

в дозе 100 мг/сут. Однако применение сертралина только по схеме 100:50:100:50 вызывает 50%-ное снижение показателей ШГ начиная с 15-х суток. При всех других вариантах лечения такой эффект наблюдался только на 30-е сутки и не по всем показателям. На основании анализа всех полученных данных нами предпринята попытка разработать алгоритм подбора дозировки сертралина и предложить алгоритм принятия решения при выборе терапевтической тактики при лечении ТФР женщин с КС. Этот алгоритм представлен на рисунке. После диагностики ТФР у женщин без наличия КС может быть использована СПТФ с применением антидепрессанта амитриптилина в дозе 100 мг/сут. В этом случае значительный лечебный эффект достигается через 3 недели назначения препарата, и больные могут быть переведены на амбулаторное лечение амитриптилином.

Если установлено, что у женщин с КС возникло ТФР, то следует оценить их состояние с помощью количественной шкалы ШГ и назначить сертралин в дозе 100 мг/сут. В дальнейшем в конце каждой недели лечения проводится обследование с помощью ШГ и на основании изменения показателя суммы симптомов в баллах принимается решение об изменении дозы сертралина. Если сумма баллов снижается более чем на 1,0 балла за неделю, то доза сертралина уменьшается до 50 мг/сут., что и происходит у наибольшего количества пациенток к концу 1-й недели. Если сумма баллов снижается меньше чем на 0,75–0,85 балла за неделю, что мы наблюдали в конце 2-й недели, то доза увеличивается до 100 мг/сут. Такое контрольное тестирование проводится и в конце 3-й недели, что в основном приводило к снижению дозировки сертралина до 50 мг/сут. на 4-ю неделю лечения. Такой подход позволял переводить пациентов на амбулаторное лечение.

Обсуждение

Селективный ингибитор обратного захвата серотонина сертралин предпочтителен для коррекции ТФР у женщин с КС. Его применение требует динамического контроля уровня снижения симптоматики для своевременного изменения дозировок. Рекомендуемый диапазон доз препарата: 50–100 мг/сут. Его следует

назначать в соответствии с разработанной методикой мониторингирования качества лечения на основе суммы показателей шкалы тревоги Гамильтона.

Поступила 10.11.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнян А. В. Нарушение гипоталамической регуляции репродуктивной функции при воздействии нейротоксического соединения и мелатонина / А. В. Арутюнян, М. Г. Степанов, Г. О. Керкешко, Э. К. Айламазян // Журнал акушерства и женских болезней. 2003. Вып. 2. С. 77–84.
2. Дюкова Г. М. Состояние психовегетативной и сексуальной сферы женщин в перименопаузе / Г. М. Дюкова, В. П. Сметник, Н. А. Назарова // Руководство по климактерию: Системные изменения, профилактика и коррекция климактерических расстройств / Под ред. В. И. Кулакова. М.: Мед. информ. агентство. 2001. С. 361–383.
3. Коколина В. Ф. Репродуктивное здоровье девочек и девушек-подростков в современных условиях // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. 2006. № 1. С. 6–11.
4. Тювина Н. А. Особенности клиники и дифференциальной диагностики психических нарушений у женщин в период климактерия / Н. А. Тювина, В. В. Балабанова // Медицинская помощь. 1999. № 6. С. 18–21.
5. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating // Br. J. Med. Psychol. 1959. Vol. 32. P. 50–55.
6. Morrison A. S. 8 Internac. Congress on Menopause section "Brain Functional an HRT". Sydney, 1996.
7. Wilcoxon F. Individual Comparison by Ranking Methods // Wilcoxon F. Biometrika Bulletin, 1945. № 1. P. 80–83.

**T. E. LOPATINA,
K. M. REZNIKOV, O. Y. SHIRYAEV**

ALGORITHM OF CORRECTION OF WOMEN'S ANXIETY DISORDERS IN THE CLIMACTERIC WITH SERTRALIN

90 women with anxiety disorders were examined in the climacteric after sertraline and amitriptylin had been prescribed for them. The algorithm of the sertraline's dosage was elaborate and the logic model of the psychopharmacotherapy of women's anxiety disorders in the climacteric was made.

Key words: anxiety, phobias, psychopharmacotherapy, climacteric syndrome.

