

и гомеостаз женщин в целом, обеспечивает обезболивающий эффект, улучшает регионарное кровообращение, обладает гормонокорригирующим и иммуномодулирующим действием, восстанавливает репродуктивную функцию и улучшает качество жизни, а также предотвращает развитие рецидивов в катамнезе за 1 год.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баскаков В. П., Цвелев Ю. В., Кира Е. Ф. Эндометриозная болезнь. СПб: ООО «Издательство Н-Л», 2002. – 452 с.
2. Ищенко А. И., Кудрина Е. А. и др. Современные проблемы наружного генитального эндометриоза // Акушерство и гинекол., 2007. – № 5. – С. 67–72.
3. Кулишева Т. В., Маслов Д. Г. и соавт. Общая магнитотерапия у женщин с климактерическим синдромом // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. – 2007. – № 2. – С. 43–45.
4. Мануйленко О. В. Применение системной магнитотерапии в комплексном лечении внутреннего эндометриоза у женщин репродуктивного возраста. – Н. Новгород, 2006. – 24 с.

5. Низкочастотная магнитотерапия: Материалы Международной науч.-практ. конференции «Применение магнитных полей в медицине», 25–26 октября 2000 г., Оренбург / Под ред. В. С. Улащика. – Минск, 2001.

6. Назаров В. М., Жилыев В. А., Ефремов В. А. Низкочастотная магнитотерапия // Материалы междунаучно-практич. конфер. «Применение магнитных полей в медицине», 25–26 окт 2000 г., Оренбург / Под ред. В. С. Улащика. – Минск, 2001. – С. 37–38.

6. Овсиенко А. Б., Урвачева Е. Е., Градиль Н. П., Албасова А. В., Луговая Л. П. Терапия распространенных форм генитального эндометриоза природными факторами // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 439.

7. Сидорова И. С., Коган Е. А., Унанян А. Л. Эндометриоз тела матки и яичников. – М.: Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова, 2007. – 22 с.

Поступила 21.09.2009

П. В. МАРКОВ¹, В. И. ОНОПРИЕВ², С. П. ГРИГОРОВ², И. В. ФОМЕНКО¹

ПЛАСТИКА ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ ИЗ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

¹ ФГУ «Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии Росздрава»,
350086, Россия, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167;

² кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС КГМУ,
350063, Россия, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: pvmarkov@mail.ru; тел. +7-918-439-39-11

Разработаны, изучены в эксперименте и внедрены в клинику оригинальные технологии пластики гепатикохоледох аутотрансплантатом из червеобразного отростка. Оперировано 14 больных в возрасте от 16 до 66 лет. Показаниями служили доброкачественные стриктуры и заболевания гепатикохоледох. Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 2 пациентов в виде точечной несостоятельности анастомоза между общим печеночным протоком и аппендиксом, которые купированы на повторных операциях. Специфических осложнений, связанных с перемещением аппендикса в подпеченочное пространство, не отмечено. В сроки от 1 до 9 лет получены хорошие результаты. По данным рентгенологического, ультразвукового, биохимического и морфологического исследований явлений холестаза и холангита не обнаружено ни у одного пациента.

Ключевые слова: стриктуры внепеченочных желчных протоков, пластика внепеченочных желчных протоков, червеобразный отросток.

P. V. MARKOV¹, V. I. ONOPRIEV², S. P. GRIGOROV², I. V. FOMENKO¹

THE PLASTIC OF COMMON BILE DUCT BY AN AUTOGRAFT FROM THE APPENDIX VERMIFORMIS

¹FSI «Russian Center of Functional Surgical Gastroenterology Roszdrav»,
Russia, 350086, Krasnodar, str. 1 May, 167;

²Department of surgery № 1 FPK and PPS of the Kuban State Medical University,
Russia, 350063, Krasnodar, str. Sedin, 4. E-mail: pvmarkov@mail.ru; tel. +7-918-439-39-11

The original plastic technologies of a common bile duct by an auto graft from the appendix are developed, studied during an experiment and introduced in the clinic. Fourteen patients at the age of 16–66 are operated. The benign strictures and diseases of a common bile duct served as indications. In the early postoperative period two patients had some complications in the form of a dot inconsistency of an anastomosis between hepatic ducts and the appendix, which are cut short during reoperation. Any specific complications connected with the use of the appendix aren't remarked. In terms from 1 till 9 years good results are achieved. According to the radiological, ultrasonic, biochemical and morphological researches none of the patients had any cholestasis and holangitis phenomena.

Keywords: bile duct injuries, biliary reconstruction, appendiceal conduit.

Вопросы пластики внепеченочных желчных протоков (ВЖП) при последствиях их ятрогенных повреждений (стриктуры, наружные и внутренние патологические желчные свищи) в настоящее время приобретают

особую актуальность в связи со значительным увеличением числа выполняемых холецистэктомий. Так как частота повреждения протоков во время традиционной холецистэктомии составляет, по данным большинства

авторов, 0,2%, а после лапароскопических вмешательств несколько выше – до 0,6% [9, 14], растет число больных, нуждающихся в адекватном восстановлении пассажа желчи в кишечник.

