

2. Уровень IL-18 в жидкости пузырей в два раза превышает его концентрацию в крови пациентов в аналогичные сроки после травмы.

Л и т е р а т у р а

1. Витковский Ю.А. Роль цитокинов в регуляции системы гемостаза: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Чита, 1997. 40 с.

2. Витковский Ю.А., Кузник Б.И., Солпов А.В. // Медицинская иммунология. 2006. Т. 8, №5-6. С. 745-753.

3. Вихриев Б.С., Кичемасов С.Х., Скворцов Ю.Р. Местные поражения холодом. Л.: Медицина, 1991. 192 с.

4. Демьянов А.В., Котов А.Ю., Симбирцев А.С. // Цитокины и воспаление. 2003. №3. С. 20-35.

5. Котельников В.П. Отморожения. М.: Медицина, 1988. 256 с.

6. Кузник Б.И., Витковский Ю.А., Солпов А.В. // Вест. гематологии. 2006. Т. 2, №2. С. 42-55.

7. Рыбдылов Д.Д. Диагностика и лечение местной холодовой травмы: Мат-лы науч.-практ. конф. Благовещенск, 2005. С. 129-130.

8. Сизоненко В.А. Варфоломеев А.Р. Биорегулирующая терапия при термической травме. Чита: Поиск, 1999. 160 с.

9. Симбирцев А.С. // Цитокины и воспаление. Т. 1, №1. 2002. С. 12-14.

10. Хаитов Р.М., Игнатъева Г.А., Сидорович И.Г. Иммунология. М.: Медицина, 2000. 432 с.

11. Evangelista V., Manarini S., Rotondo S. et al. // Blood. 1996. Vol. 88, P. 4183-4194.

12. Girardin E., Dayer J.M. // Med. Wochenschr. 1993. Vol. 123, №11. P. 480-491.

13. Kuijper P.H.M., Gallardo Torres Hi, van der Linden J.A.M. et al. // Blood. 1996. Vol. 87, P. 3271-3281.

14. Solpov A., Shenkman B., Vitkovsky Yu. et al. // Thrombosis and Haemostasis. 2006. Vol. 95, P. 815-821.



УДК 616.42 - 002.5 : 616.24 - 002.5 - 89

У.Е. Макарова

МЕТОДИКА ЛИМФАДЕНОЭКТОМИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

ГУ «Якутский научный центр СО РАМН»;

ГУ «Научно-практическое объединение «Фтизиатрия» МЗ РС (Я), г. Якутск

Широкое применение хирургического метода в лечении туберкулеза периферических лимфатических узлов (ТПЛУ) объясняется тем, что данное заболевание до 78-82% случаев выявляется в казеозно-некротической стадии развития, при которой наступают необратимые фиброзно-некротические изменения в лимфоузлах, вызывающие резкое снижение эффективности противотуберкулезной терапии.

На современном этапе принцип выполнения хирургических операций сводится к тому, что доступ производится отдельными разрезами длиной до 5-7 см в проекции увеличенных лимфоузлов и, при необходимости, поэтапно. Зарубежные авторы подобные операции относят к разряду «сложных», выполнение которых требует определенной квалификации хирурга и при которых часто наблюдаются ятрогенные осложнения, так как для туберкулезного процесса характерен выраженный спаечный процесс мягких тканей, образующий единый конгломерат пораженных лимфоузлов, кровеносных и лимфатических сосудов, нервных стволов. Из-за того, что небольшие разрез и глубина операционной раны (до 5-7 см) не обеспечивают достаточный обзор операцион-

ного поля, затрудняются выделение и радикальное удаление интимно спаянных лимфоузлов с окружающими мягкими тканями, кровеносными сосудами и нервными стволами. Большие технические трудности возникают и при захватывании и пережатии выделенной ножки лимфоузла. Все это свидетельствует о целесообразности разработки специальных хирургических инструментов и совершенствования методов хирургического лечения заболеваний лимфатической системы.

Нами создан хирургический «Зажим Макаровой У.Е.» (патент на изобретение № 226289), который предназначен для осуществления прецизионного пережатия и обработки сосудистой ножки удаляемого лимфоузла без захвата прилегающих плотно спаянных кровеносных сосудов, нервных стволов и других окружающих мягких тканей, а также для обеспечения достаточного визуального контроля оперируемого участка при небольших и относительно глубоких операционных ранах.

Наиболее близким аналогом данного хирургического инструмента является кровоостанавливающий зубчатый изогнутый зажим №1 (типа Бильрот). Недостатками использования зажима Бильрот при лимфаденоэктомиях

являются: рабочая часть этого инструмента занимает всю длину зажимных губ и значительно превосходит ширину ножки лимфоузлов, поэтому возможен захват окололежащих кровеносных сосудов и нервных стволов; недостаточная кривизна изгиба зажимных губок и прямые бранши прикрывают обзор операционного поля руками хирурга при манипуляциях зажимом.

