

ной группы, через 6 месяцев после проведенного лечения у 60,0% пациентов пародонтальные карманы исчезали, и полностью восстанавливалась естественная структура десневой бороздки и тканей пародонта, а у 40,0% пациентов при зондировании определялись пародонтальные карманы до 1,6-1,8 мм в области от 3 до 8 зубов, этим пациентам было рекомендовано повторное лечение. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что, проведенное лечение разрывает порочный круг, который поддерживал хронический воспалительный процесс. В результате восстановительные процессы, начавшиеся в период лечения, продолжались и после

лечения до полного восстановления нормальной структуры тканей пародонта, в том числе и десневой бороздки.

Таким образом, анализ результатов лечения показал, что применение антибактериальной противовоспалительной клеевой композиции «Сульфакрилат» с предварительной обработкой цемента зуба лимонной кислотой при лечении хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести имеет наиболее высокую эффективность. По сравнению с десневыми повязками полностью купируется воспалительный процесс у всех пациентов к 14 суткам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимова А.Я. Клеящие материалы медицинского назначения, обладающие физиологически активным действием // Применение в здравоохранении полимерных материалов и изделий из них: Тезисы докладов Всесоюзной конференции. – М., 1985. – С.31-32.
2. Добровольская М.К. Использование десневой повязки на основе клеевой стоматологической композиции СК-1 при лечении пародонтита // Стоматология. – 1986. – №5. – С.65-66.
3. Добровольская М.К. Результаты клинико-лабораторного изучения и клинической апробации композиции СК-1 при комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта // Стоматология. – 1983. – №3. – С.34-36.
4. Гланц С. Медико-биологическая статистика. – М.: Практика, 1999. – 455 с.
5. Кордис М.С. Применение клеевой повязки МК-14И в

комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта // Стоматология. – 1988. – №2. – С.21-22.

6. Лунатова Т.Э. Полимеры в эндопротезировании. – Киев: Наукова Думка, 1983. – 160 с.

7. Лукач Д.Н. Применение синтетических клеев в хирургии // Военно-медицинский журнал. – 1982. – №8. – С.64-65.

8. Christau M., Palitzsch K.D., Schmalz G., et al. Healing response to non-surgical periodontal therapy in patients with diabetes mellitus: Clinical, microbiological and immunologic results // J. Clin. Periodontol. – 1998. – Vol. 25. №6. – P.112-124.

9. Miller P.D. Root coverage using a free soft tissue autograft following citric acid application. II. Treatment of the carious root // J. Periodont. Rest. Dent. – 1983. – №3. – P.39-51.

10. Mashimo P.A., Yamamoto Y., Slots J., et al. The periodontal microflora of juvenile diabetics // J. Periodontol. – 1983. – Vol. 54. №7. – P.28.

Информация об авторах: 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ кафедра терапевтической стоматологии, тел. (3952) 24-06-97, Молоков Владислав Дмитриевич – заведующий кафедрой, профессор, д.м.н., заслуженный врач РФ; Большедворская Наталья Евгеньевна – ассистент, к.м.н.

© ВЫСОЦКИЙ В.Ф., БЕЛОБОРОДОВ В.А. – 2011

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Владимир Фёдорович Высоцкий, Владимир Аанатольевич Белобородов
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. – д.м.н., проф. В.А. Белобородов)

Резюме. Описаны ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения 83 больных с новообразованиями надпочечников в двух группах сравнения. В группе клинического сравнения использовали традиционную хирургическую тактику, а в основной группе 43 больных был использован разработанный алгоритм. Установлено, что применение предложенного алгоритма способствует снижению абсолютного риска послеоперационных осложнений и иммунологических расстройств на 20,0% и получению удовлетворительных отдаленных результатов лечения в 96,9% наблюдений.

Ключевые слова: новообразования надпочечников, лечебный алгоритм, результаты лечения.

OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH NEOPLASMS OF ADRENAL GLANDS

V.F. Visotskii, V.A. Beloborodov
(Irkutsk State Medical University)

Summary. In the present scientific paper the proximate and remote outcomes of surgical treatment of 83 patients with neoplasms of adrenal glands in two groups of comparison have been described. In the group of clinical comparison traditional surgical tactics was used, and in the basic group, which included 43 patients, the designed algorithm has been used. It has been determined that the use of the offered algorithm promotes 20% lowering of absolute risk of postoperative complications and immunological disorders.

Key words: neoplasms of adrenal glands, medical algorithm, outcomes of treatment.

При анализе результативности лечения больных с новообразованиями надпочечников (НН) используют разные критерии, из которых наиболее часто используемыми являются раневые, плевропульмональные, гемодинамические и гормональные показатели. Однако, вышеперечисленные показатели не всегда отражают всю гамму происходящих изменений у больных после удаления эндокринных желез. Поэтому многие исследователи предлагают учитывать дополнительные параметры для комплексной оценки состояния больных в послеоперационном периоде [2-6]. С этой целью проведен комплексный анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных с новообразованиями надпочечников.

Материалы и методы

При оценке ближайших результатов хирургического ле-

чения больных с НН учитывали разные критерии: продолжительность операции, конверсия хирургического доступа, объем интраоперационной кровопотери, средние сроки сохранения температурной реакции, сроки пребывания в палате интенсивной терапии, средние сроки активизации (двигательная активность и самообслуживание) больных, сроки назначения наркотических обезболивающих препаратов, сроки сохранения лейкоцитоза в сыворотке крови, наличие послеоперационных изменений иммунобиохимических показателей (ПЛ-1, ПЛ-6 и ЛДГ), интра- и послеоперационные осложнения (травма органа, нагноение, плеврит, плевропневмония) и средние сроки раннего послеоперационного периода до выписки из стационара.

Для изучения отдаленных результатов использовали метод анкетирования. При оценке результатов лечения удовлетворительными считали – полное отсутствие признаков бывшего заболевания, отсутствие жалоб и сохранение рабо-

тоспособности. Неудовлетворительными результаты считали – существенных жалоб больные не предъявляли, но при более тщательном расспросе выявлялись: признаки спаечной болезни, раневые послеоперационные осложнения (нагноение, лигатурный свищ), наличие болевого синдрома или нарушения чувствительности в области послеоперационного рубца, формирование послеоперационных грыж, снижение трудоспособности более 4 недель.

В исследование включались больные, которым были диагностированы новообразования надпочечников и подписавшие добровольное информационное согласие на участие в исследовании. Все 83 оперированных больных с НН были разделены на основную группу (ОГ, n=43) и группу клинического сравнения (ГКС, n=40). В ГКС хирургическая тактика была традиционной, исходя из данных предварительного клинического обследования. В ОГ был применен разработанный лечебный алгоритм (рис. 1).



Примечание: РпАЭ – ретроперитонеоскопическая адrenaлэктомия, ЛАЭ – лапароскопическая адrenaлэктомия, ТФЛТ – торакофренолюмботомия, ЛТ – люмботомия.

Рис. 1. Алгоритм хирургического лечения (показания к операции и выбор хирургического доступа при разных НН).

Оценку результатов хирургического лечения больных с НН проводили путем статистического анализа серии параметров с использование пакета электронных расчетов Statistica for Windows 6,0. Для сравнения независимых выборок использовали критерий Манна-Уитни, при анализе повторных изменений – критерий Вилкинсона, критерий знаков. Для корреляционного анализа использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Для выяснения риска конверсии хирургического доступа, развития интра- и послеоперационных осложнений в ОГ и ГКС рассчитали показатели снижения абсолютного риска (САР), относительный риск (ОР) и снижение относительного риска (СОР) неблагоприятного исхода (НИ) по стандартным формулам [1]. Изменения считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения

Все 83 оперированных больных с НН были выписаны из стационара в разные сроки лечения с признаками клинического выздоровления и ликвидацией признаков послеоперационных осложнений, отмеченных в части случаев.

