BECTHUK XUPYPIUM KA3AXCTAHA

ISSN 2306-5559

Итоги конкурса журналистских работ, проведенного в ННЦХ им. А.Н. Сызганова по итогам 2014 г.











- Carotid Endarterectomy: Does Contrlateral Lesion Impact on the Results?
- Trombolytic therapy in patients with the acute myocardial infarction at the pre-hospital and hospital stages
- Результаты расширения корня аорты ксеноперикардиальной заплатой по методу Nicks-Nunez
- Хирургическое лечение фибрилляции предсердий у пациентов с высоким риском оперативного вмешательства
- Functional outcome after microsurgical reconstruction of the nerve trunks of plexus brachialis
- Применение Актовегина в комплексном лечении больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей
- Рейно синдромы кезіндегі жара үрдісі ағымының ерекшелігі
- Секвестрация легкого как интраоперационная находка
- Хирургическое лечение повреждений органов малого таза и забрюшинного пространства в условиях массивной кровопотери
- Efficacy of Intraarterial Transplantation of Mesenchymal Multipotent Stem Cells in Patients with Liver Cirrhosis and Portal Hipertension
- Роль переломов длинных трубчатых костей у больных с тяжелыми сочетанными травмами и политравмами
- Мониторинг аммиака при трансплантации печени
- Monitoring of ammonia liver transplantation
- Типы ЭЭГ при опухолях головного мозга
- Клинический случай эхинококкоза позвоночника
- Клиническая характеристика больных с урологическими заболеваниями, сочетающихся с заболеваниями гепатобилиарной системы
- Факторы акушерского анамнеза матери в формировании задержки внутриутробного развития плода



ISSN 2306-5559 (print) ISSN 2410-938X (online)



Nº4 (40) 2014

ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

ВЕСТНИК ХИРУРГИИ КАЗАХСТАНА

BULLETIN OF SURGERY IN KAZAKHSTAN

АЛМАТЫ / ALMATY

№4 (40) 2014 Издается с 2005 г. ISSN 2306-5559 (print) ISSN 2410-938X (online)

ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ BECTHИК ХИРУРГИИ КАЗАХСТАНА BULLETIN OF SURGERY IN KAZAKHSTAN

әр тоқсанда шығып тұратын А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығының ғылыми-тәжірибелік журналы ежеквартальный научно-практический журнал Научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова a quaterly scientific-practical journal of the National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov

БАС РЕДАКТОР

Арзықұлов Ж.Ә. профессор

БАС РЕДАКТОРДЫҢ ОРЫНБАСАРЫ

Рамазанов М.Е.м.ғ.д.

РЕДАКЦИЯ АЛҚАСЫ

Абзалиев К.Б., Артықбаев Ж.Т., Ахметов Е.А., Батырханов М.М., Даирбеков О.Д., Жураев Ш.Ш., Мамедов М.М., Миербеков Е.М., Пюрова Л.П., Сейдалин А.О., Сейсембаев М.А., Сұлтанов Э.Ш., Хвостиков Е.И., Шайқиев Е.У.

РЕДАКЦИЯ КЕҢЕСІ

Абдуллаев М.Ш. (Алматы), Апсатаров Э.А. (Алматы), Баймақанов Б.Б. (Астана), Вишневский В.А. (Мәскеу), Изимбергенов Н.М. (Ақтөбе), Мусаев Х.Н. (Баку), Мұхамеджанов И.Х. (Астана), Лохеицкий С.В. (Қарағанды), Мамекеев М.М. (Бишкек), Назыров Ф.Г. (Ташкент), Поцелуев Д.Д. (Алматы), Сабыр М.Ш. (Ақтөбе), Сұлтаналиев Т.А. (Астана), Телеуов М.К. (Астана), Черноусов А.Ф. (Мәскеу)

Журнал ҚР ақпарат, мәдениет және спорт Министрлігінде тіркелген.
Тіркеу нөмірі 5564-Ж.
Журналдың иесі – «А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы» АҚ.

Баспаның мекен-жайы:

050004, Алматы к., Желтоқсан көш. 62, тел. 7(727) 2795306 http://jsk.kz, e-mail: info@jsk.kz Сеитова Г.С.- Материалдарды реттеу. Аленов Д.С.- Компьютерлік теру.

Әрленім және беттеу:

«Шалаева Н.А.» ЖК-де дайындалған, Алматы қ, 8 ы.а., 4а үй, 118 кеңсе, тел. 7 (727) 2495966 Таралыма – 500 дана Жарияланатын мақалалардың мазмұнына авторлар жауапты.

Қазпочта жазылу индексі – 75327

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Арзыкулов Ж.А. профессор

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Рамазанов М.Е. Д.М.Н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Абзалиев К.Б., Артыкбаев Ж.Т., Ахметов Е.А., Батырханов М.М., Даирбеков О.Д., Жураев Ш.Ш., Мамедов М.М., Миербеков Е.М., Пюрова Л.П., Сейдалин А.О., Султанов Э.Ш., Хвостиков Е.И., Шайхиев Е.У.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абдуллаев М.Ш. (Алматы), Апсатаров Э.А. (Алматы), Баймаханов Б.Б. (Астана), Вишневский В.А. (Москва), Изимбергенов Н.И. (Актобе), Мусаев Х.Н. (Баку), Мухамеджанов И.Х. (Астана), Лохеицкий С.В. (Караганда), Мамекеев М.М. (Бишкек), Назыров Ф.Г. (Ташкент), Поцелуев Д.Д. (Алматы), Сабыр М.Ш. (Актобе), Султаналиев Т.А. (Астана), Телеуов М.К. (Астана), Черноусов А.Ф. (Москва)

Журнал зарегистрирован в Министерстве информации, культуры и спорта РК. Регистрационный номер: 5564-Ж. Владелец журнала - АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова».

Адрес редакции:

050004, г. Алматы, ул. Желтоксан, 62, тел. 7 (727) 2795306 http://jsk.kz, e-mail: info@jsk.kz Сеитова Г.С.- Подбор материалов Аленов Д.С.- Компьютерный набор

Дизайн и верстка:

ИП «Шалаева Н.А.», г. Алматы, 8 мкр-он, дом 4а, офис 118, тел. 7 (727) 2495966 **Тираж** – 500 экз.

Ответственность за содержание публикуемых материалов несут авторы. Подписной индекс КАЗПОЧТЫ - 75327

EDITOR IN CHIEF

Arzykulov Zh.A. professor

DEPUTY CHIEF EDITOR

Ramazanov M.E., dr. med.

EDITORIAL BOARD

Abzaliev K.B., Artykbayev Zh.T., Akhmetov E.A., Batyrhanov M.M., Dairbekov O.D., Zhuraev Sh.Sh., Mamedov M.M., Mierbekov E.M., Pyurova L.P., Seidalin A.O., Seisembayev M.A., Sultanov E.Sh., Khvostikov E.I., Shaikhiev E.U.

EDITORIAL COUNCIL

Abdullayev M.Sh. (Almaty), Apsatarov E.A. (Almaty), Baimakhanov B.B. (Astana), Vishnevsky V.A. (Moscow), Izimbergenov N.I. (Aktobe), Musayev Kh.N. (Baku), Mukhamedzhanov I. Kh. (Astana), Lokhvitsky S.V. (Karaganda), Mamekeev M.M. (Bishkek), Nazyrov F.G. (Tashkent), Potseluyev D.D. (Almaty), Sabyr M.Sh. (Aktobe), Sultanaliev T.A. (Astana), Teleuov M.K. (Astana), Chernousov A.F. (Moscow)

The journal is registered with the Ministry of Information, Culture and Sports of the Republic of Kazakhstan.
Registration number: 5564-Ж
The owner of the journal - JSC «National scientific center of surgery named after A.N. Syzganov»
Editorial address:
62, Zheltoksan street, Almaty, 050004

62, Zheltoksan street, Almaty, 050004 tel. 7 (727) 2795306 http://jsk.kz, e-mail: info@jsk.kz Seitova G.S.-Selection of materials Alenov D.S.- Computer typesetting

Design and lead out:
 «Shalayeva N.A.» SP,
office 118, 4"a", microdistrict 8, 050035, Almaty
 tel. 7 (727) 2495966
 Edition – 500 copies.
The authors are responsible for the
 content of published materials.
Subscript index of KAZPOST – 75327

МАЗМҰНЫ

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ХИРУРГИЯ

Агалар С.А., Гасымов А.В., Гасымов Дж.Л., Мамедова А.Э. Сүйекүстілік лоскутты қолданумен созылмалы ортаңғы отитті емдеу әдістері
Арзықұлов Ж., Шайхиев Е., Шөкебаев А., Алиев А. Өңеш стриктурасының күйіктен кейінгі эзофагопластикасы
Бойко В.В., Замятин П.Н., Мирошниченко Ю.И., Пеев С.Б., Наконечный Е.В., Кощий Е.Е., Шевченко А.Н. Массивті қан жоғалту кезінде іш қуысынан тыс кеңістік пен кіші жамбас астауының зақымдануын хирургиялық емдеу
Зеленский И.В., Оспанов М.А., Кали Д.Е., Аманжолов Е.У., Баширов М.Ш. Өкпе секвестрациясы ретіндегі интраоперациялық табуы
диагностика
Гараева С.З. Ұрықтың құрсақішілік дамуының кідіруінің құрылымының анасының акушерлік анамнезінің факторлары 24
Намазбеков М.Н., Турдубаева Г.Т. Бас миының ісіктері кезіндегі ЭЭГтиптері
Сағатов І.Е., Тайманұлы О., Оңғарбаев Қ.О. Жедел миокард инфаркты кезінде науқастарға ауруханаға дейінгі және ауруханалық тромболитикалық емді жүргізу
11 . 7
Салимов Б.Г. Гепатобилиарлы жүйенің ауруларымен бірге жүретін урологиялық аурулары бар науқастардың клиникалық сипаттамасы

УАҚИҒАЛАР ТӘЖІРИБЕДЕН

цитокинді жүйе жағдайы......39

Джафарли Р.Е.

Портальды гипертония және бауыр циррозы бар науқастарға мезенхимальды

хирургия

Агалар С.А., Гасымов А.В., Гасымов ДжЛ., Мамедова А.Э. Метод лечения хронического среднего отита с применением надкостничного лоскута
Арзыкулов Ж., Шайхиев Е., Шокебаев А., Алиев А. Эзофагопластика при послеожоговых стриктурах пищевода9
Бойко В.В., Замятин П.Н., Мирошниченко Ю.И., Пеев С.Б., Наконечный Е.В., Кощий Е.Е., Шевченко А.Н. Хирургическое лечение повреждений органов малого таза и забрюшинного пространства в условиях массивной кровопотери
Зеленский И.В., Оспанов М.А., Кали Д.Е., Аманжолов Е.У., Баширов М.Ш. Секвестрация легкого как интраоперационная находка19
диагностика
Гараева С.З.
Факторы акушерского анамнеза матери в формировании задержки внутриутробного развития плода
Факторы акушерского анамнеза матери в формировании задержки внутриутробного
Факторы акушерского анамнеза матери в формировании задержки внутриутробного развития плода
Факторы акушерского анамнеза матери в формировании задержки внутриутробного развития плода
Факторы акушерского анамнеза матери в формировании задержки внутриутробного развития плода
Факторы акушерского анамнеза матери в формировании задержки внутриутробного развития плода

Эффективность внутриартериального

трансплантации мезенхимальных

SURGERY

Agalar S.A., Gasimov A.V., Gasimov Ch.L., Mammadova A.E. Treatment method of chronic otitis media application with periostal flap
Arzykulov Zh., Shaikhiyev Y., Shokebaev A., Aliev A. Esophagoplasty in post-burn esophageal strictures
Boyko V.V., Zamyatin P.N., Miroshnichenko Yu.I., Peev S.B., Nakonechny E.V., Kotshiy E.E., Shevchenko A.N. Surgical treatment of pelvic organ injury and retroperitoneal space in the conditions of massive blood loss
Zelensky I.V., Ospanov M.A., Cali D.E., Amanzholov E.U., Bashirov M.Sh. Sequestration of lungs as intraoperative find
DIAGNOSTICS
Garayeva S.Z. Factors of maternal obstetric history in the formation of intrauterine growth restriction
Namazbekov M.N., Turdubaeva G.T. Types of EEG in brain tumors
Sagatov I.Ye., Taimanuly O., Ongarbayev K.O. Trombolytic therapy in patients with the acute myocardial infarction at the pre-hospital and hospital stages
Salimov B.G. The clinical characteristic of patients with urological diseases combined with diseases of hepatobiliary system
Sulaymanov S.B., Tilekov E.A., Askerov A.A., Chapyev M.B. State of cytokine system at tubal pregnancy in women

CASE STUDIES

Jafarli R.E.

Efficacy of intraarterial transplantation of mesenchymal multipotent

МАЗМҰНЫ

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

мультипотентті бағаналы жасушалардың артерияішілік трансплантациясының тиімділігі
Михальченко В.В., Баймагамбетов А.К. Актовегинді аяқтарында созылмалы венозды жеткіліксіздігі бар науқастардың кешенді емінде қолдану
Сулайманов С.Б., Типеков Э.А., Аскеров А.А., Чапыев М.Б. Эктопиялық жүктілігі бар әйелдерге отадан кейінгі кезеңде лапароскопияны қолданумен қанды ультракүлгін сәулелендіру әдісін қолдану
Тоқсанбаев Д., Садықов Н., Досханов М. А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығының бауырды трансплантанттау бағдарламасының дамуы және «кезектілігінің тізімі» мәселесін қалыптасуы
Тұтқышбаев С.О., Достарбаев Р.Г. Омыртқа эхинококкозының клиникалық уақиғасы
Шахметова К.С. Жоспарлы екі жақты тонзиллэктомия кезінде симпатикалық бөгемемен тригеминия мүмкіндіктері71

мультипотентных стволовых клеток у больных с циррозом печени и портальной гипертонией
Михальченко В.В., Баймагамбетов А.К. Применение Актовегина в комплексном лечении больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей 48
Сулайманов С.Б., Тилеков Э.А., Аскеров А.А., Чапыев М.Б. Применение метода ультрафиолетового облучения крови в послеоперационном периоде с применением лапароскопии у женщин с эктопической беременностью
Токсанбаев Д., Садыков Н., Досханов М. Развитие программы трансплантации печени и вопросы формирования «листа ожидания» в ННЦХ им. А.Н. Сызганова
Туткышбаев С.О., Достарбаев Р.Г. Клинический случай эхинококкоза позвоночника
Шахметова К.С. Возможности тригеминии-симпатической блокады при плановой двусторонней тонзиллэктомии

stem cells in patients with liver cirrhosis and portal
hypertension
Mikhalchenko V.V., Baimagambetov A.K. Application of Actovegin in complex treatment of chronic venous insufficiency of lower extremities
Sulaymanov S.B., Tilekov E.A., Askerov A.A., Chapyev M.B. Application of ultraviolet irradiation of blood in the postoperative of periods with laparoscopy in women with ectopicpregnancy
Toksanbayev D., Sadykov N., Doskhanov M. Liver transplantation program development and "waiting list" formation in Syzganov National Scientific Center of Surgery
Tutkyshbaev S.O., Dostarbaev R.G. Clinical case of echinococcosis of a backbone
Shakhmetova K.S. Opportunities of trigeminy-sympathetic blockade under the planned bilateral tonsillectomy

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СРЕДНЕГО ОТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ НАДКОСТНИЧНОГО ЛОСКУТА

Агалар С.А., Гасымов А.В., Гасымов Дж.Л., Мамедова А.Э.

Азербайджанский медицинский университет, Баку

Аннотация

У 27 больных проведена латеральная аттикоантротомия и тимпанопластикой с надкостничным лоскутам. Результаты проведенной операции изучены в течение года. Через год выявлены а) хронический средний отит (XCO) с постоянным гноетечением, после операции гноетечение прекратилось но перфорация барабанной перепонки закрылась; б) XCO с холесте- атомой - 7 и больных у 4-х перфорация не закрылось, у 2-х больных слух не изменился; в) XCO с грануляциями из 7-и больных у 4-х перфорация закрылась, у 2-х слух улучшился, у 2-х развился тимпаносклерозслух ухудшился и у 3-х больных перфорация не закрылась; г) XCO с грануляциями и холестеатомой - удалось закрыть перфорации 5-и больных из 8-и и у этих 5 больных слух улучшился; д) Таким образом латеральная аттикоан- тротомия и тимпанопластика надкостничном лоскутом является методом выбора при XCO с различными формами.

УДК 616.284.2-089

Ключевые слова:

хронический средний отит (XCO), аттикоантротомия надкостничного лоскута.

СҮЙЕКҮСТІЛІК ЛОСКУТТЫ ҚОЛДАНУМЕН СОЗЫЛМАЛЫ ОРТАҢҒЫ ОТИТТІ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ

Агалар С.А., Гасымов А.В., Гасымов Дж.Л., Мамедова А.Э.

Азербайджан медициналық университеті, Баку

Аңдатпа

Сүекүстілік лоскутпен 27 науқасқа латеральды аттикоантротомия және тимпанопластика жасалды. Жасалынған ота нәтижелері 1 жыл зерттелді. Бір жылдан кейін а) тұрақты ірің ағуымен созылмалы ортаңғы отит (СОО) анықталды, отадан кейін ірің ағуы тоқтады, бірақ перде перфорациясы жабылды; б) холесте-атомамен СОО және 4 науқаста перфорация жабылмады, 2 науқастың естуі өзгермеді; в) грануляциямен СОО - 7-науқастың 4-нің перфорациясы жабылды, 2-нің естуі жақсарды, 2-де ра тимпаноскпероз дамып естуі төмендеді және 3 науқаста перфорация жабылмады; г) грануляциялар мен холестеатомалары бар СОО- 8 науқастың 5-нің перфорациясы жабылды және сол 5-нің естуі жақсарды; д) сонымен әртүрлі формамен СОО кезіндегі патеральды аттикоантротомия және сүйекүстілік тимпанопластика негізгі таңдау әдісі болып табылады.

Түйін сөздер:

созылмалы ортаңғы отит (СОО), сүйекүстілік лоскутпен аттикоантротомия.

TREATMENT METHOD OF CHRONIC OTITIS MEDIA APPLICATION WITH PERIOSTAL FLAP

Agalar S.A., Gasimov A.V., Gasimov Ch.L., Mammadova A.E.

Azerbaijan Medical University, Baku

Abstract

Purpose of investigation is working out and implementation treatment method of chronic otitis media and obtainment followed tasks. a) maximum elimination of infected structure (bony and soft tissue), b) increasing aeration of tympanic cavity with taking out (cancel) block in aditus ad antrum, c) separation of middle ear structures from external ear through using tympanoplasty. 27 patients have done lateral atticoantrotomy and tympanoplasty with using periostal flap. Results of executed surgeries studied within a year. After a year postoperation results founded as below: a. Chronic otitis media with permanently suppurative otorrhea stoped but perforation of tympanic membrane were not closed; b. 4 of 7patients with chronic otitis media with cholesteotoma perforation were closed and hearing were increased, but two patients with such of cases hearing were not changed; c. 4 patients with chronic otitis media with granulation perforations were closed, 2 of them hearing increased, 2 patients founded tympanosclerosis and decreased hearing and 3 of them perforation were not closed; d. Chronic suppurative otitis media with granulation and cholesteotoma achieved to close perforations 5 patients of 8 and these 5 patients hearing increased. Accordingly lateral atticoantrotomy and tympanoplasty with using periostal flap is selection surgical treatment method during different types of chronic otitis media.

