

кие, биохимические, бактериологические показатели анализов крови и мочи к моменту выписки. Средний возраст составил $43 \pm 2,6$ года. Больных первичным хроническим пиелонефритом — 11 человек, вторичным (на фоне аномалий развития почек, нефроптоза, операций на почках в анамнезе) — 35 пациентов.

Больные были разделены методом рандомизации на 3 группы. Первая группа — 18 больных, принимала «Нефрофит» в течение 28 дней. Вторая группа — 16 пациентов, принимала препарат сравнения — «Канефрон Н» в течение этого же промежутка времени. Третья группа больных — 12 человек являлась контрольной, эти больные не принимали никаких лекарственных препаратов после проведенного курса лечения по поводу обострения заболевания. Восстановительное лечение назначали сразу после окончания курса активной комплексной терапии острого воспалительного процесса.

Проводилось сравнение основных клинических и биохимических показателей до и после восстановительного лечения, определялись характеристики важнейших эффекторов воспаления — нейтрофилов крови и оценивались показатели НСТ-теста.

Отдаленные результаты лечения определяли в течение года по наличию обострений воспалительного процесса в результате динамического диспансерного наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При оценке влияния фитопрепаратов на течение восстановительного периода после обострения заболевания было установлено, что они способствуют снижению генерации активных форм кислорода в нейтрофилах. Так, после лечения, в первой группе больных показатели НСТ-теста снижались с $16,8 \pm 0,86$ до $9,1 \pm 0,54$ баллов ($p < 0,01$), во второй — с $17,1 \pm 0,74$ до $10,8 \pm 0,61$ баллов ($p < 0,05$). В третьей группе показатели снизились с $16,9 \pm 0,67$ до $13,9 \pm 0,45$ баллов (различия недостоверны). Клинические и биохимические показатели анализов крови и мочи не претерпевали существенных изменений.

При изучении отдаленных результатов выявлено, что у 3-х пациентов третьей группы, показатели НСТ-теста которых были наиболее высоки, перенесли обострение воспалительного процесса в ближайшие 2–3 месяца, в 1 и 2 группах таких пациентов было по одному человеку. Однако, в более отдаленном периоде, через 6–12 месяцев, число обострений хронического пиелонефрита было: в 1 группе — 2 человека, во 2 группе — 3 человека, в третьей группе — 1. Данный факт может служить обоснованием для проведения повторных курсов фитотерапии в течение года.

ВЫВОДЫ

1. «Нефрофит» является эффективным лекарственным средством при профилактическом лечении больных хроническим пиелонефритом и превосходит препарат сравнения «Канефрон Н».
2. НСТ-тест можно использовать как маркер прогнозирования инфекционно-воспалительных обострений у больных хроническим пиелонефритом.
3. Прием фитопрепаратов способствует уменьшению числа обострений хронического воспалительного процесса только в ближайшем периоде, в связи с чем целесообразны повторные курсы фитотерапии в течение года.

А.В. Карпович

ПОКАЗАНИЯ К СОХРАНЕНИЮ ДОБАВОЧНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛУДКЕ И ПИЩЕВОДЕ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

ВВЕДЕНИЕ

В артериальном кровоснабжении печени кроме основной собственной печеночной артерии участвует вариантная добавочная печеночная артерия (ДПА). При хирургических манипуляциях в области малого сальника во время операций по поводу органических заболеваний желудка и пищевода может происходить пересечение этой артерии с развитием сегментарного некроза левой доли печени в раннем послеоперационном периоде.

