

циент, выявлены следующие изменения: выраженная гипокоагуляция за счет дефицита факторов протромбинового комплекса и других плазменных факторов, в основном II, V, VII, IX, XI, XII, FF, наряду с проявлением умеренной гипер- и дисфибриногемии ($P < 0,05$). Имело место нарушение конечного этапа свертываемости крови. Увеличение фибрин-мономерных комплексов также усугубляют нарушения гемостаза, блокируя процесс фибринообразования. Это происходит на фоне активации сосудисто-тромбоцитарного звена, сопровождается повышением агрегационной функции тромбоцитов при их нормальном количестве на фоне выраженного эндотелиоза и угнетения XIIa-зависимого фибринолиза ($P < 0,05$). Также определяет выраженные нарушения во внутрисосудистом звене микроциркуляции важную роль играет ДВС – синдрома, что в совокупности является причиной беспрепятственного формирования микротромбов. Лишь у 9 (7,3 %) больных отмечали гиперкоагуляцию, умеренное истощение противосвертывающей системы (дефицит анти-тромбина III) и активаторов фибринолиза.

Учитывая полученные результаты, в генезе микроциркуляторных расстройств в пораженном легком при эмпиеме развитие изменения в свертывающей системе крови имеют одно из ключевых значений в патогенезе заболевания и требуют адекватной корректирующей терапии в зависимости от формы коагулограммы.

Для деблокирования нарушений гемостаза при прогрессировании процесса с явлением гиперкоагуляции, снижением физиологических антикоагулянтов, выраженном фибринолизе; использовали экстракорпоральную терапию, свежзамороженную плазму, фраксипарин 100-150 ЕД на килограмм массы тела в сутки, но не более 3 тыс. ЕД в сутки, больших доз ингибиторов протеаз. При выраженной гипокоагуляции, гиперфибринолизе и эндотелиозе спонтанной агрегацией тромбоцитов; использовали – протромплекс 600 в дозировке 20 МЕ/кг веса больного и 25 мг/кг аминотетилла, препараты вводят 1 раз в сутки в течение 3 дней с обязательным контролем показателей гемостаза, гепарин от 40 000 ЕД и выше. Применения данной терапии позволил улучшить показатели выздоровления на 13,7 %.

Выводы: Таким образом, в патогенезе заболевания эмпиемы плевры решающую роль играет блокада микроциркуляции в зоне поражения в микрососудах органа, так и в окружающей межтоточной ткани легкого. В коагуляционном звене отмечаются разнонаправленные сдвиги от гиперкоагуляции до гипокоагуляционного характера с нарушением конечного этапа свертываемости со снижением уровня в плазме фибрин-стабилизирующего фактора. Резкое повышение АДФ агрегации тромбоцитов, с последующей убылью активных клеток в микротромбы, с раз-

витием тромбоцитопении и тромбоцитопатии. Что говорит о развитии в данной группе больных тяжелого эндотелиоза и ДВС-синдрома. Предложенный комплекс коррекции гемостаза и гемостазиологический мониторинг эффективности лечения, позволил сократить число послеоперационных осложнений в исследуемой группе пациентов до 10 % (в контроле – 22,3 %) и послеоперационную летальность соответственно до 8,8 % (в контроле – 15,9 %).

Список литературы

1. Баринов, О.В., Биходжин Р.Ш. Эмпиема плевры / Госпитальная хирургия / под ред. А.Д. Кучеренко. – СПб: ВМедА, 2007. – С. 100-115.
2. Баркаган З.С., Момот А.П. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза. М.: Ньюдиамед, 2001. 285 с.
3. Cohen G., Hjortdal V., Ried M. et al. Primary thorascopic treatment of empyema in children. J Thorac Cardiovasc Surg 2003; 125: 1: 79– 83; discussion 83.
4. Kaseda S., Aoki T., Hangai N., Shimizu K. Better pulmonary function and prognosis with video-assisted thoracic surgery than with thoracotomy. Ann Thorac Surg 2000; 70: 938–941.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

¹Дударев В.А., ²Фокин Д.В.