Большинство авторов в настоящее время предпочитают выполнять реконструктивные операции, оптимальной среди которых считают формирование гепатикозентероанастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки [1, 2, 10, 13]. Операция получила распространение в связи с относительно удовлетворительными результатами. Однако с физиологической точки зрения оптимальным методом восстановления желчеоттока является использование восстановительных операций с организацией поступления желчи в двенадцатиперстную кишку (ДПК). Нельзя не согласиться с высказыванием А. А. Шалимова [5] о том, что, несмотря на сложность таких вмешательств, «каждый хирург должен стремиться использовать все возможности, чтобы восстановить естественный желчеток».

Выбор способа пластики и использование для пластических целей различных трансплантатов представляют собой нелегкую задачу. Для успешного функционирования трансплантат не должен подвергаться рубцовому перерождению, сужению, способствовать беспрепятственному току желчи в ДПК и одновременно препятствовать рефлюксу дуоденального содержимого в желчные протоки. Этим требованиям может отвечать червеобразный отросток. Впервые использовать его в качестве аутооттрансплантата для ВЖП предложил G. Molineus в 1913 году, который осуществил данное вмешательство на трупах [11]. В зарубежной печати имеются отдельные сообщения об использовании аппендикса для пластики ВЖП у детей в основном при атрезии желчевыводящих путей и кистах холедоха [6, 7, 8, 12]. Разработку технологии и первую успешную операцию у взрослых при стриктуре гепатикоеюноанастомоза осуществил В. И. Оноприев в 1998 г., и в дальнейшем эта технология стала в клинике операцией выбора при пластике ВЖП.

Материалы и методы

Материалом для настоящего исследования послужили результаты хронического эксперимента на 12 беспородных собаках весом от 6 до 18 кг, анатомо-топографического исследования на 10 трупах людей и морфофункциональных исследований в клинике, проведенных у 14 больных. Использованы следующие методы исследования: биохимические исследования крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ), фибродуоденоскопия, рентгенологические методы (ретроградная холангиография, фистулография, чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), контрастная рентгеноскопия желудка и ДПК). Морфологическому исследованию в эксперименте подверглись стенки слепой кишки и трансплантата, анастомозы последнего с желчным пузырем и ДПК, ткань печени; в клинике – биоптаты слизистой и все слои стенки аппендикулярного трансплантата (окраска гематоксилин-эозин). Наличие гликопротеинов (ГП) в слизистой оболочке слепой кишки собаки, аппендикса человека в норме и трансплантата определяли гистохимически, окрашивая препараты ШИК-реакцией (нейтральные ГП), ализановым синим при pH 2,5 (сиалогликопротеины) и при pH 1 (кислые сульфатированные ГП).

Целью экспериментальной части работы были отработка отдельных технических моментов операции и

изучение влияния желчи на слизистую оболочку илеоцекальной зоны.

Методика эксперимента: перевязывали и пересекали дистальную часть холедоха. Отсекали терминальную часть слепой кишки длиной 4–5 см с сохранением ее брыжейки. Подготовленный таким образом трансплантат перемещали в подпеченочное пространство, где располагали его изоперистальтически по отношению к направлению тока желчи. Формировали анастомозы между верхушкой слепой кишки и желчным пузырем и основанием слепой кишки и ДПК. Использовали прецизионный однорядный серозно-мышечно-подслизистый шов монофиламентным рассасывающимся шовным материалом (PDS 5/0). Животных выводили из эксперимента в сроки до 30 суток, 60–90 суток, 120–180 суток.

Технология пластики ВЖП червеобразным отростком в клинике включала следующие этапы [4]. В зависимости от патологии готовили к анастомозированию концы желчных протоков. Мобилизовали правую половину ободочной кишки и илеоцекальный угол вместе с аппендиксом, который перемещали в подпеченочное пространство. Рассекали листки брюшины у основания аппендикса, сохраняя основной ствол аппендикулярной артерии. У основания отросток пересекали, культю перевязывали и погружали в купол слепой кишки кисетным швом. Аппендикс располагали в подпеченочном пространстве изоперистальтически по отношению к направлению тока желчи. Верхушку отростка косо резецировали, удаляя большую часть стенки по противобрыжечному краю. Через трансплантат проводили тонкий, перфорированный на всем протяжении дренаж из силикона, один конец которого в последующем устанавливали выше проксимального анастомоза в правый или левый долевого проток (либо выводили транспеченочно), второй – в ДПК. Дренаж был необходим во время раннего послеоперационного периода для обеспечения свободного оттока желчи в условиях воспаления и отека слизистой трансплантата и зон анастомозов.