A. M. МАНУЙЛОВ, М. П. РАЛКА

ПРЕЦИЗИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ОПУХОЛЯМИ ПЕЧЕНИ

*Кафедра хирургии, урологии, травматологии и ортопедии ФПК и ППС
Кубанского государственного медицинского университета*

У каждого третьего онкологического больного независимо от локализации первичной опухоли обнаруживается метастатический рак печени (МРП), а при локализации первичного очага в системе воротной вены (ВВ) выявляется более чем у половины больных [4].

Без лечения медиана выживаемости находится в пределах 2–6 месяцев [2, 5]. Хирургическое ле-

чение является золотым стандартом у больных с МРП, но резекция возможна менее чем у 40% пациентов [1, 3].

Мы видим перспективу в широком применении экономных, органосохраняющих резекций при лечении больных с МРП и сочетанном использовании прецизионных хирургических технологий (ПХТ).

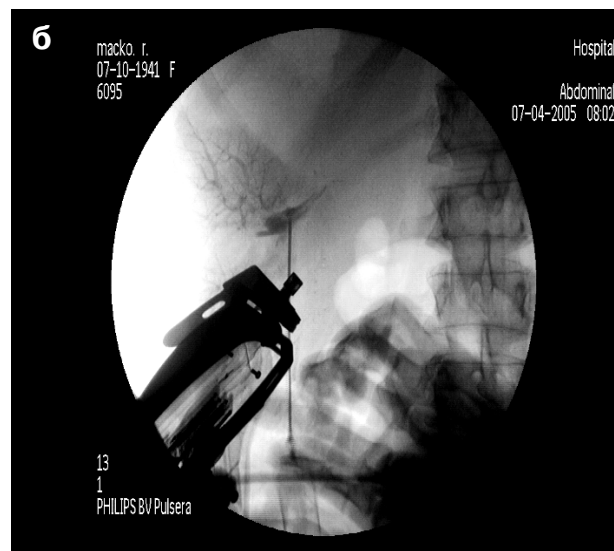
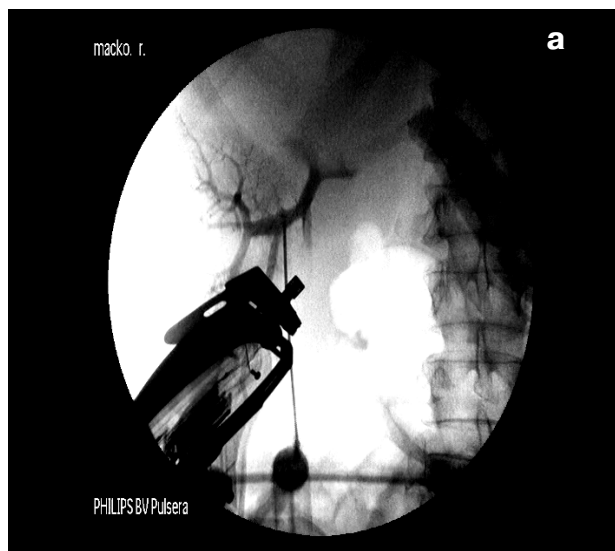


Рис. 1. Портограммы б-ой М. с метастатическим поражением VI и VII сегментов печени

Примечание: а – обзорная портограмма, выполненная до эмболизации;
б – портограмма после селективной эмболизации ветвей воротной вены VI и VII сегментов.

Также актуально внедрение методов рентгенэндоваскулярной хирургии в качестве подготовительного этапа, облегчающего последующее выполнение экономных резекций, когда затруднена дифференцировка анатомических ориентиров сегментов на поверхности печени.

Материалы и методы

Был обобщен опыт клинического и инструментального обследования с последующим хирургическим лечением – резекцией печени 27 больных с МРП, находившихся на лечении в хирургических отделениях КККБ, КОД и 2-й ГБ МУЗ КМЛДО с 2000 по 2005 г.

Контрольную группу составили 14 человек, которым выполнялись атипичные экономные резекции печени. В этой группе для профилактики и уменьшения интраоперационной кровопотери активно использовался прием Прингла; выделение сосудисто-секреторных элементов осуществлялось методом дигитоклазии с последующим лигированием или прошиванием капроном или полисорбом; применялась аргонная монополярная электрокоагуляция. Резецированная поверхность печени ушивалась отдельными швами по Кузнецову-Пенскому с укрытием культи прядью большого сальника.