¹ГБОУ ВПО «КрасГМУ
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава
России», Красноярск;
²МБУЗ «Городская клиническая больница № 20
им. И.С. Берзона», Красноярск,
e-mail: dudarev-va@yandex.ru

Актуальность: Доброкачественные новообразования печени у детей встречаются достаточно часто, однако, ввиду отсутствия выраженной клиники выявляются в основном случайно, при обследовании по поводу других заболеваний. В зависимости от морфологической структуры принято выделять эпителиальные, мезенхимальные, герминогенные доброкачественные опухоли и опухолеподобные процессы печени у детей, согласно Международной классификации ВОЗ [2]. К доброкачественным мезенхимальным новообразованиям печени относятся: инфантильная гемангиоэндотелиома, мезенхимальная гамартома, кавернозные гемангиомы и воспалительная псевдоопухоль. Кавернозные гемангиомы печени у детей чаще всего выявляются случайно, имеют небольшие размеры, отличаются стабильностью и не требуют проведения оперативного лечения [1, 4]. Принято выделять фокальный, мультифокальный и диффузный характер поражения [3]. Таким образом, в литературе нет общепринятых подходов к диагностике и хирургическому лечению гемангиом печени у детей [1, 4].

Цель: определение хирургической тактики лечения гемангиом печени у детей.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии ГБ № 20 им. И.С. Берзона г. Красно-

ярска с 1990 по 2012 г. наблюдались, обследовались и прошли лечение 46 пациентов с гемангиоматозом печени. Среди наблюдавшихся больных мальчиков было 19, девочек – 27. Соотношение по полу составляло 1:1,4. Возраст пациентов варьировал от 3 до 18 лет, в среднем составляя 10,5 года. По характеру изменений в печени и с учетом необходимости дифференцированного подхода в выборе объема и последовательности хирургического пособия, мы посчитали целесообразным выделить 4 формы гемангиоматоза печени. Солитарная форма была представлена 31 (67,4%) случаями одиночных гемангиом печени. Множественно-очаговая встретилась в 12 (26,2%) случаях, когда количество определяемых опухолевых узлов было не менее 2. Диффузно-распространенная форма представляла собой тотальное поражение органа, морфологически соответствующее капиллярному гемангиоматозу, с диффузным или узелковым (диаметром менее 10 мм) характером распределения этих изменений в паренхиме (1 наблюдение 2,1%). При диффузно-очаговой форме, встретившейся у 2 (4,3%) пациентов, вышеперечисленные изменения сочетались с наличием одного или более узлов опухоли (диаметром свыше 10 мм) капиллярного и кавернозного типа. При одиночных гемангиомах диаметр опухолей варьировал от 2,0 до 12,0 см (в среднем 5,0 см). Опухоль занимала один сегмент печени в 14 (45,2%) наблюдениях, два сегмента – в 9 (29,0%), три – в 5 (16,1%), четыре – в 2 (6,4%) и пять сегментов – в 1 (3,3%) наблюдениях. Размеры опухолей у пациентов при множественных узлах в печени варьировали от 1,0 см до 16,0 см (средний – 3,2 см). Количество опухолевых узлов при множественных гемангиомах варьировало от 2 до 10, при этом две опухоли были выявлены у 6 (50,0%) больных, три – у 3 (25,0%), четыре – у 2 (16,6%) и свыше четырех опухолей – у 1 (8,4%) больных. Функциональное состояние печени оценивали с помощью биохимических методов исследования крови. Оценка показателей свертывающей системы крови. Среди методов лучевой диагностики важное место отводилось ультразвукографии, МРТ, КТ, ангиографии. Гистоморфологические исследования удаленных во время операции опухолей производились в 37 случаях. Все полученные результаты исследований, обработаны с помощью общепринятых методов вариационной статистики по стандартным программам вычисления средних величин и среднеквадратичных отклонений. Достоверность различных показателей определяли с помощью t-критерия Фишера-Стьюдента.