Анастомозы формировали прецизионным однорядным узловым серозно-мышечно-подслизистым швом синтетической рассасывающейся монофиламентной нитью 5/0–6/0 на атравматичной игле (PDS). После наложения анастомозов трансплантат фиксировали в подпеченочном пространстве отдельными швами-связками, захватывая в них бессосудистые участки брюшины брыжейки аппендикса, ткани гепатодуоденальной связки или стенку ДПК. На заключительном этапе выполняли тщательную оментизацию трансплантата и всего подпеченочного пространства прядями большого сальника.

Технология разработана в двух основных вариантах. В первом – трансплантат из аппендикса помещался между концом общего печеночного протока и концом холедоха, таким образом, в желчеток включали БДС (рис. 1а). При втором варианте, когда не было возможности использовать дистальную часть холедоха, основание аппендикса анастомозировали с вертикальной ветвью ДПК (рис. 1б).

В зависимости от состояния общего печеночного протока анастомоз между последним и трансплантатом также формировался в двух вариантах: по типу «конец в конец» и «конец в бок». Второй тип анастомоза использовался при наличии широкого общего печеночного протока, а также в случаях, когда необходимо было формировать анастомоз на уровне бифуркации, а в одном случае – и трифуркации долевого печеночного протока.

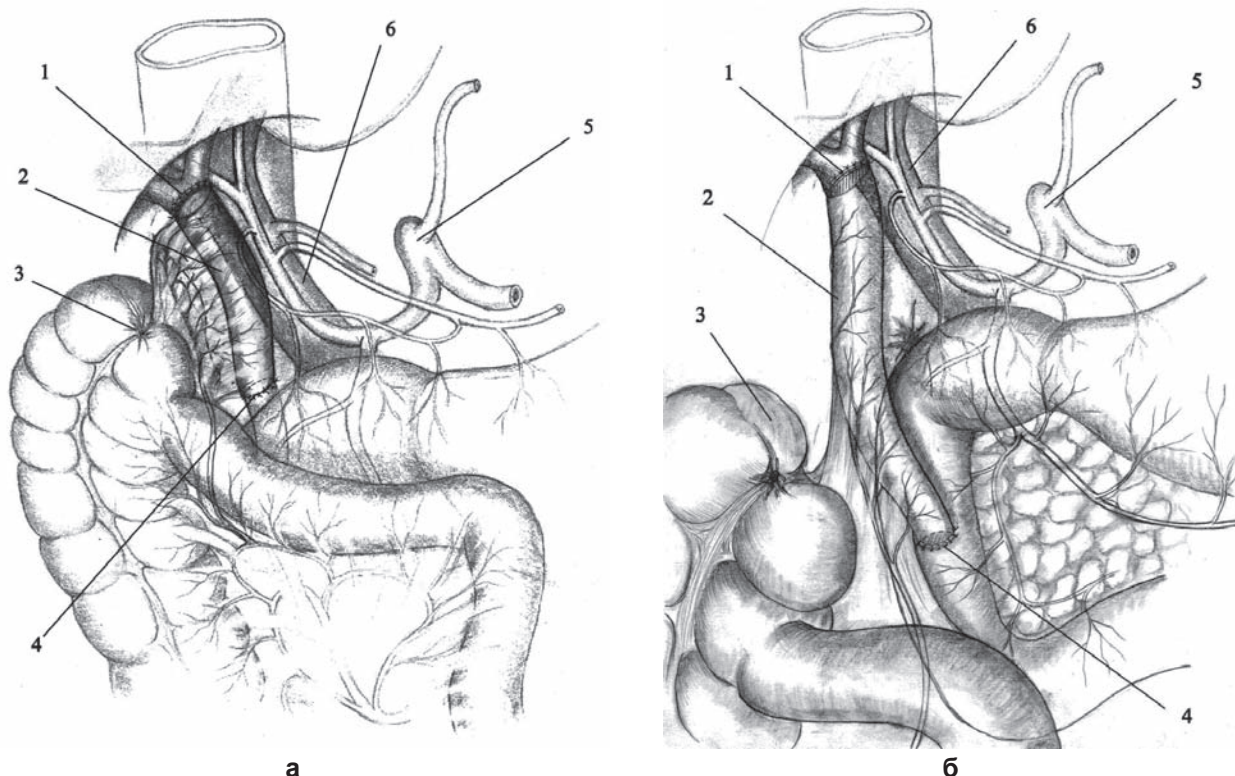


Рис. 1. Пластическое замещение общего печечно-желчного протока червеобразным отростком: а) с включением дистального отрезка холедоха и БДС, б) с дистальным анастомозом с ДПК:

1 – анастомоз между общим печеночным протоком и аппендиксом (проксимальный анастомоз); 2 – трансплантат (червеобразный отросток); 3 – купол слепой кишки; 4 – анастомоз между аппендиксом и холедохом (а) или ДПК (б) (дистальный анастомоз); 5 – чревный ствол; воротная вена; 6 – воротная вена

Оперировано 14 больных (12 женщин, 2 мужчин) в возрасте от 16 до 66 лет. Показанием к операции у 12 пациентов послужили стриктуры гепатикохоледоха со свищами, у 1 больной – длительно текущий хронический холангит и холелитиаз после наложенного ранее (в возрасте 8 лет) цистохоледохозентероанастомоза на отключенной по Ру петле кишки по поводу врожденной кисты холедоха, и еще у 1 больной пластика выполнена после резекции гепатикохоледоха с полным наружным дренированием долевых печеночных протоков по поводу доброкачественного новообразования.

