

влияния комбинации неблагоприятных факторов, следует отметить специфичность их воздействия на костную систему, так как варикозное расширение вен нижних конечностей встречается одинаково часто в обеих группах.

Вегетососудистая дистония имеет центральное происхождение [1, 2]. У обследованных нами женщин она выявлена в основной группе – у 39,5% женщин, в контрольной – у 20,6% ($p < 0,01$). Полученные данные подтверждают, что одной из главных точек приложения неблагоприятных факторов труда является центральная нервная система, в частности гипоталамус.

Заболеемость диффузно-узловым зобом (ДУЗ), у проводниц пассажирских вагонов достоверно выше, чем в группе контроля и составляет 43,7%, против 27,2% ($p < 0,001$). Важно отметить, что среди заболевания щитовидной железы встречались не только чаще, но и имели более тяжелое течение. Отмечен рост патологии щитовидной железы с увеличением стажа. В первые 5 лет работы на подвижном составе наблюдается явный рост патологии щитовидной железы. При стаже 1-5 лет ДУЗ был выявлен у 28,9% женщин, что в 4,3 раза выше, чем в группе сравнения.

В первые годы работы в виброопасной профессии наблюдается развитие патологических процессов в щитовидной железе [3]. При стаже 6-10 лет патология щитовидной железы встречается в 30,6% против 15,4 группы сравнения ($p < 0,05$). В последующие годы идет уравнивание заболеемости ДУЗ в основной и контрольной группах. При стаже свыше 15 лет наблюдается адаптация организма к неблагоприятным факторам трудового процесса и стабилизация заболеемости.

Среди другой экстрагенитальной патологии у работниц основной группы обнаружена достоверно более высокая заболеемость хроническими холециститами и панкреатитами, что, видимо, можно объяснить нарушениями питания связанными со спецификой работы: несвоевременный прием пищи, стрессовые ситуации, необходимость работы в ночное время. Общая заболеемость патологией органов пищеварения на 1000 работающих составила 1165,7 у работниц подвижного состава, против 845,6 группы сравнения ($p < 0,05$). У работниц подвижного состава, имеющих патологию пищеварительной системы, выявлены более высокие показатели билирубина $16,5 \pm 2,52$, против $13,6 \pm 2,94$ группы сравнения ($p < 0,001$), диастазы $25,0 \pm 4,60$ против $19,8 \pm 5,93$ ($p < 0,001$), АЛат– $0,50 \pm 0,13$ против $0,24 \pm 0,16$ ($p < 0,001$), АСаТ– $0,35 \pm 0,12$ против $0,24 \pm 0,11$ ($p < 0,001$). Данные изменения в показателях свидетельствуют о действии неблагоприятных производственных факторов пищеварительную систему.

Указывается на возможность развития таких заболеваний, как хронический панкреатит и холецистит при действии неблагоприятных факторов труда [4], приводятся данные о высокой заболеемости сердечно-сосудистой системы у работниц подвижного состава, но в нашем исследовании выявлено не было [4–7].

Выводы. У работниц подвижного состава отмечается достоверно чаще, чем в контрольной группе отмечается патология щитовидной железы, составляющая 43,7%, при частоте в группе сравнения 27,2%. Отмечается достоверная значимость в зависимости от стажа работы. У проводниц пассажирских вагонов достоверно чаще, чем в контроле отмечается остеохондроз, составивший 67,1%, при частоте его в контроле 25,0%. Отмечается зависимость остеохондроза от стажа работы проводником. Выявлена достоверно более высокая у проводников железнодорожного транспорта по сравнению с контрольной группой частота заболеваний желудочно-кишечного тракта (1165,7 на 1000 работающих против 845,6). Достоверно чаще у работниц подвижного состава встречается вегетососудистая дистония, свидетельствующая о нарушениях в гипоталамо-гипофизарной системе.

