

фоне НХ значения БТГ были не достоверно выше контроля ($p > 0,05$), то при наличии ГХ у данной группы больных уровень БТГ в плазме крови был выше контроля в 1,4 раза ($p < 0,05$) и в 1,2 раза ($p < 0,05$) значений полученных у пациентов с НХ. В группе больных ИБС и АГ III степени, риск 4, с НХ концентрация БТГ в плазме крови была выше контроля в 1,4 раза ($p < 0,05$) и в 1,2 раза выше ($p < 0,05$), чем значения БТГ у больных ИБС и АГ II степени с НХ. При наличии у этой группы пациентов ГХ значения БТГ были выше контроля в 1,7 раза ($p < 0,05$), выше значений аналогичной группы без патологии липидного обмена и значений БТГ, полученных у лиц с ИБС и АГ II степени с ГХ в 1,2 раза ($p < 0,05$).

Неудовлетворительные результаты хирургического лечения ИБС многие авторы связывают с техническими трудностями выполнения коронарных анастомозов из-за малого диаметра коронарных артерий [1]; другие авторы причины своих неудач связывают с часто встречающимся у женщин диффузным поражением коронарных артерий [2]. И лишь немногие работы, выходящие из кардиологических клиник, рассматривают вопросы, связанные с активностью атеротромботического процесса, нарушением показателей тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза [11] и связь этих процессов с последующим осложнением в виде формирования атеросклеротических бляшек и отдаленных последствий, особенно в группе больных с тяжелой степенью АГ.

В основе патогенеза развития тромбов ведущую роль играет активация тромбоцитов, при участии которых и развиваются эпизоды атеротромбоза, в том числе и у пациентов, которым было выполнено АКШ. Поражение ранее наложенных кондуитов у обследованных пациентов связано с наличием у большинства пациентов повышенного уровня общего холестерина и липопротеидов низкой плотности в плазме крови, что приводит к развитию атеросклеротических поражений сосудистой стенки. Патогенетический механизм таких поражений является ответом на эндотелиальное повреждение стенок сосудов [9, 7]. Моноциты проникают в интиму, затем дифференцируются в макрофаги, которые утилизируют минимально модифицированные или окисленные ЛПНП-частицы и превращаются в пенистые клетки [5]. Образующиеся на ранних стадиях развития коронарной и церебральной болезней агрегаты тромбоцитов вызывают микротромбирование и (как следствие) нарушают коронарный и церебральный кровоток. Установлено, что повышение адгезивно-агрегационной функции тромбоцитов является фактором, predisposing к развитию тромбозов, образованию агрегатов тромбоцитов, блокирующих кровоток в капиллярах и вызывающих нарушения транкапиллярного обмена [10].

Молекулярным маркером глубины вовлечения тромбоцитов в механизмы активации первичного гемостаза является увеличение концентрации в плазме 4ПФ и БТГ, которые являются маркерами внутрисосудистой активации и деструкции кровяных пластинок [12]. Таким образом, активация тромбоцитов – ключевой момент в патогенезе сердечно-сосудистых осложнений, определяющий выраженность нарушений кровоснабжения органов и тканей (сердце, головной мозг, периферические сосуды).

Заключение. После проведения операции АКШ у пациентов с АГ было зафиксировано стабильно высокое содержание 4ПФ и БТГ во всех группах пациентов, и достоверно превышавшее эти показатели у лиц контрольной группы. Это свидетельствует о продолжающихся процессах активации тромбоцитов и вовлечении их в процессы тромбообразования, чему способствует наличие у больных таких сопутствующих заболеваний, как АГ.

Данные изменения в функциональном состоянии тромбоцитов у прооперированных больных, несомненно, ведут к развитию ранних окклюзий аортокоронарных шунтов. Это еще раз подчеркивает необходимость обязательного назначения анти-тромботической терапии всем пациентам, прооперированным по поводу стеноза коронарных артерий.