Проксимальный анастомоз между общим печеночным протоком и трансплантатом сформирован по типу «конец в бок» у 7 пациентов. У 6 больных дистальный анастомоз сформирован с концом холедоха с включением в пассаж желчи БДС, у 8 – с вертикальной ветвью ДПК.

Результаты

В эксперименте установлено, что анастомозы между желчным пузырем и слепой кишкой заживали первичным натяжением без образования грубого рубца по линии шва. Средний диаметр созданного соустья на момент формирования составил $11,9 \pm 0,5$ мм, а на секции – $10,6 \pm 0,4$ мм. Таким образом, достоверной разницы в диаметре анастомозов не обнаружено ($p > 0,05$). У всех животных трансплантат сохранял жизнеспособность и обеспечивал свободное поступление желчи в ДПК, что подтверждалось отсутствием клинических, биохимических и морфологических признаков холестаза на всем протяжении эксперимента. Транс-

плантат сохранял типичное строение слепой кишки. При морфометрическом изучении слоев стенки трансплантата статистически значимых изменений по сравнению со стенкой слепой кишки в норме в отдаленные сроки эксперимента не происходило.

При гистохимическом изучении различных составляющих слизистого барьера слепой кишки установлено, что в слизистой трансплантата сохранены все ГП. Содержание нейтральных ГП в трансплантате выше, чем в слизистой слепой кишки в норме.

В результате анатомо-топографического исследования на трупах людей выяснено, что аппендикс может быть беспрепятственно перемещен в подпеченочное пространство после бессосудистой мобилизации правой половины ободочной кишки и илеоцекального угла. Достигнуть достаточной подвижности аппендикса по отношению к илеоцекальному углу можно без нарушения его кровоснабжения путем рассечения листков брюшины корня его брыжейки.

При применении технологии в клинике летальных исходов не было. Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 2 пациентов в виде точечной несостоятельности проксимального анастомоза. В обоих случаях с ними удалось справиться при повторных операциях. В первом случае анастомоз снят и выполнено полное раздельное наружное дренирование общего печеночного протока и трансплантата. Через 3 месяца выполнено реанастомозирование печеночного протока с аппендиксом. При обследовании через 6 лет состояние больной хорошее, жалоб нет.

Таблица 1

Оценка отдаленных результатов по шкале J. Terblanche et al. (1990)

Срок наблюдения Группы	Через 1 год (n=13)	Через 3 года (n=11)	Более 5 лет (n=7)
I (нет жалоб и нормальная функция печени)	8	8	5
II (преходящие симптомы)	4	2	1
III (есть жалобы при обследовании и/или ухудшающаяся функция печени)	1	1	1
IV (рецидив стриктуры)	-	-	-

Таблица 2

Показатели пигментного, белкового обмена и холестаза

Срок п/о Показатель	3 мес. (n = 14) (M±m)	6 мес. (n = 14) (M±m)	1 год (n = 13) (M±m)	3 года (n = 11) (M±m)	> 5 лет (n = 7) (M±m)
Билирубин, мкмоль/л	19,4±1,2	17,6±2	14,1±1,5	16,3±1,1	18,7±1,7
АСТ, мкмоль/(ч·мл)	0,23±0,05	0,22±0,03	0,17±0,04	0,13±0,02	0,16±0,03
АЛТ, мкмоль/(ч·мл)	0,35±0,07	0,37±0,08	0,38±0,07	0,24±0,05	0,39±0,12
Щелочная фосфатаза, нмоль/(с·л)	613,8 ±81,7	597,8 ±65,9	551,6 ±53,1	512,0 ±53,5	485,8 ±74,1
Общий белок, г/л	68,4±1,2	68,8±1,6	70,7±2,1	73,7±1,8	69,0±2,3

В другом случае на релапаротомии в точечный дефект, образовавшийся в результате прорезывания одного шва, установлен тонкий дренаж, который выведен наружу. Сформировался неполный наружный желчный свищ, который самостоятельно не закрывался. Больная повторно оперирована через 2,5 года. Выявлено вовлечение зоны гепатикотрансплантатоанастомоза в рубцовый процесс, зона анастомоза была подтянута и плотно фиксирована к ткани печени по висцеральной поверхности в направлении стояния наружного дренажа таким образом, что между осями общего печеночного протока и аппендиксом сформировался угол 60°, открытый медиально. После прецизионного выделения зоны анастомоза из сращений обнаружено, что просвет его диаметром 8 мм, дефект, соответствующий стоявшей дренажной трубке, – 4 мм. При исследовании дистального анастомоза сужений и нарушений проходимости на его уровне не обнаружено. В области дефекта проксимального анастомоза прецизионно иссечены рубцово-измененные стенки. Дефект анастомоза ликвидирован наложением нескольких прецизионных серозно-мышечно-подслизистых швов. Больная выздоровела, при контрольном осмотре через 7 лет – здорова.

