

в диаметре и отсутствии признаков ее гормональной активности и злокачественности целесообразно воздержаться от хирургического лечения, продолжив динамическое наблюдение с контрольным обследованием через 6-12 месяцев.

Склерозирующая терапия при однокамерных тонкостенных кистах надпочечников может рассматриваться как альтернатива хирургическому лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветшев П.С., Егоров А.В., Ветшев С.П., Коваленко Е.И. // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы XIV Рос. симпоз. по хирургической эндокринологии. – Ярославль, 2004. – С. 69-71.
2. Калинин А.П., Белошицкий М.Е., Богатырев О.П. и др. // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы XV Рос. симпоз. по хирургической эндокринологии (с междунар. участием). – Рязань, 2005. – С. 155-159.
3. Калинин А.П., Майстренко Н.А., Ветшев П.С. // Хирургическая эндокринология (руководство для врачей) / Под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстренко, П.С. Ветшева. – СПб., 2004. – С. 463-640.
4. Кузнецов Н.С., Бельченко Л.В., Юшков П.В. // Пробл. эндокринол. – 2003. – № 1. – С. 26-31.
5. Aron D.C. // Rev. Endocr. Metab. Disord. – 2001. – V. 2. – P. 335-342.
6. Gross M.D., Shapiro B. // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 1993. – V. 77. – P. 885-888.
7. Kievit J., Haak H.R. // Endocrinol. Metab. Clin. North Am. – 2000. – V. 29. – P. 69-90.
8. Porcaro A.B., Novella G., Ficcaro V. et al. // Int. Urol. Nephrol. – 2001. – V. 32. – P. 295-302.
9. Winfield H.N., Hamilton B.D., Bravo E.L. // J. Urol. – 1998. – V. 160. – P. 325-329.

ВНУТРИПОРТАЛЬНЫЕ ИНФУЗИИ ОЗОНИРОВАННОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАСТВОРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА

А.Н. Беляев, Х.А. Рафик, В.П. Тумайкин, С.А. Беляев, Е.И. Мокишина

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, г. Саранск

Тяжесть развивающейся желтухи определяется степенью угнетения функционального состояния печени и прогрессирующей печеночной недостаточностью. Высокая летальность вследствие печеночной недостаточности после операций, проведенных на фоне длительной желчной гипертензии, диктует необходимость выполнения декомпрессии желчных путей, направленную на восстановление функции печени и нормализацию гомеостаза. Декомпрессия желчных путей является первым этапом в лечении механической желтухи, однако она не всегда позволяет достичь благоприятного исхода заболевания.

Повышение эффективности лечения больных с внепеченочным холестазом зависит не только от вида хирургического пособия, но и от патогенетически обоснованной коррекции развивающихся нарушений гомеостаза. Одним из эффективных методов лечебного воздействия на патологически измененную печень является внутривенное введение лекарственных растворов, обладающее рядом преимуществ регионарной терапии [1, 3, 7, 9].

Немаловажным этапом в лечении этой патологии служит проведение в до- и послеоперационном периодах медикаментозной коррекции функционального состояния печени. Среди лекарственных препаратов особое внимание привлекают средства, которые в силу своего многофакторного воздействия способны влиять на различные звенья патогенеза механической желтухи, проявляя тем самым высокую эффективность. Одним из таких препаратов является медицинский озон, обладающий бактерицидным, антигипоксическим, метаболическим, мембраностабилизирующим и противовоспалительным эффектами [4, 5].

В настоящей работе описаны результаты применения внутривенных инфу-

зий озонированного 0,9% раствора NaCl в комплексном лечении внепеченочного холестаза.