Литература

1. Беленков Ю. Н. и др. // Кардиол.– 2001.– №1.– С.4–10.
2. Жбанов И. В. и др. // Кардиол.– 2000.– № 9.– С. 4–11.
3. Карпов Р.С., Дудко В.А. // Клини. медицина.– 1999.– № 12.– С. 9–13.
4. Малая Л.Т. и др. Эндотелиальная дисфункция при патологии сердечно-сосудистой системы.– Харьков: Торсинг, 2002.– 432 с.

5. Поливода С.Н., Черепок А.А. // Укр. ревмат. ж.– 2000.– №1.– С.13–18.

6. Шуцулко Б. И. Артериальная гипертензия.– СПб: Ренкор, 2001.– 382 с.

7. Цимбалова Т.Е. и др. Система гемостаза и артериальная гипертензия.– 2000.– 211с.

8. Funiak S. et al. // J. Hum. Hypertens.– 1995.– № 8.– P. 705.

9. Gil W. // Perfusion.– 2001.– Jan;16(1):27-35.

10. Lee KW et al. // Blood.– 2005.– Vol.105.– P. 526–532

11. Li N. et al. // J. of Thrombosis and Haemostasis.– 2003.– Vol. 1.– P. 470.

12. LipG. et al. // Am. J. Cardiol.– 1997.– Vol.80(12)– P. 1566.

УДК 616.329

НОВЫЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

А.Г. АБДУЛСАМЕДОВ, А.Н. РОБАК, В.И. РУЧКИН*

Ахалазия пищевода (АП) – это хроническое нейромышечное заболевание всей гладкой мускулатуры пищевода, проявляющееся отсутствием рефлексорного раскрытия кардии при глотании, а также расширением, изменением формы вышерасположенных отделов пищевода, нарушением его тонуса и перистальтики. По частоте среди всех болезней пищевода АП занимает 3-е место после рака и стриктуры. Среди населения европейских стран частота этой патологии составляет 0.5–0.8% [1].

Этиопатогенез болезни недостаточно изучен. При лечении АП применяются консервативные и хирургические методы лечения. К консервативным методам лечения относят медикаментозную терапию и кардиодилатацию. Медикаментозная терапия результативна лишь в начальных стадиях и даёт непродолжительный эффект [3]. Кардиодилатация является наиболее доступным и широко применяемым методом лечения АП. Непосредственные хорошие результаты достигаются у 55–80% больных [4, 5]. Однако уже через год дисфагия отсутствует лишь у 60% пациентов, а через 5 лет более чем у половины больных отмечается рецидив заболевания [6]. Кроме того, повторные сеансы кардиодилатации способствуют развитию интерстициального фиброза, кардиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, травматического дивертикула, а также наиболее опасного осложнения – перфорации пищевода, – частота которого достигает до 15% [7, 8]. Хирургические методы лечения этого заболевания многочисленны. Предложено >60 способов хирургического лечения АП, но среди них нет ни одного без рецидивов дисфагии [2]. Поэтому продолжается поиск новых методов хирургического лечения АП с целью улучшить непосредственные и отдалённые результаты.

Цель работы – анализ применения предлагаемого нами нового метода оперативного лечения ахалазии пищевода.

Материал и методы. С 2003 года в отделение хирургии ОКБ г.Кургана прооперированно 21 пациент с АП по разработанной нами методике. В качестве оперативного доступа используется верхнесрединная лапаротомия с обходом пупка слева. Рассекается брюшина над абдоминальным отделом пищевода в поперечном направлении. Выполняется мобилизация пищевода в области его сужения, кардии и дна желудка. Рассекают мышечную оболочку пищевода, начиная от расширенной его части, и продолжают разрез книзу, на всю длину рубцово-измененной части пищевода с захватом мышечной оболочки кардии.