Литература

1. Баянова Л.Р. // Вертеброневрология. – 2002. – №3. – С. 87.
2. Вербовой А.Ф. // Гигиена труда. – 2004. – №3. – С. 39–40.
3. Вильк М.Ф. // Гигиена и санитария. – 2001. – №6. – С. 37.
4. Копцов В.А. и др. // Гигиена и санитария. – 2001. – №1. – С. 38–42.
5. Копировский К. М., Делекторский Н. В. // Гигиена и санитария. – 2001. – №5. – С. 25–27.
6. Кривуля С. и др. // Гигиена и санитария. – 2001. – №4. – С. 34–36.
7. Любченко П. Н., Янышина Е. Н. // Медицина труда и пром. экология. – 2001. – № 6. – С. 15–19

УДК: 616.34-007-43-089.844-006

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОЙ И КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Ю.И. ЗИМИН*

Пластика вентральных грыж является одной из наиболее распространенных операций в абдоминальной хирургии, составляя 10–21% [1] от общего числа операций. Это связано не только с количественным ростом общего числа лапаротомий, но и с увеличением оперативных вмешательств у больных пожилого и старческого возраста. Примерно у 2–15% больных после лапаротомий возникают вентральные грыжи [2], и в связи с возрастающим числом хирургических вмешательств на органах брюшной полости частота послеоперационных вентральных грыж возросла за последнее десятилетие в 9 и более раз [38]. Учитывая распространение данной нозологической формы, проблема хирургической реабилитации является и медицинской, и социально-экономической. Пока нет единой концепции возникновения вентральных послеоперационных грыж и единого мнения по ряду вопросов тактики и техники операции. Вопрос, чему же отдать предпочтение – собственным тканям или инородному материалу.

Специальные исследования, посвященные лечению послеоперационных вентральных грыж у больных со злокачественными новообразованиями с комплексной и комбинированной терапией, немногочисленны. В ряде случаев это связано с тем, что данная проблема «растворяется» в общехирургических стационарах, в ряде случаев видится многими хирургами у данной категории больных неактуальной, в силу неясности прогноза и оперативные вмешательства проводятся только по жизненным показаниям. Но, учитывая улучшающиеся результаты лечения онкобольных в последнее время, вопросы хирургической реабилитации онкобольных с послеоперационными вентральными грыжами с целью улучшения качества жизни имеют немаловажное значение. У больных, которым проводится первичное оперативное вмешательство, имеются такие патологические показатели, как потеря веса, анемия, дистрофические процессы мышечно-апоневротических слоев передней брюшной стенки, что ведет к неполноценности раневого процесса. Наряду с масштабным характером оперативных вмешательств, продолжение лечения специальными методами (лучевая терапия, химиотерапия) позволяет говорить о специфике вентральных грыж у онкобольных.

Несмотря на значительное количество предложенных пластических методов грыжесечений, данная проблема далека от разрешения, что свидетельствует о неудовлетворительных результатах лечения. Для закрытия мышечно-апоневротического дефекта передней брюшной стенки используют синтетические материалы, металлические сетки, алло- и ксенотрансплантаты. Однако использование чужеродного материала нередко является причиной развития инфильтратов, нагноения, свищей, что является предпосылкой возникновения рецидивной грыжи. В последнее время возрастает число работ, посвященных использованию собственной кожи как пластического материала. Данный материал доступен, взятие его с зоны операционной раны проводится без нанесения дополнительной травмы. Достаточная механическая прочность во всех направлениях [4], а содержание комплекса биоактивных веществ способствует улучшению местного гемостаза и стимуляции процессов регенерации [5]. В.Н. Янов [6] называет аутодермальный лоскут «превосходным материалом», преимущества которого перед другими несомненны.

Цель – улучшение результатов лечения онкобольных с послеоперационными вентральными грыжами, имеющих в анамнезе лучевую и химиотерапию, путем хирургической тактики и техники оперативных вмешательств с применением аутодермы.

Материал и методы. Обследовано 37 больных, которым выполнено пластическое пособие с использованием аутодермы. Работа выполнена на базе отделения абдоминальной хирургии Пензенского Облонкодиспансера. Оперированные были женщинами. По возрасту: от 31 года до 40 лет – 1; от 41 года до 50 лет – 2; от 51 года до 60 лет – 16; от 61 года до 70 лет – 15; от 71 года до 80 лет – 3. 23 больным со злокачественными новообразованиями матки (С54) выполнена радикальная пангистерэктомия с последующей лучевой терапией (у 6 – сочетанная лучевая тера-

* Пензенский областной онкологический диспансер

пия). 9 больным со злокачественными новообразованиями яичников (С56) выполнена радикальная пангистерэктомия с химиотерапией (6 курсов). 5 больным проводилось лечение рака молочной железы – радикальная мастэктомия с лучевой (в пред- и послеоперационных периодах) с последующими курсами адъювантной химиотерапии. Вентральные грыжи у последних сформировались до лечения от предшествующих холецистэктомий.