Эффективность разработанного алгоритма хирургического лечения подтверждают непосредственные и отдален-

ные результаты лечения больных ОГ и ГКС. Для этого проведен сравнительный анализ данных послеоперационного периода у больных групп сравнения.

Медиана продолжительности оперативного вмешательства в ОГ составила 120 [90; 180] мин., а в ГКС – 90 [60; 110]. Значимое ($p < 0,0001$) увеличение времени операций, выполненных в ОГ, обусловлено большим числом выполненных малоинвазивных вмешательств с использованием эндовидеотехники. При этом, в ГКС было 3 случая конверсии хирургического доступа обусловленных разными причинами (2 – ошибочный выбор доступа при кортикобластомах надпочечника, один – травма селезенки при попытке удаления феохромоцитомы более 6 см в диаметре), что не встречалось у больных ОГ ($p = 0,0674$).

Произведен расчет среднего объема кровопотери у больных ОГ и ГКС. Установлено, что у первых она была значительно меньше (90,0 [70; 110] мл; $p < 0,0001$), чем у вторых (300,0 [110; 450] мл). При учете средних сроков сохранения температурной реакции после операции выявлена аналогичная закономерность. Она была дольше у больных ГКС (3,5 [2; 8] сут.; $p < 0,0001$), чем в ОГ (1 [0; 1] сут.).

Продолжительность пребывания больных в ПИТ после операции зависит от разных причин: время операции, объем кровопотери и необходимость проведения интенсивной и заместительной терапии, продленной ИВЛ. Во многом это обусловлено травматичностью хирургического доступа и оперативного приема. Необходимость проведения интенсивной терапии в ПИТ более 24 часов была у 35 из 40 больных ОГ ($p < 0,0001$). Средние сроки активизации больных в ОГ составили 1 [1; 1] сут., что значимо ($p < 0,0001$) меньше данных ГКС (3 [3; 4] сут.). При этом, необходимость проведения обезболивания наркотическими препаратами более 24 часов была чаще ($p < 0,0001$) у больных ГКС (35 из 40), чем ОГ (4 из 43).

Послеоперационные лабораторные признаки воспалительной реакции были чаще ($p < 0,0001$) и продолжительнее ($p = 0,0025$) у больных ГКС, чем в ОГ. Это подтверждается большим числом случаев выявления послеоперационных иммунобиохимических изменений по показателям ИЛ-1, ИЛ-6 и ЛДГ, а также сохранения лейкоцитоза на 3 сутки послеоперационного периода.

Средние сроки раннего послеоперационного периода до выписки из стационара в группах сравнения также имели отличие. В ОГ этот показатель составил 7 [7; 8] сут., а в ГКС он был значимо ($p < 0,0001$) больше (14 [12; 16] сут.).

Интраоперационное осложнение произошло у одного (1,2%) из 83 больных обеих групп сравнения. Это было у больного (2,3%) из ГКС: при РпАЭ слева и удалении феохромоцитомы диаметром более 6 см произошла травма селезенки, что потребовало выполнения лапаротомии и спленэктомии.

Плевропульмональные осложнения возникли в послеоперационном периоде у 3 (3,6%) из всех 83 больных. Все эти осложнения были у больных ГКС (7,5%). Из них у 2 больных был левосторонний малый плеврит после ТФЛТ и АЭ слева по поводу феохромоцитом размерами 5,0 см и 6,0 см в диаметре, соответственно, и у одного больного была правосторонняя плевропневмония после ТФЛТ и АЭ справа по поводу кортикостеромы размером до 4 см в диаметре. Все указанные осложнения были купированы путем проведения плевральных пункций, противовоспалительной и антибактериальной терапии в сроки 8-10 дней после операции.