Проанализировано 90 историй болезни пациентов с внепеченочным холестазом, которые подверглись оперативному лечению. В зависимости от проводимого послеоперационного лечения, больные были разделены на две группы. В первой группе (58 больных) в послеоперационном периоде проводилась общепринятая стандартная терапия, направленная на коррекцию токсемии, волемических, метаболических нарушений. Больным второй группы (32 пациента) интраоперационно проводилась реканализация и катетеризация пупочной вены с последующими (в течение 5-8 суток после операции) внутривенными инфузиями 400 мл озонированного (2 мг/л) физиологического раствора со скоростью 40-50 капель в минуту на фоне комплексной интенсивной терапии [3].

Всем больным при поступлении была назначена интенсивная консервативная терапия, направленная на коррекцию токсемии, волемических, метаболических нарушений. Объем инфузионной терапии составлял 45-50 мл/кг. Консервативная терапия рассматривалась как подготовительный этап к декомпрессии билиарного тракта. Сроки оперативного вмешательства зависели от выраженности желтухи, общего состояния больных, степени нарушения функционального состояния печени и укладывались в период $5,1 \pm 2,1$ суток.

Эндоскопические декомпрессионные вмешательства выполнены у 15 больных в крайне тяжелом состоянии (билирубин выше 300 мкмоль/л). Это позволило уменьшить билирубинемия и улучшить общее состояние больных. Операции таким больным проводились в более отдаленном периоде – на 10-13-е сутки после улучшения функции печени, коррекции сердечно-сосудистой недостаточности.

Биохимические показатели крови, характеризующие функциональное состояние печени, у больных первой группы при поступлении составляли: прямой билирубин $263,3 \pm 18$ мкмоль/л, непрямой – $109,22 \pm 15,37$ мкмоль/л, АлАТ – $1,27 \pm 0,31$ мккат/л, АсАТ – $1,06 \pm 0,33$ мккат/л.

После проведения комплексного интенсивного лечения до операции наблюдалось уменьшение уровней прямого билирубина до $181,71 \pm 21,95$ мкмоль/л, непрямого – до $77,17 \pm 4,82$ мкмоль/л, то есть на 29,9 и 29,34% соответственно. Уровень трансаминаз снижался менее интенсивно: АсАТ – до $0,89 \pm 0,1$ мккат/л, АлАТ – до $1,08 \pm 0,32$ мккат/л или на 16,03 и 14,96% соответственно.

После оперативного лечения, направленного на декомпрессию желчевыводящих путей, наблюдалось уменьшение количества билирубина, которое, начиная с 5-6-х суток постепенно снижалось и к 15-16-м суткам после операции составляло: прямой билирубин – $24,57 \pm 5,34$ мкмоль/л, непрямой – $30,57 \pm 4,95$ мкмоль/л.

К этому времени АсАТ снижалось до $0,76 \pm 0,18$, АлАТ была на уровне $1,3 \pm 0,11$, практически не отличаясь от данных при поступлении (рис. 1).

У больных второй группы в комплексном лечении механической желтухи использовались внутривенные инфузии озонированного физиологического раствора. Исходный уровень прямого билирубина соответствовал $225,4 \pm 36,98$, непрямого – $125,2 \pm 25,29$ мкмоль/л, АсАТ – $1,29 \pm 0,16$ мккат/л, АлАТ – $2,48 \pm 0,3$ мккат/л.

Применение базисной терапии в дооперационном периоде способствовало частичному восстановлению функциональной активности печени, которое выражалось в снижении прямого и непрямого билирубина до $168,8 \pm 16,97$ и $60 \pm 46,67$ мкмоль/л, то есть соответственно на 25,11 и 52,07%. Уровень цитолитических ферментов снижался незначительно: АсАТ – до $1,19 \pm 0,1$ (на 7,75%), АлАТ – до $2,45 \pm 0,38$ мккат/л (на 1,21%).

