

Результаты. Показано, что статистически значимыми ($p < 0,05$) факторами риска развития РШМ являются возраст 55–59 лет ($OR=2,5$); вес более 71 кг ($OR=2,1$); национальность обследуемой ($OR=6,3$) и ее матери (украинки) ($OR=17,1$), число сексуальных партнеров более 4 ($OR=2,3$), заболевания репродуктивных органов: эрозии шейки матки ($OR=69,6$, $p < 0,002$), лейкоплакия ($OR=6,5$), фиброма матки ($OR=15,0$), хроническое воспаление яичников ($OR=8,1$), травмы родовых путей ($OR=12,1$, $p < 0,002$), фиброзно-кистозная болезнь ($OR=4,3$), острый мастит ($OR=3,0$), наличие сопутствующих заболеваний (язвенная болезнь 12-перстной кишки ($OR=4,0$), заболевания щитовидной железы ($OR=2,7$), цистит ($OR=16,3$), инфекции, передаваемые половым путем, в частности хламидиоз ($OR=2,1$)). Из экзогенных факторов способствуют развитию РШМ: проживание в городской местности ($OR=4,1$, $p < 0,01$), низкий уровень образования ($OR=3,4$, $p < 0,01$) и средний доход на одного члена семьи ниже прожиточного минимума ($OR=5,8$, $p < 0,05$), наличие стрессов ($OR=9,0$, $p < 0,002$) и неудовлетворительные отношения в семье ($OR=6,9$, $p < 0,002$) и др.

На основании полученных данных и алгоритма, описанного Е.В. Гублером (1990), в основе которого лежит определение частоты

встречаемости признака и расчет его информативности (мера Кульбака), было построено «решающее правило» (прогностическая таблица) для отбора в группу повышенного риска в отношении РШМ. В таблице каждой градации признака соответствует свой коэффициент – мера информативности. При положительной сумме прогностических коэффициентов более «+12,5» пациент относится к группе риска, при отрицательном значении более «-10» – к здоровым лицам. Если сумма диагностических коэффициентов оказывается в промежутке от +12,5 до -10, то группа не определена и для данного пациента требуются дополнительные методы диагностики. Составленная «Прогностическая таблица» может быть использована в практическом здравоохранении для определения вероятности развития РШМ.

Выводы. Проведенное исследование и разработанная компьютерная программа позволяют на основе анкетного опроса провести отбор лиц в группу повышенного риска развития РШМ. Программа дает возможность проводить скрининговые обследования населения в лечебных учреждениях первичного медицинского звена (смотровых кабинетах, женской консультации) г. Азова Ростовской области.

ВОЗМОЖНОСТЬ СОХРАНЕНИЯ ДОБАВОЧНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

А.В. КАРПОВИЧ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ им. Г.К. Жерлова, г. Северск

Актуальность. В артериальном кровоснабжении печени, кроме основной собственной печеночной артерии, участвует вариантная добавочная печеночная артерия (ДПА). При хирургических манипуляциях в области малого сальника во время операций по поводу органических заболеваний желудка и пищевода может происходить пересечение этой артерии с развитием сегментарного некроза левой доли печени в раннем послеоперационном периоде.

Цель исследования – разработать объективный метод оценки гемодинамического эффекта

ДПА на кровоснабжение левой доли печени и определить критерии к ее сохранению.

Материал и методы. Объектом исследования стали больные раком желудка и пищевода, у которых интраоперационно была выявлена добавочная печеночная артерия в элементах малого сальника. Для определения гемодинамического эффекта ДПА на кровоснабжение левой доли печени во время операции с помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) проводили измерение микроциркуляции с поверхности левой доли печени в течение 5 мин