Keywords:

chronic otitis media(COM), atticoantrotomy, periostal flap, aditus ad antrum Хронический средний отит - одна из главных проблем оториноларингологии. Данное заболевание является причиной тяжелых внутричерепных осложнений, угрожающих жизни больного, что постоянно привлекает внимание ото-логов. Усовершенствование медицинской техники, появление увеличительной оптической системы и различных микрохирургических инструментов, а также большие возможности анестезиологии способствуют разработке методов хирургического лечения хронического среднего отита.

Со второй половины прошлого столетия обострился интерес не только к санирующим операциям на структурах среднего уха, но появились попытки решения функциональных задач. К этому подталкивали задачи отохирургов максимально сохранить анатомические структуры среднего уха и наружного слухового прохода. Главной задачей перед отохирургами стало восстановление слуховой цепи, и при этом отделить слизистую оболочку среднего уха от кожных элементов наружного слухового прохода [1-9]. Несмотря на большое количество печатных трудов и практических разработок восстановление анатомических структур уха и улучшение аэрации полостей среднего уха требует разработку новых методов и исследований в области отоатрии. Надо также отметить что, разработка многих методов тимпанопластики во многих случаях не способствует моментальному выздоровлению или длительному улучшению течения хронического среднего отита.

Цель исследования - разработка и внедрение методов лечения хронического среднего отита для достижения следующих задач: а) максимальная элиминизация инфекционного очага; б) улучшение аэрации среднего уха путем устранения блока в aditus ad antrum; в) отделение элементов среднего уха от наружного уха путем тимпанопластики.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 27 больных в возрасте от 20-ти до 41-ого года. Из них 17 женщин и 10 мужчин. Оперированные

больные были разделены на четыре группы: первую группу больных составили больные у которых хронический средний отит сопровождался только холестеатомой; вторую группу - с грануляциями; третью группу-с грануляциями и холестеатомой; а четвертую группу- больные, у которых гноетечение из уха. (Табл.1)

У всех больных нами проведен следующий метод оперативного лечения хронического среднего отита.

Под общей анестезией по заушной складке проводится разрез до надкостницы. Мягкие ткани отделяются кзади, при этом оставляем надкостницу. Затем по краю отслоенной части на надкостнице проводим к уху лунный разрез и надкостница отслаивается кпереди к наружному слуховому проходу. Полученный надкостничный лоскут отсекается и расправляется на предметном стекле для использования в дальнейшем на закрытие перфорации барабанной перепонки. При расширении раны четко должны определяться linea temporalis, spina suprameatum, задняя и частично верхняя начальная часть костного отдела наружного слухового прохода. С помощью бора проводится трепанация сосцевидного отростка. При этом максимально истончается задняя стенка наружного слухового прохода до обозрения корпуса наковальни. Затем операция проводится эндоаурально под микроскопом; край перфорации деэпителизируется, патологическое содержимое барабанной полости удаляется, при необходимости для санации барабанной полости проводится тимпанотомия. На этом этапе проводится контроль устранения блокады в aditus ad antrum. С этой целью наружный слуховой проход заполняется раствором диоксидина и прослеживается прохождение жидкости в трепанационной полости. При необходимости продолжается истончение задней стенки наружного слухового прохода ближе к латеральной стенке аттика.

Эндоаурально при необходимости в два слоя (под и над барабанной перепонкой) надкостничный лоскут укладывается на перфорацию. Наружний слуховой проход заполняется мелкими частицами челюстатической губкой. Заушная рана

Таблица 1
Распределение
больных по возрасту
и по особенностям
течения хронического
среднего отита

Особенность / Возраст	20-25	26-30	31-35	36-41
Холестеотома	1	1	3	4
Грануляция	0	3	2	2
Холестеотома+	3	2	2	1
Гноетечение	2	1	0	0
Итого	6	7	7	7

зашивается и в трепанационной полости оставляется дренажная трубка в течение 5-ти дней. Начиная со второго дня, не создавая герметического пространства, отсасывается содержимое в трепанационной полости. Больным назначались носовые сосудосуживающие капли, антибиотики. В постоперационном периоде больные контролировались в 10-ый, 20-ый и 30-тый день. Потом 1 раз в три месяца.

Результаты и их обсуждение

В первое время до 20-ого дня существенного различия в течение болезни не наблюдалось. Через месяц после операции у 3-ех больных с непрерывным гноетечением обнаружена несостоятельность надкостничного лоскута. У одного из них появились выделения из уха. У двоих выделений из уха не отмечалось. Вместе с тем надо отметить что, у этих больных барабанная полость влажная. Из 7-ми больных с холестеатомой, удвух перфорация барабанной перепонки не закрылась, но выделений из уха также не отмечалось.

У трех больных из группы, у которых отмечались грануляции, надкостничный лоскут не прижился, у одного больного из уха появились выделения. В группе больных, у которых обнаруживались и грануляции и холестеатома, у троих также не прижился надкостничный лоскут, но при этом у этих больных не отмечались выделения из уха.

Через 2 месяца у больных существенных изменений не наблюдалось, но у одного больного с холестеатомой на барабаннной перепонке отмечались признаки рефлюкса слуховой трубы.

У этого больного при последующих осмотрах появилась перфорация и выделения из уха.

Через 6 месяцев у одного больного (с грануляциями в дооперационном периоде) после простуды из уха появились выделения и перфорация; после местной терапии выделение из уха прекратилось. Через год во время контрольного осмотра перфорация закрылась.

Через год при осмотре у всех больных из уха

выделений не отмечалось. У 12-ти больных перфорация не закрылась. У остальных 19-ти больных перфорация закрылась, но у двух больных на барабанной перепонке отмечались втянутость и грубые рубцовые изменения.

Через год у 27 больных из 31 проводилась повторная компьютерная томография. У больных, у которых перфорация закрылась, аэрация сосцевидного отростка (трепанационной полости) отмечалось хорошо. У двух больных с зарубцевавшейся перфорацией наблюдаются грубые рубцовые изменения сосцевидного отростка с наличием фиброзной ткани.

У больных, у которых перфорация не закрылась, во время компьютерной томографии в сосцевидном отростке воздух не определялся.

При аудиологическом исследовании у всех больных отмечаются два типа аудиограммы. В первом типе аудиограммы отмечается костновоздушный разрыв и линии костной и воздушной проводимости строго по горизонтальной линии. Количество таких больных 23 человека. Возраст этих больных в основном до 35 лет и снижение слуха в пределах от 20 дб до 40 дб. Второй тип аудиограммы отмечается у 9-ти больных. В основном эти больные в возрасте старше 35 лет (костно-воздушный разрыв, в высоких частотах за 4 тыс. снижение кривой) (Табл.2).

После лечения, при контрольном осмотре через год, при аудиологическом исследовании у двоих больных слух ухудшился. У этих больных восстановить аэрацию не удалось и барабанная перепонка грубо-рубцово изменилась. У 10-ти больных слух не изменился (у этих больных перфорацию барабанной перепонки закрыть не удалось). У остальных больных слух улучшился, но аудиологические кривые не дошли до "0" отметки, костно-воздушный разрыв в пределах 5-10 дб остался.

Выводы

1. При постоянном гноетечении из уха одномоментно мастоидотомия и тимпанопластика неэффективны.

Количество больных		Триживание тничного ло		Аудиологические результаты			
Течение болезни	всего	удачные	неудачные	улучшение	ухудшение	Без изменений	
Холестеотома	9	7	2	7	-	2	
Грануляция	7	4	3	2	2	3	
Холестеотома + Грануляция	8	5	3	5	-	3	
Постоянное гноетечение	3	-	3	-	-	3	

Таблица 2 Результаты полученных данных в отдаленном периоде (через год)

- 2. Холестеатома и грануляции не являются препятствием тимпанопластики.
- 3. Ликвидация блокады полостей сосцевидного отростка является залогом улучшения слуха после тимпанопластики.
 - 4. При сохранении блокады в aditus ad

antrum, появление тимпаносклероза приводит к ухудшению слуха.

5. Рано проведенное оперативное вмешательство более успешно, так как вероятность ухудшения слуха по смешанному типу уменьшается.

Литература

- Корвяков В.С. Хирургические методы лечения больных хроническим гнойным средним отитом./ Материалы XVII съезда отоларинголов России. Нижний Новгород, 2006, С. 109-110.
- Кротов Ю.А. Отдаленные результаты закрытой санирующей операции у больных хроническим гнойно-кариозным эпимезотимпанитом при подготовке к санирующим операциям. Вестник оториноларингологии, 2000, № 1, С. 11-14
- 3. Семенов Ф.В., Риденко В.А., Немецов С.В. Анализ некоторых причин рецидива хронического гнойного среднего отита в послеоперационном периоде. Вестник оториноларингологии, 2005, №3, С. 48-49.
- Baba S, Yagi T, Fujikura T. Subjective evaluation and overall satisfaction after tympanoplasty for chronic simple suppurative otitis media. J Nippon Med Sch 2004, 71: 17-24
- Hildmann H., Sudhoff H., Jahnke K. Principles of individualized approach to cholesteotoma surgery. In: Jahnke M, editor. Middle Ear Surgery-Recent Advances and Future Directions. Stuttgart: Thieme; 2004: 74-91.
- 6. Richards M., Giannoni C. Quality-of-life outcomes after surgical intervention for otits media. Arch Otolaryngol. Head Neck Surg 2002, 128:776-782.
- Kanemaru Shin-Ichi, et al. An early mastoid cavity epithelialization technique using a postauricular pedicle periosteal flap for canal wall-down tympanomastoidectomy. Acta Oto-Laryngologica, 2010, 130.S563: 20-23.
- 8. Ramsey Mitchell J., Saumil N. Merchant, Michael J. McKenna. Postauricular Periosteal-Pericranial Flap for Mastoid Obliteration and Canal Wall Down Tympanomastoidectomy. Otology & Neurotology 25 (2004): 873-878.
- Kim Ji Heui, Seung Hyo Choi, and Jong Woo Chung. Clinical Results of Atticoantrotomy with Attic Reconstruction or Attic Obliteration for Patients with an Attic Cholesteatoma. Clinical and Experimental Otorhinolaryngology 2.1 (2009): 39-43.

- Korvyakov V.S. Surgical treatment of patients with chronic suppurative otitis media. / Proceedings of the XVII Congress otolaringolov Russia. Nizhni Novgorod, 2006, pp 109-110. (in Russ.).
- Krotov Yu.A. Long-term results of closed sanitizing operation in patients with chronic suppurative carious epimesotympanitis in preparation for the sanitizing operations. Journal of Otolaryngology, 2000, № 1, pp 11-14. (in Russ.).
- Semenov F.V., Ridenko V.A., Nemtsov S.V. An analysis of some of the causes of recurrence of chronic suppurative otitis media in the postoperative period. Journal of Otolaryngology, 2005, № 3, pp 48-49. (in Russ.).
- 4. Baba S, Yagi T, Fujikura T. Subjective evaluation and overall satisfaction after tympanoplasty for chronic simple suppurative otitis media. J Nippon Med Sch 2004, 71:17-24
- Hildmann H., Sudhoff H., Jahnke K. Principles of individualized approach to cholesteotoma surgery. In: Jahnke M, editor. Middle Ear Surgery

 Recent Advances and Future Directions.
 Stuttgart: Thieme; 2004: 74-91.
- 6. Richards M., Giannoni C. Quality-of-life outcomes after surgical intervention for otits media. Arch Otolaryngol. Head Neck Surg 2002, 128:776-782.
- 7. Kanemaru Shin-Ichi, et al. An early mastoid cavity epithelialization technique using a postauricular pedicle periosteal flap for canal wall-down tympanomastoidectomy. Acta Oto-Laryngologica, 2010, 130.S563: 20-23.
- 8. Ramsey Mitchell J., Saumil N. Merchant, Michael J. McKenna. Postauricular Periosteal-Pericranial Flap for Mastoid Obliteration and Canal Wall Down Tympanomastoidectomy. Otology & Neurotology 25 (2004): 873-878.
- Kim Ji Heui, Seung Hyo Choi, and Jong Woo Chung. Clinical Results of Atticoantrotomy with Attic Reconstruction or Attic Obliteration for Patients with an Attic Cholesteatoma. Clinical and Experimental Otorhinolaryngology 2.1 (2009): 39-43.

ESOPHAGOPLASTY IN POST-BURN ESOPHAGEAL STRICTURES

UDC 616.329-007.271-089

Arzykulov Zh., Shaikhiyev Y., Shokebaev A., Aliev A.

National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov, Almaty, Kazakhstan

Abstract

The results of the surgical treatment of 313 patients with post-burn scar strictures of the esophagus were shown. Immediate and long-term results of esophagocoloplasty, esophagogastroplasty were examined.

When these methods were used, the frequency of complications in the early period was 12.8% after esophagocoloplasty and 13.9% after esophagogastroplasty. Postoperative mortality rate for the period from 1980 to 2000 was 2.8% (313 operations, 9 deaths). Over the past 14 years, there have not been any deaths after reconstructive -restorative interventions.

Keywords:

esophagoplasty, post-burn scar, stricture of the esophagus, lethality.

ӨҢЕШ СТРИКТУРАСЫНЫҢ КҮЙІКТЕН КЕЙІНГІ ЭЗОФАГОПЛАСТИКАСЫ

Арзықұлов Ж., Шайхиев Е., Шөкебаев А., Алиев А.

А.Н. Сызганов атындаағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы, Алматы, Казақстан

Аңдатпа

Өңеш стриутурасының күйіктен кейінгі тыртығы бар 313 науқастың хирургиялық емінің нәтижесі көрсетілді. Эзофагоколопластиканың, эзофагогастропластиканың жедел және ұзақ нәтижесі қарастырылды. Осы әдістер қолданылғанда эзофагоколопластикадан кейін ерте периодта асқынудың жиілігі 12,8% және эзофагогастропластикадан кейін 13,9% құрады. 1980-ші жылдан 2000-шы жылға дейін отадан кейінгі өлім-жітім 2,8% құрады (313 ота, 9 өлім-жітім). Соңғы 14 жылда За последние 14 лет, не было никаких смертей после реконструктивтіқалпына келтіруден кейін ешқандай өлім-жітім болмады.

Түйін сөздер:

эзофагопластика, күйіктен кейінгі тыртық, өңеш стриктурасы, өпім-жітім

ЭЗОФАГОПЛАСТИКА ПРИ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СТРИКТУРАХ ПИЩЕВОДА

Арзыкулов Ж., Шайхиев Е., Шөкебаев А., Алиев А.

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан

Аннотация

Результаты хирургического лечения 313 больных с пост-ожоговыми шрами стриктуры пищевода были показаны. Немедленные и долгосрочные результаты эзофагоколопластики, эзофагогастропластики были рассмотрены. Когда были использованы эти методы, частота осложнений в раннем периоде составил 12,8% после эзофагоколопластики и 13,9% после эзофагогастропластики. Послеоперационная летальность за период с 1980 по 2000 гг составил 2,8% (313 операций, 9 случаев смерти). За последние 14 лет, не было никаких смертей после реконструктивных - восстановительное вмешательств.

Ключевые слова:

эзофагопластика, послеожоговый шрам, стриктура пищевода, летальность.

Introduction

Identify ways to improve the surgical treatment of benign esophageal strictures so far remains an important medical and social problem in the Republic of Kazakhstan. Despite all the improved methods of conservative and minimally invasive treatment of benign lesions of the esophagus, there are conditions that require you to perform radical procedures on the esophagus. This applies to diseases such as stricture due to the effects of chemical agents on the wall of the esophagus (burns by various cauterizing liquids, gastro-esophageal reflux). Accidental or suicidal esophageal damage by chemicals occur in more than 700 cases annually in Kazakhstan and there hasn't been any decline observed in the number of cases.

Currently, replacement of the esophagus and restoring oral diet is the most popular way of plastic stomach (gastric or whole stems) (3). In case stomach is impossible to be used as a plastic material, colonic plastic is widely used. (4). As a rule, preference that is given to esophagoplasty depends on the experience of the clinic and the method that are used by them.

The majority of the patients in whom these interventions are performed, tends to be people of working age and have greater life expectancy, so the main criterion for the effectiveness of early intervention are the long-term results of functioning artificial esophagus (5).

The above calls for a more careful selection of

the method of operation and the type of esophagoplasty based on the study of the features and morphological characteristics of the graft in the immediate and late postoperative period (6,7).

Some patients who underwent plastic esophagus developed pathological conditions that are combined into a group of artificial esophageal disease. The incidence of the disease arising due to artificial esophagus is often dependent on how esophagoplasty has been done and has no tendency to decrease. Diseases of artificial esophageal disease arises from 10% to 50% after esophagoplasty (8, 9).

Patients and Methods

In the department of surgery of the gastrointestinal tract and endocrine organs of the National Scientific Center of Surgery reconstructive-restorative surgery for benign esophageal stenosis from 1980 to 2014 executed in 313 cases, accounting for 67.3% of the total number of treated patients with esophageal diseases. Of them, combined post-burn cicatricial esophageal and gastric contraction was detected in 76 cases and combined lesions of the pharynx and esophagus in 41 cases. Isolated scar lesions were detected in the remaining 196 cases.

On distribution by sex, there were 135 men (43.13%), 178 women (56.8%) aged 16 to 71, the median age was 45. The causes of chemical burns among patients are presented in Table N° 1.

Table 1
Causes of chemical injuries of upper gastrointestinal tract

Causes of burns	Number of patients
Incidental	147 (46.96%)
Suicidal	85 (27.15%)
Under the influence of alcohol	81 (25.87%)
Total	313 (100%)

189 (60.38%) patients were poisoned by acids. Alkali poisoning was observed in 93 (29.71%) patients, burn due to unknown chemical agent was found in 31 (9.9%) cases.

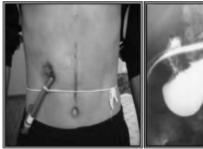
The vast majority of patients admitted to us were underweight. This problem of body mass deficit was particularly pronounced in patients with total scar esophageal stricture, and ranged from 3 to 25 kg. Most patients had complaints of general weakness, weight loss, dysphagia, decreased ability to work, a feeling of heaviness in the epigastrium, as well as the presence of heartburn, nausea. In the group of patients observed, in many cases, patients abused alcohol not only on the pre-hospital phase, but, unfortunately, in the hospital. This category is full of

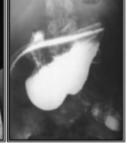
people who are in depression, mostly young girls after failing suicide attempts.

