

ной томографии брюшной полости, а также проводилась дифференциальная диагностика желтухи на основании лабораторных данных клинических и биохимических исследований. Холедохолитотомия выполнена 231 пациенту, из них в условиях острого холецистита, холангита 107 произведено наружное дренирование гепатикохоледоха (по методу Вишневого — 92, по Керру — 5, по Холстеду-Пиковскому — 10). Билиодигестивные анастомозы выполнены 208 больным. Из них 146 — по Юрашу, по Финстереру — 3. Гепатикоюноанастомозы выполнены в 8 случаях, холецистоэнтероанастомоз — в 33, цистикоюноанастомоз — в 2, антирефлюксные цистикодуоденоанастомозы — в 16. Цистикодуоденоанастомоз выполняли только в случае широкой шейки пузырного протока (не менее 0,5 см). В условиях воспалительной инфильтрации гепато-дуоденальной связки, деструктивного воспалительного процесса желчного пузыря, наложение билиодигестивных соустьев представляет определенную опасность их несостоятельности. Из 315 пациентов в раннем послеоперационном периоде осложнения отмечались у 14 (4,44 %). В 9 (2,85 %) наблюдениях они закончились летальным исходом. 2 больных умерли от распространенного желчного перитонита, 1 — от несостоятельности швов билиодигестивного анастомоза, 5 — от печеночной недостаточности, в 1 случае смерть наступила от тромбоэмболии легочной артерии. Не возникло летальности и осложнений у пациентов, которым выполнили антирефлюксный цистикодуоденоанастомоз.

Отдаленные результаты были изучены у 26 больных и оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Хорошими результаты считались при полном отсутствии жалоб пациентов, сохраненной работоспособности, общем благополучном состоянии. Удовлетворительными результаты считались при общем благополучном состоянии больных, сохранении работоспособности, но при наличии жалоб на периодически возникающую диспепсию, иногда общую слабость. При наличии признаков рецидивирующего холангита, холестаза, инвалидизации пациентов они считались неудовлетворительными. В 5,07 % случаев результаты были хорошие (в основном это пациенты, которым выполнены антирефлюксные цистикодуоденоанастомозы), в 83 % случаев результаты были удовлетворительные, в 11,93 % наблюдений — неудовлетворительные.

Таким образом, при сравнении эффективности методов билиодигестивных анастомозов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде операцией выбора может быть антирефлюксный цистикодуоденоанастомоз при наличии условий возможности его выполнения.

А.М. Егоров

ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ В ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ КОКСАРТРОЗОМ И АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

*ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (Иркутск)
ГУ НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

Цель исследования — выявление характера изменений иммунного статуса у больных с посттравматическим коксартрозом и асептическим некрозом головки бедренной кости для идентификации маркерных показателей в прогнозе развития послеоперационных осложнений.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В группу обследованных лиц были включены больные с посттравматическим коксартрозом и асептическим некрозом головки бедренной кости.

Иммунный статус оценивали по общепринятым тестам, включающим следующие параметры: общее число лейкоцитов, содержание лимфоцитов, их популяций и субпопуляций, концентрацию сывороточных иммуноглобулинов классов **G, M, A, содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)**, поглотельную и метаболическую активность нейтрофилов. В качестве контроля использовали показатели иммунного статуса здоровых доноров. Статистические исследования проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0.».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ иммунологически значимых показателей лейкограммы не выявил достоверных различий с контрольной группой. При исследовании спектра лимфоидных клеток отмечено достоверное снижение содержания Т-хелперной субпопуляции со снижением иммунорегуляторного индекса ($CD4^+/CD8^+$). Содержание В-лимфоцитов ($CD21^+$) не выходило за рамки контрольных значений, однако индекс соотношений $CD3^+/CD21^+$ в группе больных был ниже вследствие дефицита в циркуляции Т-хелперов. В гуморальном звене иммунной системы выявлено значимое усиление продукции IgA при отсутствии изменения синтеза иммуноглобулина в других классах и снижение уровня ЦИК. Известно, что продукция

IgA контролируется трансформирующим фактором роста β (TGF β), являющегося иммуносупрессивным цитокином. При оценке функционального состояния фагоцитарного звена выявлено снижение поглотительной способности нейтрофилов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в качестве скринингового показателя, позволяющего отнести больного к группе повышенного риска развития послеоперационных осложнений, можно использовать повышенный уровень сывороточного IgA и снижение поглотительной способности нейтрофилов.

