

А.И. Лукаша (1997) [9] является одним из окислительных ферментов АО защиты, что вызывает снижение показателей ПОЛ в слюне, по сравнению с сывороткой крови у больных с КПЛ. Таким образом, у больных КПЛ установлено увеличение показателей уровня ПОЛ в сыворотке крови и снижение в слюне по сравнению со здоровыми лицами

Полученные данные (табл. 1) свидетельствуют, что у больных КПЛ СОПР активизируются процессы свободнорадикального окисления липидов и образуется большое количество гидроперекисей. Оптимальные

взаимоотношения ПОЛ и АОА нарушены, что рассматривается нами, как фактор нарушения метаболической регуляции в тканях слизистой оболочки полости рта.

Полученные данные (табл. 2) свидетельствуют о том, что применение лекарственной композиции у больных КПЛ СОПР приводит к достоверному значимому снижению ПОЛ и повышению АОА слюны.

Таким образом, полученные результаты позволяют говорить о влиянии лекарственной композиции на процессы тканевого дыхания, что проявлялось соответствующими изменениями значений ПОЛ и АОА.

THE INFLUENCE OF COMPLEX TREATMENT ON LIPID PEROXIDATION AND ANTIOXIDANT ACTIVITY OF BLOOD PLASMA AND SALIVA IN THE PATIENTS WITH LICHEN PLANUS OF EROSION-ULCEROUS FORM OF MUCOUS MEMBRANE OF ORAL CAVITY

O.P. Samojlova

(Irkutsk State Medical University)

Lipid peroxidation (LP) and antioxidative activity (AOA) of plasma were examined and in oral liquid of 80 female whose age was 31-64 years old, with lichen planus disease of erosive ulcerous form and is control group of healthy individuals. The patients with lichen planus were found to have enhanced LP and AOA ($p < 0,05$), reduction LP in oral liquid ($p < 0,001$). All the patients were divided into 2 groups ($n = 40$). In group of clinical comparison complex application of solcoseryl gel was put on the surface of lichen planus. In the group of clinical observation the medicinal composition in the form of gel was used. At the same time the patients received complex treatment. It has been defined that the preparations with antioxidante mechanism of action lead to normalization of the products of LP and AOA in blood plasma.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранник Н.Г. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта. К вопросу об этиопатогенезе // Вестник стоматологии. — 1995. — № 1. — С.14-17.
2. Бурлакова Е.Б., Храпова Р.Г. Перекисное окисление липидов мембран и природные оксиданты // Успехи химии. — 1985. — № 9. — С.1540-1558.
3. Владимиров Ю.Л., Азизова О.А., Деев А.И. и др. Свободные радикалы в живых системах // Биофизика (Итоги науки и техники ВИНТИАН СССР). — М., 1991. — Т.29. — С.34-38.
4. Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И. Спектрометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови // Лаб. дело. — 1983. — № 3. — С.33-36.
5. Гончаренко М.И., Латинова К.В. Определение МДА // Лаб. дело. — 1985. — № 1. — С.60-61.
6. Довжанский С.И., Слесаренко Н.А., Круглая А.М., Юдин С.В. Клиническая картина, адаптационные реакции и биологически активные вещества у больных красным плоским лишаем // Вестн. дерматол. — 1984. — № 4. — С.44-47.
7. Зимин Ю.И. Иммунологические аспекты // Итоги науки и техники. Сер. Иммунология. — 1983. — Т. 12. — С.41-62.
8. Клебанова Г.И., Бабенкова И.В. Оценка плазмы крови с применением желточных липидов // Лаб. дело. — 1988. — № 3. — С.59-62.
9. Лукаш А.И. Свободнорадикальные процессы в слюне людей при эмоциональном стрессе // Физиология человека. — 1997. — Т. 23, № 6. — С.106-109.
10. Машикллейсон А.Л., Абрамова Е.И., Петрова Е.Л. Лечение больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ // Вестн. дерматол. — 1990. — № 2. — С.4-6.
11. Рединова Т.Л., Литвинов С.Л. Электрокинетическая активность эпителиоцитов слизистой оболочки полости рта у больных плоским лишаем // Стоматология. — 2003. — № 6. — С.4-6.
12. Стальная И.Д., Гаришвили Т.Г. Метод определения диеновой конъюгации ненасыщенных высших жирных кислот // Современные методы в биохимии / Под ред. В.Н. Ореховича. — М.: Медицина, 1977. — С.6-64.
13. Magno G., Joris J. Apoptosis, oncosis, necrosis // Amer. J. Pathol. — 1995. — Vol. 146. — P.3-15.
14. Yukawa O., Nakazawa T. Radiation induced lipid peroxidation and membrane bound enzymes in liver microsomes // Intern J. Radiat Biol. — 1980. — Vol. 37. — P.621-631.