For all the patients admitted in the surgical clinic with post-burn scar strictures, special techniques and general clinical examination was applied. In all 313 cases, performing first- stage reconstructive-restorative surgery was not possible. Since expressed nutritional, metabolic disorders with impaired homeostasis, often with the presence of concomitant diseases causing the severity of the patients' condition, treatment had been split into two phases. The first step was performing gastrostomy, in order to establish enteral nutrition. It should be noted that in patients with coexisting gastric lesions the first stage gastrostomy, retrocolic

posterior gastroenterostomy was performed. Reconstructive- restorative surgery in all patients was used in the second stage, after 4 - 8 months of the first treatment stage. We consider that during this time correction of nutritional status takes place. After admission in the hospital for reconstructiverestorative treatment, preoperative preparation was necessarily carried out, which was given considerable importance, since a wide range of pathophysiological changes can be manifested during surgical interventions for post-burn scar contractions of the esophagus which puts patients at high risk of postoperative complications.

Of the 313 patients 118 (37.69%) patients underwent shunt (bypass) coloesophagoplasty. The indications for shunt esophagocoloplasty were: 1. Associated scar stricture of the esophagus, pharynx and stomach. 2. The long scar stricture of the esophagus, with severe esophagitis and paraesophagitis, sometimes with different esophageal fistulas. 3. Necrosis of the graft after unsuccessful attempts esophagoplasty or improper imposition of gastrostomy tube (Figure 1). 4. Cicatricial stricture of the esophagus in patients who previously underwent perforation of the esophagus.





Formation of Colon graft (artificial esophagus) was carried out from the left side of the colon supplying the middle or left colic artery. Left half of the colon is preferred for this procedure, because the left side of the colon is longer than right and smaller in diameter, its blood supply is usually better than in the right half. The position of the graft (iso-or antiperistaltic) does not really matter, since the passage of food through the large intestine transplant is mainly due to the force of gravity, and not peristalsis. The left half of the colon was used in 88 (74.5%) cases, the left half with an additional segment connecting the sigmoid colon in the remaining 30 (25.4%) cases. Formed transplantation of colon is done in the anterior mediastinum, retrosternal. Blood supply of artificial esophagus in 81 (68.6%) cases was carried out at the expense of middle colic artery in 27 (22.8%) cases, the blood supply was carried out at the expense of the middle

and left colic artery, 10 (8.5%) - due to the left sigmoid colon and the first artery. The proximal anastomosis in colon transplantation is formed from the pharynx on the neck. The distal anastomosis in colon transplantation is formed in the front wall of the stomach. However, in 16 patients with distal anastomosis graft formed from the abductor loop of gastroentero-anastomosis and 14 from the duodenum. Because there was no sufficient healthy platform on the front wall of the stomach.

Resection of the esophagus with one-stage esophagogastroplasty with holding the graft in the posterior mediastinum performed in 168 patients (53.67%). In this form of plasticity continuity of gastrointestinal tract iso-peristaltic stem was formed from the greater curvature of the stomach, with the creation of the cervical esophagogastroanastomosis. Shunt esophagogastroplasty with gastric tube holding retrosternal space without resection of the esophagus is formed in 26 (8.3%) cases.

Results

The analysis of postoperative complications after esophagocoloplasty shows that there was no leakage of colo-colon and colo-gastric anastomosis observed. Anastomotic

leakage in the neck after esophagocoloplasty (formed with the esophagus or throat) was observed in 12 (10.2%) cases, recurrent laryngeal nerve palsy in 3 (0.9%) patients.

Anastomotic leakage in the neck after esophagogastroplasty occurred in 27 (13.9%) patients.

Long-term results were studied in 290 (92.6%) patients in a period of 5 months to 15 years. The positive long-term outcome was achieved in 88% of patients. Diseases with artificial esophagus developed in the late period in 24 (7.7%) patients after esophagocoloplasty, and 8 (2.5%) patients after esophagogastroplasty. Confirmation of the diagnosis in all cases was carried out by using X-ray and endoscopy of artificial esophagus. Anastomotic stenosis in the neck was observed in 28 (17.1%) patients, anastomotic patency was restored by bougienage. One patient had complete obliteration of pharyngo-colo-anastomosis so reconstruction of anastomosis was performed on this patient.

Esophageal-cutaneous fistula developed in the neck in one case, 21 years after coloesophagoplasty. For this patient the elimination of the fistula was made and intraoperative forced probing scar-necked anastomosis was made. After the intervention fistula was eliminated, violation of swallowing disappeared. The patient was fully able to intake food in a

Figure 1 The deformation of the bottom and the body of the stomach due to roughly imposed gastrostomy a - gastrostomy superficially b - radio opaque research through gastrostomy

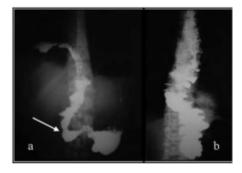
Figure 2
Photo of the patient
with esophagealcutaneous
fistula in the neck

natural way (Figure 2).



At 5 (4.2%) patients after the esophagocoloplasty developed complications as sagging of colon graft (sagging syndrome of colon graft). Given the anatomical features of the colon, its mesenteric circulatory system and in some cases cannot exclude the sagging of the intestinal graft formed. When combined lesions of the pharynx and the esophagus is necessary to the formation of a longer intestinal transplant that failed to impose adequate high pharynx-intestinal anastomosis. In these cases it is difficult to avoid sagging of the graft. In connection with what we have developed a method of treatment (prophylaxis) syndrome sagging colonic graft. In order to eliminate sagging syndrome intestinal transplant was performed imposing additional gastrointestinal anastomosis in the anterior wall of the upper third of the stomach two-row interrupted sutures, the anastomosis is formed above the existing colo-gastric anastomosis. All patients had recovered enteral nutrition. Thus, the ability to work has been restored in these patients (Figure 3).

Figure 3
X-ray of patients with
the sagging syndrome
of colonic graft before
and after treatment
a - sagging loop
of colonic graft
b - after treatment,
there is no slack loop



Thus, this method is simple to implement and conducive to the resumption of normal passage of food through the artificial esophagus.

Lethality after esophagoplasty was 9 (2.8) patients. Four patients died after esophagocoloplasty, the mortality rate in this case was 3.4%. The cause of death was necrosis of colon graft, leading to death has evolved in 2 (1.8%) patients in the stage of development of methods of

reconstructive-restorative surgery. At the present, it is threatening complication because of the proven method, formation of colon graft does not occur. In 2 cases the cause of death was pulmonary embolism. 5 (2.7%) patients died after esophagogastroplasty for the same reasons. Deaths were recorded up to the year 2000.

Discussion

In conclusion, we want to emphasize that the surgical treatment of post-burn scar obstruction of the esophagus, requiring total replacement of the affected organ, remains a challenge. There is now a need to further explore the immediate and longterm results of the two methods esophagocoloplasty and esophagogastroplasty. Regarding esophagogastroplasty, it is an effective and reliable method for the treatment of patients with post-burn scar strictures of the esophagus, coupled with the relatively no high number of postoperative complications and low mortality. If it is impossible to use the stomach for esophagoplasty, artificial esophagus should be formed from colon intestine, preferably the left half which is more favourable for angio-architectonics, also the advantage of intestinal graft is the formation of plastics of any desired length. Now, we make extensive use of shunt esophagogastroplasty without removing the esophagus, in situations when a large part of the esophagus is obliterated in the scarring process and when size of the stomach allows to perform a given volume of intervention. As a consequence, aggressive of surgery has significantly reduced, and functional results are encouraged. Although, it requires further observation.

- Chernousov A.F., Ruchkin D.V., Chernousov F.A., Balalykin D.A. Diseases of the artificial esophagus. Moscow, 2008. - P. 59.
- Khan A.Z. et al. Substernal long segment left colon interposition for oesophageal replacement//Surgeon.-2008.-N 6.-P 54-56.
- Chernousov A.F., Bogopolsky P.M., Kurbanov F.S. Surgery of the esophagus. M: Medicine 2000; p.352.
- Kesler K.A., Pillai S.T., Birdas T.J., Rieger K.M., Okereke I.C., Ceppa D., Socas J., Starnes S.L. Supercharged "isoperistaltic colon interposition for long-segment esophageal reconstruction. Ann Thorac Surg. 2013 pr; 95 (4):1162-8; discussion 1168-9. Doi: 10.1016 /

- j.athoracsur.2013.01.006. Epub 2013 Feb 21.
- Karen F. Kim Evans, MD, Samir Mardini, MD, Christopher J. Salgado, MD, Hung-Chi Chen, MD, FACS Esophagus and Hypopharyngeal Reconstruction. Semin Plast Surg. 2010 May; 24:219-226.
- 6. Miguel A. Cuesta 1, Surya S. A. Y. Biere, Mark I. van Berge Henegouwen, Donald L. van der Peet 1 Randomised trial, Minimally Invasive Oesophagectomy versus open oesophagectomy for patients with resectable oesophageal cancer J Thorac Dis 2012; 4 (5):462-464. DOI: 10.3978/j.issn.2072-1439.2012.08.12
- 7. Cherki S., Mabrut J. Y., Adham M. et al. Reinterventions for complication and defect of coloesophagoplasty //Ann. Chir. 2005. V. 130 (4).P.242-248.
- 8. Hae Jeong Lee, Jee Hyun Lee, Jeong Meen Seo, Suk Koo Lee, and Yon Ho Choe. Technique and results of colonic esophagoplasties // Thomas P., Giudicelli R., Fuentes P., Reboud E//Ann-Chir, 1996, Vol. 50, № 2, P. 106-120.
- 9. Narendar Mohan Gupta, Rajesh Gupta. Trans hiatal Esophageal Resection for Corrosive Injury. Ann Surg. 2004 March; 239 (3): 359-363.

УДК 616-089;617.5

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗАИ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВАВ УСЛОВИЯХ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ

Бойко В.В., Замятин П.Н., Мирошниченко Ю.И., Пеев С.Б, Наконечный Е.В., Кощий Е.Е., Шевченко А.Н.

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени В. Т. Зайцева НАМН Украины»

Ключевые слова:

сочетанная травма живота и таза, кровотечение, забрюшинная гематома.

Аннотация

В работе рассмотрены критерии выбора хирургической тактики при повреждениях органов малого таза и забрюшинного пространства в соответствии с объективной оценкой тяжести пострадавших.

МАССИВТІ ҚАН ЖОҒАЛТУ КЕЗІНДЕ ІШ ҚУЫСЫНАН ТЫС КЕҢІСТІК ПЕН КІШІ ЖАМБАС АСТАУЫНЫҢ ЗАҚЫМДАНУЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Бойко В.В., Замятин П.Н., Мирошниченко Ю.И., Пеев С.Б, Наконечный Е.В., Кощий Е.Е., Шевченко А.Н.

«НАМН Украина В.Т. Зайцев атындағы шұғыл және жедел хирургия институты» МУ

Түйін сөздер:

іштің және жамбастың біріккен жарақаты, қан ағу, іш қуысынан тыс гематома.

Андатпа

Жұмыста кіші жамбас астауы және іш қуысынан тыс мүшелерінің зақымдануын жапа шегушілердің ауырлығын объективті бағалауымен сәйкес хирургиялық тактиканы таңдау критериі қарастырылған.

SURGICAL TREATMENT OF PELVIC ORGAN INJURY AND RETROPERITONEAL SPACE IN THE CONDITIONS OF MASSIVE BLOOD LOSS

Boyko V.V., Zamyatin P.N., Miroshnichenko Yu.I., Peev S.B., Nakonechny E.V., Kotshiy E.E., Shevchenko A.N.

SI "Institute of General and Emergency Surgery named after V.T. Zaytsev of NAMS of Ukraine"

Keywords:

multitrauma of stomach and pelvis, bleeding, extraperitoneal haematoma.

Abstract

The paper discusses the criteria for the selection of surgical tactics in lesions of the pelvic organs and retroperitoneal space in accordance with an objective assessment of the severity of the victims.

Введение

Согласно данным современной литературы, в последние годы вследствие дальнейшей урбанизации жизни, увеличения количества и скорости движения транспортных средств в стационарах возрастает число больных с сочетанной травмой таза. Являясь следствием высокоэнергетических повреждений, травма тазового кольца часто бывает сочетанной и множественной и нередко сопровождается повреждением внутренних органов [5]. Всё это определяет последующий негативный результат лечения [2, 3]. В этой группе пострадавших закономерно отмечается высокая летальность на фоне массивной кровопотери, забрюшинных кровоизлияний и гематом (35-70%), частые осложнения (до 79%) и выход на инвалидность (до 67,6%) [1,4].

Целью работы явилась разработка и обоснование системы оперативного лечения пострадавших с травмами органов малого таза и забрюшинного пространства, сопровождающимися массивной кровопотерей, с использованием активной хирургической тактики, применением новых способов, устройств и технологических решений.

Материалы и методы

В исследование включены 114 пострадавших с травматическими повреждениями органов малого таза и забрюшинного пространства с массивной кровопотерей за период 2005-2013 гг., находившихся на лечении в отделении травматического шока, анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, и острых заболеваний сосудов ГУ «ИОНХ им В.Т. Зайцева НАМНУ», а также в отделениях политравмы и травматологии Харьковской городской больницы скорой и неотложной помощи им. проф. А.И. Мещанинова.

Пострадавшие были разделены на 2 группы: основную группу составили 58 пациентов, которым проводилось лечение по предложенной

методике, сравнительную - 56 пациентов, лечившихся традиционными методами.

Для клинической характеристики пострадавших использовано разделение: по возрасту, полу и характеру травмы (изолированная, сочетанная), причине и механизму получения травмы, срокам доставки в клинику, по локализации и характеру доминирующего повреждения, по тяжести травматического и геморрагического шока, тяжести состояния, характеру повреждения (открытые, закрытые), по характеру оперативных вмешательств при оказании специализированной помощи. Представлены результаты экспериментального, а также методы лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты и их обсуждение

Возраст пострадавших составлял от 19 до 70 лет, большинство из которых были мужчины - 100 (87,7%), причем 66 (57,9%) пациентов - в возрасте до 50 лет. Большинство - 82 (71,9 %) поступали на протяжении первых двух часов. Поздние поступления (24 часа и больше) отмечены у 6 (5,3%) пострадавших. Основное количество – 94 (82,5%) было доставлено в первые 6 часов с момента получения травмы. 86 (75,4%) пострадавших были оперированы в первые 2 часа с момента поступления, из них 12 - основной группы и 9 группы сравнения - в срок до 30 минут с момента поступления, до 2 часов с момента поступления прооперировано 30 пострадавших группы сравнения и 35 - основной группы, 28 (24,6%)- на протяжении первых суток с момента поступления.

Тяжелая кровопотеря выявлена у 55,2%, средней тяжести - у 17,6%, крайне тяжелая - у 27,2% пациентов. 15,25% пострадавших поступило в терминальном состоянии, 42,3% - в состоянии шока III степени, 19,8% - шока II степени, 12,7% - шока I степени и 10% - без явлений травматического шока. Для оценки тяжести состояния использовали бальную систему АРАСНЕ-II (табл. 1).

		Частота наблюдений							
Традиционная градация			Группа сравнения		Основная группа		20		
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Средней	20,1±1,8	6	5,3	5	4,4	11	9,7		
Тяжелое	26,87±1,3	24.	21,0	29	25,4	53	46,5		
Крайне	38,5±2,9	18	15,8	16	14,0	34	29,8		
Терминальное	60,2±3,8	8	7,0	8	7,0	16	14,0		

Таблица 1 Характеристика пострадавших по тяжести состояния

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств у пострадавших с повреждениями органов малого таза и забрюшинного пространства

Характер операций		Кол-во пострадав. исследуемых –		Умершие			Умершие в первые сутки			
ларактер операции	осн.	упп гр. срав.	n	%	n	%	n	%	n	%
Ушивание ран печени, дренирование забрюш. простр.	13	13	1	7,9	1	7,7	1	100,0	1	100,0
Ушивание ран печени + торако- томия+ ушивание ран диафрагмы + раны легкого	5	5	1	20,0	2	40,0	1	100,0	1	100,0
Ушивание 12 п.к, , дренирование забрюш. простр.	3	3	1	33,3	1	33,3			1	100
Спленэктомия + дренирование разрыва поджелудочной железы, резекция ободочной кишки	4	4	1	25,0	1	25,0	-	-	-	-
Ушивание разрыва прямой кишки, дренирование забрюшинного пространства	9	6								
Ушивание ран почки	14	14	1	7,14	1	7,14	1	100,0	1	100,0
Нефрэктомия	5	5			1	40,0			1	
Ушивание разрыва мочевого пузыря, дренирование забрюшинного пространства	11	11	2	18,2	2	18,2	-	-	-	-
Ушивание ранения нижней полой вены, аорты	12	12	2	16,7	3	16,7	1	50,0	1	33,0
Ушивание верхней брыжеечной артерии	3	3	1	33,3	1	33,3	1	100,0	1	100,0
Ушивание ран подвздошных сосудов	13	13	3	23,0	4	30,8	2	66,6	2	100,0
Использование метода баллонного гемостаза	22									
Всего			13	22,4	17	30,4	7	12,1	9	16,0

Пострадавшие поступали в основном в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, что отмечено в 76,3% случаев.

Важным этапом в определении тактики лечения пострадавших был первичный клинический осмотр, после которого всем пострадавшим выполнялась обзорная рентгенография органов грудной клетки, брюшной полости и костей таза непосредственно в операционной или реанимационном зале.

Обследование проводилось в момент поступления пострадавшего клинику, затем в разные сроки послеоперационного периода по стандартным протоколам, включающим общеклинические, лабораторные, биохимические, коагулологические, иммунологические, а также исследования газового состава крови.

Интенсивную терапию проводили на основании единого (унифицированного) протокола по каждому из компонентов интенсивной терапии.

Показаниями к началу проведения респира-

торной поддержки были: повреждение каркаса грудной клетки, ушиб легких и аспирационный синдром с гипоксемией, напряженный пневмо- и гемоторакс, острая сердечная недостаточность, а также комбинация этих факторов.

У всех пострадавших поддерживалось среднее артериальное давление выше 70 мм рт. ст

Показаниям к началу проведения поддержки кровообращения были: острая сердечнососудистая недостаточность центрального генеза при дислокационном синдроме, возникновение острой сердечной недостаточности, декомпенсированный шок.

После установления показаний к оперативному лечению (при адекватном обезболивании, инфузионно-трансфузионной терапии не менее 4000,0 мл в течение часа, АД сист. - менее 90 мм.рт.ст., ЦВД - менее 5 см вод. ст., ЧСС более 100 в 1 мин, исключения кровотечения в других анатомических областях), выполнялась «широ-

кая» срединная лапаротомия в условиях операционной, под общим обезболиванием.

После обнаружения источника кровотечения, оценки объема кровопотери и состояния пострадавшего выбирался оптимальный способ оперативного вмешательства, определяющийся несколькими факторами: основными - минимумом манипуляций, необходимых для восстановления повреждений, и возможностью переноса операции.

Объем операции зависел от конкретной клинической ситуации - наличия повреждений и тяжести общего состояния больного (степени компенсации витальных функций). Характер оперативных вмешательств представлен в табл. 2.