Раннее послеоперационное осложнение выявлено у

одного (1,2%) из всех 83 больных с НН. Нагноение послеоперационной раны было у больного из ГКС (2,5%), у которого была выполнена операция (ТФЛТ и АЭ справа с удалением кортикостеромы размером до 5 см) по поводу синдрома Кушинга. Послеоперационное осложнение было ликвидировано в сроки 17 суток после операции.

Следовательно, из всех 83 больных с НН интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения возникли в 5 (6,0%) наблюдениях. Из них у одного (1,2%) больного было повреждение селезенки, у 3 (3,6%) – плевропульмональные и у одного (1,2%) больного – раневое осложнение. При сравнении этих данных установлено, что наиболее часто ($p=0,0168$) эти неблагоприятные результаты возникали у больных ГКС (5 из 40), чем в ОГ (0 из 43), в основном за счет плевропульмональных осложнений (3). В обеих группах сравнения летальных исходов не было.

При оценке экономической эффективности мы учитывали сокращение сроков послеоперационного периода. Было установлено, что в ОГ больных, у которых был использован разработанный лечебный алгоритм, сроки послеоперационного лечения сокращаются в 2 раза с 14 [12; 16] суток до 7 [7; 8] суток. Следовательно, затраты на лечение больных после операции уменьшаются в 2 раза.

Таким образом, проведенный сравнительный анализ данных результатов лечения больных с НН показал, что аргументированное использование малоинвазивных (ЛАЭ и РпАЭ) и традиционных хирургических доступов позволяет в целом улучшить результаты их лечения, способствует сокращению сроков стационарного лечения, профилактики послеоперационных иммунобиохимических расстройств, ранних послеоперационных плевропульмональных и раневых осложнений, а также ранней активизации больных.

Согласно полученным данным, применение алгоритма способствовало САР послеоперационных осложнений и послеоперационных иммунологических расстройств на 20,0%. ОР НИ (конверсии хирургического доступа, интра- и послеоперационных осложнений) в ОГ при сравнительной оценке с данными в ГКС составляет «0» (ниже «1»), что соответствует значимому снижению риска. Снижение ОР НИ послеоперационных осложнений у больных ОГ составляет 100,0% (более 50,0%), что соответствует клинически значимому эффекту.

Таким образом, в результате сравнительной оценки данных в ОГ и ГКС установлено, что использование предлагаемого алгоритма хирургического лечения имеет определенные преимущества в сравнении с существующими традиционными подходами, и он может быть применен у больных с НН.

Из 83 оперированных больных ОГ и ГКС на заданные в анкете вопросы в отдаленном периоде ответили 62 больных, которые ранее были оперированы по поводу новообразова-

ний надпочечников в сроки от 1 до 19 лет. Из числа больных, приславших ответы на вопросы в анкете, 32 больных были из ОГ, а 30 – из ГКС. Средние сроки наблюдения составили 4 [3; 6] года. У 8 из 62 больных по анкетным данным были установлены признаки неудовлетворительного результата.

На полное отсутствие признаков бывшего заболевания, сохранение работоспособности и отсутствие жалоб указали 54 (31 – из ОГ, 23 – из ГКС) больных. Эти больные при самооценке в анкете отметили признаки выздоровления. Поэтому все описанные 54 (87,1%) клинические наблюдения были отнесены в группу хороших результатов.

Признаки спаечной болезни брюшной полости отмечал один больной из ГКС, послеоперационные раневые осложнения (деформирующий рубец, лигатурный свищ) отметили 3 больных из ГКС, наличие болевого синдрома или нарушения чувствительности в области послеоперационного рубца отметили 6 больных (один – из ОГ, 5 – из ГКС), формирование послеоперационной грыжи установлено у одного больного из ГКС, снижение трудоспособности более 4 недель после операции было у 2 больных из ГКС. При этом у части больных были выявлены сочетания этих изменений. Таким образом, неблагоприятный исход отметили 7 больных из ГКС и один – из ОГ. Всех 8 (12,9%) больных мы отнесли в группу с неудовлетворительными результатами лечения.