Предложенный зажим (рис. 1) состоит из двух браншей (1 и 2), соединенных шарнирной осью (3). Бранши инструмента имеют зажимные губки (4 и 5), рукоятки с кремальерой (8) и кольцами (9) для пальцев рук хирурга. Бранши зажима имеют два изгиба на одной плоскости в противоположных направлениях (рис. 3). Первый изгиб располагается на зажимной губке в виде крутого закругления рабочей части на $1/4$ круга (90°) радиусом 15 мм. Второй изгиб под углом 20° к оси инструмента расположен в области рукоятки на расстоянии 50 мм от конца рабочей части. На зажимных губках рабочая часть (7) представлена в виде нажимных губок с насечками на внутренней поверхности (рис. 4), плотно смыкающимися между собой при закрытии инструмента. На 10 мм выше шарнирной оси на внутренних поверхностях зажимных губок имеются пазы (6) длиной 20 мм, образующие продольно-окончатый просвет шириной 3 мм между зажимными губками при закрытом состоянии зажима (рис. 2).

Описание метода. Хирургическая операция производится под общим или местным наркозом. Определяется группа пораженных периферических лимфоузлов, состояние кожных покровов над ними (инфильтрация и наличие свища, гнойное отделяемое, келоидные рубцы, скрофулодерма и т.д.). После асептической обработки кожных покровов производится разрез длиной до 5-7 см и вскрываются кожные покровы. При наличии свищей производится овальный разрез скрофулодермы или келоидных рубцов, иссекаются кожные покровы в пределах здоровых тканей. В жировой клетчатке определяют, затем выделяют пораженные лимфоузлы. Принцип использования «Зажима Макаровой У.Е.» заключается в том, что, удерживая кольцами (9), его накладывают рабочими губками (4 и 5) на выделенную ножку периферического лимфоузла, при этом продольно-окончатый просвет меж-

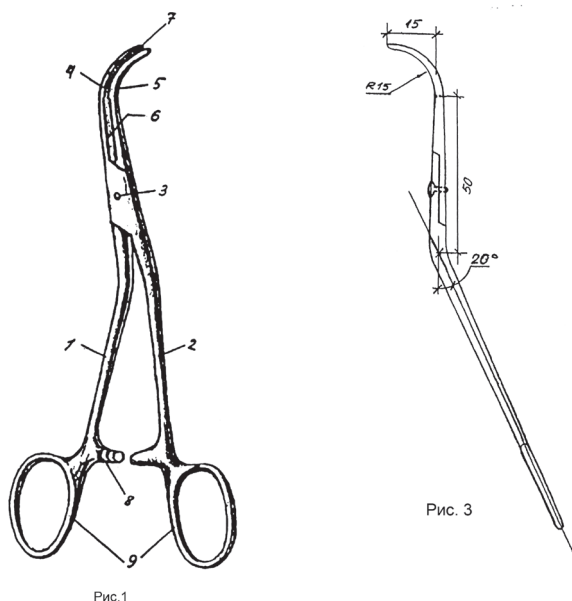


Рис. 1

Рис. 3

Резюме

Сообщение посвящено применению нового хирургического инструмента «Зажима Макаровой У.Е.» при лимфаденоэктомиях по поводу туберкулеза периферических лимфатических узлов, при котором достигается выполнение операций без интероперационных осложнений в условиях улучшенного обзора операционного поля. Значительно снижается травматизм, и тем самым повышается эффективность хирургического лечения больных.

U.E. Makarova

LYMPHADENECTOMY FOR TUBERCULOSIS OF THE PERIPHERAL LYMPH NODES

*Yakut centre of science of the SB of RAMS,
Scientific-practical holding «Phthisiology»
of MHC RS(Y), Yakutsk*

Summary

The article is devoted to application of the new surgical tool «clip of Makarova U.E.» for lymphadenectomies for tuberculosis of peripheral lymph nodes during operations without interoperation complications under conditions of the improved view of an operational field, the traumatism considerably decreases and efficiency of surgical treatment of patients is achieved.

