

Пациенты с ГЭРБ в сочетании с висцероптозом с нормальной функцией НПС: у 57 пациентов с висцероптозом в сочетании с ГЭРБ была выявлена сглаженность угла Гиса при нормальной функции НПС. С целью выработки наиболее эффективной методики хирургической коррекции НПС, эта группа пациентов была разделена на три подгруппы в зависимости от выбранной методики:

1. Оперативная коррекция висцероптоза без коррекции области пищеводно-желудочного перехода выполнена 44 (57,1 %) больным с висцероптозом.

2. Оперативная коррекция пищеводно-желудочного перехода фундопликацией по Toupet произведена нами 5 (5,6 %) пациентам.

3. Оперативная коррекция пищеводно-желудочного перехода передней парциальной фундопликацией — 8 (9,0 %) больных. Этот метод показан больным с висцероптозом при установленной преходящей релаксации нижнего пищеводного сфинктера и позволяет полностью купировать явления ГЭРБ.

Результаты хирургического лечения: из 89 оперированных больных отдаленные результаты, в сроки от 6 месяцев до 3 лет, прослежены у 63 (70,7 %), в том числе у 30 (47,6 %) пациентов с коррекцией замыкательной функции кардии.

Отдаленные результаты лечения 63 пациентов оценены как «хорошие» у 41 (65,1 %) пациента, «удовлетворительные» — у 18 (28,6 %) и «неудовлетворительным» результат лечения был признан у 4 (6,3 %) пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Оперативное лечение ГЭРБ требуется у 70 % пациентов с висцероптозом.

2. Объем оперативного вмешательства при висцероптозе зависит от сочетания ряда факторов: количества опущенных внутренних органов, выраженности воспалительных изменений в них и степени нарушений пассажа по желудочно-кишечному тракту.

3. Показанием к коррекции замыкательной функции кардии являются: недостаточность функции нижнего пищеводного сфинктера не зависимо от стадии рефлюкс-эзофагита, гастроптоз II и III степени.

4. Развитие осложнений таких как: стриктура пищевода, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки требует изменения объема оперативного вмешательства

5. Отдаленные результаты операций в более чем 70 % случаев расцениваются как хорошие.

В.Н. Николаев, А.В. Тобохов

К ВОПРОСУ О ВАЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО

*Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»
Министерства образования и науки РФ (Якутск)*

Рак легких — наиболее распространенная форма злокачественных новообразований во всем мире. Несмотря на все усилия по профилактике этого заболевания, уровень заболеваемости с начала XX века вырос в несколько десятков раз. Ежегодно в России заболевают раком легкого свыше 63 000 человек, из которых мужчин свыше 53 000. Более 20 000 пациентов с диагнозом «рак легких» выявляются уже в IV стадии. В структуре общей онкологической заболеваемости в Российской Федерации и Республике Саха (Якутия) рак легкого прочно находится на ведущих позициях.

В РБ № 1 НЦМ за период с 2000 г. по 2010 г. включительно, во 2-м хирургическом отделении находилось на обследовании и лечении 21 больной раком легкого. Среди больных преобладали лица мужского пола — 18 пациентов, что составило 85,3 % случаев, женщин — 3 (14,3 %) пациентки. В возрасте от 40 до 50 лет было 4 (19 %) больных, от 51 до 60 лет — 7 (33,3 %) больных, от 61 до 70 — 9 (43 %) больных, старше 70 лет — 1 (4,7 %) больной. Жителями города являлись 11 (52,4 %) пациентов, жителями села — 10 (47,6 %). Всем больным были проведены общеклинические методы исследования, рентгенография, фибробронхоскопия, компьютерная томография. По клинико-анатомической форме заболевания центральный рак легкого установлен у 12 (57 %) больных, периферический — у 9 (43 %).