Брюшная полость высушивалась со сбором крови для аутогемотранфузии. При сочетании внутри- и забрюшинного кровотечения первоочередной задачей было установление источника кровотечения, а при полифокальной забрюшинной гематоме - выявление доминирующего, представляющего непосредственную угрозу жизни.

При повреждениях паренхиматозных органов место повреждения туго тампонировалось салфетками. Поврежденные сосуды брыжейки кишки пережимались сосудистыми зажимами.

Кровотечение в проекции аорты и нижней полой вены, подвздошных сосудов временно останавливалось путем пережатия с помощью сосудистой «вилки», тугой тампонады салфетками и содержания их ассистентом до окончания ревизии.

При напряженной забрюшинной внутритазовой гематоме, без повреждения целостности брюшины, в полость малого таза вводилось устройство для гемостаза (Патент Украины № 49025).

При повреждениях забрюшинных структур с забрюшинной гематомой особое внимание уделялось их ревизии. На завершающем этапе операции во всех случаях выполнялось адекватное дренирование зоны повреждения и забрюшинной клетчатки имбибированной кровью.

Нами также проведена оценка состава крови в динамике оперативного лечения нестабильных повреждений таза у пациентов, которым в течение первых четырех суток после травмы был выполнен чрезкостный остеосинтез компрессионнодистракционными аппаратами.

Исследования проводили в динамике на 1, 3, 10, 20 сутки. Они включали: общий и биохимический анализ крови, определение электролитов, оценку иммунологических параметров - концентрации иммуноглобулинов A, M, G и комплекс

тестов функционально-метаболической активности нейтрофилов.

Существенные сдвиги показателей крови наблюдались в 1-3 сутки после оперативного вмешательства. Снижение количества эритроцитов и гемоглобина свидетельствовало о развитии анемии, высокий лейкоцитоз со сдвигом влево и увеличением ядерного индекса нейтрофилов являлся показателем ответной реакции на травму.

Проведение интенсивной терапии с момента поступления пострадавшего в клинику приводило к нормализации показателей красной крови к 10 суткам, а количества лейкоцитов - к 20 суткам.

О развитии воспалительной реакции крови также свидетельствовало быстрое нарастание концентрации гаптоглобина к 1-3 суткам, иммуноглобулинов А, М, G - к 10 суткам с последующей нормализацией к 20 суткам. Статически достоверных сдвигов других биохимических показателей не выявлено.

Исследование функционального статуса нейтрофилов показало возрастание фагоцитоза и индекса активности миелопероксидазы к 10 суткам, что свидетельствовало об активизации кислородозависимых механизмов Киллинга.

Начиная с 20 суток, эти показатели восстанавливались, однако отмечено увеличение интенсивности анаэробных реакций, отражением которых является рост цитохимического индекса катионных белков, что соответствовало периоду начала активной костной консолидации.

Таким образом, в проведенном исследовании выявлена двухфазная реакция системы крови при оперативном лечении пострадавших с повреждениями органов малого таза и забрюшинного пространства с массивной кровопотерей.

Первая фаза связана с посттравматическим и послеоперационным воспалительным процессом и характеризуется развитием анемии, нейтрофильного лейкоцитоза, увеличением интенсивности фагоцитарных реакций с активизацией аэробных механизмов Киллинга, выраженным острофазовым ответом.

К 20 суткам все исследуемые показатели нормализовались. Во второй фазе, определяемой регенерацией костной ткани, выявляли моноцитарно-лимфоцитарную реакцию и усиление кислородонезависимых стадий фагоцитоза.

При сочетанных повреждениях органов таза, живота, груди, разрывах магистральных сосудов и крупных нервных стволов вначале производились экстренные оперативные вмешательства, направленные на остановку кровотечения, восстановление функции жизненно важных органов и лишь затем выполнялся чрескостный

остеосинтез переломов таза.

У 18 пострадавших были выполнены экстренные операции для остановки внутреннего кровотечения при повреждениях органов живота и крупных сосудов тазовой области.

Применение разработанного в клинике оригинального способа внутритазового компрессионного баллонного гемостаза и фиксация отломков таза аппаратами наружной фиксации оказывало выраженный противошоковый эффект. При этом продолжительность «шокового» периода сокращалась почти в 2 раза, достигалась стабилизация гемодинамических показателей, объем трансфузионной терапии уменьшался в среднем у одного пострадавшего на 1,5±0,4 л/сут., в том числе препаратами крови-на 0,75±0,2 л/сут.

Выводы

Применение активной хирургической тактики лечения сочетанных повреждений органов малого таза и забрю забрюшинного пространства и нестабильных повреждений таза с использова-

нием разработанного современного способа внутритазового компрессионного баллонного гемостаза и чрезкостного остеосинтеза по разработанным технологиям, создает оптимальные возможности для борьбы с шоком, внутритазовыми и забрюшинными кровотечениями и для своевременного лечения сочетанных повреждений, переломов других локализаций, а также снижает вероятность развития осложнений и обеспечиваетлучшие функциональные исходы. Предложенные способы хирургического

Предложенные способы хирургического лечения пострадавших с сочетанными повреждениями органов малого таза и забрюшинного пространства и нестабильных повреждений таза позволяют оптимизировать процесс реабилитации, сократить сроки стационарного и амбулаторного лечения, улучшить отдаленные анатомофункци- ональные результаты, а также снизить показатели летальности и инвалидности у данной категории пострадавших.

Литература

- 1. Борозда И.В., Воронин Н.И., Бушманов А.В. Лечение сочетанных повреждений таза. Владивосток: Изд-во «Дальнаука» ДВО РАН, 2009. 200 с.
- 2. Бойко В.В., Рынденко В.Г., Щербаков В.И., Табири С. Очередность и сроки оказания помощи больным с политравмой // Политравма. Неотложная медицинская помощь: сб. статей ХГКБСНМП им. проф. А. И. Мещанинова. X., 2003. Вып. 6. С. 113.
- 3. Политравма. Руководство для врачей. В 2-х т. Изд. 2-е, перераб. и доп. / Под общей ред. В. В. Бойко, П.Н. Замятина. Х.: Фактор: 2011: Т.1 640 с., Т.2 688 с.
- Заруцкий Я.Л., Денисенко В.М., Трутяк И.Р., Олейник Ю.М. Прогнозирование течения травматической болезни у пострадавших с закрытой сочетанной абдоминальной травмой как основной критерий для применения тактики этапного хирургического вмешательства // Клин. хирургия. - 2011. - №1 - С. 66-68.
- Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю. и др. Тактика лечения сочетанных травм таза и нижних мочевыводящих путей // Вестн. экстренной медицины. – 2009. – №-С. 38-42.

- Borozda I.V., Voronin N.I., Bushmanov A.V. Treatment of associated injuries of the pelvis. -Vladivostok: Publishing house "Dal'nauka" FEB RAS, 2009. - 200 p. (in Russ.).
- 2. Boyko V.V., Ryndenko V.G., Scherbakov V.I., Tabiri S. Priority and timing of providing care to patients with polytrauma // Polytrauma. Emergency medical care: Sat. Articles HGKBSNMP n/a prof. A.I. Meshchaninova. H., 2003. Vol. 6. p. 113. (in Russ.).
- 3. Polytrauma. Guide for physicians. In 2 V. Ed. 2nd, Revised. and add. / Under the general editorship. Boyko V.V., P.N. Zamyatin. X .: Factor: 2011: Volume 1 640 pp., Vol. 2 688 p. (in Russ.).
- Zarutsky Y.L., Denisenko V.M., Trutyak I.R., Oleinik Yu.M. Forecasting course of traumatic disease in patients with closed abdominal injury combined as the main criterion for use of staged surgical tactics // Klin. Surgery. - 2011. -Nº1-p.66-68. (in Russ.).
- 5. Hadzhibaev A.M., Valiev E.Y., et al. The treatment of combined injuries of the pelvis and lower urinary tract // Vestn. Emergency Medicine. 2009.-Nº-pp 38-42. (in Russ.).

СЕКВЕСТРАЦИЯ ЛЕГКОГО КАК ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ НАХОДКА

УДК 616.24-007-089.818.6

Зеленский И.В., Оспанов М.А., Кали Д.Е., Аманжолов Е.У., Баширов М.Ш.

Акмолинский областной онкологический диспансер г.Кокшетау, Акмолинская область, Республика Казахстан

Аннотация

Пёгочная секвестрация является одним из наиболее редких пороков развития дыхательной системы человека. Именно низкой частотой встречаемости, и как следствие, слабому знакомству специалистам, данная патология обязана частыми диагностическими, тактическими и лечебными ошибками.

Статья адресована врачам общей практики, педиатрам, пульмонологам, фтизиатрам и торакальным хирургам, однако может быть полезна специалистам и других областей.

Ключевые слова:

секвестрация, порок развития легкого, врожденная бронхопульмональная киста, добавочное легкое, аберрантный сосуд, сепарация.

ӨКПЕ СЕКВЕСТРАЦИЯСЫ РЕТІНДЕГІ ИНТРАОПЕРАЦИЯЛЫҚ ТАБУЫ

Зеленский И.В., Оспанов М.А., Кали Д.Е., Аманжолов Е.У., Баширов М.Ш.

Ақмола облысы онкологиялық диспансері, Көкшетау қ., Қазақстан

Аңдатпа

Адамның демалу жүйесіндегі өкпе секвестрациясы ең аз кездесетін кемшілік болып есептелінеді. Осы патология кезінде мамандар төмен соғу болғандықтан емдеу кезінде, тактикада, диагностикалауда, көп қателіктер жібереді. Осы мақала дәрігерлер жалпы прак тика, педиаторлар, пульмонологтар, фтизиаторлар және кеуде хирургтары танысу үшін ұсынылды, бірақ қажет болған жағдайда басқа да саладағы мамандар үшін пайдалы болуы мүмкін.

Түйін сөздер:

секвестрация, өкпе даму ақау, туа біткен өкпе киста, қосымша өкпе, абберанттық тамыры, сепарациялау.

SEQUESTRATION OF LUNGS AS INTRAOPERATIVE FIND

Zelensky I.V., Ospanov M.A., Cali D.E., Amanzholov E.U., Bashirov M.Sh.

Akmola regional oncologic dispensary, Kokshetau, Akmola region, Kazakhstan

Abstract

Lungs sequestration is one of the rarest malformations of system respiratory of human. For reasons of low frequency of occurrence of this pathology and weak exploring specialists often allowed diagnostic, tactical and curative errors.

The article is recommended for familiarization of family doctors, pediatricians, pulmonologists, tuberculosis coordinators and thoracic surgeons but it also may be useful to specialists of the other areas.

Keywords:

sequestration, malformation of the lung, congenital bronchopulmonary cyst, extra light, aberrant vessels, separation. Секвестрация легкого относится к редким порокам развития, обусловленным комбинированным нарушением развития всех структур, образующих легкое, при котором участок легочной ткани, частично или полностью отделившийся на ранних стадиях эмбриогенеза, развивается независимо от основного легкого, представляя полностью эктопированную ткань, или располагается внутри функционирующей ткани легкого. Секвестрированный участок имеет изолированную бронхиальную систему и одну или несколько аномальных артерий, отходящих чаще отаорты или ее ветвей [1].

В литературе по-разному называют эту патологию: врожденная бронхопульмональная киста с аномальным сосудом, бронхопульмональная диссоциация, нижнее добавочное легкое, кистозный аденоматоз или наиболее часто секвестрация легкого [2]. Термин «секвестрация» в 1946 году ввел D.Pryce, ему же принадлежит заслуга глубокого изучения этого порока развития легких. Данный термин используется до настоящего времени, хотя не является удачным, так как речь идет о жизнеспособном порочно сформированном участке легкого. Поэтому наиболее подходящим названием этой патологии является «сепарация легкого», на что указывает ряд зарубежных и отечественных источников [4].

Большинство исследователей выделяет две анатомические формы секвестрации: внутридолевую и внедолевую [5]. При внутридолевой форме секвестрированный участок не имеет своего плеврального листка и находится среди воздушной легочной ткани, но обязательно имеет один или несколько аберрантных сосудов. Связей секвестрированного участка с окружающей легочной тканью через нормальные бронхи, ветви легочной артерии и вены, как правило, нет. При внедолевой форме секвестрированный участок имеет собственную висцеральную плевру и может располагаться в междолевых щелях, средостении, полости перикарда, под диафрагмой, в толще грудной стенки, на шее. Кровоснабжение осуществляется аберрантным сосудом, отходящим чаще от грудной или брюшной аорты. Имеются сообщения о кровоснабжении секвестрированного участка легкого из системы легочной артерии при внедолевой форме. Описано также одновременное существование внутри-и внедолевой секвестрации [4].

Помимо анатомических форм, анализ клинических, рентгенологических и морфологических исследований больных с легочной секвестрацией позволяет выделить три основные варианта этого порока развития: 1) кистозно-

абсцедирующая форма, 2) псевдотуморозная и 3) фиброзно-ателектатическая [2].

Секвестрация легкого относится к наиболее редким порокам развития и составляет от 0,04 до 2% среди неспецифических заболеваний легких и от 6,4 до 11% среди врожденной патологии. Не выявленная секвестрация легкого может привести во время операции к повреждению аберрантных сосудов с массивным кровотечением

По данным М.М.Сундетова, в отделении хирургии легких ННЦХ им. А.Н. Сызганова с 1998-2009гг. оперировано 11 больных с легочной секвестрацией. Среди этих лиц 5 были женского и 6 мужского пола, возрастом от 15 до 57 лет. [3].

В феврале 2014 года в отделение грудной хирургии Акмолинского онкодиспансера поступил мужчина 25 лет, с жалобами на периодические боли в задних отделах левой половины грудной клетки, редкий кашель. Симптомы беспокоят около 1 года с периодами усиления и стихания. Тогда же при профилактическом осмотре на флюорограмме в нижнем легочном поле слева обнаружено очаговое затемнение округлой формы. Проведено неспецифическое антибактериальное лечение - без положительной рентгенологической динамики. Далее, с диагнозом инфильтративного туберкулеза нижней доли левого легкого, под наблюдением фтизиатра, пациент лечен противотуберкулезными препаратами в течение 7 месяцев, что так же не принесло положительного эффекта. После выполнения компьютерной томографии органов грудной клетки, на заседании ВКК-фтизиатрии, диагноз туберкулеза поставлен под сомнение и рекомендована консультация торакального хирурга. Последним выставлены показания к хирургическомулечению.

Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях выявила в нижних отделах левого легочного поля (S10) округлое образование с нечеткими, неровными контурами, размером 4,0х4,0см., состоящее из нескольких отграниченных очагов (конгломерат). В связи с чем можно предполагать заполненные бронхоэктазы в нижней доле слева (рис. 1, 2). При фибробронхоскопии органической патологии не обнаружено. На КТ-сканах грудной клетки в S8-S9 левого легкого определяется инфильтрат, состоящий из множества полиморфных очагов, диаметром 24, 28, 13мм., с четкими волнистыми контурами, однородной структуры, без признаков распада и зоной буллезной эмфиземы по периферии. Бронхопульмональные лимфоузлы увеличены до 25мм. Данная картина характерна для кистлегкого (рис. 3, 4).

С диагнозом «Блокированные кисты нижней доли левого легкого на фоне буллезно-кистозная дистрофии» пациент подвергнут оперативному вмешательству.

Из протокола операции: Тупым и острым путем выполнен частичный пневмолиз. При этом выявлена аномалия развития левого легкого - три доли: «верхняя доля» (занимает положение S1, S2, S3), «средняя доля» (занимает положение S4, S5, S6), «нижняя» гипоплазированная пораженная патологией доля занимает анатомическое положение остальных сегментов. Каждая из долей покрыта индивидуальным листком висцеральной плевры. В глубине междолевой щели, между средней и нижней долями, в положении S5 и S8, имеется паренхиматозная перемычка. При пальпации, все базальные сегменты занимает мягко-эластичное бугристое образование. Посредством электроножа рассечена левая легочная связка. В средней её трети обнаружена и тупым путем выделена аберрантная артерия (единичный ствол диаметром около 8мм., уходящий глубоко в заднее средостение).

Исходя из данных полученных интраоперационно, произведена операция атипичной резекции



Рисунок 1



Рисунок 2

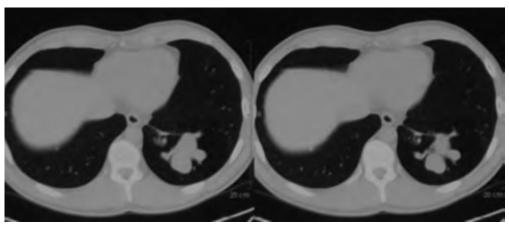


Рисунок 3

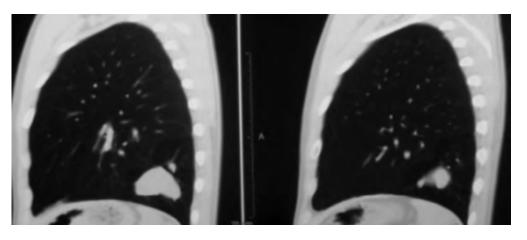


Рисунок 4

базальных сегментов левого легкого (секвестрэктомия).

Макропрепарат - удаленная добавочная доля мягкоэластичной консистенции, со всех сторон (за исключением линии резекции) покрытая листком висцеральной плевры. На разрезе вскрылись множественные кисты размерами от 1,5 до 3,5см., местами сообщающиеся полостями, заполненные жидким гнойным экссудатом. Окружающая легочная ткань безвоздушная, светло-розового цвета (рисунок 5).

Патогистологическое исследование:

Окраска: гематоксилин-эозин; микроскоп: Olympus BX51

Микроскопия: В препаратах из сегментов легкого рисунок строения резко нарушен за счет диффузного фиброза с разрастанием малоклеточной фиброзной ткани окружающей и сдавливающей тканевые структуры. Отмечаются в разных полях зрения различных размеров (фото 6) кистозные структуры выстланные большей частью однослойным двурядным призматическим эпителием, содержащие в просвете эозинофильный выпот со слущенными эпителиоцитами и лейкоцитами. Также выражены - утолщение стенок

Рисунок 5

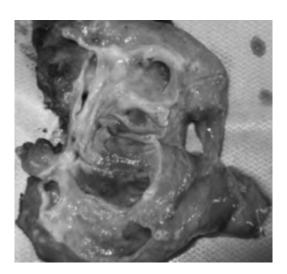
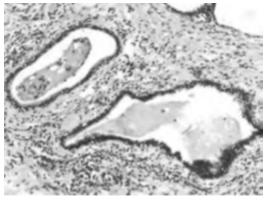


Рисунок 6 Рисунок 7



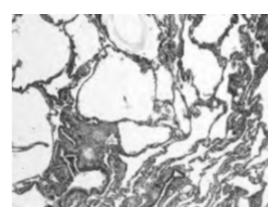
сосудов, эмфизематозное расширение с разрушением или наоборот утолщением межальвеолярных перегородок (рис. 7), потерей местами эпителиальной выстилки. Выражена воспалительная инфильтрация в строме легкого, стенках и просвете альвеол с воспалительным серозногнойным выпотом в альвеолах и бронхиолах, преимущественно из нейтрофилов. Заключение: Множество нагноившихся булл в добавочной рудиментарной доле легкого (Код МКБ: Q33.2)

В послеоперационном периоде имела место замедленная реэкспансия оперированного легкого, по поводу чего проводилась соответствующая терапия.