при отсутствии дополнительного механического и медикаментозного воздействия на ткань и сосуды печени. После этого накладывали сосудистую клипсу на ДПА и продолжали запись показателей микроциркуляции в течение 20 мин. При их снижении на 50% расценивали присутствие ДПА гемодинамически значимым в кровоснабжении левой доли печени и стремились ее сохранить. При этом следует отметить, что в этом случае наиболее значительное снижение показателя микроциркуляции (25% и более от исходного отмечалось в первые 5 мин), что может служить прогностически неблагоприятным фактором в оценке кровоснабжения левой доли печени и требует сохранения дополнительного источника. При снижении показателей микроциркуляции на 20% и менее в первые 5 мин после пережатия ДПА не наблюдалось его дальнейшего снижения в последующие 15 мин, а чаще, наоборот, отмечалась постепенная стабилизация, что может свидетельствовать о достаточном числе внутривисцеральных коллатералей, необходимых для сохранения жизнеспособности ткани левой доли печени при пересечении ДПА. В последнем случае всем пациентам выполнялась расширенная лимфодиссекция с перевязкой левой желудочной артерии у истока. В послеоперационном периоде состояние пациентов и функцию печени оценивали с помощью биохимических лабораторных методов, ультразвукового исследования и компьютерной томографии. В качестве контрольной группы выступали пациенты, не имевшие ДПА и оперированные по традиционной методике.

Результаты. В период с января 2004 г. по декабрь 2005 г. прооперировано 56 больных раком желудка и 10 больных раком пищевода, из этого числа интраоперационно ДПА была выявлена у 15 больных раком желудка и у 3 – раком пищевода. При обследовании предлагаемым способом у 9 больных раком желудка и у 2 больных раком пищевода отмечено снижение показателя микроциркуляции более 25% (в среднем на 28%, диапазон 25-33%) в первые 5 мин после наложения сосудистой клипсы. У этих пациентов мы сохранили добавочную печеночную артерию с диссекцией левой желудочной артерии дистальнее места ее отхождения. У остальных 6 больных раком желудка и одного больного раком пищевода отмечалось

снижение показателя микроциркуляции на 20% и менее в первые 5 мин после пережатия ДПА. В качестве контроля у этой группы мы продолжили мониторинг еще 15 мин: дальнейшего снижения показателя микроциркуляции не отмечалось. У этих пациентов артерия была перевязана у истока и удалена единым блоком с лимфатическими узлами. В послеоперационном периоде не умер ни один из 18 включенных в исследование пациентов. При выполнении УЗИ и компьютерной томографии в ранние сроки после операции (7 и 30 сут) в группе с сохраненной ДПА (11 пациентов) и пересеченной (7 пациентов) дополнительных объемных образований в печени выявлено не было. При анализе уровня сывороточных трансаминаз у всех пациентов в группе с пересеченной ДПА с первых суток отмечалось повышение уровня АлАТ и АсАТ в 1,5-2 раза от исходных значений с максимумом на 3-4 сутки. При этом у всех пациентов отсутствовали признаки печеночной патологии в дооперационном периоде, а показатели системы гемостаза и уровень билирубина не отличались от таковых у пациентов с сохраненной ДПА. Выявленные отклонения пришли в норму у всех пациентов на 8-9 сутки после операции на фоне инфузионной и гепатопротективной терапии. Функциональные печеночные показатели в группе с сохраненной ДПА не отличались от таковых в контрольной группе. Прочие общехирургические осложнения не были связаны с выполненной нами манипуляцией и наблюдались: пневмония – у 2 (11,1%) пациентов, обострение тромбоза вен нижних конечностей – у 3 (16,7%) пациентов, анемия легкой и средней степени – у 6 (33,3%) пациентов, формирование подкапсульной гематомы селезенки – у 1 (5,6%) пациента и развитие ранней спаечной кишечной непроходимости – у 1 (5,6%) пациента. Последние два осложнения потребовали повторного оперативного вмешательства, остальные купировались консервативными мероприятиями.

Выводы. Таким образом, предлагаемый способ оценки гемодинамического эффекта ДПА при операциях на пищеводе и желудке позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений, связанных с сегментарным некрозом печени.