Методика операции: при выполнении герниопластики иссекался лоскут кожи в виде шнура шириной 10-12 мм по всей длине раны. Пластическое пособие проводили в 2 вариантах. В первом варианте (32 наблюдения) аутодермальным шнуром простегивали в челночном порядке мышечно-апоневротические лоскуты с целью укрепления лигатуры при вентропластиках, выполненных по методу К.М. Сапежко в модификации Н.А. Баулина (2 ряда П-образных швов с третьим рядом подкрепляющих). Во втором варианте (5 наблюдений) сочетали метод И.Ф. Бородин (пластика полиспастными швами) и аутодермальную шнуровку. У этих больных в анамнезе имелась лучевая и химиотерапия, а также наличие отягчающих факторов – ожирение, сахарный диабет, рецидивные грыжи. Зону пластики дополнительно укрепляли эксплантатом (полипропиленовая сетка «Линтек») в режиме in lay. Операцию заканчивали ирригационным дренированием. Статистическая обработка материала проведена в программе SPSS 13.0 методами составления таблиц выживаемости и прогнозирования выживаемости методом Каплана – Майера.

Результаты. У всех оперируемых не было гнойно-раневых осложнений. В одном случае отмечена серома, купируемая консервативно. Данное осложнение не вызвало увеличения сроков лечения. При изучении ближайших и отдаленных результатов больные прослежены в сроки от 1 года до 7 лет. Выявлен рецидив только у 1 больной (2,7 %). Трехлетняя выживаемость с момента начала онкологического лечения составила 92 ± 4 %. Пятилетняя выживаемость 78 ± 7 %. Медиана выживаемости $85 \pm 12,16$ месяцев.

Выводы. У онкобольных, получивших сплечение, раневой процесс неполноценен и длителен. Следует думать о нестандартных подходах в лечении этой категории больных. В пластическом пособии на основное место выходит «удерживающий» компонент, где аутодермальный лоскут, как биопротез, отвечает нужным целям. Ввиду возможной генерализации процесса может вновь потребоваться сплечение. Кожный трансплантат обеспечивает формирование естественной линии опоры брюшной стенки для векторов силы мышц живота, что приводит брюшную полость к естественной анатомической форме. С учетом хороших результатов и достоинств аутодермальной погружной пластики считаем его возможным для практического применения у онкобольных со спецметодами лечения в анамнезе.

Литература

1. Бородин И.Ф. и др. Хирургия послеоперационных грыж живота. – Минск, 1986.
2. Грубник В.В. и др. Современные методы лечения брюшных грыж. – Киев: Здоровье, 2001. – 280 с.
3. Веронский Г.И., Зотов В.А. // Вест. хир. – 2001. – №5. – С. 92.
4. Канин Н.Н. и др. // Хир. – 1989. – №10. – С. 82-85.
5. Пенесян Р.В. Особенности течения послеоперационной раны при аутодермальной пластике брюшной стенки: Автореф. дис. ... к.м.н. – М., 1982.
6. Янов В.Н. Реконструкция пахового канала с помощью аутодермального имплантата при трудных формах паховых грыж: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М., – 1971.

УДК 616.12-008.1-073.7:616.98:579.841.93

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ БРУЦЕЛЛЕЗОМ Н.Д. ЮЩУК, М.Д. АХМЕДОВА, Ю.А. ВАСЮК*

Для вирусной и бактериальной инфекции характерно поражение сердечно-сосудистой системы [2–4, 8–9]. При этом среди бактериальных инфекций (дифтерия, туберкулез, скарлатина и др.) значительное место занимает бруцеллез [1, 5, 6, 10]. Одним из информативных методов диагностики поражения сердца явля-

ется электрокардиография (ЭКГ) [8]. Она позволяет диагностировать нарушения ритма, возбудимости, проводимости и реполяризации, гипертрофию миокарда желудочков и предсердий и др. [7].

Цель – изучение ЭКГ проявлений функций сердца у лиц с разными клиническими формами острого бруцеллеза (ОБ).