С заключительным клиническим диагнозом - «Врожденный порок развития левого легкого: Экстралобарная секвестрация. Кистозно-абсцедирующий вариант. Состояние после операции. Замедленная реэкспансия оперированного легкого» - пациент в удовлетворительном состоянии выписан из стационара на 22 сутки.

Разнообразная клиническая картина и отсутствие патогномоничных симптомов легочной секвестрации не позволяют диагностировать данный порок развития легких без дополнительных методов исследования.

Однако и дополнительные методы исследования не всегда позволяют избежать диагностической ошибки. Триада симптомов: локализация в зоне базальных сегментов, кистовидная тень с обедненным легочным рисунком вокруг и данные бронхографии (отсутствие связи с бронхами, отсутствие контрастированных бронхов не только в зоне затемнения, но и вокруг) является основанием, чтобы заподозрить секвестрацию легочной ткани, даже если на томограммах не выявляется дополнительный сосуд.



Литература

- 1. Гребнев П.Н., Осипов А.Ю. Диагностика и хирургическое лечение секвестрации легких у детей // Практическая медицина. Казань, 2010.-№6.-С.53-57
- 2. Колесников Э.М., Троян В.В., Свирский А.А. // Пороки развития легких у детей и их лечение. Учебно-методическое пособие. Минск, 2010.
- 3. Сундетов М.М. Секвестрация легкого // Медицина.-Алматы, 2010.-№2.-С. 24-26
- 4. Картавова В.А., Левашев Ю.Н., Некласов Ю.Ф. и др. // Грудная хирургия 1984. №5. С. 31-36
- 5. Бородулин Б.Е, Гглашвили П.А., Бородулина Е.А., Подсевалова Н.В // Пороки развития и наследственные заболевания легких. Учебное пособие.-Самара, 2003.

- 1. Grebnev P.N., Osipov A.Yu. Diagnosis and surgical treatment of pulmonary sequestration in children // Practical Medicine. Kazan, 2010. №6. P. 53-57. (in Russ.).
- 2. Kolesnikov E.M., Troyan V.V., Svirsky A.A. Lung malformations in children and their treatment. Study guide. Minsk, 2010. (in Russ.).
- 3. Sundetov M.M. Sequestration of lung // Medicine. Almaty, 2010. №2. P. 24-26. (in Russ.).
- 4. Kartavova V.A., Levashev Yu.N., Neklasov Yu.F., et al. // Thoracic Surgery 1984. №5. P. 31-36. (in Russ.).
- 5. Borodulin B.E, Gglashvili P.A., Borodulina E.A., Podsevalova N.V. Malformations and hereditary diseases of the lungs. Tutorial. Samara, 2003. (in Russ.).

УДК 616-053.2

ФАКТОРЫ АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА МАТЕРИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Гараева С.3.

Азербайджанский Медицинский Университет, Кафедра детских болезней II лечебно-профилактического факультета, Баку

Аннотация

Задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР) имеет большой удельный вес в структуре причин перинатальной заболеваемости [1,2]. В настоящее время нет определенной тактики ведения беременности и родов у данной группы пациентов [3]. Многообразие причин и влияние их на плод на разных сроках внутриутробного периода обуславливают гетерогенность патогенеза ЗВУР плода [4,5]. Поэтому перспективным инструментом для прогнозирования осложненной беременности и основой для оценки терапевтических возможностей своевременной коррекции этих состояний может стать определение факторов риска акушерскогинекологического анамнеза у матерей с данной патологией.

Ключевые слова: внутриутробная задержка роста, акушерский анамнез матери, факторы риска.

ҰРЫҚТЫҢ ҚҰРСАҚІШІЛІК ДАМУЫНЫҢ КІДІРУІНІҢ ҚҰРЫЛЫМЫНЫҢ АНАСЫНЫҢ АКУШЕРЛІК АНАМНЕЗІНІҢ ФАКТОРЛАРЫ

Гараева С.З.

Әзербайжан Медициналық Университеті, ІІ бала ауруларының кафедрасының емдік-профилактикалық факультеті, Баку

Андатпа

Құрсақішілік ұрық дамуының кідіруі (ҚІҰДК) перинатальды аурулар ішінде үлкен орын алады [1,2]. Қазіргі уақытта осы топ пациенттеріне нақты жүктілікті және босануды жүргізу тактикасы жоқ [3]. Құрсақішілік кезеңнің әртүрлі мерзімінде ұрыққа әсері мен себебінің әртүрлілігі ҰҚІДК-нің гетерогенді патогенезіне негіздейді [4,5]. Сондықтан перспективті құралжабдықтар осы жағдайлар кезінде терапиялық мүмкіндіктерді уақытылы түзету негізі мен жүктілік асқынуын болжау осы патологиямен анасында акушерлік-гинекологиялық анамнез қауіп факторы анықтамасы болып табылады.

Түйін сөздер:

құрсақтағы өсуі кешіктіру. ана акушерлік тарихы. тәуекел факторлары..

FACTORS OF MATERNAL OBSTETRIC HISTORY IN THE FORMATION OF INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION

Garaveva S.Z.

Azerbaijan Medical University, Department of Children Diseases, Baku

Abstract

In order to identify risk factors for obstetric and gynecological history in mothers with IUGR, we studied the health status among 315 women who gave birth to children with IUGR and 119 women who gave birth to normal anthropometric measurements. The findings suggest that birth of the first child with a body weight less than 3000g, stillbirths, spontaneous abortions up to 12 weeks in gynecological history of mothers may be one of the risk factors for IUGR. If there are several risk factors before the pregnancy, risk of perinatal pathology increases significantly.

Keywords:

intrauterine growth restriction, maternal obstetric history, risk factors. **Цель исследования** - оптимизировать прогнозирование задержки внутриутробного развития плода путем определения факторов риска акушерско-гинекологического анамнеза у матерей с данной патологией.

Материалы и методы исследования.

Нами были изучены состояние здоровья у 315 женщин, родивших детей с ЗВУР и у 119 женщин, родивших детей с нормальными массо-ростовыми показателями и без признаков ЗВУР. В ходе работы были выделены следующие группы: в группу контроля отнесены женщины, антропометрические показатели детей которых соответствуют сроку гестации; женщины, дети которых родились со ЗВУР, разделены на два варианта: асимметричный – 172 случая (54,6%) и симметричный – 143 (45,4%) случая. Исследование проводилось путем тщательного сбора анамнеза жизни у родителей, выкопировки сведений из стационарных и амбулаторных карт матерей.

Статистическая обработка данных проводилась методом вариационной статистики при помощи программного обеспечения MS Excel-2010. Использованы методы вариационного и дискриминантного анализов. Различия считались статистически значимыми при значении уровня различий сравниваемых величин p<0,05.

Результаты исследований

Нами был проведен полный анализ влияния на развитие ЗВУР акушерского анамнеза обследо-

ванных матерей до данной беременности. Результаты исследований представлены в таблице 1.

Как видим из таблицы, были изучены такие факторы, как количество беременностей и родов, абортов, выкидышей, мертворождений, частота неонатальной смертности, продолжительность интервалов между родами, вес первого ребенка.

Немаловажное значение при задержке внутриутробного развития ребенка имеет порядковый номер беременности матери. Проведенные нами исследования показывают, что в основной и контрольной группах превалировали дети, рожденные от второй беременности 2,10±0,11. Обследуемые дети с ЗВУР были рождены от 1,59±0,05 родов, что достоверно отличается от контрольной группы, где роды составляли 1,78±0,08 по счёту.

Выявлено, что у матерей, родивших детей с 3ВУР предыдущие беременности в 15,6±2,0% завершались медицинским абортом. Достоверной разницы между частотой встречаемости абортов с контрольной группой (20,2±3,7%) не отмечалось.

Количество самопроизвольных выкидышей сроком до 12 недель в числе предыдущих беременностей в группе матерей с ЗВУР и в группе контроля составляют соответственно 7,9±1,5% и 5,9±2,2%. Тогда как число выкидышей достоверно больше у женщин с симметричным вариантом ЗВУР 12,6±2,8%, а у женщин с асимметричным вариантом ЗВУР-4,1±1,5% (р2 < 0,05).

Таблица 1 *Акушерский анамнез матерей*

	3 R V D	ЗВУР Варианты ЗВУР		Контрольная
Акушерский анамнез	(n=315)	Асимметричный (n=172)	Симметричный (n=143)	группа (n=119)
Кол-во беременностей	2,10±0,11 (1 - 18)	1,97±0,13 (1 - 13)	2,24±0,18 (1 - 18)	2,26±0,15 (1 - 8)
Кол-во родов	1,59±0,05 (1 - 5) *	1,56±0,06 (1 - 5) *	1,63±0,07 (1 - 5)	1,78±0,08 (1 - 5)
Кол-во абортов	49 15,6±2,0%	27 15,7±2,8%	22 15,4±3,0%	24 20,2±3,7%
Кол-во выкидышей	25 7,9±1,5%	7 4,1±1,5%	18 12,6±2,8%	7 5,9±2,2%
Неонатальная смертность	12 3,8±1,1%	5 2,9±1,3%	7 4,9±1,8%	8 6,7±2,3%
Мертворождение	6 1,9±0,8%	2 1,2±0,8%	4 2,8±1,4%	-
Интервалы между последними родами	4,0±0,4 (1 - 16)	3,7±0,5 (1 - 15)	4,4±0,6 (1 - 16)	4,4±0,5 (1 - 12)
Вес I-го ребенка (г)	2 994,1±49,9 (2000 - 4000) **	3 034,2±68,6 (2200 - 4000) *	2 943,3±72,5 (2000 - 3700) **	3 364,7±143,2 (2200 - 4500)

Прим.: статистическая значимая разница с показателями:

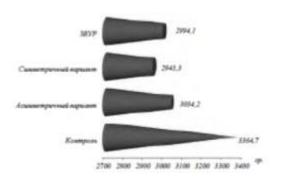
^{1.} контрольной группы: * - p_1 < 0,05; ** - p_1 < 0,01; *** - p_1 < 0,001

^{2.} группы асимметричной ЗВУР: # - p_2 < 0,05; ## - p_2 < 0,01; ### - p_2 < 0,001

Среди случаев смерти новорожденных детей в течение первого месяца жизни от предыдущих беременностей достоверной разницы в частоте встречаемости в группе матерей со 3 В У Р 3,8±1,1% и в группе сравнения 6,7±2,3% не установлено. А вот случаев мертворождения в исходе предыдущих беременностей в контрольной группе не отмечалось, в основной группе же наблюдения-в 1,9±0,8% случаях.

Следующими факторами риска акушерского анамнеза являются интервалы времени между рождениями детей и масса тела предыдущих детей. Наши результаты показывают, что средний интервал между последними родами в группе

Рисунок 1 Средние значения веса 1-го ребенка у различных групп исследований.



Литература

- Илькевич Н.Г. Задержка внутриутробного развития плода как проблема перинатологии //ARS medica. Искусство медицины. 2010. № 3. С. 39-46.
- Pijnenborg R. Placental bed disorders: basic science and its translation to obstetrics. -Cambridge: University Press, 2010. – 320 p.
- 3. Шабалов Н.П. Задержка внутриутробного роста и развития // Неонатология. М.: МЕДпресс-инфо, 2004 Т 1. С.88-109.
- 4. Керимова З.М. Внутриутробная задержка роста плода. Принципы ведения беременности и родов: автореф. дис. ... канд. мед. наук/З.М. Керимова. М., 2002. 25 с.
- 5. Серов В.Н. Синдром задержки развития плода.//РМЖ. 2005.-Т.13.№1.-С.31-33

матерей со ЗВУР составляет 4,0±0,4 года, также как и в группе матерей с физиологическим течением беременности (4,4±0,5 года).

Средние значения массы тела первого ребенка в изучаемых группах наглядно представлены в виде диаграммы.

Установлено, что масса тела первого ребенка в группе со 3ВУР 2994,1 \pm 49,9г достоверно ниже аналогичного показателя в контрольной группе 3364,7 \pm 143,2г(p1 < 0,01).

Заключение.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что у женщин с беременностью, осложненной задержкой внутриутробного развития плода, рождение первого ребенка с массой тела меньше 3000г, мертворождения, самопроизвольные выкидыши сроком до 12 недель в гинекологическом анамнезе могут являться одним из факторов риска возникновения ЗВУРВ случае наличия не одного, а нескольких факторов риска до данной беременности риск возникновения перинатальной патологии значительно возрастает.

- 1. Ilkevich N.G. Intrauterine growth as a problem of Perinatology // ARS medica. The art of medicine.-2010.-№ 3.-p.39-46.(in Russ.).
- 2. Pijnenborg R. Placental bed disorders: basic science and its translation to obstetrics. Cambridge: University Press, 2010. 320 p.
- 3. Shabalov N.P. Intrauterine Growth and Development // Neonatology. M.: MEDpress-Info, 2004 V.1. P. 88-109. (in Russ.).
- 4. Kerimova Z.M. Intrauterine growth retardation. Principles for management of pregnancy and childbirth: Author. Dis. ... Cand. med. M., 2002. 25 p. (in Russ.).
- 5. Serov V.N. The syndrome of fetal growth retardation. // BC. 2005. -V.13.- №1.- pp 31-33. (in Russ.).

ТИПЫ ЭЭГ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

УДК 616.831-006-07-08

Намазбеков М.Н., Турдубаева Г.Т.

Кыргызский государственный институт переподготовки и повышения квалификации, г. Бишкек

Аннотация

Проведен анализ ЭЭГ пациентов с опухолями головного мозга

Ключевые слова:

ЭЭГ, классификация ЭЭГ, электроэнцефалограмма, биоэлектрическая активность, опухоли головного мозга

БАСМИЫНЫҢ ІСІКТЕРІ КЕЗІНДЕГІ ЭЭГТИПТЕРІ

Намазбеков М.Н., Турдубаева Г.Т.

Қырғыз мемелекеттік маман жетілдіру және дайындау институты, Бішкек қ.

Андатпа

Бас миының ісігі бар пациенттерге ЭЭГ талдамасы жүргізілді.

Түйін сөздер:

ЭЭГ, ЭЭГ жіктелуі, электроэнцефалограмма, биоэлектрлік белсенділік, бас миының ісіктері

TYPES OF EEG IN BRAIN TUMORS

Namazbekov M.N., Turdubaeva G.T.

Kyrgyz State Institute of retraining and professional development, Bishkek

Abstract

Analysis of EEG of patients with brain tumors was conducted.

Keywords:

EEG, classification of EEG, electroencephalogram, bioelectrical activity, brain tumors.

Актуальность

Неоценима помощь электроэнцефалографии в диагностике эпилептиформной активности, в определении тяжести повреждения при черепномозговой травме, степени декортикации, в топической диагностике очаговых поражений головного мозга и степени сохранности компенсаторных возможностей головного мозга. В своих работах мы предлагаем свою модифицированную классификацию из 35 наиболее часто встречающихся картин ЭЭГ. Для визуального анализа нативной ЭЭГ мы использовали именно эту классификацию. По данной классификации 3 первых типа - это варианты нормы, затем группа щаблонов связанных с корково-подкорковым дисбалансом, группа шаблонов с эпилептиформной активной активностью, с медленной активностью, с признаками поражения подкорковых образований, с нарушениями ритма, вольтажа и частоты, а также шаблоны при декортикации.

Материал и методы исследования:

Обследовано 50 пациентов с опухолями головного мозга.

Больных мы подразделили на 2 группы:

- 1 группа состояла из пациентов с опухолями больших полушарий 35 человек.
- 2 группу составили пациентов с подкорковыми и субтенториальными опухолями головного мозга 15 человек.

Обследование проводили на современном электроэнцефалографе «Нейроспектр 5», производства Россия, 2013г, система наложения электродов 10-20%, скорость 30мм/с, усиление 10мкВ.

Полученные результаты

Абсолютно утверждать наличие каких либо ЭЭГ критериев при тех или иных опухолевых заболеваниях головного мозга неверно. Можно лишь говорить о часто встречаемых ЭЭГ показателях, среди которых:

Наличие межполушарной асимметрии, причем часто она не приходящая, а ярко выраженная, если по одному полушарию идет регистрация альфа или бета активности, то по другому полушарию в гомологичных областях отмечается регистрация грубой медленной активности или эпилептической активности (часто при конвекситальных опухолях)

Высокий процент регистрации патологической медленной активности, тета, дельта и суб дельта диапазонов. В большинстве случаев, при наличии отека головного мозга медленная активность регистрируется диффузно по всем

областям, определить зону патологического очага очень трудно. Для чего часто назначают больным мочегонные средства.

Изменение правильного распределения основного ритма - альфа ритма, снижение индекса, замедление частоты, изменение структуры и формы альфа волн, регистрация асимметричная в гомологичных участках полушарий и по передним областям

Наличие специфических эпи-знаков и пароксизмов эпилептического характера

Наличие признаков поражения срединных неспецифических образований головного мозга: симметричное замедление биоритмики по обоим полушариям, регистрация вспышек, БСК и пароксизмальной активности, тотальная дизритмия по всем областям (часто при глубинных опухолях головного мозга)

Как правило, высокий вольтаж биопотенциалов при общем замедлении биоритмики, согласно основному правилу.

Нарушение организованности ЭЭГ и нарушение лобнозатылочного градиента, часто ЭЭГ эквипотенциальны или лобно-затылочный градиент обратный

Ослабление реакций на афферентные раздражители: при конвекситальных, односторонних опухолях по определенным областям, по одному полушарию, при отеке, глубинных поражениях тотально по всем областям.

Гипервентиляция «усугубляет» патологические изменения на ЭЭГ

Локальность на ЭЭГ при опухолевых поражениях определяют по выраженности медленной активности в той или иной области, по периоду медленных волн и амплитуде данных биопотенциалов, иногда зон молчания и депрессии биопотенциалов.

В первой группе самыми частыми типами ЭЭГ были - Локальная регистрация медленной активности с признаками межполушарной асимметрии (20.0±6.7), Диффузная регистрация эпилептиформной активности и пароксизмы (14.4±5.9). Пароксизмы, Ирритация+синхронизация+эпи-знаки и Локальная регистрация ирритативных знаков встречались одинакова часто(8.5±4.7).

Во второй группе самыми частыми типами были: Медленная активность и пароксизмы (33.7±12.1), Диффузная регистрация эпи активности и пароксизмы (26.0±11.2), Пароксизмы (20.0±10.3).

Высокая частота умеренных и выраженных изменений на ЭЭГ

Выводы: Таким образом, в первой группе самыми частыми типами ЭЭГ из нашей классификации были - локальная регистрация медленной активности с признаками межполушарной асимметрии (20.0±6.7), диффузная эпилептиформная активность и пароксизмы (14.4±5.9).