Выполняют неполную эзофагофундопликацию – заднюю стенку дна желудка подшивают к правому краю рассеченной мышечной оболочки, а переднюю стенку – к левому краю, тем самым формируется манжета из желудка вокруг абдоминального отдела пищевода на 270–300°. На обнаженную слизистую укладывают сетчатый имплантат (специально сплетенная сетка из никелид-титановой проволоки Ø90 мкм) и подшивают к краям рассеченной мышечной оболочки, закрывая полностью дефект на пищеводе и желудке (рис.).

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде каких либо осложнений мы не наблюдали. В отдалённые сроки (от 6 месяцев до 3 лет) изучены результаты у 18 пациентов. После

* Областная клиническая больница, г. Курган. Кафедра «Клинических дисциплин» ФПК и ИПС ТюмГМА, г. Курган

проведённых обследований, результаты хирургического лечения расценены нами как хорошие у 14 (77.8%) больных. Дисфагия и регургитация исчезли. Рентгенологически кардия была проходима для густой бариевой смеси, пищевод уменьшился в размерах, определялся газовый пузырь. Субъективно все пациенты оценивали своё состояние как «отличное» и «хорошее». У 3 (16.6%) пациентов результаты лечения расценены как удовлетворительные. При быстром приёме пищи и в нервно-стрессовых ситуациях отмечалась дисфагия, боли за грудиной, что потребовало соблюдения щадящей диеты и режима питания.

У одного пациента (5.6%) через год появился рецидив заболевания. Жалобы прошли после курса кардиодилатации. Для оценки эффективности метода нами проведено сравнение с группой больных (25), оперированных в нашей клинике с 1995 по 2003 года традиционными способами. В этой группе в раннем периоде также серьёзных осложнений не отмечено.

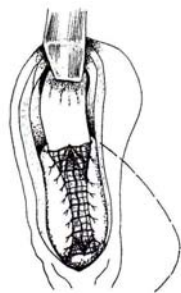


Рис. Схема разработанной операции. Окончательный вид

В отдалённые сроки хорошие результаты лечения получены у 17 (68%) больных, удовлетворительные – у 5 (20%). У 3 (12%) пациентов результаты лечения признаны неудовлетворительными – выявлен рецидив заболевания, что явилось причиной повторного оперативного вмешательства у двух пациентов. У третьего жалобы прошли после проведения кардиодилатации.

Выводы. На основании сравнительного анализа результатов лечения в обеих группах можно сделать вывод о большей эффективности разработанной нами операции по сравнению с традиционными методами.

Литература

1. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Болезни пищевода. – М: Триада-Х, 2000. – С. 78–85.
2. Гаджиев А.Н. // Анн. хирургии – 2000. – №1. – С. 26–32.
3. Hoogerwerf W.A., Pasricha P.J. // Gastrointest Endosc Clin N Am. – 2001. – Vol 2. – P. 311–324.
4. West R.L. et al. // Am J Gastroenterol. 2002. – Vol. 97. – P. 1346–1351.
5. Kharrat J. et al. // Tunis Med 2003. – Vol 81. – P. 864–869
6. Gockel I. et al. // Am Surg. 2005. – Vol 71. – P 128–131.
7. Braghetto I. et al. // Rev Med Chil. 2002. – Vol 130. – P. 1055–1066.
8. Scatton O. et al. // Gastroenterol Clin Biol. – 2002. – Vol 26. – P. 883–887.