Нами проведено обследование 160 больных ОБ, клинические показатели которых приведены в табл. 1. У больных ОБ отмечены различные клинические формы заболевания: у 57 – легкая, у 57 – среднетяжелая, у 46 – тяжелая. Диагноз ОБ был выставлен на основании анамнестических и клинико-лабораторных данных: положительных результатов реакции Райта и Хеддельсона, РПГА с эритроцитарным бруцеллезным антигеном, внутрикожной пробы Бюрне. Статистическая обработка полученных данных была проведена с применением программы Биостат. Для описательной статистики использованы средняя арифметическая (М) и статистическая ошибка средней (m). Разница средних значений между группами определялась с помощью непараметрического критерия Крускала – Уоллиса и считалась достоверной при значениях не более 0,05.

Таблица 1

Демографическая характеристика больных ОБ, М±m (n)

Показатели	ОБ (n=160)
Возраст, лет	34,5±7,6
Мужчины	116 (73)
Женщины	44 (27)
Индекс массы тела, кг/м ²	24,8±0,6
Длительность заболевания, дни	17,9±1,3

Анализ частоты клинических проявлений ОБ у больных показал, что наиболее частыми симптомами заболевания являются общая слабость (86%), потливость (82%), лихорадка (70%), лимфоаденопатия (68%), артралгия (65%), гепатомегалия (62%) головная боль (56%), глухость тонов сердца (51%), тахикардия (50%), артериальная гипотензия (38%), кардиалгия (27%), спленомегалия (24 %), анорексия (17%), миалгия (15%) и снижение массы тела (11% случаев). Для оценки функционального состояния сердца у 160 больных различными клиническими формами ОБ использована стандартная ЭКГ в 12 отведениях на аппарате Dr Lee 310A фирмы Fucuda ME (Япония). Изучены проявления автоматизма, возбудимости, проводимости.

Таблица 2

ЭКГ-проявления основных функций миокарда у больных ОБ (%)

ЭКГ-изменения	Легкая (n=57)	Среднетяжелая (n=57)	Тяжелая (n=46)
Нарушения автоматизма	27 (47)	43 (78)	43 (92)
Синусовая тахикардия	7 (12)	30 (55)	37 (79)
Синусовая брадикардия	6 (10)	3 (6)	0 (0)
Синусовая аритмия	14 (24)	10 (18)	6 (13)
Нарушения проводимости	7 (12)	6 (11)	4 (9)
Атрио-вентрикулярные блокады	3 (5)	3 (6)	2 (4)
Внутрижелудочковые блокады	4 (7)	3 (6)	2 (4)
Нарушения возбудимости	7 (12)	11 (20)	11 (23)
Предсердная экстрасистолия	5 (9)	8 (15)	9 (19)
Желудочковая экстрасистолия	4 (7)	5 (9)	6 (13)
Нарушения реполяризации	8 (14)	7 (13)	13 (28)
Депрессия сегмента ST	0 (0)	2 (4)	5 (11)
Отрицательный зубец T	3 (5)	2 (4)	4 (9)
Синдром ранней реполяризации желудочков	5 (9)	4 (7)	6 (13)

ЭКГ-признаки нарушений автоматизма выявлены у 71% больных, из них у 47% – при легкой форме ОБ, у 78% – при среднетяжелой и 92% – при тяжелой. Нарушение автоматизма проявлялось в виде синусовой тахикардии или аритмии. Нарушения проводимости имелось у 11% больных ОБ, в т.ч. при легкой форме – у 12%, среднетяжелой – у 11% и тяжелой – у 9% больных и характеризовалось внутрижелудочковой и атриовентрикулярной блокадой 1 степени. Нарушение возбудимости было у 18% больных ОБ в виде предсердной и желудочковой экстрасистолии, из них в 12% случаев – при легкой, 20% – при среднетяжелой и 23% – при тяжелой форме заболевания. Нарушение реполяризации – у 18% больных ОБ, при этом у 14% больных – легкой, 13% – среднетяжелой и 28% – тяжелой формой ОБ в виде депрессии сегмента ST, отрицательного зубца T, синдрома ранней реполяризации желудочков и синдрома удлинённого интервала QT (табл. 2).

Нарушения основных функций сердца, выявляемых на ЭКГ, нарастали по мере возрастания тяжести течения ОБ.

* Каф. инфекционных болезней и эпидемиологии, каф. клинической функциональной диагностики ФПДО Московского государственного медико-стоматологического университета, ул. Делегатская, 20/1