Во второй группе самыми частыми типами были типы ЭЭГ: медленная патологическая активность и пароксизмы (33.7 \pm 12.1), диффузная эпилептиформная активность в сочетании с пароксизмами (26.0 \pm 11.2), Пароксизмы (20.0 \pm 10.3).

Литература

- 1. Докукина, Т.В. Картирование ЭЭГ: монография. Минск: ЗАО «Юнипак», 2003. 148 с.
- 2. Егорова И.С. Электроэнцефалография. М.: Медицина, 1973, 296с.
- 3. Жирмунская Е.А. Атлас классификации ЭЭГ. М., 1996.
- 4. Жирмунская Е.А., Майорчик В.Е., Иваницкий А.М. и др. Терминологический справочник (словарь терминов, используемых в электроэнцефалографии). Фи- зиол. Человека, 1978,т.4,с.936-954.
- 5. Жирмунская Е.А., Лосев В.С. Система описания и классификация ЭЭГ человека.-М.:Наука. 1984-80с.

- 1. Dokukina T.V. EEG Mapping: monograph. Minsk JSC "Unipack", 2003. 148 pp. (in Russ.).
- 2. Egorova I.S. Electroencephalography- M .: Medicine, 1973. 296p. (in Russ.).
- 3. Zhirmunskaya E.A. Atlas of EEG classification. M., 1996. (in Russ.).
- 4. Zhirmunskaya E.A., Mayorchik V.E., Ivanitskii A.M., et al. The terminological reference (dictionary of terms used in EEG). Fiziol. Man, 1978, v.4, p. 936-954. (in Russ.).
- 5. Zhirmunskaya E.A., Losev V.S. System description and classification of EEG cheloveka.I-M.: Nauka-1984-80p. (in Russ.).

UDC 616.132.2-02:616.12-008.31.-08

TROMBOLYTIC THERAPY IN PATIENTS WITH THE ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AT THE PRE-HOSPITAL AND HOSPITAL STAGES

Sagatov I.Ye., Taimanuly O., Ongarbayev K.O.

National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov, Kazakh Medical University of Continuous Education, Almaty, Kazakhstan

Keywords:

acute ST-segment elevation myocardial infarction, thrombolytic therapy, percutaneous coronary intervention.

Abstract

In this article there has been described an algorithm of carrying out, tactics and effectiveness of the thrombolytic therapy in acute ST-segment elevation myocardial infarction in citizens of the Medeu district of Almaty for the 2013-2014.

ЖЕДЕЛ МИОКАРД ИНФАРКТЫ КЕЗІНДЕ НАУҚАСТАРҒА АУРУХАНАҒА ДЕЙІНГІ ЖӘНЕ АУРУХАНАЛЫҚ ТРОМБОЛИТИКАЛЫҚ ЕМДІ ЖҮРГІЗУ

Сағатов І.Е., Тайманұлы О., Оңғарбаев Қ.О.

А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы, Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті, Алматы қ., Қазақстан

Түйін сөздер:

ST сегменті жоғарлаған жедел миокард инфакты, тромболитикалық ем, тері арқылы коронарлы интервенция.

Аңдатпа

Мақалада 2013-2014 жылғы Алматы қаласы, Медеу ауданы тұрғындарында кездескен жедел миокард инфарктының ST сегменті жоғарлауы кезіндегі тромболитикалық терапия жүргізудің алгоритмі, тактикасы және эффективтілігін талдау жайлы баяндалған.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ

Сагатов И.Е., Тайманулы О., Онгарбаев К.О.

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы, Казахстан

Ключевые слова:

острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, тромболитическая терапия, чрезкожные коронарные интервенции.

Аннотация

В статье описан анализ алгоритма проведения, тактики и эффективности тромболитической терапии при остром инфаркте миокарда с подъемом ST сегмента у жителей Медеуского района города Алматы за 2013-2014 годы.

Introduction

Nowadays in our country and abroad the myocardial infarction is considered as a severe disease increasing the indicator of mortality and the disability level of population. Annual incidence of myocardial infarction for men aged 40-59 years makes 0,2-0,6%, but the incidence for elder people age 60-64 years is as high as 1.7%. The incidence of myocardial infarction for females is 2.5-5 times rarer than that for males. The last years there is noticed a frequent incidence of myocardial infarction among young people. The death rate for myocardial infarction makes 30-50% of all lethal outcomes, besides all lethal cases are registered in prehospital stage [1-5,9].

At the background of the thrombolytic therapy the incidence of coronary heart disease in patient department has been reduced till 40-50%. Besides, 60% of patients with myocardial infarction died in consequence of untimely given medical aid at the first hours. Every fourth patient with myocardial infarction is less symptomatic and a disease takes the erased course, in some cases despite the clinical manifestation patients do not pay their attention to heart disease. According to several data 28% of patients died within first hours, 38% of patients died within first 4 hours, while 46% of patients died within first 24 hours [14]. The futility of treatment of the myocardial infarction and the fact that people do not address in good time lead to development of life threatening complications within first hours.

The ischemic heart disease as other chronic diseases has a stable forms and exacerbation stage, we will observe the exacerbation stage as «acute coronary syndrome» in order to understand it systematically by use of one nosology classification. We will join the term «acute coronary syndrome» into one syndrome being characterized by acute pains in cardiac region and clinically by the pains of different intensity (ST segment elevation myocardial infarction, non-ST segment elevation myocardial infarction, unstable angina pectoris). The acute coronary syndrome is divided into 2 forms according to clinical course and dynamic changes in ECG: ST segment elevation myocardial infarction and non-ST segment elevation myocardial infarction. The development of acute myocardial infarction, its complication and clinical picture in 95% of cases result from fragmentation of plaques in coronary arteries and acute formation of thrombi [10,14].

Thrombolytic therapy in patients with acute myocardial infarction was begun to be used 50 years ago. Thrombolytic therapy results in rapid restoration of coronary blood supply and reduction of foci of the myocardial necrosis [15]. The introduction of

thrombolytic therapy into clinical practice diminishes 30-day in-hospital mortality of patients with myocardial infarction till 5-8% [14], but «before fibrinolytic period» it made 17-18% [18].

The aim of the research is to determine the frequency of acute myocardial infarction in patients registered in emergency stations, the development of complications within first hours, giving of first medical aid, including indicators for thrombolytic therapy and to analyze the tactics of treatment.

Material and methods

The basic aim of the prehospital stage is a diagnosis the acute myocardial infarction in patients complaining of pains in cardiac region within first 10 minutes, their registration and an interpretation of ECG results. First medical aid is given individually depending on form of acute myocardial infarction, the degree of a condition of patients and the risk of development of complications. The acute coronary syndrome is diagnosed on the basis of clinical manifestation of patients, chest pain or discomfort due to physical and psychoemotional stress, palpitation, a cold sweat, fear, decrease of response to nitrates. We perform ECG with 12 standard leads and we determine ST segment elevation myocardial infarction in 2 or more leads. If there is an anginous pain till 12 hours, then we find the thrombolytic therapy as a direct indication and we determine contraindications for thrombolytic therapy. We differentiate acute myocardial infarction.

There were analyzed 239 call cards of patients with acute myocardial infarction that were examined by reanimation emergency brigades of station №4. There were 137 (57,3%) males, 102 (42,7%) females. The patients age varied from 35 till 93 years, a mean age was 64,7±13,1 years. The primary myocardial infarction was found in 196 (82%) patients, the repeated myocardial infarction - in 43 (18%) patients. According to ECG the ST segment elevation myocardial infarction was found in 97 (40,6%) patients, including myocardial infarction with pathological Q-wave - in 18 (7,5%) patients, other form - in 124 (51,9%) patients.

In our practice according to ECG the ST segment elevation myocardial infarction was found in 60 (25,1%) males and in 37 (15,5%) females, including myocardial infarction with pathological Q-wave in 13 (5,4%) males and 5 (2,1%) females, other forms in 54 (22,6%) males, 61 (25,5%) females.

Thrombolytic therapy

After first medical contact within 1 hour the primary percutaneous transluminal coronary

angioplasty was performed for 8 (3,3%) patients with ST segment elevation myocardial infarction within 12 hours from beginning of anginous pains, on the strength of different reasons in prehospital stage the thrombolytic therapy was carried out for 73 (30,5%) patients by medicine «Actylise» in the dosage 1mg/kg of weight, but not more than 100mg, according to scheme (the first 15mg by bolus way during 1-2 min, 50mg during 30 min, 35mg during 60 min) intravenously totally during 90 min [1,13]. Moreover, if there are no contraindications, we give a patient Clopidro- gel 600mg, Aspirin 500mg, Morphin 4-8mg to relive anginous pain, moistened oxygen 4,8l/min through mask, Isoket spray, 10mg Isoket in 200ml of physiological solution is infused intravenously, furthermore the patient is hospitalized into «Municipal Cardiologic Center» of Almaty city in order to perform a percutaneous transluminal coronary angioplasty [8]. If a thrombolysis is not effective, then such patients undergo the urgent saving percutaneous coronary intervention. In Cardiologic Center within 3-24 hours totally 112 (46,9%) patients undergo the urgent percutaneous coronary intervention.

At the level of emergency the thrombolytic therapy was carried out only for 73 (30,5%) patients of 115 (48,1%) patients with ST segment elevation myocardial infarction [6]. The rest of patients had contraindications for thrombolytic therapy. There were: 1) There were registered 17 (7,1%) patients with anginous pains more than 12 hours; 2) 10 (4,2%) patients aged 80 years and elder; 3) 8 (3,3%) patients were brought to Cardiologic Center within 10-15 minutes during 6 hours from beginning of anginous pains; 4) 3 (1,3%) patients were registered with risk of bleeding; 5) 2 (0,8%) patients refused the appeal to hospital; 6) Within the last 3 months there was observed 1 (0,4%) patient with hemorrhagic stroke; 7) 1 (0,4%) patient died of cardiogenic shock in a place of incident. 124 (51,9%) patients with other types of myocardial infarction were given a first medical aid and in a planned order brought to «Municipal Cardiologic Center» to perform percutaneous coronary intervention.

Comparative discussion of thrombolytic therapy and percutaneous coronary intervention in acute coronary syndrome

Nowadays the myocardial reperfusion is carried out by 2 methods: pharmacological and mechanical. Every method has its advantages and disadvantages. The advantage of the pharmacological method consists in a rapid restoration of the coronary blood supply in prehospital stage and it is a urgent available method preventing the myocardial necrosis. However, not in all stages we manage to

reach the successful reperfusion by this method, because the action of a thrombolytic medicine is directed not to remove the stenosis of atherosclerotic coronary arteries, but it is limited by only lysis of fibrinous thrombi that cause coronary artery embolism.

Percutaneous coronary interventions are mechanical catheter methods. There are: the mechanical recanalization of occluded vessels by catheter, balloon angioplasties of coronary stenosis and implantation of metal stents into coronary arteries. The basic advantage of mechanical catheter method is a complete restoration of blood circulation in a occluded coronary artery, we can reach about 100% successful recanalization. Besides, it contributes the stabilization of separated atherosclerotic plaques and prevents repeated thrombus formation and development of myocardial infarction again, the risk of bleeding decreases (into brain, intestines et cit.). But there are following disadvantages: an absence of cardiac catheterization laboratory for carrying out of percutaneous coronary interventions, deficiency of qualified specialists, it is also difficult to bring in time the patients with acute myocardial infarction to cardiologic centers working hours a day. There is often found a risk of repeated occlusion of recanalized coronary arteries too. If reperfusion signs are observed after thrombolytic therapy according to ECG and coronarography, then «planned percutaneous interventions» are carried out within 24 hours, if reperfusion signs are not observed, then «saving percutaneous interventions» are carried out within 45-60 minutes [7].

It is necessary to organize the available percutaneous coronary interventions for patients with acute myocardial infarction, because in use of this method the risk of bleeding, diverse complications and lethal outcomes is low. It is considered to be a method of gold standard. Nowadays there are following alternative methods of restoration of coronary blood supply: coronarography, balloon angioplasty of coronary arteries, stent implantation and coronary artery grafting operation in urgent order [1,17].

Conclusion

Hence, according to our data 48,1% of patients with ST segment elevation acute myocardial infarction were in need of urgent thrombolytic therapy and percutaneous coronary interventions, but thrombolytic therapy was carried out for 30,5% of patients, and percutaneous coronary interventions were performed for 46,9% of patients [8].

The primary percutaneous coronary interven-

tions are the most effective method in ST segment elevation acute myocardial infarction. According to randomized statistic data compared with «thrombolytic therapy» in case of «primary percutaneous coronary interventions» the death rate, increase of bleeding frequency, the risk of development of repeated acute myocardial infarction and hemorrhagic stroke frequency are significantly diminished.

We can reach an effective reperfusion of myocardium in carrying out of thrombolytic therapy for patients with ST segment elevation acute myocardial infarction in prehospital stage, then carrying out of the urgent and planned percutaneous coronary interventions in time in inpatient department.

Our experience proves once more that the acute

myocardial infarction with and without Q-wave, ST segment elevation acute myocardial infarction are frequently found in men than in women.

Knowing of the scheme of thrombolytic therapy in prehospital stage and the effect of medicines is responsible work for physician of emergency brigade, it requires their high qualification. In order to increase the efficacy of carried out actions in emergency brigade, the qualified cardiologist has to give the first aid for patients with acute myocardial infarction. If we advise such patients to see a doctor in time, if diagnostics and treatment are begun earlier, the death rate is significantly diminished. Improvement of an action of emergency brigade and their service is a basic duty of organizers of Emergency Station.

- 1. Abseitova S.R. Algorithm for the diagnosis and treatment of acute coronary syndrome. Guidelines, Astana, 2012 43p. (in Russ.).
- 2. Bagnenko S.F., Vertkin A.L., Miroshnichenko A.G., Khubutia M.Sh. Guide ambulance, "GEOTAR-Media", 2007-786p. (in Russ.).
- 3. Belenkov Y.N. Coronary angioplasty: a look in 30 years // Cardiology 2007 № 9 p.4-14. (in Russ.).
- 4. Konstantinova E.V., Magnitsky A.V., Shostak N.A. Thrombolytic therapy in patients with acute myocardial infarction // Rational Pharmacother. Cardiol // Moscow 2006 Nº4 p. 58-62. (in Russ.).
- 5. Ruksin V.V. Emergency cardiology // Geotar-MED, 2007-512p. (in Russ.).
- 6. The European Society of Cardiology Guidelines for the treatment of acute myocardial infarction-segment elevation. 2012 53p. (in Russ.).
- 7. Sulimov V.A. Thrombolysis or primary percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction with ST-segment elevation. Research STREAM. // Rational Pharmacotherapy in Cardiology, Moscow 2013 №9 (6) -p.640-649. (in Russ.).
- 8. Sagatov I.E., Taymanuly O., Kundyzbaeva M.M., Galiev B.A., Kalubaeva M.S., Ongarbaev K.O. Reasons for refusal of thrombolytic therapy in patients with acute myocardial infarction in the prehospital // Bulletin of surgery in Kazakhstan, V Congress of Surgeons of Kazakhstan with the international participation "New technologies in surgery" proceed. 2014 №1 (Special Edition) -P.31. (in Russ.).
 - Management of and ambulance in case of

- emergency. Guide for physicians. Edited Vertkin A.L. // Astana: State Enterprise "Directorate of administrative buildings of the Presidential Administration and the Government of the Republic of Kazakhstan" UDP RK, 2004 392p. (in Russ.).
- 10. Kharchenko V.I. Mortality from cardiovascular diseases in Russia and in the developed countries. The need to enhance the cardiology service and modernization of the health statistics in the Russian Federation // Russian Journal of Cardiology, 2005 № 2 pp 5-17. (in Russ.).
- 11. Assessment of the Safety and Efficacy of a New Treatment Strategy with Percutaneous Coronary Intervention investigators. Primary versus tenecteplase-facilitated percutaneous coronary intervention in patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction. Randomised trial. Lancet 2006; № 367: P. 569-78
- 12. Davies M.J. The pathophysiology of acute coronary syndromes, Heart, 2000, p. 361-6.
- 13. Dores H., Aguiar C., Ferreira J., Mimoso J., Monteiro, Seixo F., Santos J.F. Compliance of pharmacological treatment for non-ST-elevation acute coronary syndromes with contemporary guidelines: influence on outcomes. Portuguese Registry on Acute Coronary Syndromes Investigators. / Cardiovasc. Diagn. Ther 2014; Feb. 4(1):13-20.
- 14. Hasai B., Begar S., Wallentin L. et al. A prospective survey of the characteristics, treatment and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Europe and the Mediterranean

TROMBOLYTIC THERAPY IN PATIENTS WITH THE ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AT THE PRE-HOSPITAL AND HOSPITAL STAGES

- basin. The Euro Heart Survey of Acute Coronary Syndromes // Eur Heart. 2002;15(1):1190-2001.
- Papai G., Racz I., Czuriga D., Szabo G., Edes I.F. Transtelephonic electrocardiography in the management of patients with acute coronary syndrome» //J. Elec-trocardiol 2014;0736(14):56-59.
- Ryan TJ. ACC/AHA guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction. Report of the American College of Cardiology. American Heart Association Task Force on Practice Guidelines // Am Coll Cardiol 2002;89:1156-1161.
- 17. Robertson J.O., Ebrahimi R., Lansky A.J., Mehran R., Stone G.W., Lincoff A.M. Impact of Cigarette Smoking on Extent of Coronary Artery Disease and Prognosis of Patients With Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes: An Analysis From the ACUITY (Acute Catheterization and Urgent Intervention Triage Strategy) Trial. JACC // Cardiovasc Interv 2014; S1936-8798(14):00442-7.
- 18. Steg P.G., James S.K., Atar D., et al. ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST segment elevation // Eur. Heart J 2012;33:2569-2619.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С УРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

УДК 616.12.008.331.1 616.36/366/002

Салимов Б.Г.

Национальный центр кардиологии и терапии имени акад. Миррахимова М. М. при МЗ КР

Аннотация

Было проанализировано 978 историй болезни и дана клиническая характеристика у больных с различными урологическими заболеваниями, сочетающихся с заболеваниями гепатобилиарной системы (холецистит, гепатохолецистит, холецистопанкреатит и желчнокаменная болезнь).

Ключевые слова:

холецистит, желчнокаменная болезнь, мочекаменная болезнь, нефроптоз, гидронефроз, аномалии почек.

ГЕПАТОБИЛИАРЛЫ ЖҮЙЕНІҢ АУРУЛАРЫМЕН БІРГЕ ЖҮРЕТІН УРОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

Салимов Б.Г.

Акад. М.М. Миррахимов атындағы Ұлттық кардиология және терапия орталығы ҚР-ның ДСМ

Аңдатпа

978 ауру сырқатнамасыталданды және гепатобилиарлы жүйенің ауруларымен (холецистит, гепатохолецистит, холецистопанкреатит және өттас ауруы) жүретін әртүрлі урологиялық аурулары бар науқастардың клиникалық сипаттамасы берілді.