Результаты исследования: Клинические проявления заболевания у пациентов с гемангиоматозом печени не имели специфического характера. Основные жалобы больных характеризовались следующими синдромами: болевой,

диспепсический, общего недомогания. Под диспепсическим синдромом подразумевалось наличие у пациентов изжоги, отрыжки, горечи во рту, тошноты, снижения аппетита, вздутия живота, нарушений стула. При синдроме общего недомогания больные испытывали слабость, потливость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности. Нередко отмечалось сочетание указанных синдромов у одних и тех же больных. Доминирующим клиническим синдромом являлся болевой, который присутствовал у половины пациентов. Диспепсический синдром наблюдался у каждого пятого больного. Кроме того, снижение веса отмечалось в 15 (32,6%) случаях, повышение температуры тела в 7 (15,2%), одышка в 2 (4,3%), желтуха в 2 (4,3%) случаях. Среди осложнений портальная гипертензия встретилась в 5 (10,8%) наблюдениях (в том числе с выраженной спленомегалией в 2, желтуха в 2, внутриопухолевые кровоизлияния в 2. Исследование клинических проявлений гемангиоматоза печени в связи с размерами, локализацией опухолей и объема поражения органа показало, что болевой синдром чаще встречался при множественных гемангиомах печени. Наиболее раньше проявлялись с большей частотой симптомы заболевания проявлялись при краевом расположении очаговых образований с локализацией во II, III и IV сегментах, что, могло быть обусловлено сдавлением рядом расположенных полых органов и нарушением их резервуарной и моторно-эвакуаторной функций.

В качестве оперативного доступа при резекции печени верхне-срединная лапаротомия использовалась в 17 (45,9%) случаев, правосторонняя подреберная лапаротомия по Кохеру-Федорову – в 20 (54,1%). С учетом доброкачественной природы заболевания и относительно редким развитием осложнений при спонтанном его течении, показания к оперативному вмешательству при гемангиомах печени, по нашему мнению, целесообразно разделять на абсолютные и относительные. К абсолютным показаниям относятся разрыв опухоли с внутрибрюшным кровотечением, гемобилия, тромбоз опухоли с септическими осложнениями, обтурационная желтуха. По относительным показаниям оперировались больные имевшие стойкие признаки заболевания (боли в верхних отделах живота, пищевой дискомфорт, общее недомогание), опухоли размеры которых превышали 5,0 см, располагавшиеся в отдалении от портальных и глиссоновых ворот печени (II, III, V, VI, VII сегменты). Субкапсулярно-паренхиматозное расположение – выступавшие более чем на 1/2-2/3 своего объема за контуры печени и вызывавшие морфо-функциональные нарушения со стороны близлежащих органов (желудок, двенадцатиперстная кишка, ободочная кишка, желчный пузырь, правая почка и т.п.), затруднявшие портальный кровоток.

Резекции печени выполнили 28 (75,7 %; 28/37) пациентам: бисегментэктомия 2,3 (n=13), правосторонняя гемигепатэктомия (n=1), расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (n=1), левосторонняя гемигепатэктомия (n=1), атипичная резекция 1 – 2 сегментов (n=12). В 9 случаях (24,3 %; 9/37) произвели энуклеацию гемангиомы печени. Статистически значимых различий по локализации опухоли, размерам образований, продолжительности операции, между энуклеациями и резекциями печени не выявлено. Ни в одном наблюдении после удаления опухоли не отмечено рецидива. В 4 (25 %) случаях после удаления центральной опухоли, более мелкие (менее 0,5 -1,5см) опухоли исчезли (перестали определяться при УЗИ и МРТ). Осложнения хирургического лечения пациентов с гемангиомами печени отмечено в 1 случае (2,1 %) желчный свищ, ликвидирован консервативно.

У 5 больных оперативное лечение не проводилось ввиду отсутствия жалоб и малых размеров образования менее 2см и интрапаренхиматозное ее расположения. Больные находятся на диспансерном наблюдении и консервативном лечении. 4 – больным выполнено рентгенэндоваскулярное лечение расположение гемангиомы было интрапаренхиматозно в проекции I–IV и II–I сегментов. Осложнений не отмечалось.