Следует отметить, что ни в раннем послеоперационном периоде, ни в отдаленные сроки после операции не наблюдалось каких-либо специфических осложнений, связанных с перемещением аппендикса в подпеченочное пространство и выполнением им новой функции. Отдаленные результаты лечения оценены в сроки от 1 до 9 лет (табл. 1).

В течение первого года после операции одна больная выбыла из числа группы наблюдения, так как у нее был диагностирован рак дистального отдела холедоха, и спустя 10 месяцев после пластики она

была оперирована в объеме панкреатодуоденальной резекции. Среди оставшихся под наблюдением 13 пациентов вернулись к труду или к обычной жизни 11 человек. Двое больных находятся на III группе инвалидности.

При проведении клинических, биохимических, инструментальных методов обследования у всех больных на протяжении всего срока наблюдения отсутствовали признаки холестаза (табл. 2).

С помощью рентгенологических методов исследования удалось детально изучить вновь созданную анатомию и функциональное состояние ВЖП и трансплантата (рис. 2). Во все сроки наблюдения не отмечено стриктур в зонах анастомозов. Контрастное вещество беспрепятственно эвакуировалось через трансплантат в ДПК. У 1 больной с аппендикодуоденальным анастомозом рентгенологически отмечен рефлюкс контрастного вещества в трансплантат, однако желчного дерева контраст не достигал.

По данным УЗИ у 50% пациентов с аппендикодуоденальным анастомозом наблюдалась аэробилия при нормальных биохимических показателях функционального состояния печени и отсутствии признаков холангита. В группе с дистальным аппендикохоледоханоанастомозом аэробилия встречалась реже: лишь у 1 из 5 обследованных.

Морфологические исследования трансплантата проведены путем изучения биоптатов слизистой, а также у двух больных изучены все слои стенки аппендикса, взятые на повторных операциях в сроки 10 месяцев и 2,5 года после пластики. В первом случае препарат был получен после удаления дистальной половины трансплантата вместе с блоком органов во время выполнения панкреатодуоденальной резекции по поводу опухоли терминального отдела холедоха.

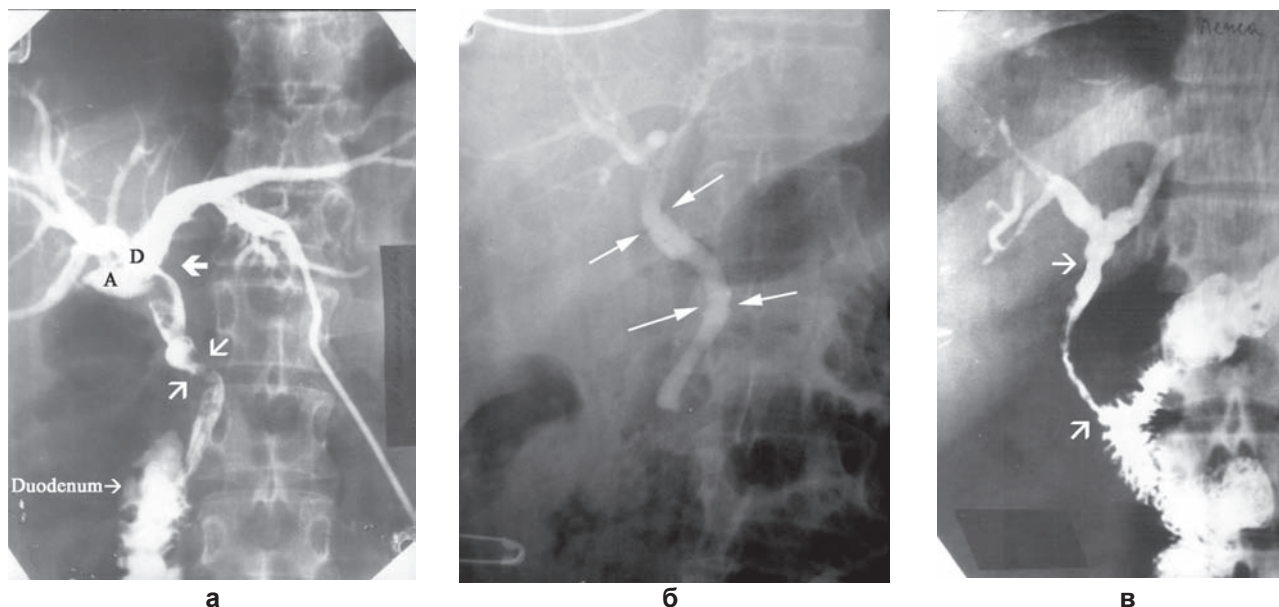


Рис. 2. Рентгенанатомия после пластики ВЖП червеобразным отростком:

а), б) – пластика с включением БДС, в) – дистальный анастомоз с ДПК; а) – проксимальный анастомоз типа «конец в бок»

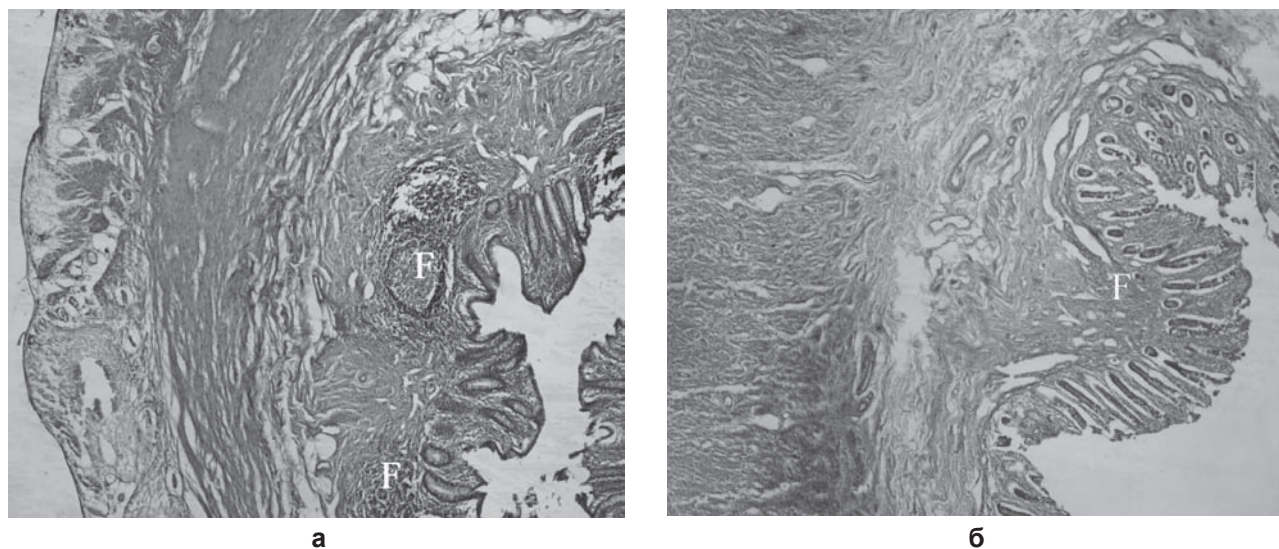


Рис. 3. Стенка нормального аппендикса (а) и трансплантата (б) через 10 месяцев после пластики. F – фолликул в подслизистом слое. Г-Э, х40

Во втором – участок стенки был иссечен во время закрытия неполного наружного желчного свища в области гепатикоаппендикоеанастомоза через 2,5 года после пластики.

Установлено, что трансплантат сохраняет свое характерное морфологическое строение (рис. 3). Сохраняется полноценная слизистая оболочка толстокишечного типа строения. Подвергается редукции лимфоидный аппарат подслизистого слоя отростка. Наблюдаются умеренная нейтрофильно-клеточная инфильтрация и незначительные склеротические изменения в подслизистом и мышечных слоях трансплантата (рис. 3).

Гистохимическая оценка наличия различных типов ГП в слизистой оболочке показала, что в отдаленные сроки после операции сохранена продукция всех типов ГП. Количество нейтральных ГП, являю-

щихся основным компонентом защитного слизистого барьера, в трансплантате выше, чем в нормальном аппендиксе.

Обсуждение

В проведенном A. Delarue et al. [7] ретроспективном многоцентровом исследовании результатов пластики ВЖП червеобразным отростком у детей в 7 европейских педиатрических центрах дается негативная оценка способа из-за серьезных осложнений: из 33 детей умерло 2, один – от некроза трансплантата, другой – от кишечного кровотечения. Имели место перекут трансплантата с явлениями непроходимости в одном случае, у одного ребенка – стеноз трансплантата. В 3 случаях в течение 1 года после операции у пациентов сохранялись явления холестаза при полной анатомической проходимости трансплантата, которые исчезли при выполнении гепатикоеюностомии

на отключенной по Ру петле кишки. Однако все эти осложнения, по нашему мнению, были связаны с техническими погрешностями при выполнении операций из-за недостаточно отработанных технологических моментов.