Основную группу составили 13 человек, которым выполнялось двухэтапное хирургическое лечение МРП. Первый малоинвазивный этап заключался в пункционной селективной портальной деваскуляризации (ПСПД) пораженных сегментов печени под ультразвуковым и рентгентелевизионным контролем (рис. 1).

Второй этап осуществлялся через 4–5 суток, когда выполнялась экономная резекция печени по демаркационным границам развившейся портальной ишемии. Здесь применялся комплекс ПХТ, включающий: аргонусиленную электрокоагуляцию, ультразвуковой дезинтегратор ткани «CUSA Excel», используемый для диссекции паренхимы, LigaSure™ Vessel Sealing System – для выполнения диссекции и трансекции печени. Для окончательного гемостаза на резецированную поверхность культи печени осуществлялась аппликация клеевой композиции «Тахокомб». Всем больным данной группы выполнялось интра-

операционное ультразвуковое исследование (ИОУЗИ) печени.

Результаты исследования

Постэмболизационный период в основной группе протекал в целом гладко. Было зарегистрировано транзитное повышение трансаминаз крови (у 6 пациентов) и умеренные боли в области правого подреберья (у 9 пациентов).

Эффективность методики ПСПД и применения комплекса ПХТ во время выполнения экономных резекций печени по поводу МРП мы наблюдали уже во время операций. Это проявилось в первую очередь в снижении показателей интраоперационной кровопотери у больных основной группы (650 ± 50 мл против 1400 ± 90 мл в контрольной группе).

Также у пациентов основной группы достоверно реже возникала необходимость в использовании приёма Прингла, развёртывании аппарата «Cell Saver» и гомологичных трансфузиях компонентов крови по сравнению с группой, где во время резекций применялись традиционные хирургические технологии.

Клиническую эффективность двухэтапного хирургического лечения мы определяли, оценивая послеоперационный период по шкале APACHE III (рис. 2).

Высокая оценка в баллах соответствовала тяжело-му течению послеоперационного периода с большей вероятностью развития осложнений.

Из приводимой диаграммы мы видим, что исходная оценка показателей до операции в сравниваемых группах не имела достоверных отличий между собой. Но уже на первые сутки после резекции печени наблюдается достоверное отличие между баллами, набранными основной и контрольной группами ($p < 0,01$), с более высокими показателями в группе контроля, сохраняющимися выше, чем в основной группе, до 7-х суток после резекции. На 9-е и 12-е сутки достоверное отличие между средними значениями исследуемого показателя отсутствует, но в группе двухэтапного хирургического лечения имеется тенденция ($p < 0,09$) к более низким величинам по сравнению с группой контроля. На 14-е сутки послеоперационного периода достоверная разница между баллами,

