

М.В. Кочеткова, М.Ю. Солуянов, Е.А. Комбанцев, И.А. Алтухов, С.Н. Кучма,
Т.Г. Болоцкая, Н.А. Сацук

НОВЫЕ МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛИМФОЛОГИИ НА ОСНОВЕ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И РЕГИОНАРНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН (Новосибирск)

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проблема диагностики и лечения лимфедемы нижних конечностей, несмотря на многочисленность работ, остается до настоящего времени весьма актуальной. По данным ВОЗ, 10 % населения мира страдает лимфедемой нижних конечностей и число вновь выявленных больных возрастает с каждым годом. Часто это заболевание встречается у молодых женщин. Они составляют категорию так называемых трудных больных, которым приходится лечиться долго и зачастую безуспешно. Отекам нижних конечностей сопутствуют рожистые воспаления, переходящие в хроническую форму и усугубляющие заболевание. Прогрессирующее течение лимфедемы нижних конечностей, часто приводящее к инвалидизации, определяет ее социальную значимость.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность применения клеточных технологий у пациентов с лимфедемой нижних конечностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 46 пациентов с лимфедемой нижних конечностей II – III стадии. Первичная форма лимфедемы зарегистрирована у 20 больных, вторичная – у 26. Возраст пациентов колебался от 18 до 74 лет, однако основную группу составили люди трудоспособного возраста (до 50 лет – 67 %). У 24 пациентов заинтересована правая конечность, у 14 – левая, у 8 – обе нижние конечности. Больные, находящиеся под нашим наблюдением в зависимости от метода лечения были разделены на две группы. Первую группу составили пациенты, которым проводилась консервативная терапия. Вторая группа была представлена пациентами, получившими курс внутриартериальных инъекций аутолимфоцитов на фоне консервативной терапии.

Курс консервативной терапии включал в себя прием венотоников в общепринятой дозе, проведение пневмомассажа конечностей с помощью аппарата «Лимфа - Э» с компрессией до 60 мм рт. ст. в режиме «бегущей волны» в течение 45 минут один раз в сутки, проведение трех сеансов УФО – аутокрови с интервалом 48 часов при помощи аппарата «Изольда» с площадью облучения от 10 до 30 кв.см. Десенсибилизирующей терапия. Всем больным проводилась лазеротерапия гелий-неоновым аппаратом ЛГН - III, число процедур – 10, время сеанса составляло от 20 до 30 минут. Кроме того, больные получали кислородные ванны по общепринятой схеме.

Для лечения пациентов второй группы наряду со стандартной терапией применялась методика лимфоцитозера на сепараторе клеток Haemonetics MCS+. Полученные аутолимфоциты в концентрации 400-1000 клеток/мл вводились в бедренную артерию пораженной конечности, трехкратно с интервалом 48 часов. Перед введением аутолимфоцитов вводили препараты, предотвращающие спастическую реакцию артериальной стенки (Но-шпа, баралгин). Эффективность лечения оценивалась с помощью реолимфографии и лимфосцинтиграфии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

После проведения соответствующего лечения антропометрические исследования показали снижение окружности конечностей во всех группах. Наибольшее среднее уменьшение окружности зарегистрировано во II группе ($4,4 \pm 0,6$ см), в меньшей степени в I группе ($3,2 \pm 0,3$).

Реолимфографические показатели изменились следующим образом: у пациентов, получивших курс консервативной терапии скорость оттока лимфы на пораженной конечности составила $0,26 \pm 0,03$ Ом/сек до начала лечения и $0,36 \pm 0,06$ Ом/сек после его завершения. В группе пациентов, получивших курс внутриартериальных инъекций аутолимфоцитов, отмечается тенденция к возрастанию показателей скорости оттока лимфы.

В группе пациентов, находившихся на консервативной терапии, скорость тока крови по периферическим венам до начала лечения на пораженной конечности составляла $0,33 \pm 0,09$ Ом/сек, после проведенной терапии она увеличилась до $0,44 \pm 0,08$ Ом/сек. До внутриартериального введения аутолимфоцитов на пораженной конечности скорость тока крови по периферическим венам составляла $0,35 \pm 0,06$ Ом/сек, после проведенной терапии показатели скорости тока крови возросли до $0,54 \pm 0,09$ Ом/сек.