Цель: разработать объективный метод оценки гемодинамического эффекта ДПА на кровоснабжение левой доли печени и определить критерии к ее сохранению.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования стали больные раком желудка и пищевода, у которых интраоперационно была выявлена добавочная печеночная артерия в элементах малого сальника. Для определе-

ния гемодинамического эффекта ДПА на кровоснабжение левой доли печени во время операции с помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) проводили измерение микроциркуляции с поверхности левой доли печени в течение 5 минут при отсутствии дополнительного механического и медикаментозного воздействия на ткань и сосуды печени. После этого накладывали сосудистую клипсу на ДПА и продолжали запись показателей микроциркуляции в течение 20 минут. При их снижении на 50 % расценивали присутствие ДПА гемодинамически значимым в кровоснабжении левой доли печени и стремились ее сохранить. При этом следует отметить, что в этом случае наиболее значительное снижение показателя микроциркуляции (25 % и более от исходного) отмечалось в первые 5 минут, что может служить прогностически неблагоприятным фактором в оценке кровоснабжения левой доли печени и требует сохранения дополнительного источника. При снижении показателей микроциркуляции на 20 % и менее в первые 5 минут после пережатия ДПА, не наблюдалось его дальнейшего снижения в последующие 15 минут, а чаще даже наоборот, отмечалось постепенная стабилизация, что может свидетельствовать о достаточном числе внутривенных коллатералей, необходимых для сохранения жизнеспособности ткани левой доли печени при пересечении ДПА. В последнем случае всем пациентам выполнялась расширенная лимфодиссекция с перевязкой левой желудочной артерией у истока. В послеоперационном периоде оценивалось состояние пациентов и функция печени с помощью лабораторных методов (контроль биохимических показателей крови), ультразвукового исследования и компьютерной томографии. В качестве контрольной группы выступали пациенты, не имевшие ДПА и оперированные по традиционной методике.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В период с января 2004 года по декабрь 2005 года прооперировано 56 больных раком желудка и 10 больных раком пищевода, из этого числа интраоперационно ДПА была выявлена у 15 больных раком желудка и 3 — раком пищевода. При обследовании предлагаемым способом у 9 больных раком желудка и 2-х больных раком пищевода отмечено снижение показателя микроциркуляции более 25 % (в среднем на 28 %, диапазон 25 — 33 %) в первые пять минут после наложения сосудистой клипсы. У этих пациентов мы сохранили добавочную печеночную артерию с диссекцией левой желудочной артерии дистальнее места ее отхождения. У остальных 6 больных раком желудка и одного больного раком пищевода отмечалось снижение показателя микроциркуляции на 20 % и менее в первые 5 минут после пережатия ДПА. В качестве контроля у этой группы мы продолжили мониторинг еще в течение 15 минут: дальнейшего снижения показателя микроциркуляции не отмечалось. У этих пациентов артерия была перевязана у истока и удалена единым блоком с лимфатическими узлами.

В послеоперационном периоде не умер ни один из 18 включенных в исследование пациентов. При выполнении УЗИ и компьютерной томографии в ранние сроки после операции (7 и 30 суток) в группе с сохраненной ДПА (11 пациентов) и пересеченной (7 пациентов) дополнительных объемных образований в печени выявлено не было. При анализе уровня сывороточных трансаминаз у всех пациентов в группе с пересеченной ДПА с первых суток отмечалось повышение уровня АЛАТ и АсАТ в 1,5 — 2 раза от исходных значений с максимумом на 3 — 4 сутки. При этом у всех пациентов отсутствовали признаки печеночной патологии в дооперационном периоде, а показатели системы гемостаза и уровень билирубина не отличались от таковых у пациентов с сохраненной ДПА. Выявленные отклонения пришли в норму у всех пациентов на 8 — 9 сутки после операции на фоне инфузионной и гепатопротективной терапии. Функциональные печеночные показатели в группе с сохраненной ДПА не отличались от таковых в контрольной группе. Прочие общехирургические осложнения не были связаны с выполненной нами манипуляцией и наблюдались: пневмония — у 2 (11,1 %) пациентов, обострение тромбоза вен нижних конечностей — у 3 (16,7 %) пациентов, анемия легкой и средней степени — у 6 (33,3 %) пациентов, формирование подкапсульной гематомы селезенки — у 1 (5,6 %) пациентов и развитие ранней спаечной кишечной непроходимости — у 1 (5,6 %) пациента. Последние два осложнения потребовали повторного оперативного вмешательства, остальные купировались консервативными мероприятиями.

ВЫВОД

Таким образом, предлагаемый способ оценки гемодинамического эффекта ДПА при операциях на пищеводе и желудке позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений, связанных с сегментарным некрозом печени.