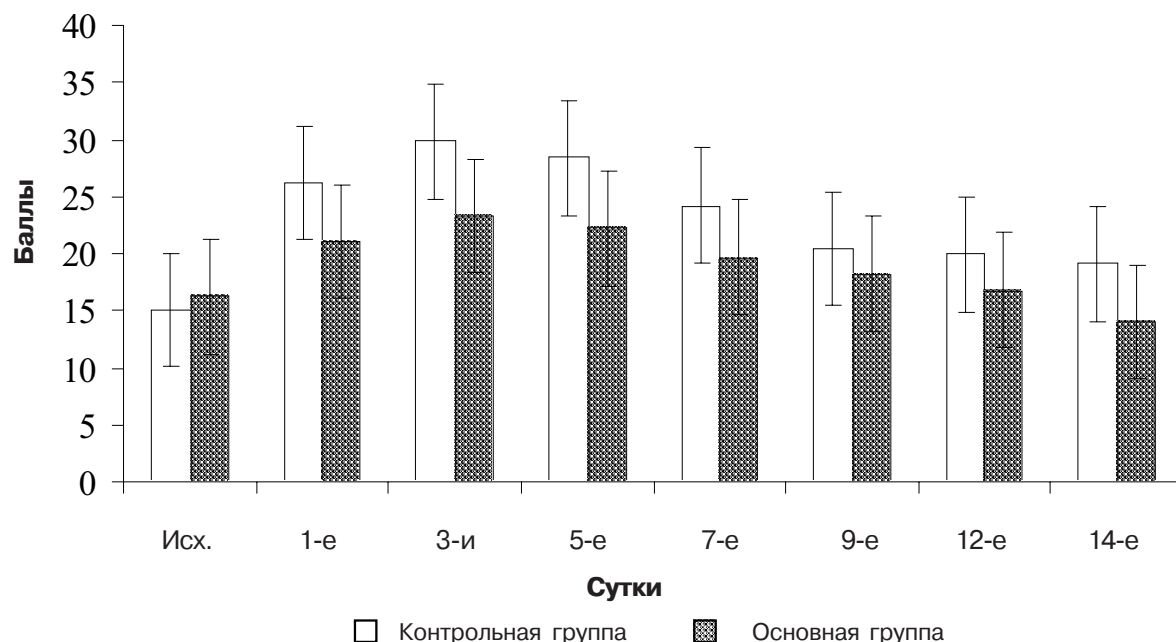


Рис. 2. Динамика общего состояния и основных клинико-лабораторных показателей обследованных пациентов (n=27) в послеоперационном периоде, рассчитанная по шкале APACHE III

набранными пациентами сравниваемых групп, возобновляется также с более низкими значениями в основной группе.

Послеоперационные осложнения различного характера развились у 13 пациентов (92,86%) группы контроля и у 4 пациентов (30,77%) основной группы хирургического лечения. Из них у 9 пациентов (64,29%) группы контроля наблюдались сочетанные осложнения - например, интраоперационная кровопотеря >1000 мл с развитием гипохромной анемии + гематома в зоне резекции. В основной группе сочетанные осложнения развились у 3 пациентов (23,08%). Характер осложнений и их процентное отношение к общему числу пациентов исследуемых групп представлены в таблице.

Как видно из представленной таблицы, основной процент осложнений у больных контрольной группы пришелся на интраоперационное кровотечение (78,57%).

Полиорганная недостаточность развилась в контрольной группе у одного больного 69 лет на 4-е сутки послеоперационного периода. Из сопутствующих заболеваний у этого пациента имелся демпинг-синдром как следствие перенесенной гастрэктомии по поводу первичного рака желудка, а также гипертоническая болезнь II стадии.

Тромбоэмболические осложнения в виде тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии имели место в обеих сравниваемых группах. Они не сыграли существенной роли в прогнозе выживаемости, т. к. оба пациента выжили.

Послеоперационное кровотечение (у 1 пациента) и гематомы в зоне резекции (у 2 пациентов) составили в группе контроля 21,43%. Подобные осложнения связаны с дефектами хирургической техники, и их профилактикой является тщательный гемостаз в плоскости резекции, а также использование «Тахокомба».

Среди всех послеоперационных осложнений сравнительно большой удельный вес заняли гнойно-

воспалительные осложнения, имевшие место у 3 пациентов (21,43%) группы контроля и у 2 (15,39%) в основной группе. В это число мы не включили пациентов с пневмонией и плевритом, т. к. эти заболевания в данном случае были реактивного характера.

В сравниваемых группах, несмотря на довольно таки высокий процент развившихся осложнений, показатели послеоперационной летальности были незначительны.

Так, в основной группе в послеоперационном периоде не было зарегистрировано ни одного случая с летальным исходом, соответственно, показатель послеоперационной летальности составил в этой группе 0%. В контрольной группе летальный исход наступил у двух пациентов, составив 14,29% послеоперационной летальности.

Обсуждение

В ходе исследования мы старались получить как можно больше информации об отношении злокачественных опухолей к магистральным сосудам, особенно к ВВ и ее крупным ветвям. Для этого в дооперационном периоде широко применялось ультразвуковое исследование печени с доплеровским анализом кровотока. Также во всех случаях в основной группе применялось ИОУЗИ печени, которое позволяло достоверно уточнить истинное количество и расположение злокачественных очаговых образований, распространение процесса по сегментам, выявить связь опухоли с сосудами. Полученная информация давала возможность определить оптимальный объем оперативного вмешательства. Маркировка электрокаутером под контролем ИОУЗИ печени границ сегментов (при расположении опухолевых очагов в толще паренхимы печени), мест прохождения основных сосудистых стволов и локализации инвазии опухоли в вену (при наличии таковой) облегчала последующее выполнение оперативных вмешательств.