© ЦМАЙЛО В.М., НЕСТЕРОВ И.В., ГРИГОРЬЕВ Е.Г. — 2007

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В.М. Цмайло, И.В. Нестеров, Е.Г. Григорьев

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов; ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, Иркутск, директор — д.м.н., проф. Е.Г. Григорьев; Иркутская областная клиническая больница, гл. врач — к.м.н. П.Е. Дудин; Чунская центральная районная больница, гл. врач — А.Г. Онуфриадина)

Резюме. Представлены результаты лечения 78 больных раком ободочной и прямой кишки, осложнённым кишечной непроходимостью. Сформировано две группы больных. Исследование показало, что проекционная илео- и колостомия является эффективным, малоинвазивным, патогенетически обоснованным способом разрешения непроходимости толстой кишки, способствующим к существенному снижению летальности по сравнению с операциями через срединный доступ.

Ключевые слова: толстая кишка, колостомия.

Опухолевая толстокишечная непроходимость является одним из первых проявлений рака толстой кишки у 60–80% больных [1,2,7]. В связи с чем большая часть этих больных в неотложном порядке госпитализируется в общехирургические стационары [2,8]. Независимо от сроков поступления в клинику, более чем у половины больных кишечная непроходимость сопровождается полиорганной дисфункцией на фоне сопутствующей патологии, являющейся непосредственной причиной смерти от 35 до 50% оперированных [5,9]. В настоящее время традиционной операцией при опухолевой толстокишечной непроходимости считается лапаротомия из срединного доступа под общим обезболиванием [10]. Для многих больных, у которых опухолевая непроходимость толстой кишки сочетается с такими неблагоприятными факторами как пожилой и старческий возраст, сопутствующие заболевания с проявлениями дисфункции органов и систем, продолжительные и травматичные вмешательства, длительная вентиляция лёгких, массивные инфузии становятся дополнительным фактором риска. В данной ситуации очевидно желание решить главную задачу — декомпрессию толстой кишки щадящим путём. В последние десятилетия с внедрением новых методов — видеолапароскопия, лазерное туннелирование, стентирование

толстой кишки происходит пересмотр подходов к этапному лечению опухолевой толстокишечной непроходимости [3,4,5,8,11]. Все перечисленные технологии достаточно ресурсные, а в ряде случаев и не доступные.

Целью нашего исследования явилась сравнительная оценка результатов симптоматических операций при опухолевой толстокишечной непроходимости из проекционного и срединного доступов.

Материалы и методы

Проведён анализ результатов лечения 78 больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью, оперированных в хирургических отделениях Иркутской областной клинической больницы и Чунской центральной районной больницы.

Больные представлены двумя группами в зависимости от способа оперативного лечения. В основную группу включены 45 больных, которым выполнена проекционная декомпрессия ободочной кишки из локального доступа. Группу клинического сравнения составили 33 больных, которым произведена наружная декомпрессия ободочной кишки из срединной лапаротомии. В основной группе было 23 (51,2%) мужчины и 22 (48,8%) женщины, в группе сравнения — мужчин — 19 (55,9%), женщин — 14 (44,1%). Средний возраст больных в группах составил соответственно 64,2 (60,6–67,9) и 64,7 (61,2–68,4) лет. Сопутствующие заболевания отмечены у 27 (60,0±7,3%) больных основной группы и 27 (79,4±6,9%) группы клинического сравнения, преимущественно кардиально-лёгочного генеза.