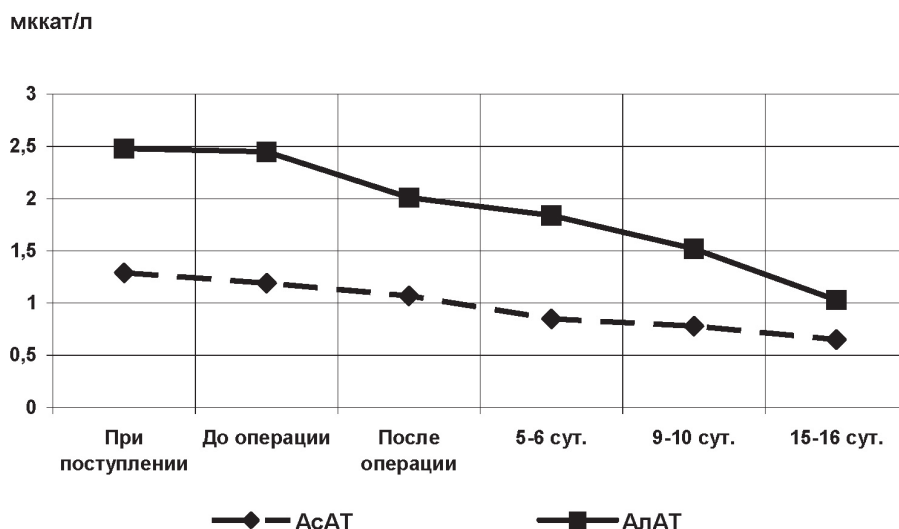


Рис. 1. Динамика АсАТ и АлАТ трансаминаз при внепеченочном холестазе в до- и послеоперационном периоде с использованием внутривенной инфузионной терапии.

В первые сутки после оперативного лечения происходило небольшое уменьшение прямого билирубина (до $157,5 \pm 34,65$ мкмоль/л или на 6,71%) на фоне повышения непрямого (до $81,33 \pm 29,55$ мкмоль/л или на 35,55%). Изменение концентрации внутриклеточных ферментов происходило более выражено. Так, уже на вторые сутки после операции количество АсАТ снижалось до $1,07 \pm 0,24$ мккат/л (на 10,08%), АлАТ – до $2,01 \pm 0,6$ мккат/л (на 17,96%). Вероятнее всего, положительная динамика в изменении функционального состояния печени, несмотря на оперативное вмешательство, обусловлена защитой печеночных клеток от повреждения и стимуляцией регенеративных процессов вследствие внутрипортального введения озонированного физиологического раствора.

В течение последующих двух недель происходило дальнейшее уменьшение концентрации как ферментов АсАТ, АлАТ, так и прямого и непрямого билирубина с максимальным их приближением к границам нормы.

К 5-6-м суткам уменьшение для прямого и непрямого билирубина было составило соответственно 64,15 и 57,67% от исходного уровня, к 9-10-м суткам – 84,14 и 76,24%. Итоговое изменение уровня фракций билирубина составило для прямого – 93,12%, для непрямого – 68,65%.

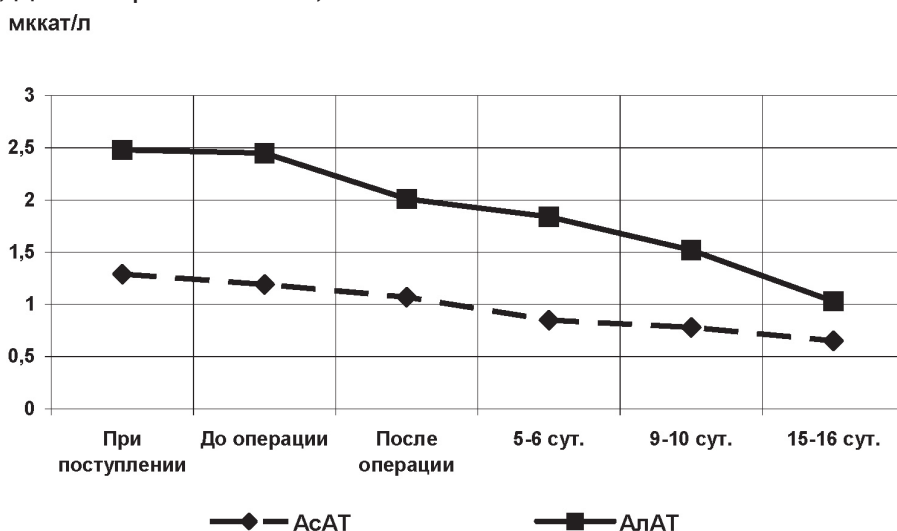


Рис. 2. Динамика АсАТ и АлАТ трансаминаз при внепеченочном холестазе в до- и послеоперационном периоде с использованием внутривенной инфузионной терапии.