При этом техника выполнения резекций сводилась

Осложнения, развившиеся после резекций печени у обследованных больных (n=27)

Характер осложнений, чел, (%)	Контрольная группа (n=14)	Основная группа (n=13)
Интраоперационное кровотечение >1000 мл, но ≤ 2000 мл с развитием гипохромной анемии	10 (71,43)	-
Интраоперационное кровотечение >1000 мл, но ≤ 2000 мл с развитием ДВС-синдрома ♦	1 (7,14)	-
Полиорганная недостаточность	1 (7,14)	-
Послеоперационное кровотечение из культи печени	1 (7,14)	-
Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии	1 (7,14)	1 (7,69)
Гематома в зоне резекции	2 (14,29)	-
Билома в зоне резекции	1 (7,14)	1 (7,69)
Абсцессы в зоне резекции	1 (7,14)	-
Подпеченочный абсцесс	1 (7,14)	2 (15,39) *
Наружный желчно-гнойный свищ	1 (7,14)	-
Пневмония, плеврит	2 (14,29)	3 (23,08) *

Примечания: ♦ – синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания;

* – разница статистически достоверна по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$), (difference test),

к фиссуральному способу. Наша методика позволила осуществить выполнение органосохраняющих оперативных вмешательств в объеме сегментэктомии по принципу оперирования «к сосудам», что также упрощало техническое выполнение операций. Так, при воротном способе – «от сосудов» поиск и перевязку глиссоновых элементов, идущих к определенному сегменту, часто нелегко выполнить из-за аномалий строения, спаечного процесса от предшествующих операций, выраженного развития жировой клетчатки в области ворот и других факторов. После выполнения ПСПД линия резекции проходила по макроскопически определяющейся демаркационной линии ишемизированного участка, без нарушения сосудистых и желчеотводящих трактов соседних сегментов.

Проводилась тщательная поэтапная диссекция паренхимы с помощью ультразвукового дезинтегратора ткани и аппарата «LigaSure™». На всех этапах резекции гемостаз дополнялся аргонусиленной коагуляцией. На резецированную поверхность печени апплицировались пластины «Тахокомба» после контрольного пережатия гепатодуоденальной связки.

Такой подход позволил нам свести показатель послеоперационной летальности к 0% и добиться более благоприятного течения послеоперационного периода у пациентов основной группы, что проявилось уменьшением количества и тяжести осложнений по сравнению с группой контроля.

Выводы

1. ПСПД пораженных сегментов, выполненная за 4–5 суток до резекции, является эффективным и безопасным вмешательством, позволяющим определить оптимальный объем удаляемой части печени за счет образования демаркационных границ портальной ишемии и выполнить органосохраняющий вариант хирургического вмешательства.

2. Двухэтапное хирургическое лечение больных с МРП при использовании комплекса ПХТ во время резекций печени и методики ПСПД позволяет свести к 0% после-

операционную летальность и способствует минимизации осложнений в послеоперационном периоде.

Поступила 17.11.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневский В. А., Чжао А. В., Мухаммад М. Хирургическая тактика при метастатическом поражении печени (обзор литературы) // Хирургия. 1998. № 4. С. 57–61.
2. Гранов А. М., Таразов П. Г., Гранов Д. А. Лечение первичного и метастатического рака печени // Ан. хир. гепатол. 1996. Т. 1, № 1. С. 30–37.
3. Патютко Ю. И., Сагайдак И. В. Показания и противопоказания к резекциям печени по поводу метастазов колоректального рака. Ценность факторов прогноза и их классификация // Ан. хир. гепатол. 2003. Т. 8, № 1. С. 10–18.
4. Трапезников Н. Н., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ (Состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность). М., 2001. 99 с.
5. Fong Y., Kemeny N., Paly Ph. et al. Treatment of colorectal cancer // Sem. Surg. Oncol. 1996. Vol. 12, № 2. P. 49–52.

A. M. MANOUILOV, M. P. RALKA

MICROSTRUCTURES TECHNIQUES IN SURGICAL TREATMENT THE PATIENT'S WITH METASTATIC TUMORS OF LIVER

The effective mark has been done the too-stage surgical treatment patients with metastases of liver. The first stage is percutaneous transhepatic portal selective devascularization of segments with metastases of liver has been done ultrasonographic guidance and X-ray control. After the 4–5 days carry out economical resection by determine demarcate portal ischemia with application complex current technology. Comparative analysis carry out with group of patients has been done the one-stage atypical resection by traditional technology.

Key words: a liver, a metastasis, a resection.