Түйін сөздер:

холецистит, өттас ауруы, зәртас ауруы, нефроптоз, гидронефроз, бүйрек ақаулары.

THE CLINICAL CHARACTERISTIC OF PATIENTS WITH UROLOGICAL DISEASES COMBINED WITH DISEASES OF HEPATOBILIARY SYSTEM

Salimov B.G.

National Center of Cardiology and Therapy named after acad. M.M. Mirrahimov at the Ministry of Healthcare of KR.

Abstract

978 clinical records were analyzed and the clinical characteristic at patients with various urological diseases, being combined with diseases of hepatobiliary system (cholecystitis, hepatocholecystitis, cholecystopancreatitis and a cholelithic diseases) is given.

Keywords:

cholecystitis, cholelithic diseases, urolithic diseases, nephroptosis, hydronephrosis, anomalies of kidneys.

Введение

Рисунок 1

патологий

Характеристика

урологических

Развитие общества, оснащенного технологическими достижениями во всех сферах жизни, нарушения климатогенного и экологического природного баланса и другие социальные, материальные причины, нарушения питания, режима труда и отдыха, вредные привычки бесспорно отрицательно влияют на состояние здоровья населения на земном шаре [1].

В этом направлении во всех странах разрабатываются новые, и дополняются ранее принятые программы охраны здоровья нации на государственном уровне, а также для лечения некоторых болезней выделяются огромные средства различными международными организациями, фондами, частными меценатами [2,3].

В данном контексте следует обратить внимание на то, что у большинства больных имеется наличие нескольких патологий, и одним из которых является сочетание урологических и хирургических заболеваний гепатобилиарной зоны.

Клинический анализ больных с различными урологическими заболеваниями, сочетающихся с заболеваниями гепатобилиарной системы (калькулезный холецистит, гепатохолецистит, холецистопанкреатит) имеет большое значение. Разработка стратегического клинического протокола по ведению этих пациентов имеет важное научно-практическое значение.

Следовательно, целью нашей работы был показать не только факт взаимосвязи патологий гепатобилиарной системы с часто встречающими урологическими болезнями: мочекаменная болезнь, нефроптоз и гидронефроз, но и дать их клиническую характеристику.

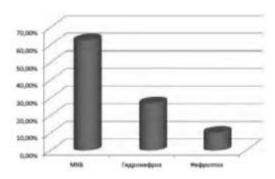
Материал и методы исследования

Мы проанализировали истории болезни 978 больных страдающих мочекаменной болезнью, гидронефрозом и нефроптозом, при сочетании с холециститом, желчнокаменной болезнью, гепатохолециститом, которые находились на стационарном лечении в Республиканском научном центре урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за период с 2004 по 2014гг.

Результаты и их обсуждение

Анализ историй болезни 978 больных (рис. 1), которые проходили стационарное лечение выглядело следующим: пациенты страдающие мочекаменной болезнью составили - 613 (62,7%) человек, гидронефрозом - 264 (27,0%) и нефроп-

тозом страдали - 101 (10,3%) больных. Из обследованных 613 больных: женщин было 347(56,6%), мужчин - 266(43,4%). Возраст колебался от 25 до При этом больных страдающих мочекаменной болезнью при сочетании с желчнокаменной болезнью было 154 (24,4%), с бескаменным холециститом - 434 (70,7%), с гепатохолециститом - 16 (2,6%) и с холецистопанкреатитом - 9(1,5%).



В клинической симптоматике у 98,7% имел место болевой синдром и из них в 32,4% случаев сопровождался почечной коликой.

Следует заметить, что во всех случаев при мочекаменной болезни осложнялось пиелонефритом и из них в половине случаев сопровождалось обострением воспалительного процесса. В лабораторных исследованиях лейкоцитурия имела место у 377(61,5%), протеинурия у 293(47,8%), бактериурия у 113(18,4%), кристаллурия у 511(83,3%)больных.

Лейкоцитоз в крови в основном был отмечен у лиц с обострением хронического пиелонефрита.

Ультразвуковыми и рентгенологическими данными конкременты в почках выявлены у 505(82,3%) пациентов, в мочеточнике у 108(17,6%) Среди них 88(14,3%) человек были камневыделителями.

По локализации конкременты в мочевых путях: коралловидные камни в почке - 22 (3,6%), одиночные в лоханке - 116(18,9%), одиночные в чашечке - 411(67%) и множественные в чашечках - 64(10,4%) а в мочеточнике на уровне верхней трети - 35(5,7%), средней трети - 44(7,2%) и в нижней трети - 29(4,7%).

Размеры конкрементов оказались следующими: от 0,3 до 0,4 см - 224; от 0,5 до 0,6 см - 252; 0,7 -0,8 см - 85; 0,9 - 1,0 см - 36; более 1,0 см - 16

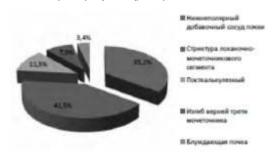
Как видно из данных конкрементов в основном колебалось от 0,3 до 0,6 см в диаметре (77,6%).

У 511(83,3%) пациентов отмечена кристаллурия в моче и при этом, наибольший удельный вес представлен оксалатами и уратами в 40,9% изолированно и в соединении 12,8% случаев.

Больных, страдающих гидронефрозом, сочетающихся с различными заболеваниями гепатобилиарной системы было 264. Среди обследованных женщин было- 172 (65,2%), мужчин-92 (34,8%) человек. Возраст колебался от 18 до 45 лет (в среднем-32,4+1,2 года).

Все больные страдали односторонним гидронефрозом: правосторонним - 153(58,0%) и левосторонним - 111(42,0%). Из них гидронефрозом I стадии страдали - 58 чел. (21,9%) гидронефрозом II стадии - 127 чел. (48,1%) и гидронефрозом III стадии - 79 чел.(30,0%)

Этиологической причиной гидронефроза было: Нижнеполярный добавочный сосуд почки - 93 (35,2%) случаев; стриктура лоханочномочеточникового сегмента - 110 (41,5%); посткалькулезный - 31 (11,3%); изгиб верхней трети мочеточника - 21 (7,9%) и блуждающая почка - 9 (3,4%) случаев (рис.2).



У этих больных были отмечены: болевой синдром у 180(68,2%), диспепсические расстройства - у 218(82,5%), дизурические расстройства - у 72(27,2%), неврологические нарушения - у 53(20,0%).

Следует отметить, что у больных при гидронефрозе с 3 стадией было отмечено инфицирование в 41 случае.

Хронический пиелонефрит был зарегистрирован у 217 (82,1%) пациентов, макрогематурия у 128(48,4%), нефрогенная гипертензия у 73 (27,6%).

Обследовано 101 больных с патологией гепатобилиарной системы, сочетающихся с нефропто- зом и при этом женщин было 89 (88,1%), мужчин - 12 (11,9%). Возраст их колебался от 20 до 50 лет (в среднем - 33,2+2,6).

Лиц страдающих нефроптозом 1 степени было



- 21 (20,8%) человек, 2 степени - 53 (52,5%) и 3 степени - 27 (26,7%) человек (рис.3).

При этом сочетание страдающих нефроптозом с желчнокаменной болезнью - 23 (22,7%), с бескаменным холециститом - 59 (58,4%) с гепатохолециститом - 11 (10,9%) и с холецистопанкреатитом - 8 (7,9%).

Клиническая картина нефроптоза многообразна и чрезвычайно изменчива. Так, у больных с этой патологией имеются нарушения не только со стороны мочевой системы, но и других внутренних органов и систем, что значительно затрудняет диагностику этого страдания. Симптоматология патологически опущенной почки находится в прямой связи со степенью нефроптоза и сопутствующими осложнениями, а также длительностью заболевания, согласно литературным данным, по клинической картине различают: 1 - болевую. 2 - диспепсическую, 3 - нервную формы нефроптоза.

Большинство симптомов болевой и диспепсической форм являются либо расстройств со стороны нервной системы, либо нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта либо они сочетаются. Такое обстоятельство приводит к тому, что большинство из больных длительное время находятся на стационарном или амбулаторном лечении в терапевтических, хирургических и неврологических отделениях.

Заболевание сопровождалось различными расстройствами со стороны нервной системы, а нарушение деятельности желудочного тракта довольно часто сопровождалось различными диспепсическими расстройствами: тошнотой, изжогой, плохим аппетитом, болями в правом подреберье или подвздошной области, вздутием живота, поносом или запором. Нередко это расстройство оценивается хирургами как острый аппендицит или холецистит, и больные подвергаются оперативному вмешательству.

При 1 степени нефроптоза больные жаловались на тупые, тянущие ноющие боли в области почки или поясничной области, усиливающиеся при ходьбе, физической нагрузке. Следует заметить, что тупые боли изматывают больных не столько интенсивностью, сколько упорным постоянством.

При 2 степени нефроптоза боли имели место постоянного характера, однако его интенсивность снижалось при горизонтальном положении тела, при исключении физической нагрузки. Болевой синдром мог переходить в острые, т.е. в виде приступа почечной колики и передаваться по ходу мочеточника в паховую область и половые органы. Иногда боли сопровождались тошнотой, рвотой, иногда олигоанурией. Почечная колика

Рисунок 2 Этиологические причины гидронефроза

Рисунок 3 Степени нефроптоза

при физической нагрузке наблюдалась у 25% больных, при этом почка смещается вниз, происходит ее ротация и перегиб мочеточника, нарушается уро-и гемодинамика почки.

Почечная колика при нефроптозе менее интенсивная, менее продолжительная, при других урологических заболеваниях и легко купируется в горизонтальном положении, т.е. достаточно больному лечь в постель и почка перемешается в свое ложе и боль исчезает.

Повышение температуры тела при патологически подвижной почке связано с осложнениями, особенно пиелонефритом. Такие осложнения, как камни почек, пиелонефрит, гидронефроз, артериальная гипертензия при нефроптозе, в свою очередь, характеризуются определенным симптомокомплексом.

Хронический пиелонефрит имел место во всех случаях (100,0%) и при этом обострение пиелонефрита отмечено в 50% случаев. Нефроптоз, осложненный уролитиазом имел место у 13 (12,9%) больных, прогрессирующие пиелоэктазии или, гидронефроз у 31 (30,7%), транзитор- ная макрогематурия отмечено в анамнезе у 35 (34,6%), нефроптоз с артериальной гипертензией у 37 пациентов (36,6%) случаев.

При 3 стадии нефроптоза у больных на фоне болевой, дизурической, диспепсической и неврологической симптоматики были отмечены нарушения физической и умственной работоспособности, что требовало активной тактики лечения.

Следует отметить, что у 27 пациентов нефроптоз сопровождался висцероптозом 1 и 2 степени выраженности, следовательно, у этих пациентов

имелись нарушения деятельности желудочнокишечного тракта и могли быть причиной возникновения сопутствующих патологий со стороны гепатобилиарной системы.

Выводы

- 1. По данным историй болезни за указанный период можно констатировать, что поле ведения пациентов ограничивается регистрацией сочетанных патологий из-за отсутствия алгоритма лечения сочетанных патологий. Следовательно, для восполнения указанного пробела в клинической практике требуется проведение целенаправленного научно-практического исследования для выработки приемлемой клинической стратегии по ведению больных с сочетанными урологическими и хирургическими патологиями в нашей стране.
- 2. Прогрессирующий рост болезней (в частности сочетанных), вызывает особые требования к деятельности не только урологической, но и хирургической службы в нашей республике. Если учесть обстоятельство, что до настоящего времени не полностью разработаны особенности обследования и лечения больных с заболеваниями гепатобилиарной системы, сочетающихся с урологическими заболеваниями и раздельная терапия без учета взаимоотягающих патофизиологических факторов, то конечный результат становится малоэффективным, что, безусловно, приводит к ранней инвалидизации и стойкому нарушению трудоспособности населения.

Литература

- Бабенко А.И. Системный подход к формированию здорового образа жизни населения /А.И. Бабенко, Н.В. Дмитриева //Моделирование в управлении здравоохранением: Сб. научн. трудов.-М., 1990.-С. 130-135.
- Комаров Ю.М. Системный анализ модели здоровья и здравоохранения: проблемы и решения /Ю.М. Комаров //Моделирование в управлении здравоохранением: Сб. научн. трудов.-М., 1990.-С. 34-47.
- 3. Лицензирование медицинской деятельности и аккредитация медицинских учреждений в ходе реформы в системы здравоохранения Кыргызской Республики /Т. С. Мейманалиев, Г.К. Алиев, А.К. Казнев и др. //Здравоохранения Кыргызстана. 1999. №3.- С. 72-75.

References

- 1. Babenko A.I. A systematic approach to the formation of healthy lifestyle. // Simulation in Healthcare Management: Sat. Scien. trudov.- M., 1990, pp 130-135. (in Russ.).
- Komarov Yu.M. System analysis model of health and health care: problems and solutions // Simulation in Healthcare Management: Sat. Scien.works-M., 1990, pp 34-47. (in Russ.).
- 3. Licensing of medical activities and accreditation of medical institutions in the course of reforms in the healthcare system of the Kyrgyz Republic / T.S. Meimanaliev, G.K. Aliyev, A.K. Kaznev, etc.// Healthcare of Kyrgyzstan. 1999. Nº 3. p. 72-75. (in Russ.).

СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН

УДК 618.3-06:612.017

Сулайманов С.Б.¹, Тилеков Э.А.², Аскеров А.А.³, Чапыев М.Б.²

¹Железнодорожная больница, г. Бишкек

²Национальный хирургический центр МЗ КР, г. Бишкек

^зКафедра акушерства и гинекологии Кыргызской Государственной медицинской академии, г. Бишкек

Аннотация

Представлены результаты исследования состояния цитокиновой системы у женщин с трубной беременностью в ранние сроки гуттации. Объектом исследования явились 133 женщины с трубной беременностью, которые составили клиническую группу. Контрольную группу составили 50 женщин, из которых 20 здоровых не беременных женщин (I контрольная группа) и 30 женщин с физиологически протекающей маточной формой беременности в период 4-12 недель гестации (II контрольная группа). Установлено, что эктопическая беременность протекает на фоне активации провоспалительных цитокинов, интерлейкинов 1в, 6, фактора некроза опухоли альфа и снижении концентрации противовоспалительного интерлейкина 4, что связано с нарушением иммуномодулирующих и иммуносупресивных эффектов в организме женщины, а также характеризует степень воспалительных реакций в придатках матки.

Ключевые слова:

женщины, трубная беременность, цитокины, интерлейкины.

ӘЙЕЛДЕРДЕ ТҮТІКТІ ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ ЦИТОКИНДІ ЖҮЙЕ ЖАҒДАЙЫ

Сулайманов С.Б.¹, Тилеков Э.А.², Аскеров А.А.³, Чапыев М.Б.²

¹Теміржол ауруханасы, Бішкек қ.

²Ұлттық хирургиялық орталық ҚР ДСМ, Бішкек қ.

 3 Кырғыз мемелекеттік медицина академиясының акушерства және гинекология кафедрасы, Бішкек қ.

Аңдатпа

Гуттацияның ерте кезеңінде түтікті жүктілікпен әйелдерде цитокин жүйесінің жағдайын зерттеу нәтижелері көрсетілген. Зерттеу объектісі болып клиникалық топты құрайтын түтікті жүктілікпен 133 әйел танылды. Бақылау тобын 50 әйел, жүкті емес 20 әйел (І бақылау тобы) және гестацияның (ІІ бақылау тобы) 4-12 апта периодында қалыпты ағымды жатырлық жүктілікпен 30 әйел. Эктопиялық жүктілік ағымының қабыну цитокиндері, интерлейкиндер 1в, ісік некроздаушы фактор альфа және қабынуға қарсы интерлейкин 4 концентрациясының төмендеуі жатыр қосалқыларының қабыну дәрежесін сипаттайтын, әйел организмінің иммуномодулирлеуші және иммуносупресивті тиімділігінің бұзылуымен байланысты.

Түйін сөздер:

әйелдер, түтікті жүктілік, цитокиндер, интерлейкиндер.

STATE OF CYTOKINE SYSTEM AT TUBAL PREGNANCY IN WOMEN

Sulaymanov S.B.¹, Tilekov E.A.², Askerov A.A.³, Chapyev M.B.²

¹Railway Hospital, Bishkek

² National Surgical Center of MOH KR, Bishkek

³ Department of Obstetrics and Gynecology of the Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek

Abstract

The results of research on the state of the cytokine system in women with tubal pregnancy at the early stages of guttation are given. The objects of the study were 133 women with tubal pregnancy, which were accounted for the clinical group. The control group consisted of 50 women, 20 of which are healthy non-pregnant women (I control group) and 30 women with physiological pregnancy uterine shape in the period 4-12 weeks of gestation (Il control group). It is found that ectopic pregnancy is on the background of the activation of proinflammatory cytokines, interleukins 1v, 6, tumor necrosis factor alpha and reducing the concentration of anti-inflammatory interleukin 4, which is associated with impaired immunomodulatory and immunosuppresive effects in women, and shows the extent of inflammatory reactions in the uterine appendages.

Keywords:

women, tubal pregnancy, cytokines, interleukins.

Введение

Факторы вызывающие развитие эктопической беременности разнообразны, в частности, немаловажная роль принадлежит воспалительным заболеваниям придатков матки, эндокринным нарушениям, операциям на органах малого таза (1.2.3). До сих пор нет четких данных о значимости того или иного фактора риска развития внематочной беременности. Важное место в развитии трубной беременности отводится местной ишемии тканей и клеток, связанная с активацией медиаторов воспаления различной природы (4,5,6). При развитии внематочной беременности происходит локальное либо системное снижение защитных механизмов. В этой связи относительно новым объектам исследования стало изучение продукции и накопления цитокинов (посредников в развитии воспалительных реакций), которые влияют на процессы пролиферации различных клеток (7,8). При анализе молекулярных основ развития эктопической (трубной) беременности относительная роль цитокинов остается, пока неясной. Поэтому, уточнение роли цитокинов в патогенезе развития трубной беременности представляет теоретическое и практическое значение, что и послужило основанием для проведения настоящих исследований.

Цель исследования - определить показатели цитокинов - интерлейкина (ИЛ)- 1р, 4, 6, фактора некроза опухоли альфа (ФНО- £) в плазме крови у женщин с трубной беременностью в ранние сроки гестации.

Материал и методы

Объектом исследования явились 133 женщины с трубной беременностью, которые составили клиническую группу. Контрольную группу составили 50 женщин, из которых 20 здоровых не беременных женщин (I контрольная группа) и 30 женщин с физиологически протекающей маточной формой беременности в период 4-12 недель гестации (II контрольная группа).

Определения содержания цитокинов (ИЛ-1р, ИЛ- 4, ИЛ-6, ФНО-£) в плазме крови проводили методом иммуноферментного анализа на анализа-

торе «Мультискан» и наборами фирмы «Вектор - Бест» (Россия).

Материал обработан методом вариационной статистики на персональном компьютере с использованием пакета программы "Statistika-6.0".