Неоперабельными в ходе обследования признаны 9 (43 %) пациентов. Оперированы 12 (57 %) больных, из них эксплоративная торакотомия произведена 4 (19 %) пациентам. Экономные резекции легкого и лобэктомии произведены 5 (21 %) пациентам, расширенная пульмонэктомия — 3 (14,3 %). Послеоперационных осложнений не отмечалось. Таким образом, резектабельность по отношению к госпитализированным больным составила 38,1 %, по отношению к оперированным — 66,6 %.

Основными причинами нерезектабельности явились обширное или множественное поражение лимфатических узлов средостения, крупных сосудов, диссеминация опухоли по плевре, массивное прорастание средостения или грудной клетки, а так же сочетание вышеперечисленных причин.

Опыт показывает, что рак легкого редко диагностируется в ранней стадии. Он протекает под маской неонкологических легочных заболеваний, больные склонны к недооценке симптомов, которая приводит к поздней обращаемости в медицинские учреждения.

Е.В. Намоконов, А.М. Мироманов, А.В. Федотов

СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ГОЛЕНИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОСТЕОСИНТЕЗА

**ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Чита)
НУЗ ОАО РЖД «Дорожная клиническая больница на ст. Чита II» (Чита)**

Дискуссионным в лечении переломов длинных трубчатых костей является выбор метода остеосинтеза, недостаточно ясным остается вопрос о непосредственной роли объема и характера оперативного вмешательства в синдроме эндогенной интоксикации, который является, по мнению ряда авторов, патогенетической основой травматической болезни и инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.

Цель исследования — изучение основных закономерностей изменения процессов перекисного окисления и антирадикальной защиты у пациентов с переломами костей голени при различных вариантах проведенного остеосинтеза, с последующим патогенетическим обоснованием выбора оптимального метода хирургического лечения для данной локализации переломов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследованы показатели, характеризующие процессы перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы организма у 20 больных с диафизарными переломами голени с послеоперационным забором крови на 1-е и 3-и сутки.

Остеосинтез места перелома осуществлялся двумя способами: у 10 пациентов (основная группа) был проведен закрытый блокирующий интрамедуллярный остеосинтез штифтом UTN с помощью троакара, у 10 пациентов (группа сравнения) — открытый наkostный остеосинтез с помощью пластин LCP.

В сыворотке крови определяли содержание диеновых конъюгатов, концентрацию ТБК-активных продуктов, активность глутатионпероксидазы и каталазы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У пациентов с диафизарными переломами голени в сыворотке крови до операции отмечено накопление интермедиатов свободнорадикальных реакций и снижение уровня основных антиоксидантных ферментов, превышающие контрольные показатели в 1,7–1,8 раза.

В группе сравнения, где остеосинтез проводился открытым способом, параметры липопероксидации изменились несущественно как по отношению к контролю, так и на 1–3 сутки после операции. Статистически значимо уменьшились коэффициенты диеновых конъюгат гептановой фазы липидного экстракта (на 13 % и на 15 % соответственно), ТБК-активного материала — на 6,8 %. Отмечалось снижение каталазы — на 24 %, глутатионпероксидазы — на 64 % по отношению к контролю.

В основной группе больных отмечалось существенное снижение продуктов ПОЛ: ДК — на 35,1 %, КД и СТ — на 45,3 % ($p < 0,001$). Концентрация ТБК-продуктов снизилась на 17,6 %. Увеличились скорость обезвреживания супероксидного анион-радикала и пероксида водорода с участием каталазы на 8,5 %, активность ГПО возросла на 43,1 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, изменения биохимических показателей системы «ПОЛ-антиоксиданты», показывают, что различия сохраняются в динамике исследования в обеих группах, причем наиболее выражены различия в группе сравнения, где для остеосинтеза требовался открытый доступ. Можно сделать вывод, что минимальное повреждение тканей способствует стабилизации перекисных процессов, а стабильная фиксация костных отломков устраняет травматизацию окружающих тканей, ведущую к образованию эндотоксинов.