Как показали наши исследования, червеобразный отросток можно переместить в подпеченочное пространство без нарушения кровоснабжения в нем. Наличие собственной брыжейки достаточной длины в подавляющем большинстве случаев позволяет расположить его оптимальным образом по ходу гепатодуоденальной связки. Размеры червеобразного отростка у большинства людей соответствуют по диаметру и длине ВЖП. Имея стенку, состоящую из серозной, мышечной и слизистой оболочки, он оптимально отвечает требованиям в качестве трансплантата гепатикохоледоха. Наличие слизистой оболочки, покрытой кишечным эпителием с хорошо выраженным подслизистым слоем, создает благоприятные условия для заживления билиоаппендикеоанастомоза с минимальным риском развития несостоятельности и стриктуры. Мышечная оболочка червеобразного отростка, состоящая из продольного и циркулярного слоев, способна к активной перистальтике. Эти морфофункциональные факты убеждают нас в том, что трансплантат из червеобразного отростка будет активно участвовать в продвижении желчи из печеночных протоков в ДПК и препятствовать рефлюксу дуоденального содержимого. Последнее особенно важно в том случае, когда невозможно включить в желчеток дистальную часть холедоха и использовать арефлюксный механизм большого дуоденального сосочка. Но для успешного исхода вмешательства необходима надежная фиксация трансплантата, а также перемещенной слепой и восходящей ободочной кишки в подпеченочном пространстве с помощью создания «связочного» аппарата и тщательной оментизации. Это предотвращает возникновение перегибов, перекрутов трансплантата и развитие грубого межорганного спаечного процесса.

На стадии отработки методики мы также имели 2 осложнения, обусловленных, несомненно, техническими погрешностями выполнения операции в виде несостоятельности билиотрансплантатоанастомоза, которые успешно купированы. Все наши пациенты были оперированы на фоне предварительно купированных явлений холестаза: у 11 имелись адекватно функционирующие наружные желчные свищи, у 3 проведена интенсивная предоперационная консервативная терапия холангита. При обследовании в ближайшие и отдаленные сроки после пластики (до 9 лет) клинических и лабораторных явлений холестаза не обнаружено ни в одном случае.

Безусловно, пластическое восстановление ВЖП трансплантатом из червеобразного отростка – сложное оперативное вмешательство, которое может выполнить лишь высококвалифицированный специалист, имеющий большой опыт в гепатобилиарной хирургии. Большое значение имеет прецизионная техника выполнения всех этапов операции, особенно подготовки трансплантата и наложения анастомозов. При этом необходимо использовать элементы микрохирургической техники, применять только монофиламентный рассасывающийся шовный материал на

атравматических иглах, прецизионный однорядный шов с широким захватом подслизистой основы, что гарантирует надежность создаваемых соустьев и заживление их первичным натяжением без риска рубцевания и сужения в последующем [3]. Сложность и продолжительность вмешательства оправдываются хорошими функциональными отдаленными результатами.

Полученный нами первый положительный опыт использования червеобразного отростка в качестве аутоотрансплантата ВЖП позволяет надеяться на успех дальнейших исследований в этом направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э. И., Чевокин А. Ю., Дюжева Т. Г., Гармаев Б. Г. Выбор метода операции в зависимости от типа высокой рубцовой стриктуры печеночных протоков // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2003. – Т. 8. № 2. – С. 86–87.
2. Лабия А. И., Багмет Н. Н., Ратникова Н. П., Скипенко О. Г. Результаты хирургического лечения доброкачественных стриктур внепеченочных желчных протоков // *Хирургия*. – 2007. – № 6. – С. 26–29.
3. Малярчук В. И., Пауткин Ю. Ф. Современный шовный материал и прецизионная техника шва в хирургии доброкачественных заболеваний внепеченочных желчных протоков. – М.: изд-во РУДН, 2000. – 201 с.
4. Патент РФ № 2173958. Оноприев В. И., Марков П. В., Григоров С. П. // Способ пластики внепеченочных желчных протоков, заявка № 2000115161, заявлено 09.06.2000; опублик. 27.09.01. Бюл. № 27.
5. Шалимов А. А., Шалимов С. А., Ничитайло М. Е., Доманский Б. В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. – Киев: Здоровье, 1993. – 512 с.
6. Crombleholme T. M., Harrison M. R., Langer J. C., Longaker M. T. Biliary appendico-duodenostomy: a nonrefluxing conduit for biliary reconstruction // *J Pediatr Surg*. – 1989. – Vol. 24 (7). – P. 665–672.
7. Delarue A., Chappuis J. P., Esposito C. et al. Is the appendix graft suitable for routine biliary surgery in children? // *J Pediatr Surg*. – 2000. – Vol. 35 (9). – P. 1312–1318.
8. Delarue A., Guys J. M. Auto transplantation of the vermiform appendix // *Surgery*. – 2002. – Vol. 131 (4). – P. 474–475.
9. Dolan J. P., Diggs B. S., Sheppard B. C., Hunter J. G. Ten-year trend in the national volume of bile duct injuries requiring operative repair // *Surg Endosc*. – 2005, Jul. – Vol. 19 (7). – P. 967–973.
10. Mercado M. A., Chan C., Orozco H., Villalta J. M., Barajas-Olivas A., Eraña J., Domínguez I. Long-term evaluation of biliary reconstruction after partial resection of segments IV and V in iatrogenic injuries // *J Gastrointest Surg*. – 2006, Jan. – Vol. 10 (1). – P. 77–82.
11. Molineux G. Über die Möglichkeit eines Choledochusersatzes durch Einpflanzung des Processus vermiformis // *Dtsch. Z. Chir*. – 1913. – Vol. 121. – P. 447.
12. Valla J. S. Hepaticoportocaval anastomosis // *J. Pediatr. Surg*. – 1988. – Vol. 23 (11). – P. 1057–1058.
13. Schmidt S. C., Langrehr J. M., Hintze R. E., Neuhaus P. Long-term results and risk factors influencing outcome of major bile duct injuries following cholecystectomy // *Br J Surg*. – 2005, Jan. – Vol. 92 (1). – P. 76–82.
14. Slater K., Strong R. W., Wall D. R., Lynch S. V. Iatrogenic bile duct injury: the scourge of laparoscopic cholecystectomy // *ANZ J Surg*. – 2002, Feb. – Vol. 72 (2). – P. 83–88.