ду зажимными губками (рис. 2) предупреждает захват кровеносных сосудов и нервных стволов и других близлежащих мягких тканей. Изгиб рабочего конца зажима на $1/4$ круга радиусом 15 мм обеспечивает оптимальный обзор и тем самым прецизионное пережатие и обработку ножки лимфоузла в операционных ранах длиной до 3-4 см и глубиной до 4 см, а дополнительный изгиб на рукоятке под углом 20° в этой же плоскости, но направленный в противоположную сторону, соответствует глубине операционной раны, ложится на накожный край раны и значительно улучшает обзор операционного поля. Удаление лимфоузлов, обработка ножек, гемостаз, послойное наложение швов проводятся в улучшенных условиях по данной методике. При наличии гнойного процесса и выраженной инфильтрации мягких тканей производится обработка операционной раны асептическими средствами и оставляется резиновая полоска с целью дренирования, при их отсутствии накладываются внутрикожные косметические швы.

За исследуемый период хирургическая операция — лимфаденоэктомия — проведена 89 больным туберкулезом периферических лимфатических узлов в возрасте от 19 до 42 лет, из которых у 38 больных был применен зажим на ножку лимфоузла. У всех больных заболевание было выявлено в казеозно-некротической стадии развития, из них у 7 больных наблюдалась свищевая форма и у 1 — келоидные рубцы.

Клинический пример 1. Больная Г., 42 лет, и/б № 194. Диагноз: туберкулез шейных лимфатических узлов слева, казеозно-некротическая форма. При осмотре: отмечалось увеличение лимфоузлов шеи до 3-3,5 см, выраженный периаденит, флюктуация, болезненность. Бы-

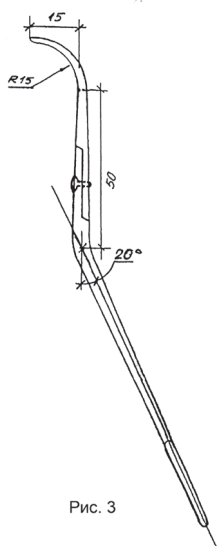


Рис. 3

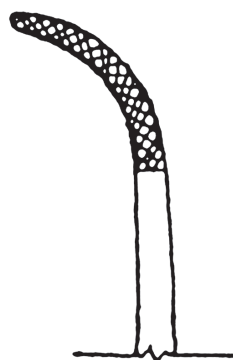


Рис. 4

ла проведена предоперационная химиотерапия в течение 2,5 мес., на фоне которой инфильтративный периаденит рассосался, а спячный процесс вокруг лимфоузла сохранялся. Больной была проведена лимфаденоэктомия по показаниям.

Ход операции. Разрезом длиной 4-5 см вскрыты кожные покровы. В жировой клетчатке глубоко за кивательной мышцей были обнаружены увеличенные лимфоузлы, плотно спаянные с окружающими кровеносными сосудами и нервами. Применение созданного зажима обеспечило лучший обзор операционного поля, выделение лимфоузлов без интероперационных осложнений и прецизионную обработку их ножек. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением, инфильтрация мягких тканей оперированной области рассосалась через 14 дн.

Клинический пример 2. Больная Т., 37 лет, и/б № 206. Диагноз: туберкулез шейных и надключичных лимфоузлов, свищевая форма. Произведена лимфаденоэктомия.

Ход операции. Овальным разрезом длиной до 5 см вскрыты и иссечены кожные покровы. Глубоко (до 4 см) обнаружены плотно спаянные с окружающими тканями лимфоузлы, которые были выделены острым путем и на их ножку наложен зажим Макаровой У.Е. При этом окружающие мягкие ткани, в том числе кровеносные сосуды и нервные стволы, не были захвачены и травмированы. В условиях улучшенного обзора операционного поля лимфоузлы были удалены, ножки обработаны. Гемостаз. Рана послойно ушита, оставлена резиновая полоска. Во время операции и после осложнений не наблюдалось. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением, инфильтрация тканей рассосалась через 10 дн.

Клинический пример 3. Больной П., 36 лет, и/б № 10. Диагноз: туберкулезный шейный лимфаденит справа. Поздний рецидив. Больной ранее был оперирован по поводу того же заболевания. В области старого послеоперационного рубца пальпировались увеличенные лимфоузлы. Во время операции был обнаружен выраженный спячный процесс. Использование предложенного зажима способствовало улучшению обзора операционного поля, и сосудистые ножки были выделены и пережаты без захвата окружающих мягких тканей. Операция прошла без осложнений, инфильтрация мягких тканей оперированной области рассосалась через 8-9 дн.

Заключение

Созданный «Зажим Макаровой У.Е.», применяемый при лимфаденоэктомиях, позволяет добиться выполнения операций без интероперационных осложнений, в условиях улучшенного обзора операционного поля, значительно снижает травматизм и тем самым повышает эффективность хирургического лечения больных.

Л и т е р а т у р а

1. Перечень медицинских инструментов: Каталог «Медицинские инструменты». Казань, 1994. С. 44.
2. General surgical catalog. 1973. TUTTLINGEN/Germany. 1973, P. 241.