В.Н. Зеленин, П.С. Кошиков, И.Н. Кошикова, Е.Э. Тюрюмина, Е.А. Чижова

МЕТОДИКА ДЕКОМПРЕССИИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОГО НЕРВА ПРИ ТАРЗАЛЬНОМ ТОННЕЛЬНОМ СИНДРОМЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ГУ НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

В настоящее время больше половины ампутаций нижних конечностей нетравматического характера приходится на долю больных сахарным диабетом (Дедов И.И., 2003). Существует несколько точек зрения различных авторов по поводу причин образования на стопе язв и гиперкератозов, а также по поводу снижения различных видов чувствительности. Среди них выделяют следующие механизмы: метаболические (микрососудистые), иммуно-васкулитические, гипогликемические, ишемические и в том числе компрессионные. Диабетическая нейропатия — самое распространенное осложнение сахарного диабета, значительно снижающее качество жизни больных и являющееся одним из основных факторов риска развития язвенных дефектов стоп (Дедов И.И., Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю., Удовиченко О.В., 2003). Объективными проявлениями нейропатии являются нарушения как двигательной, так и чувствительной функции периферических нервов, причем, в генезе развития деструктивных нарушений стоп нарушение чувствительности имеет решающее значение.

Результаты проведенных клинических и электрофизиологических исследований функции периферических нервов показали, что у больных диабетом выявляются симптомы нейропатии, которые могут являться следствием механического сдавления нерва — явления, известном в литературе как «тоннельный синдром». На нижних конечностях тоннельный синдром может развиваться при сдавлении большеберцового нерва в районе тарзального (медиального лодыжкового) канала. По различным источникам (Bowker J., 2001; М.Л. Пупышев, 2001), встречаемость тоннельного тарзального синдрома у больных сахарным диабетом составляет от 31,7 до 55 %.

Целью нашего исследования была разработка метода и оценка эффективности декомпрессионного микрохирургического невролиза большеберцового нерва в тарзальном канале у больных сахарным диабетом при тарзальном тоннельном синдроме. В проводимую работу включали пациентов с умеренной и тяжелой дистальной сенсомоторной полинейропатией, нейропатической деструктивной и недеструктивной форм диабетической стопы с клиникой тарзального тоннельного синдрома.

У всех больных применен алгоритм обследования, включающий сбор жалоб и анамнеза (жалобы со стороны нижних конечностей, тип СД, возраст, пол пациентов, длительность течения диабета, наличие осложнений по стопе в анамнезе), осмотр стоп, пальпаторное определение пульсации на *a. dorsalis pedis*, *a. poplitea*, *a. tibialis posterior*, определение лодыжечно-плечевого индекса, биохимические анализы (гликемический профиль, гликированный гемоглобин), оценка состояния периферической иннервации (исследование вибрационной чувствительности при помощи градуированного камертона, тактильной чувствительности при помощи монофиламента весом 10 граммов, болевой чувствительности при помощи тупой иглы, температурной чувствительности прибором «Тип Терм») до и после оперативного лечения. Из инструментальных методов исследования использовались УЗДГ сосудов нижних конечностей, рентгенография стоп в 2 проекциях по показаниям, электронейромиография до и после оперативного лечения.

По предлагаемому способу получена приоритетная справка (заявка 2008116126, приоритет от 23.04.2008).

Положение больного на операционном столе — на спине с разведенными в тазобедренных суставах под углом 35° нижними конечностями. Обезболивание — проводниковая анестезия (2% раствор лидокаина) + местная инфильтрационная анестезия (0,25% раствор новокаина). Операционный доступ: дугообразный разрез кожи размерами 15×1,5 см кзади от проекции задней большеберцовой артерии. Кожу с подкожной клетчаткой аккуратно отсепааровывают от поверхности подлежащей связки и отводят в сторону. Рассекают связку-удерживатель сухожилий сгибателей пальцев, вскрывают тарзальный (медиальный лодыжковый) канал, артерия и вена при этом находятся над большеберцовым нервом.