, 3, 6 и 12 месяцев после хирургического лечения. В срок наблюдения от 9 до 12 месяцев рецидивов и послеоперационных осложнений нами не выявлено. Получен хороший клинический эффект. Результаты УЗИ через 12 месяцев после операции представлены в табл. 2.

Таблица 2

Результаты УЗИ пациентов с рецидивом варикоцеле через 12 месяцев после оперативного лечения

Сторона осмотра	Диаметр вен гроздевидного сплетения			Объем яичка, мл M ± m
	Лежа, мм M ± m	Лежа с пробой Вальсальвы, мм M ± m	Стоя, мм M ± m	
Справа	1,6±0,1	1,7±0,1	1,7±0,1	10,8±0,3
Слева	2,1±0,1	2,4±0,1	2,2±0,3	9,7±0,5

Отмечается уменьшение диаметра вен гроздевидного сплетения слева. В ортостазе и при пробе Вальсальвы диаметр вен увеличивается незначительно: на 0,1 и 0,3 мм соответственно. Объем правого и левого яичек увеличился 0,6 мл (табл. 2).



Рис.3. Обзорная рентгенограмма пациента после операции. Слева на уровне L2 и L3 определяются тени клип

Выводы. Основной причиной рецидива варикоцеле является наличие интактного ствола семенной вены или незамеченных ранее дополнительных стволов. Флебостетикулография является высокоинформативным методом диагностики, позволяющим определить локализацию путей патологического венозного кровотока, уточнить количество венозных стволов, и их связь с другими венозными коллекторами, что определяет тактику

хирургической коррекции варикоцеле при его рецидивах. Обратный сброс крови в гроздевидном сплетении, регистрируемый при доплерографии, дополняет и подтверждает наличие рецидива варикоцеле. Хирургическое лечение варикоцеле имеет давнюю историю. Предложены десятки способов хирургического лечения этого заболевания. Тем не менее, до сих пор нет «золотого стандарта» в лечении варикозного расширения вен гроздевидного сплетения. Высокая частота рецидивов и послеоперационных осложнений определяет необходимость усовершенствования известных и поиска новых, более эффективных методов лечения этого заболевания. Наши исследования направлены на улучшение результатов хирургического лечения варикоцеле. Все методы оперативного лечения варикоцеле нацелены на устранение патологического венозного кровотока по семенной вене. Ныне широко применяются лапароскопические операции по поводу варикоцеле как альтернативу открытым, эффективность их доказана.

Лапароскопическая резекция внутренней семенной вены является альтернативой другим методам операций, устраняющим патологический венозный кровоток по семенной вене. Относительная простота выполнения, косметичность, возможность хорошей визуализации семенной вены и лимфатических сосудов, а также сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре и отсутствие осложнений делают лапароскопические операции по поводу варикоцеле методом выбора, особенно при рецидивах.

Литература

1. Абоян И.А и др.// Андрол. и генит.хир.– 2000.– №1.– С.42.
2. Кадыров З.А. Лапароскопические операции в урологии: Дис...докт. мед. наук.– М., 1998.
3. Резник М.И., и др. Секреты урологии / Пер. с англ.– М., 1997.– С.243–245.
4. Степанов В.Н и др. // Урол. и нефрол.– 1997.– №1.– С.3.
5. Степанов В.Н. и др. Атлас лапароскопических операций в урологии.– М.: Миклош, 2001.– 125с.
6. Степанов В.Н. и др. Диагностика и лечение варикоцеле.– М.: Трансдорнаука, 2001.– 169с.
7. Тиктинский О.Л., и др. Андрол.– СПб., 1999.– С. 260.
8. Jarow J.P. // Urology.– 1994.– Vol. 44.– P.470–472.
9. Lindbolmer Cb. et all. // Scand. J. Urol. Nephrol.– 1975.– Vol. 9, №3.– P. 177–180.
10. Surgery of male infertility / Ed. M. Goldstein.– Philadelphia (USA), 1997.– P.169–196.

LAPAROSCOPIC RESECTION OF THE INTERNAL SPERMATIC VEINS IN THE RECURRENS OF VARICOCELE

B.A. ANAN'IN

Summary

Laparoscopic operations are considered to be more effective than the traditional ones. The authors suggested a new method of surgical treatment of varicocele with the use of laparoscopy which was proved to be more effective in comparison with the existing methods.

Key words: laparoscopy, varicocele

УДК 616.89– 008.441.13 – 099] - 089

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ РАННЕЙ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ОТЯЖОЩЕННОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

А.Р. АНТОНОВ, О.Н. ГЕРАСИМЕНКО, М.А. ИВЛЕВА, Е.М. ЛОКТИН, О.В. РАУ, Л.А. ШПАГИНА, И.С. ШПАГИН*

Критические состояния организма человека, возникающие вследствие болезни, часто сопровождается развитием синдрома эндогенной интоксикации. Разработка высокоэффективных программ коррекции данного состояния остается актуальной для

* Новосибирская государственная медицинская Академия, МУЗ ГКБ №2