Таким образом, считаем по возможности избегать инвазивных диагностических манипуляций (пункционная биопсия, ангиография), так как они сопряжены с серьезными осложнениями. Выраженная симптоматика, неуверенность в диагнозе и рост гемангиомы являются основными показаниями к ее удалению. Гигантский размер опухоли не является показанием к операции сам по себе. При наличии гигантской (10см) бессимптомной гемангиомы необходимо учитывать и такие факторы, как локализация опухоли, возраст и физическая активность пациента, наличие сопутствующих заболеваний и конечно опыт хирургического отделения.

Выводы: Клиническая картина гемангиом печени неспецифична. Современные методы лучевой диагностики, прежде всего КТ и МРТ, обладают высокой точностью в выявлении гемангиом печени, что позволяет практически полностью отказаться от инвазивных исследований. Основными показаниями к хирургическому лечению являются выраженные жалобы, увеличение размеров опухоли и неуверенность в диагнозе. Противопоказанием к резекции печени является вовлечение в процесс нижней полой вены, особенно в зоне впадения печеночных вен, и ствола воротной вены. Важным моментом, заставляющим отказаться от резекции печени, является цирроз. Гигантские гемангиомы, располагающиеся в обеих долях печени, также противопоказаны для удаления. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения гемангиом печени в исследуемой группе

у детей хорошие. Симптомы исчезают у большинства пациентов (88,5 %), рецидивов в группе прооперированных детей не отмечались.

Список литературы

1. Диагностика и лечение гемангиом печени: взгляд на проблему на рубеже XXI века / А.М. Гранов [и др.] // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Материалы IX конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ, Санкт-Петербург, 16-18 мая 2002. – *Анналы хир. гепатологии.* – 2002. – Т. 7, № 1. – С.252.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. – 10-й пересмотр, 1-4 том / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 1998. – М.: Медицина, 1998.
3. Hepatic hemangiomas: subtype classification and development of a clinical practice algorithm and registry / E.R. Christison-Lagay [et al.] // *J. Pediatr. Surg.* – 2007. – Vol. 42, № 1. – P. 62-67.
4. Long-term Results of Surgery for Liver Hemangiomas / Ilgin Ozden [et al.] // *Arch. Surg.* – 2000. – Vol. 135. – P. 978-981.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ (РВО) ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РМЖ)

Кулишов В.А., Кулишов И.В.

КГП «Областной онкологический диспансер»,
Караганда, e-mail: anshakova.evgeniya@mail.ru

Цель работы: Определить роль РВО при реабилитации больных РМЖ.

Материалы и методы. Материал основан на анализе результатов лечения 1021 больных РМЖ, находившихся на лечении в Карагандинском онкологическом диспансере с 1986 по 2009 гг. Проведен многофакторный анализ среди 3 групп больных. 1. Функционально-щадящие операции (ФЩО) (Мадден, Пейти), 2. Органо-сохраняющие операции (ОСО), 3. Реконструктивно-восстановительные операции (РВО).

Результаты. ФЩО (Пейти-Диссона, Маддена) – 653 (64,1±8,0%). ОСО (Радикальная резекция молочной железы) – 194 (19,1±1,2%). РВО (первичные и отсроченные) – 171 (16,7±1,2%), из них первичная маммопластика кожно-мышечным лоскутом широчайшей мышцы спины (КМЛ-ШМС) и эндопротезированием с кожесохраняющей мастэктомией выполнена у 27 (15,8%), первичная маммопластика КМЛШМС и эндопротезированием Радикальной мастэктомией (Пейти, Маддену) – 62 (36,3%). Первичная маммопластика ТРАМ-лоскутом и кожесохраняющей мастэктомией – 6 (3,5%). Первичная маммопластика ТРАМ-лоскутом и радикальная мастэктомия – 54 (31,6%). Отсроченная маммопластика КМЛШМС с эндопротезированием – 22 (12,8%). Отсроченная маммопластика ТРАМ-лоскутом – 3 (1,7%). В группе ФЩО ранние и поздние осложнения преобладали после операции Пейти, составлял соответственно – 110 (10,8±0,9%) и 104 (10,2±0,9%). Одногодичная и трехлетняя выживаемость составляет 98,2±0,5% и 78,5±0,6%. Пятилетняя выживаемость пациентов равнялась