Поступила 17.09.2009

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТАМЕРИТА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

¹ГОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»,
Россия, 362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40.
E-mail: marinamorgoeva@mail.ru. Тел. 8-928-493-21-44;

³ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»,
²кафедра фундаментальной и клинической биохимии,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: drpaulson@mail.ru, тел. 8-988-243-36-37

Исследовалось влияние препарата «тамерит» на показатели системы «про-/антиоксиданты» и выраженность синдрома эндогенной интоксикации у больных с онкологической патологией толстой кишки. Отмечена положительная динамика развития послеоперационного периода на фоне дополнительного включения в традиционные схемы лечения препарата «тамерит».

Ключевые слова: рак, тамерит, прооксидантно-антиоксидантный баланс.

A. E. MORGOEV¹, I. I. PAVLUCHEV², S. G. PAVLENKO³, S. R. FEDOSOV², V. I. SHEVCHUK², K. I. MELKONIAN²

POSSIBILITIES OF TAMERIT USAGE FOR PREVENTION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AT ELDERLY PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER

¹Nord-Ossetian state medical academy,
Russia, 362019, Vladikavkaz, st. Pushkinskaya, 40. E-mail: marinamorgoeva@mail.ru, tel. 8-928-493-21-44;

³Department of fundamental and
²clinical biochemistry of Kuban State Medical University,
Russia, 350063, Krasnodar, st. Sedina, 4. E-mail: drpaulson@mail.ru, tel. 8-988-243-36-37

Influence of Tamerit on prooxidative-antioxidative system and expressiveness of endogenous intoxications at patients with oncological pathology of thick gut is investigated. Positive dynamics of the postoperative period development against additional inclusion Tamerit in traditional treatment's schemes were observed.

Key words: cancer, tamerit, prooxidative-antioxidative system.

Введение

Изменения в иммунной системе онкологических больных чрезвычайно сложны и характеризуются дисбалансом различных ее звеньев [1, 7]. Снижение некоторых иммунологических показателей часто проявляется у больных с генерализованным процессом, подвергшихся в процессе противоопухолевого лечения цитостатической терапии, лучевой терапии, оперативному вмешательству [2, 6]. Эти виды лечения способствуют различным нарушениям иммунитета. Очень часто у этой группы диагностируется вторичный иммунодефицит. Тип вторичного иммунодефицита, возникающий при проведении агрессивного химиотерапевтического противоопухолевого лечения, относится к комбинированному [5]. При хирургическом вмешательстве разнообразные стресс-агенты, метаболиты и анестетики вызывают снижение количества циркулирующих активных лимфоцитов, а также их гипопункцию. При таком состоянии массивной лимфопении развивается вторичный иммунодефицит, относящийся по механизмам взаимодействия к гуморальному вторичному иммунодефициту [3, 4].

Для минимизации негативных последствий оперативного вмешательства целесообразно применять в периоперационном периоде медикаментозные средства, обладающие свойствами неспецифической защиты организма, на основании их иммуномодулирующих,

антиоксидантных, антигипоксантных и противовоспалительных свойств. К данной группе препаратов относят галовит и тамерит, которые представляют комбинацию синтетических производных фталгидрозида. В результате использования этих препаратов повышается резистентность организма к инфекционным заболеваниям и опухолевому росту.

Однако необходимо отметить, что результатов многоплановых наблюдений регуляторных эффектов тамерита в отношении системы антиоксидантной защиты организма в практике лечения онкологических больных в литературе практически нет. В связи с этим для изучения влияния на показатели системы «про-/антиоксиданты» у больных-опухоленосителей он был использован в комплексном лечении хирургических больных с колоректальным раком (КРР).

Методика исследования

Использование тамерита основывалось на общих схемах его применения. Анализ подверглись показатели крови, отражающие наличие дисбаланса в системе «про-/антиоксиданты» и выраженность проявлений окислительного стресса, 26 оперированных больных, получавших тамерит в периоперационном периоде в дополнение к традиционному лечению (основная группа) и 20 больных, получавших традиционную базисную терапию (группа сравнения). Контролем служили