

различных участках органа выявляются клетки, в неодинаковой степени экспрессирующие на своей поверхности определённый вид антигенов, что имеет значение для определения активности клеток-эффекторов местного противоопухолевого иммунитета.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПЛОСКИХ КОНДИЛОМАХ И ЛЕЙКОПЛАКИЯХ

Курашвили Л.Р., Галустян С.А.,
Почтаренко О.В., Новикова Ю.С.

*Кубанский государственный медицинский университет,
базовая акушерско-гинекологическая клиника,
Краснодар*

С внедрением в практику современной гинекологии метода кольпоскопии расширились универсальные возможности профилактики, своевременной диагностики и адекватного лечения патологии шейки матки. Стало возможным улучшить дифференциальную диагностику различных патологических процессов в шейке матки, изучить заболевания и патологические состояния, на фоне которых они протекают.

Целью нашего исследования явилось изучение патоморфологических изменений в шейке матки при плоских кондиломах и лейкоплакиях. Обследовано 48 пациенток в возрасте от 14 до 47 лет, обратившиеся в отделение патологии шейки матки базовой акушерско-гинекологической клиники Кубанского государственного медицинского университета в 2006 году. При обследовании этих больных был применен метод расширенной кольпоскопии с последующей прицельной биопсией патологически измененных участков слизистой оболочки влагалищной части шейки матки. Изучение сосудистых и эпителиальных тестов проводили с использованием 3% раствора уксусной кислоты и пробы Шиллера. В 14 наблюдениях кольпоскопически были верифицированы плоские кондиломы, в 34- плоские лейкоплакии. У 4 и 17 больных соответственно эти процессы наблюдались на фоне зоны трансформации шейки матки. Биоптаты после стандартной гистологической обработки окрашивали гематоксилин-эозином.

При детальном гистологическом исследовании кольпоскопически верифицированных плоских кондилом наблюдали: полиморфизм клеток покровного эпителия, дискератоз, акантоз, наличие койлоцитов, расположенных группами, парами и по одиночке в поверхностном и промежуточном слоях многослойного сквамозного эпителия. Наблюдали 3 типа койлоцитов: 1-с небольшим пикнотичным ядром, большой зоной перинуклеарного просветления и четко очерченной эозинофильной цитоплазмой, 2-с более крупным ядром, небольшим перинуклеарным гало и эозинофильным ободком цитоплазмы по периферии клетки, 3-двухядерные клетки с крупными четкими ядрами, зоной перинуклеарного просветления и ободком оксифильной цитоплазмы вокруг каждого ядра. В 5 случаях плоских кондилом отмечали паракератоз и ороговение поверхностных слоев эпителиального

пласта. Иногда в строме выявляли умеренную лимфомакрофагальную инфильтрацию.

При микроскопическом исследовании кольпоскопически выявленных лейкоплакий наблюдали явления паракератоза, дискератоза, полного ороговения поверхностных слоев многослойного сквамозного эпителия, его утолщение за счет гиперплазии клеток промежуточного и базального слоя. При этом нередко наблюдали вновь образованные мелкие кровеносные сосуды в промежуточном и базальном слоях покровного эпителия. В 15 наблюдениях лейкоплакии в промежуточном слое эпителия шейки матки находились в небольшом количестве, а иногда единичные койлоциты.

Полученные данные свидетельствуют о том, что хроническая папилломавирусная инфекция может вызывать процессы нарушения созревания и ороговения многослойного плоского эпителия, т.е. в некоторых случаях явиться непосредственной причиной лейкоплакии. Это, естественно, должно быть учтено при выборе тактики лечения этих больных.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЁГКИХ

Магомедов С.З.

*Клиника факультетской хирургии №1,
Махачкала*

Республика Дагестан относится к эндемическому очагу по эхинококкозу. За последние десятилетия отмечается рост эхинококкоза лёгких в 4 раза, а осложненные формы из них составляют 48,6 %.

За период с 1994 по 2005 гг. в торакальном отделении Республиканской клинической больницы лечились 214 больных с осложнённым эхинококкозом лёгких. Из них мужчин было 49,5 %, женщин – 50,5 %. Сельские жители составили 63,1 %, городские – 36,9 %. Осложнения чаще (72,8 %) наступали в молодом, работоспособном возрасте (15 – 40 лет). Из этих больных солитарные кисты выявлены у 151 (70,6 %), множественные – у 28 (13,7 %) и сочетанные – у 35 (16,7 %). Односторонние кисты осложнились у 191 (89,3 %), двусторонние – у 23 (10,7 %). Правосторонняя локализация встречалась у 161 (53,1 %) пациентов, левосторонняя – у 142 (46,9 %). Осложнению чаще подвергались множественные кисты (88,2 %) и кисты с нижнедолевой локализацией (76,5 %). При малых кистах осложнения наблюдались у 14,9 %, при средних кистах – у 38,6 %, при больших – у 46,5 % больных. 70,4 % осложнённые кисты были центральной локализации и 28,6 % - периферической.

У 75,0 % больных осложнения наступили в холодный период года и провоцирующим фактором послужили простуда и грипп. У 33,3 % больных осложнения наступили остро. 57,9 % пациентов безуспешно лечились в различных терапевтических стационарах с ошибочным диагнозом.

Осложнённый эхинококкоз лёгких имеет некоторые особенности клинического течения в зависимости от вида осложнения. По клиническим проявлениям выделены 4 формы осложнения эхинококкоза лёгких:

отслойка хитиновой оболочки, прорыв кисты в бронх, прорыв кисты в плевральную полость и нагноение кисты. Наиболее частыми клиническими проявлениями осложнения оказались: кашель с мокротой (81,6 %) и боли в груди (67,7 %), температура (61,4 %), одышка (34,6 %), аллергический дерматоз (8,6 %).