Изменение показателей цитолитических ферментов – трансаминаз – также соответствовало постепенному восстановлению функциональной активности печени. К 5-м суткам концентрация АсАТ уменьшилась на 34,11%, АлАТ – на 25,81% по сравнению с исходными величинами. К концу второй недели количество аспарагиновой и аланиновой трансаминаз соответственно равнялись $0,65 \pm 0,14$ и $1,03 \pm 0,09$ мккат/л, то есть уменьшение от исходного уровня составило 49,61 и 58,47% (рис. 2).

Таким образом, внутрипортальное введение озонированного физиологического раствора в послеоперационном периоде не только способствовало нивелированию последствий цитолитического и холестатического клинко-биохимических синдромов, но и в последующем (к 15-16-м суткам) участвовало в нормализации функциональной активности печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атясов Н.И., Атясов И.Н. Новые технологии использования венозного русла костей в экстремальной медицине. – Саранск, 2001. – 212 с.
2. Беляев А.Н. и др. // Нижегородск. мед. журн. – Приложение: Озонотерапия. – 2003. – С. 21-22.
3. Беляев А.Н., Инякин О.Н., Лапшин А.Е. и др. // Гематол. и трансфузиол. – 2003. – № 2. – С. 32-35.
4. Бояринов Г.А., Соколов В.В. Озонированное искусственное кровообращение (экспериментальное обоснование и результаты клинического применения). – Н. Новгород, 1999. – 318 с.
5. Конторщикова К.Н. // Нижегородск. мед. журн. Приложение: Озонотерапия. – 2003. – С. 5-6.
6. Перетягин С.П. // Нижегородск. мед. журн. – Приложение: Озонотерапия. – 2003. – С. 6-7.
7. Шкуратов А.Г. Современные принципы внутрипортального введения лекарственных растворов в хирургии диффузных и очаговых заболеваний печени / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Владивосток, 1997.
8. Muraca M. et al. // Transplantation. – 2002. – V. 73, No. 6. – P. 890-896.
9. Sakata C. et al. // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. – 2000. – Abstract V. 7, Issue 1. – P. 78-85.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА УДО-38

Ю.К. Богомазов, В.Б. Александров, А.И. Лобаков, А.Б. Туманов

Московская городская клиническая больница № 24

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Геморрой – одно из самых распространенных заболеваний человека: 130-145 случаев на 1000 взрослого населения. В структуре колопроктологических болезней он составляет от 34-41%. Несмотря на бурное развитие малоинвазивных методов лечения геморроя, в России ведущим методом остается геморроидэктомия, выполняемая у 75-79% пациентов [1-6]. Определение преимуществ того или иного хирургического пособия при этом заболевании до сих пор представляет весьма важную задачу. Сокращение сроков стационарного и амбулаторного лечения при геморрое, поражающем, как правило, людей в наиболее работоспособном возрасте, использование экономически наиболее обоснованного метода операции, является важной медицинской и социально-экономической проблемой.

Хирургические методы лечения геморроя постоянно подвергаются эволюции: удаление геморроидальных узлов радиохирургическим, ультразвуковым скальпелем, прибором «Ligae Sure», операция Лонго [2, 3, 6, 10]. Однако эти методики не имеют существенных преимуществ в результатах лечения по сравнению с традиционной геморроидэктомией [1-3, 6, 8, 9].

В 1988 г. независимо друг от друга – в 24-й Московской ГКБ [1, 8] и в ГНЦ ко-