У 30 (66,7±7,0%) больных основной группы и 23 (69,7±7,9%) — группы клинического сравнения опухоле-

вая непроходимость сопровождалась полиорганной дисфункцией. Критериями полиорганной дисфункции считались значения по шкале M-SAPS [6] от 6 баллов и более с отклонениями в трёх системах организма, 8 баллов и более — с изменениями не менее чем в двух системах организма. Различий в возрастно-половом составе, сопутствующей патологии, а также полиорганной дисфункции в анализируемых группах не выявлено ($p>0,05$). Отметим, что большинство больных были пожилого и старческого возраста: в основной группе — 29 (64,4±7,1%), в группе сравнения — 21 (63,6±8,3%) больной.

В основной группе использована методика проекционной колостомии (табл. 1): илеостомии — 2 (4%), цекостомии — 22 (49%), трансверзостомии — 5 (12%), сигмостомии — 16 (35%). Подвижные сегменты подвздошной и ободочной (слепая, поперечная ободочная, сигмовидная ободочная) кишки проецируются на фронтальную плоскость передней брюшной стенки. Понятием «проекционный» одновременно подчёркивается локальность, мининвазивность и маршрут доступа для формирования временной разгрузочной колостомы. Проекционные колостомы выполняли преимущественно под местным — 17 (37,7%) боль-

Таблица 1

Оперативные вмешательства в основной группе

Локализация опухоли	Проекционная колостомия	Число операций
Слепая, восходящая ободочная, печёночный изгиб, правая половина поперечной ободочной кишки	илеостомия	2 (4,4%)
	цекостомия	8 (17,7%)
	трансверзостомия справа	1 (2,2%)
Левая половина поперечной ободочной кишки, селезёночный изгиб, нисходящая ободочная, сигмовидная, ректосигмоидный отдел, прямая кишка	цекостомия	14 (31,1%)
	трансверзостомия справа	1 (2,2%)
	трансверзостомия слева	3 (6,6%)
	сигмостомия	16 (35,6%)
Всего:		45 (100%)

ных и внутривенным обезболиванием — 11 (24,4%).

В группе клинического сравнения выполнялась срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости, оценка интраоперационной ситуации. При правосторонней локализации опухоли выполнено 6 (18%) операций с формированием илео- и колостом, при левосторонней — 27 (82%) колостом, из них 11 (41%) при обтурирующей опухоли прямой кишки (табл. 2). Все операции выполнены под эндотрахеальным наркозом с искусственной вентиляцией лёгких (ЭТН с ИВЛ).

При нормальном распределении в выборке данные представлены в средних величинах с 95% доверительным интервалом. При малом (менее 30) числе наблюдений и ненормальности распределения в выборке данные представлены в виде медианы с нижним и верхним квартилями (25-й и 75-й процентилями).

Таблица 2

Оперативные вмешательства в группе клинического сравнения

Локализация опухоли	Вид операции	Число операций
Правая половина ободочной кишки	Илеостомия	1 (2,9%)
	Цекостомия	3 (8,8%)
	Трансверзостомия справа	2 (5,9%)
Левая половина ободочной кишки	Цекостомия	1 (2,9%)
	Трансверзостомия справа	4 (11,8%)
	Трансверзостомия слева	2 (5,9%)
	Сигмостомия	20 (58,8%)
Всего:		33 (100%)

Относительные величины приведены в процентах с ошибкой процента.

Определение значимости различий (p) в сравниваемых выборках для количественных нормально распределённых признаков проводили по критерию t -критерию Стьюдента.

та, независимо от вида распределения по критерию Манна–Уитни, качественных с помощью двухстороннего точного метода Фишера (F), X^2 – критерия Пирсона. Внутригрупповые сравнения определяли по критерию Вилкоксона (W).

Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

Статистическая обработка результатов исследования произведена с помощью пакета программ Statistica for Windows 6,0 (Statsoft, США).

Результаты и обсуждение

Тяжесть состояния больных по шкале M-SAPS при поступлении в анализируемых группах не имела значимых различий ($pU=0,6$). Разрешение опухолевой непроходимости толстой кишки путём проекционной колостомии приводило к значимому снижению органных нарушений в первые сутки после операции ($pU=0,002$) по сравнению с больными группы клинического сравнения (табл. 3). На четвёртые сутки после операции в показателях M-SAPS межгрупповых различий не установлено. При внутригрупповом анализе оказалось, что у больных, которым выполнялись колостомы из срединной лапаротомии, тяжесть состояния не отличалась от дооперационной ($pW=0,7$), напротив, у 11 ($33,3\pm 8,2\%$) из них этот показатель был выше.

Таблица 3

Динамика органных нарушений по шкале M-SAPS

Показатель M-SAPS	Группы больных		p
	основная (n=45)	сравнения (n=33)	
При поступлении	8 (6-10)	8 (7-10)	0,6
1 сутки после операции	3 (2-4) $p^*=0,000$	8 (7-10) $p^*=0,7$	0,002
4 сутки после операции	3 (3-4) $p^*=0,001$	3 (2-4) $p^*=0,0000$	0,8

Примечание: значения M-SAPS представлены медианой и интерквартильным размахом (25-й и 75-й процентиля), значимость различий определяли по критерию Манна–Уитни (p), Вилкоксона (p^*).

Полагая, что сокращение продолжительности оперативного вмешательства является одним из критериев результативности операции, мы проанализировали данный параметр в сравниваемых группах. Время, затрачиваемое на выполнение проекционной колостомии 44,9 (38-52) минуты было значимо меньше ($pt=0,01$), чем на аналогичное вмешательство из срединного доступа – 78,9 (68-90,2) минуты. Необходимость в проведении интенсивной терапии в условиях ПИТиР для регрессии симптомов эндотоксикоза и волевических нарушений в группе сравнения потребовалась всем больным в среднем 3,7 (2,8-4,5) суток, из них продлённая искусственная вентиляция лёгких – 23 ($69,7\pm 7,9\%$) больным в течение 502,3 (37,8-967,8) минуты. Общее обезболивание – эндотрахеальный наркоз с ИВЛ применили у 17 ($37,7\pm 7,2\%$) больных с проекционной колостомией, при этом 10 ($58,8\pm 12\%$) больных нуждались в контроле за кардиореспираторными показателями в условиях ПИТиР в течение 1,4 (0,8-1,9) суток ($pt=0,003$).

Препараты для стабилизации центральной гемодинамики в раннем послеоперационном периоде вводились 11 ($33,3\pm 8,2\%$) больным группы клинического сравнения.

Из представленных данных следует, что при выполнении колостомии из срединной лапаротомии ожидаемое уменьшение тяжести состояния больного не получено, поскольку срединный доступ обусловил использование только общего обезболивания (ЭТН с ИВЛ) для продолжительных по времени и более травматичных операций. В обсуждаемой клинической ситуации для снижения операционного риска важно учитывать объём не только оперативного, но всего лечебного пособия, включающего техническую составляющую (способ доступа в брюшную полость, декомпрессия кишки с удалением или оставлением опухоли, продолжительность операции) и клиническую (вид обезболивания, объём медикаментов, сроки интенсивной терапии).

Послеоперационные осложнения в основной группе отмечены у 7 ($15,6\pm 5,4\%$) больных, из них локальные нагноения у 6 ($13,3\pm 5,0\%$): эвагинация приводящего сегмента трансверзостомы – 1, параколостомальная флегмона – 3, краевой некроз и ретракция цекостомы – 2. В группе клинического сравнения зарегистрировано 12 ($35,2\pm 8,1\%$) осложнений: некроз колостомы – 1, параколостомальная флегмона – 1, нагноение послеоперационной раны – 2. В 5 наблюдениях развилась острая сердечно-сосудистая недостаточность и в 3 – полиорганная дисфункция. Общая частота осложнений в группах не имела значимых различий ($p=0,1$).