УДК: 616-089:616-441-006.5:611-018.1

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОМНИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ УЗЛОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.В. ИВАНОВ, С.Н. ЖАБИН, О.С. ГОРБАЧЕВА, В.С. БАРСУКОВ, Е.А. МАСАЛОВА*

Хирургическое вмешательство является обязательным этапом при лечении злокачественных опухолей щитовидной железы (ЩЖ). Однако значительное количество оперативных вмешательств выполняется больным с подозрением на карциному, у которых после исследования удаленной ткани ЩЖ морфолог

приходит к заключению о наличии у пациента доброкачественного процесса. [2–3]. Обычно это происходит, когда на основании заключения цитолога, по результатам исследования биоптата, полученного при тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) узла, пациенту устанавливается сомнительный диагноз. Это создает серьезные проблемы для врача, определяющего тактику лечения у больного [1]. Подавляющее большинство клиницистов придерживаются активной тактики в отношении этой категории пациентов, производя оперативное вмешательство всем больным с сомнительными результатами ТАБ. Практически отсутствуют критерии, позволяющие выделить среди этой категории пациентов лиц, относящихся к группам «высокого» или «низкого» риска, что могло бы позволить осуществлять дифференцированную тактику при лечении. Все это указывает на необходимость анализа диагностических методов в комплексе с цитологическим исследованием, которые позволят сделать диагностику более точной и избежать напрасных оперативных вмешательств у значительного количества больных с узловыми образованиями в ЩЖ.

Материалы и методы. Материалом для исследования стал анализ комплексного обследования и хирургического лечения 297 больных с предварительным клиническим диагнозом «Узловой нетоксический зоб». Это были пациенты, находившиеся в клинике хирургических болезней №1 КГМУ на базе отделения общей хирургии Курской ОКБ в период с 2001 по 2006 гг.

Всем больным выполнялся стандартный диагностический алгоритм, в рамки которого была включена в обязательном порядке ТАБ. Полученный материал исследовался цитологом. Для нашей работы отбирались пациенты с сомнительными (предположительными) цитологическими заключениями, к которым относится аденоматоз как в изолированном виде, так и в сочетании с другими вариантами цитологических заключений. Мы изучили частоту встречаемости зло- и доброкачественных заболеваний ЩЖ на основании сравнения совокупности клинических и инструментальных дооперационных методов исследования и результатов гистологического исследования препаратов ЩЖ, удаленных при оперативном вмешательстве у 297 пациентов.

Все полученные данные подвергались статистической обработке. Достоверность различий абсолютных показателей и в процентах от контрольного уровня определяли разностным методом вариационной статистики с нахождением: критерия Стьюдента (t), вероятности возможной ошибки (p) по таблицам Стьюдента (различия оценивали как достоверные, начиная с $p < 0,05$); диагностического коэффициента (ДК = $\pm$); критерия информативности Кульбака (I) с построением нормограммы (диагностическая ценность при $I \geq 0,5$). При нахождении критерия информативности Кульбака $> 0,5$, вычислялся диагностический коэффициент. Положительный ДК от +1 до +13 соответствует риску наличия необходимого признака от 55 до 95% соответственно. ДК с отрицательным знаком «-» от -1 до -13 снижает степень возникновения риска признака с 45 до 5%. Процент риска вычисляется при построении нормограммы, причем значения ДК могут быть как меньше -13, так и больше +13, что соответствует снижению или росту процента вероятности < 5 или > 95 соответственно. Результаты гистологического исследования группы больных, прооперированных по поводу узлового зоба, в период с 2001 по 2006 гг. с сомнительными цитологическими заключениями см. в табл. 1.

Таблица 1

Результаты гистологического исследования группы больных с сомнительными цитологическими заключениями

Гистологическая структура	Кол-во	%
Узловой коллоидный зоб (УКЗ)	88	29,6%
Аденома фолликулярная	177	59,6%
Злокачественная опухоль, всего	32	10,8%
В том числе:		
Папиллярный	31	10,4%
Фолликулярный	1	0,3%
ИТОГО	n=297	100%

Исходя из общепринятых показаний к оперативному лечению, все пациенты (n=297) были разделены по окончательным гистологическим заключениям на две группы: I группа – больные с доброкачественными заболеваниями ЩЖ (узловой коллоидный зоб, аденома); II группа – больные со злокачественными новооб-

* Курский ГМУ, кафедра хирургии №1