Основной и широкодоступный метод диагностики эхинококкоза лёгких - рентгенологический, который позволило распознать осложнения у 84,0 % пациентов. В нашем материале рентгенологический симптом «полумесяца» встречался у 7,1 % больных, «плавающая мембрана» - у 8,8 %, «свернувшаяся мембрана» - у 17,5 %, «калейдоскоп» у 3,5 % и симптом «двойная арка» - у 2,7 % пациентов.

Наиболее ценным из рентгенологических методов, бесспорно, является компьютерная томография (КТ). При отслойке хитиновой оболочки характерной чертой является двухконтурность стенки жидкостного образования, которая создаётся фиброзной и хитиновой оболочками плотностью 134 – 156 МЕ, а между ними тонкая прослойка воздуха с отрицательной плотностью и жидкости с плотностью 36 – 48 МЕ. У 89,2 % пациентов на трёхмерном изображении КТ, прослойка воздуха располагалась в верхнем полюсе кисты при любом положении тела, а у 10,8 % в нижнем полюсе - «зеркальный симптом полумесяца». При перфорации кисты в бронх в раннем периоде характерным симптомом является «плавающая мембрана», в более позднем периоде - «свернувшаяся мембрана».

УЗИ за последние годы становится перспективным методом диагностики эхинококкоза лёгких. Для каждого вида осложнений имеются характерные симптомы, в какой то мере, схожие с рентгено-симптомами. При отслойке хитиновой оболочки определялся «зеркальный симптом полумесяца» - наличие прослойки воздуха между двумя линейными контурами жидкостного образования лёгкого в нижнем полюсе. При прорыве кисты в бронх эхотомоскопически в лёгком определялась полость с чёткой стенкой, а на дне полости жидкость и бесформенная тень, которая меняла свою форму от положения тела.

Диагностическая видеоторакоскопия (ВТС) выполнялась при гидропневмотораксе, оказалась самым ценным методом диагностики (100,0 %) при прорыве кисты в плевральную полость и завершалась лечебной процедурой: 4 пациентам удалена хитиновая оболочка, 6 – ликвидирован фибриноторакс, и завершалась адекватным дренированием плевральной полости, что имело большое значение для предоперационной подготовки перед радикальной операцией.

Из серологической реакции для дифференциальной диагностики применяли иммуноферментный анализ (ИФА) на наличие антител к эхинококкозу, который оказался положительным у 87,4 % больных и является специфическим количественным и качественным тестом.

Фибробронхоскопия оказалась эффективной при прорыве кисты в бронх в предоперационной подготовке. У 2-х пациентов жёстким бронхоскопом удалось убрать хитиновую оболочку, обтурирующий просвет сегментарного бронха.

Из лабораторных анализов полезной оказалась гемограмма, при котором у 77,2 % больных отмечено

повышение СОЭ, у 36,0 % - лейкоцитоз и у 38,6 % - эозинофилия. Применение этих методов диагностики позволило правильной диагностике у 94,6 % больных с осложненным эхинококкозом лёгких.

200 больным выполнена плановая операция. Показанием к срочным операциям у 12 пациентов явилось преперфоративное состояние напряжённых кист большого объёма, а 2-е больных с прорывом кисты в плевральную полость, который произошёл в клинике, оперированы экстренно.

214 больным выполнено 225 операций, из них 214 радикальных и 11 – с целью улучшения общего состояния и предоперационной подготовки.

Закрытый капитонаж фиброзной полости по Дельбе выполнен 39 пациентам, вворачивание краёв в фиброзную полость – 25, резекция лёгкого – 18 и полузакрытый капитонаж - 12 больным. В ближайшем послеоперационном периоде у 37,0 % наблюдались различные осложнения.

Учитывая эти осложнения, в клинике разработан и с успехом применяется вариант капитонажа фиброзной полости больших и осложнённых эхинококковых кист вертикальными перекрёстными швами. Сущность его заключается в накладывании перекрёстных швов на противоположные стенки полости переходя то на одну, то на другую стенку синтетической ниткой между двумя атравматическими иглами, начиная накладывать швы со дна полости по направлению к периферии переходя то на одну, то на другую стенку на высоту 1,5 – 2,0 см. так, чтобы выкол одной стенки и вкол противоположной стенки находились на одном уровне. Последние выколы обоих концов нити должны выходить на поверхность лёгкого на 1 см. от края фиброзной полости. Так накладывают 3 - 4 шва в зависимости от размера полости. С учётом высоты стенок фиброзной полости могут быть 2 - 4 этажные швы т. е. от 2-х до 4-х перекрёстов ниток. Этим способом 88 больным выполнен закрытый капитонаж, 12 – полузакрытый вариант капитонажа. Послеоперационные осложнения у этой группы больных составили 8,9 %.

14 больным выполнена закрытый капитонаж перекрёстным ушиванием фиброзной полости через миниторакотомию с видеоассистированной торакоскопией (ВАТС) без послеоперационных осложнений.

Таким образом, диагностика осложненного эхинококкоза лёгких должно быть комплексным, а вариант закрытого капитонажа фиброзной полости является методом выбора при лечении больших и осложнённых эхинококковых кист лёгкого.

КОРРЕКЦИЯ РЕАМБЕРИНОМ ПРОЦЕССОВ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Моргунов С.С.

*Городская клиническая больница №2,
Ижевск*

Острая кровопотеря при язвенных гастродуоденальных кровотечениях (ЯГДК) остается важнейшей проблемой экстренной хирургии желудочно - кишеч-