В основной группе умерло 2 ($4,4\pm 3,0\%$) больных, у которых несмотря на малоинвазивную декомпрессию ободочной кишки, поли-

органная дисфункция прогрессировала на фоне выраженной декомпенсации сердечно-лёгочных заболеваний, манифестировавших феноменом взаимного отягощения с необратимостью органных расстройств. Непосредственными причинами смерти во второй группе явились системные осложнения: прогрессирующая полиорганная дисфункция – 4 и острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне ИВЛ – 3. Летальность во второй группе – 7 ($21,2\pm 7,1\%$), статистически значимо отличалась от основной группы ($p=0,046$).

Таким образом, проекционная колостомия под местным обезболиванием разрешает опухолевую толстокишечную непроходимость с низкой летальностью в сравнении с операциями из срединного доступа, и предпочтительна у больных с полиорганной дисфункцией. Стабилизация состояния больного после устранения симптомов непроходимости позволяет решать вопросы диагностики, лечения злокачественной опухоли и реабилитации в более выгодных условиях.

THE COMPARISON OF OUTCOMES OF SYMPTOMATIC SURGICAL TREATMENT OF TUMOR COLON OBSTRUCTION

V.M. Tsmaylo, I.V. Nesterov, E.G. Grigoryev

(Irkutsk State Medical University, SC RRS ESSC SB PAMS, Irkutsk Regional Clinical Hospital, Chuna Central Hospital)

The results of treatment of 78 patients with cancer colon and rectum complicated by colon obstruction are analysed. The patients were divided into two groups. The research has shown, that projection colo- or ileostomy is an effective, less aggressive, pathogenetically sound and reasonable operation in treatment of tumor colon obstruction. This decreases lethality as compared to by operations through middle approach.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С.А. Альтернативные подходы к хирургическому лечению осложнённых форм рака ободочной кишки // Хирургия. — 1998. — № 8. — С.58-66.
2. Ермолов А.С., Рудин Э.П., Оюн Д.Д. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки // Хирургия. — 2004. — №2. — С.4-7.
3. Курбанов К.М., Кандаков О.К. Диагностика и лечение обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза // Акт. проблемы колопроктологии: Материалы научной конф. — М., 2005. — С.248-249.
4. Мартынов А.С., Яновой В.В., Домке А.П. Место лапароскопической колостомии в лечении толстокишечной непроходимости, анализ послеоперационных осложнений и пути их профилактики // Актуальные проблемы urgentной колопроктологии: Материалы научно-практ. конф. колопроктологов, хирургов ДВО И СФО. — Благовещенск, 2005. — С.67-68.
5. Пугаев А.В., Алекперов С.Ф., Крутилина О.В., Ачкасов Е.Е. и др. Лечение обтурационной кишечной непроходимости, обусловленной раком ободочной кишки Т3-4 // Рос. онкологический журнал. — 1999. — № 6. — С.25-30.
6. Соловьёв И.Е. Модифицированная система SAPS в оценке состояния больных с острой кишечной непроходимостью при раке толстой кишки // Онкология. — 2000. — Т. 2, № 3. — С.204-206.
7. Abycht K., Madycki G., Staszkiwicz W., Kwiciak Z. et al. Acute bowel obstruction: up-to-date surgical problem // Wiad. Lek. — 1999. — Vol. 52, № 5-6. — P.238-241.
8. Heriot A.G., Tilney H.S., Simson J.N. The application of percutaneous endoscopic colostomy to the management of obstructed defecation // Dis Colon Rectum. — 2002. — Vol. 45, № 5. — P.700-702.
9. Kulah B., Ozmen M.M., Ozer M.V. Outcomes of emergency surgical treatment in malignant bowel obstruction // Hepatogastroenterology. — 2005. — Vol. 52, № 64. — P.1122-1127.
10. Lee Y.M., Law W.L., Chu K.W., Poon R.T. Emergency surgery for obstructing colorectal cancers: a comparison between right-sided and left-sided lesions // J. Am. Coll. Surg. — 2001. — Vol. 192, № 6. — P.714-725.
11. Martinek L., Dostalík J. Laparoscopic colostomy // Rozhl Chir. — 2002. — Vol. 81, № 6. — P.320-323.