Показатели объема периферической лимфы в группе пациентов, получавших курс консервативной терапии на пораженной конечности до начала лечения зафиксированы на уровне $0,18 \pm 0,04$ Ом и $0,27 \pm 0,07$ Ом после его окончания. В группе пациентов, получавших курс внутриартериальных инъекций на пораженной конечности объем периферической лимфы составил $0,16 \pm 0,07$ Ом до проведения лечения и $0,34 \pm 0,05$ Ом после проведенной терапии.

Объем венозной крови в периферических венах в группе пациентов, получавших курс консервативной терапии, на пораженной конечности составлял $0,17 \pm 0,03$ Ом до начала лечения и $0,22 \pm 0,04$ Ом после проведенной терапии. До внутриартериального введения аутолимфоцитов на пораженной конечности объем крови в периферических венах составил $0,13 \pm 0,03$ Ом, после проведенной терапии показатели объема крови возросли до $0,26 \pm 0,06$ Ом.

ВЫВОДЫ

Включение в терапию лимфедемы нижних конечностей лимфоцитозереза и внутриартериального введения аутолимфоцитов позволяет более эффективно восстановить нарушения лимфо- и кровообращения, приводит к более быстрому и стойкому уменьшению отека пораженной конечности и улучшению качества жизни пациентов.

А.В. Красноперов, А.В. Карпович

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Одним из важнейших факторов успеха оперативной коррекции запирающей функции анального сфинктера является физиологичность выбранного способа реконструктивной операции. В этой связи необходимо адекватно и всесторонне оценить функциональные возможности анального канала прямой кишки в предоперационном периоде.

ЦЕЛЬ

Разработать критерии выбора варианта восстановительной сфинктеропластики у пациентов с анальной инконтиненцией на основании результатов аноректальной манометрии и профилометрии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основным методом диагностики анальной инконтиненции, помимо пальцевого исследования и проктографии, в нашем исследовании являлась аноректальная манометрия. Исследование проводилось на 12-тиканальной диагностической системе Polygraf ID (Швеция) компании Medtronic с помощью восьмиканального водно-перфузионного катетера. Манометрические датчики на конце катетера располагаются на одном уровне и ориентированы радиально в плоскости под углом 45 градусов. Основным тестом явилось протягивание (pull-through) катетера через ампулу и анальный канал прямой кишки с помощью пуллера со скоростью 1 см/сек. Глубина установки катетера для всех исследований стандартизована — 10 см, при этом датчик № 1 ориентирован в сторону копчика. Тест проводился для каждого пациента трижды: в условиях покоя, при волевом сокращении анального сфинктера и при натуживании. Показания датчиков катетера обрабатывались на компьютере с помощью программного обеспечения Polygraf net (tm) версии 3.1.1.419a в операционной системе Windows XP. Данная программа помимо цифровых показателей давления и построения манометрических кривых позволяет создавать трехмерную модель исследуемого участка на основании полученных результатов. Критериями недостаточности являлись давления покоя в области анального сфинктера менее 50 мм рт. ст. и/или прирост давления при волевом усилии менее 25 % от исходного. Для определения хирургической тактики учитывалась как степень выраженности манометрических отклонений, так и их протяженность и ориентация в пространстве. Оперативное лечение включало три варианта стандартных операций: сфинктеропластику — сшивание краев мышцы в месте разрыва или рубца бок-в-бок; леваторосфинктеропластику (переднюю или заднюю) — подшивание мышцы-леватора ануса к передней или задней полуокружности анального сфинктера и глутеосфинктеропластику (левую и/или правую) — перекрестное подшивание волокон большой ягодичной мышцы с одной из сторон. Результаты оперативного лечения оценивались по субъективным критериям, а также с помощью контрольной аноректальной манометрии в ранние (до 6 мес.) и отдаленные (1 — 3 года) сроки.