Таким образом, при комплексной оценке отдаленных результатов 62 больных, оперированных по поводу различных НН, в 87,1% они признаны удовлетворительными и в 12,9% – неудовлетворительными.

Проведен расчет параметров эффективности предлагаемой лечебной тактики путем определения параметров: САР, ОР и СОР НИ по суммарному количеству удовлетворительных и неудовлетворительных отдаленных результатов по стандартным формулам.

Использование предлагаемого лечебного алгоритма (ОГ) позволило повысить удельный вес удовлетворительных отдаленных результатов лечения и САР НИ на 20,2% в сравнении с традиционной тактикой лечения (ГКС). ОР НИ в ОГ при сравнительной оценке с данными в ГКС ниже «1», что соответствует значимому снижению риска. СОР НИ у больных ОГ, у которых использовали предлагаемую лечебную тактику, в сравнении ГКС, составляет более 50%, что соответствует клинически значимому эффекту.

Эффективность (удельный вес удовлетворительных отдаленных результатов) в ГКС составила 76,7% случаев. Этот показатель в ОГ, где использован предлагаемый лечебный алгоритм, составил 96,9% наблюдений.

В результате проведенных исследований установлено, что предлагаемый алгоритм хирургического лечения способствует улучшению ближайших и отдаленных результатов лечения и может быть использован у больных с различными НН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бащинский С.Е. Как следует представлять данные рандомизированных контролируемых исследований // Междунар. журн. мед. практики. – 1997. – №1. – С.7-11.
2. Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Довганюк В.С. и др. Эволюция тактических подходов к эндовидеохирургии надпочечников // Современные аспекты хирургической эндокринологии. – Пермь, 2008. – С.134-135.
3. Сергийко С.В., Привалов В.А., Лукьянов С.А. Клинические «немые» опухоли надпочечников: оптимизация тактики и спорные вопросы хирургического лечения // Современные

аспекты хирургической эндокринологии. – Пермь, 2008. – С.199-202.

4. Стилиди И.С., Филимонюк А.В., Рябов А.Б. Опыт лечения редких опухолей надпочечников // Современные аспекты хирургической эндокринологии. – Пермь, 2008. – С.205-208.

5. Ares V.Y. Киста надпочечника. Сообщение о наблюдении и обзор литературы // Arch. Esp. Urol. – 2004. – Vol. 57. №7 – С.751-753.

6. Braukhoff M., Kaczirek K., Thanh P.N., et al. Технические аспекты субтотальной эндоскопической адреналэктомии // Eur. Surg. – 2003. – Vol. 35. №2. – С.84-88.

Информация об авторах: 664046, г. Иркутск, ул. Байкальская, 118 МУЗ «Клиническая больница №1»; тел.: 8(3952)703729, e-mail: BVA555@yandex.ru, Белобородов Владимир Анатольевич – заведующий кафедрой, д.м.н., проф.; Высоцкий Владимир Федорович – аспирант

© МОСКВИНА Н.А., ШЕВЧЕНКО Е.В., ШЕГАЙ Т.С., СНЕТКОВ Е.В., ДАВЫДОВСКАЯ А.М., КАРБАИНОВА О.В., КОРЖУЕВ А.В. – 2011

ОПЫТ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОТДЕЛЕНИИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ИРКУТСКОГО ОБЛАСТНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Надежда Альбертовна Москвина^{1,2}, Елена Викторовна Шевченко³, Татьяна Сергеевна Шегай¹, Егор Вячеславович Снетков¹, Анна Михайловна Давыдовская¹, Ольга Васильевна Карбаинова¹, Андрей Вячеславович Коржув³