© ШПРАХ В.В., МАТВЕЕВА И.В., СПРЕЙС И.Ф. — 2007

РАННИЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ У РАБОТНИКОВ УГЛЕДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

В.В. Шпрах, И.В. Матвеева, И.Ф. Спрейс

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. А.А. Дзизинский, кафедра неврологии и нейрохирургии, зав. — д.м.н., проф. В.В. Шпрах)

Резюме. Проведено обследование 1128 мужчин-работников угледобывающей промышленности (угледобывающие предприятия г. Тулуна) с целью изучения распространенности, структуры и факторов риска ранних форм хронической церебральной ишемии (РФХЦИ). Проведена оценка эффективности применения мексидола в лечении РФХЦИ, сочетанного назначения мексидола и амлодипина в лечении РФХЦИ гипертонического генеза.

Ключевые слова: хроническая церебральная ишемия, мексидол, амлодипин, угледобывающая промышленность.

Актуальность проблемы изучения ранних форм хронической цереброваскулярной патологии (ЦВП) у работников промышленных предприятий обусловлена ростом их распространенности, высоким уровнем заболеваемости, снижением профессиональной трудоспособности, недостаточной эффективностью существующей системы лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий. Медико-социальная значимость ЦВП в различных отраслях промышленности представлена исследованиями, посвященными различным аспектам этой проблемы [1,7].

Изучение ранних форм хронической церебральной ишемии (РФХЦИ) имеет высокую социальную значимость, так как смертность от сосудистых заболеваний головного мозга в экономически развитых странах составляет 18-22% в общей структуре смертности, летальность при инсультах достигает 30-35%, а возвращение к труду среди лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, составляет не более 20%. Показатель первичного выхода на инвалидность в данной группе достигает 3,2 на 10000 населения. Удельный вес ЦВП среди причин общей инвалидности отмечен на уровне 9,8% [2].

Клинико-эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о существенной распространенности начальных форм ЦВП. В подавляющем большинстве они встречаются у потенциально самой трудоспособной части населения. Установлено, что среди

трудоспособного населения распространенность ЦВП составляет 24,6-37,8% [4]. Эти заболевания имеют неуклонную тенденцию к росту, специфический характер распределения в различных профессиональных группах. Изучение именно ранних форм ЦВП является наиболее перспективным направлением, так как на этом этапе развития заболевания лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия являются наиболее эффективными [3].

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности, структуры и факторов риска РФХЦИ у работников угледобывающей промышленности г. Тулуна, особенностей клинического течения РФХЦИ, изучение эффективности мексидола и амлодипина в лечении РФХЦИ.

Материалы и методы

В основу работы положены результаты обследования 1128 мужчин-работников угледобывающей промышленности г. Тулуна в возрасте от 30 до 55 лет (средний возраст $43,62 \pm 0,14$ лет).

Протокол обследования включал клиническое неврологическое исследование, ультразвуковую доплерографию магистральных артерий головы, транскраниальную доплерографию, нейропсихологическое и психофизиологическое тестирование, изучение липидного спектра крови. Нейропсихологическое обследование включало в себя корректурную пробу, пробу на исследование вербальной памяти, тест Спилберга-Ханина. Психофизиологическое тестирование проводилось на системе BrainLab 2.0 с исследованием простой и сложной сенсомоторной реакций. Больные были проконсультированы офтальмологом, по показаниям проводились рентгенография шейного от-