Результаты исследования и обсуждение

Как видно из данных таблицы 1, у беременных клинической группы по сравнению с I контрольной группой, наблюдается существенное повышение всех провоспалительных цитокинов (ИЛ-1р, ИЛ-6, ФНО-£) (р<0.01-р<0.001) и снижение концентрации противовоспалительного цитокина - ИЛ-4 (р<0.05). По сравнению с данными II контрольной группы наблюдается идентичная картина в анализируемых показателях (р<0.01-р<0.001).

Следовательно, цитокиновая система чутко реагирует на все изменения в организме женщины при формировании эмбриона в ранние сроки гестации и при развитии внематочной беременности. Значительная активация провосполительных цитокинов при трубной беременности приводит к активации фагоцитоза, их миграции в слизистую маточных труб, а также высвобождению медиаторов воспаления - производных липидов, простогландина Е2, тромбоксанов и фактора активации тромбоцитов. Кроме того они прямо или опосредованно вызывают расширение артериол, синтез адгезивных гликопротеидов, активацию В-лимфоцитов.

Видимо, вследствие этих механизмов действия цитокинов, первым из клинических симптомов трубной беременности является болевой синдром. Активация ИЛ-1р запускает активацию ИЛ-8, который увеличивает хемотаксис моноцитов и нейтрофилов, что вызывает системные реакции ответа острой фазы. Активация ИЛ-1, ИЛ-6 приводит к изменению функционального состояния центральной нервной системы и системы гипоталамус - гипофиз- надпочечники, высвобождению гипоталамусом аргинин- вазопрессина. Под влиянием ИЛ-1р происходит предупреждение избыточной активации иммунной системы. Несмотря на существование механизмов сдерживания активности провоспалительных цитокинов, при прогрессировании эктопической беременности их чрезмерная продукция вызывает разрушение ткани,

Таблица 1
Показатели цитокинов в плазме крови у женщин с трубной беременностью в ранние сроки гестации

Анализируемые	Статистические	Анализируемые показатели			ели
группы	показатели	ИЛ-1 р	ИЛ-4	ИЛ-6	ФНО-£
1. I контрольная n =20	M + m	1.71 0.112	1.56 1.147	2.454 0.201	1.8 0.094
2. II контрольная n = 30	M +m	2.1 0.17	3.4 0.212	3.8 0.196	2.12 0.22
3. Клиническая n =133	M + m ^P 3-1 P3- ²	7.4 0.35 <0.001 < 0.01	0.82 0.074 <0.05 < 0.01	11.1 0.512 <0.001 < 0.001	9.21 0.464 <0.001 < 0.001

степень которого может превышать первоначальное повреждение и в этом случае их продукция становится фактором определяющим дальнейшее течение развития беременности, а именно, сохранение анатомической и морфологической структуры маточной трубы, или ее разрыв. Степень подъема уровня ИЛ-6, в крови по всей видимости соответствует степени воспалительной реакции в придатках матки.

Еще одним ключевым компонентом цитокиновой системы является ФНО-£, обладающим мощным провоспалительным действием, которое обнаруживается в местах его высвобождения. Видимо, в момент отторжения эмбриона при трубной беременности происходит резкий выброс данного цитокина, который попадая в общий кровоток соответственно регистрируется в плазме крови. Избыточная продукция его вызывает системные токсические эффекты, характер которых зависит от степени и длительности подъема ФНО-£ в крови. Возникновение боли, лихорадки связано с прямым действием ФНО-£ на нейроны гипоталамуса, мышечные волокна маточных труб.

Снижение содержания в крови ИЛ-4 в клиничес-

Литература

- 1. Анчабадзе И.В. Использование видеолапароскопии в диагностике и лечении различных форм трубной беременности //Эндоскопическая хирургия-2008.-Т14-№3-с.55-58.
- 2. Баранов А.Н. Эктопическая беременность: методические рекомендации СП,: Изд-тво Н-Л,2010-32с.
- 3. Nawroth F. Results of a prospective comparative study of trans vaginal hydrolaparoscopy of infertility // Gynecol. Obstet. In-vest.-2001. -v.52. №3.-P.184-188.
- 4. Азарова А.З. Совершенствование диагностики и реабилитации женщин со спаечными процессами в малом тазу: Автореф. дисс,,,- канд мед.наук,- Бишкек. 2006 22 с.
- Antoniou N. Isolated torsion of the fallopian tube; a case report and review of the literature // clin. Exp. Obstet. Gynecol.- 2004. - V.31.- №3. - P.235-238.
- 6. Donnez J. Taking a history in the evaluation of infertility: ovsolete of venerable tradition? // Fertil. Steril. 2004. V.81. № 1. P.16-17.
- 7. Останин А.А. Цитокин опосредованные механизмы развития системной иммуносупрессии, у больных с гнойно хирургической патологией // Цитокины и воспаление. 2002. Т.1.-№1-С.38-45.
- Черешнев В.А. Иммунология воспаления: роль цитокинов // Мед. Иммунология. -2001. -Т.3. -№3.-С.361-368.

кой группе, свидетельствует о возможном снижении компенсаторных механизмов со стороны иммунной системы на пролонгирование беременности. Так как ИЛ-4 усиливает эозинофилию, накопление тучных клеток, секрецию иммуноглобулинов класса G, гуморальный иммунный ответ, включая синтез иммуноглобулинов класса Е активированными Влимфоцитами. Активация концентрации ИЛ-4 подавляет освобождение цитокинов воспаления и простогландинов из активированных лейкоцитов, продукцию ИЛ-2, гамма- интерферона. При этом определяется довольна высокая чувствительность (Se) и специфичность ^p) показателей цитокиновой системы. Так Se ИЛ-1 р составляет 54%, а Sp- 59%; ИЛ-4 соответственно -49 и 50%; ИЛ-6 -67 и 62%; ΦHO-£.-78-80%

Выводы

Трубная беременность в ранние сроки у женщин, характеризуется нарушением соотношения иммуномодулирующих и иммуносупрессивных эффектов, обусловленных участием компонентов цитокиновой системы.

References

- 1. Anchabadze I.V. Using videolaparoscopy in the diagnosis and treatment of various forms of tubal pregnancy // Endoscopic hirurgiya- 2008. V.14.- Nº3 p.55-58. (in Russ.).
- 2. Baranov A.N. Ectopic pregnancy: guidelines SP,: Publ TVO H-L, 2010-32p. (in Russ.).
- 3. Nawroth F. Results of a prospective comparative study of trans vaginal hydrolaparoscopy of infertility // Gynecol. Obstet. In- vest. 2001. -v.52. №3.-P.184-188.
- 4. Azarova A.Z. Improving the diagnosis and rehabilitation of women with adhesions in the pelvis: Author. Diss,,, Candidate of Medical Science,-Bishkek 2006-22p, (in Russ.).
- Antoniou N. Isolated torsion of the fallopian tube; a case report and review of the literature // clin. Exp. Obstet. Gynecol.- 2004. - V.31. № 3. - P.235-238.
- 6. Donnez J. Taking a history in the evaluation of infertility: ovsolete of venerable tradition? // Fertil. Steril. 2004. V.81. № 1. P.16-17.
- 7. Ostanin A.A. Cytokine mediated mechanisms of the immunosuppression system in patients with purulent surgical pathology // Cytokines and inflammation. 2002.V.1. Nº1-p.38-45. (in Russ.).
- 8. Chereshnev V.A. Immunology of inflammation: role of cytokines // Med. Immunology. -2001. -V.3. -№3. -p.361-368. (in Russ.).

UDC 615.27:611.013.68

OF MESENCHYMAL MULTIPOTENT STEM CELLS IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS AND PORTAL HYPERTENSION

Jafarli R.E.

Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan; International center for biotechnology and cell cultivation "Biostem", University of emergency and reconstructive surgery named. V.K.Gusak, Donetsk, Ukraine

Abstract

The article is devoted to the results of clinical trials studying the effectiveness of autologous transplantation of mesenchymal multipotent stem cells to patients with liver cirrhosis and portal hypertension. In the transplantation of obtained cell lines, we used the method of intra- arterial administration. Efficiency has been studied by morphological analysis (index of histological activity) and immunohistochemical staining (detection of proliferative activity, expression of activated myofibroblasts and sinusoidal capillarization).

During intra-arterial administration of autologous of mesenchymal stem cells observed higher quality of structural changes in the liver in the cirrhotic on its defeat. These abovementioned circumstances were shown a significant reduction in the proliferation of hepatocytes, reduction in the number of myofibroblasts in the parenchyma, which leads to faster resolution of the zone of perisinusoidal fibrosis and restoration of the normal structure of sinusoidal. The obtained results allow to conclude about the prospect of autologous transplantation of mesenchymal multipotent stem cells in the treatment of patients with liver cirrhosis.

Keywords: liver cirrhosis,

autologous mesenchymal multipotential stem cells, histomorphological study.

ПОРТАЛЬДЫ ГИПЕРТОНИЯ ЖӘНЕ БАУЫР ЦИРРОЗЫ БАР НАУҚАСТАРҒА МЕЗЕНХИМАЛЬДЫ МУЛЬТИПОТЕНТТІ БАҒАНАЛЫ ЖАСУШАЛАРДЫҢ АРТЕРИЯІШІЛІК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Джафарли Р.Е.

Әзербайжан Медициналық Университеті, Баку, Әзербайжан; Халықаралық биотехнология орталығы және "Biostem" жасушаларын өсіру, В.К. Гусак атындағы төтенше және реконструктивті хирургия университеті, Донецк, Украина

Аңдатпа

Мақала бауыр циррозы және портальды гипертониясы бар пациенттерге Статья посвящена результатам клинических испытаний, изучающих эффективность аутогенной трансплантации мезенхимальды мультипотентті бағана жасушасын аутогенді трансплантациялау тиімділігін зеттейтін клиникалық сынамалардың нәтижесіне арналған. артерияішілік Алынған жасушалық линия трансплантациясында администрация әдісін қолдандық. Тиімділігі морфологиялық талдаумен (гистологиялық белсенділік индексі) және иммуногистохимиялық бояумен зерттелінді (обнаружение пролиферативті белсенділікті табу, белсенді миофибробласт экспрессиясы және синусоидальды капилляризация).

Аутологиялық мезенхимальды бағаналы жасушаларды артерия ішіне енгізгенде бауыр циррозының және оның зақымдануының жоғары сапасы анықталды. Жоғарыдағы жағдайлар синусоидальды құрылымның қалпына келуіне және перисинусоидальды аймақтың тез шешілуіне әкелетін паренхима миофибробластарының санының азаюын, гепатоцит пролиферациясының төмендеуін көрсетті. Алынған нәтижелер бауыр циррозымен ауыратын науқастардың емінде мультипотентті мезенхимальды бағана жасушалар аутотрансплантациясының перспективтілігі жайлы қорытынды жасауға мүмкіндік береді.

Түйін сөздер:

құрсақтағы өсуі кешіктіру, ана акушерпік тарихы, тәуекел факторлары..

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОГО ТРАНСПЛАНТАЦИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ МУЛЬТИПОТЕНТНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Джафарли Р.Е.

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан; Международный центр биотехнологии и культивирования клеток "Biostem", Университет чрезвычайного и реконструктивной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк, Украина

Аннотация

Статья посвящена результатам клинических испытаний, изучающих эффективность аутогенной трансплантации мезенхимальных мультипотентных стволовых клеток для пациентов с циррозом печени и портальной гипертонией. В трансплантации полученных клеточных линий, мы использовали метод внутриартериальной администрации. Эффективность была изучена морфологическим анализом (индекс гистологической активности) и иммуногистохимического окрашивания (обнаружение пролиферативной активности, экспрессии активированных миофибробластов и синусоидальной капилляризации).

Во время внутриартериального введения аутологичных мезенхимальных стволовых клеток, наблюдалось высокое качество структурных изменений в циррозе печени и его его поражении. Эти вышеназванные обстоятельства показали значительное снижение пролиферации гепатоцитов, уменьшение числа миофибробластами в паренхиме, что ведет к более быстрому разрешению зоне перисинусоидальный фиброза и восстановлению нормальной структуры синусоидальной. Полученные результаты позволяют сделать вывод о перспективе аутотрансплантации мультипотентных мезенхимальных стволовых клеток в лечении больных с циррозом печени.

Түйін сөздер:

цирроз печени, аутологичные мезенхимальные мультипотентные стволовые клетки, гистоморфологическое исследование.

Introduction

Increasing the number of predisposing factors, the prevalence among young adults, as well as unfavorable outcomes indicate the importance of social and medical solutions to this problem [1,2].

In the treatment of cirrhosis of the liver depending on its severity and the reasons illness caused takes a conservative and surgical methods of correction [2]. However, despite the reached achievement results of treatment are often overshadowed by poor results mainly related to disease progression, complications and high mortalityrate [2].

Achievements of the last decades of Cell Biology and conducted experimental researches have shown the possibility of cell transplantation to recover and activate regenerative capacity of the liver parenchyma with its various lesions [3].

Among the currently used treatment methods CPU with stem cells can be distinguished the following main directions, which have been intensively developed in the experiment and find their practical application:

Direction I is based on using of embryonic stem cells [4]. Direction II based on local or intravenous transplantation of differentiated fetal tissues in the form of islets or the cell suspension which are

obtained from abortive material during 9 - 12 week of pregnancy [4].

Direction III based on harnessing the potential of transdermal of differentiation "adult" SC [4]. Transplantation of these cells (hematopoietic, mesenchymal, neural stem cells) produced after or without pre-dates their transdifferentiation in the treatment of cellular elements

In experiments on animals has been shown opportunity to stimulate liver regeneration with autologous bone marrow stem cells [5]. The first positive results of treatment of liver diseases in humans installed high-performance application of autologous mesenchymal multipotent stem cells in the treatment of virus hepatitises was obtained [6]. Moreover, stem cell with a phenotype CD133 + obtained from the blood of patients and entered into the liver through the portal vein in 2.5 times accelerated the process of liver regeneration after resection [7]. The positive dynamics of liver function test was noted within the first phase of clinical studies when patients were with chronic hepatitis [8] Thus, by the beginning of our work there were theoretical, experimental and clinical prerequisites for clinical trials of usage of transplantation in the treatment of AMMSK CPU.

The purpose of the study - assess the effectiveness of intra-arterial transplantation of autologous multipotent mesenchymal stem cells on the morphofunctional condition of the liver in the cirrhotic on its defeat.

Materials and methods of the studies

The present study is based on study of the effectiveness of transplantation of autologous mesenchymal multipotent stem cells (AMMSK) in the treatment of 7 patients with HC (6 (85.7%) men and 1 (14.3%) women) with the presence of portal hypertension (PH). The reason of CPU in 5 (71.4%) cases was alcoholic and in 2 (28.6%) patients with virus. The age of the patients was from 32 to 65 years (average age 43.6 + 8.2 years). Duration of disease from diagnosis was from 1 to 8 years and constituted on average 3,7± 2,4 years.

The severity of disease was evaluated according to the criteria of the Child-Pugh [8]. Distrubution of patients according to the criteria of the Child-Pugh initially as follows - the functional class A was observed in 4 (57.1%) patients and class B - in 3 (42.9%) patients. Among the study, patients with functional class C were not observed.

Introduction of autologous mesenchymal multipotent stem cells (AMMSK) in common hepatic artery performed by means of endovascular angiography in the operating room once.

Observed patients before embarking on a AMMSK transplantation previously informed about the planned manipulation, possible side effects, complications and applied technologies. Subsequently, consent of the patient confirmed by consent in writing.

DHBs (20 - 40 million units in 2.0 - 5 ml) used for the transplantation which was pre-allocated out of the bone marrow of the patient [6].

AMMSK human culture previously isolated from bone marrow obtained at a puncture of the iliac wing (2 month prior to transplantation AMMSK) (figure 1).

Aspirate of bone marrow was diluted with Hanks' solution («Biolot», Russia) in a ratio of 1: 5.2. In a centrifuge tube in the capacity of 50 ml was poured a density gradient Histopaque 1077 (Sigma, USA) at the rate of 1 ml gradient per 1 ml of bone marrow.

Carefully was layered diluted bone marrow on a gradient. Then was centrifuged tube under room temperature in the mode of 1800-2000 rev/min for 30-40 minutes. They collected interphase cells containing MSCs in a centrifuge tube in the volume of 15 ml with small amounts of Hanks' solution and resuspended slurry. They centrifuged tube under 800-1000 r/min for 8-10 minutes

They poured supernatant resuspended precipitate in a solution of Hanks and twice repeated centrifugation. Then the precipitate is mixed with a growth medium, which is containing the DMEM / F12 (Sigma, USA), 20% FBS («Biolot», Russia), and mitogens. After that the slurry were plated on plastic bottles in a area of 75 cm2 (Nuclon, USA) in a density of 1-2 x 105 / cm2 and placed them in carbon dioxide incubator for 3 nights (370C, 5% CO2). Then changed their environment simultaneously removing not adhered (hematopoietic) cells. Subsequently replacement of environment was carried out every 2 days (figure 2).

In order to identify and characterize cell lines of mesenchymal stem cells take into account the basic criteria, recommended by the International Society for Cell Technology (ISCT) in 2006, which were used in our study [5].

Among them: a) the ability of stem cells to adhesion to the plastic under standard culturing conditions; b) the presence more than 95% of the cellular elements of positive markers SD105 (endoglin), CD73 (ecto-5'-nucleotidase) and CD90 (thymocyte antigen 1); c) presence of no more than 2% of the cells of negative markers CD45, CD34, CD14 and CD11b, CD79? or CD19, HLA-DR; g) the ability of the cell lines in vitro to differentiation of osteoblasts and adipocytes. Term of cultivation

First-generation stem cells

Rac crest aspirate

Bone marrow monorucles cells

Mesenchymal stem cells

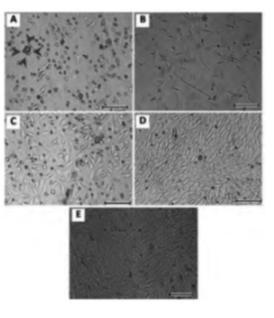


Figure 1 Approaches to isolation and preparation of stem cells

Figure 2

Photomicrography of culture of goat bone marrow adherent cells. (A) Cells after 24 hours in culture. Note the non-adherent mononuclear cell cluster and the presence of cells already bonded to the culture plate, in a spindle shape. (B) Cells after the first wash. Note the decrease in the amount suspended cells and the higher definition of the adherent mononuclear cells. (C) Cells after eight days culture presenting 60% confluence. Note the small amount of suspended non-adherent cells. (D) The 14th culture day and (E) on the 17th culture day, both with 80% confluence. Note the spindle shape pattern and the radial growth adopted during this particular phase. Rod: A-E 100im.

AMMSK was 42 days.

It should be noted that all stduied patients was implemented CPU transplantation AMMSK addition to the usual basic curative interventions (hepatoprotectors, vitamin therapy, antiviral therapy, infusion, if necessary hormone therapy and etc.).

In all patients in the immediate and distant periods subjected to comprehensive clinical examination, comprising the general laboratory and instrumental (X-ray, ultrasound, endoscopy) methods. Special biochemical studies have been performed to assess the functional state of the liver.

In order to study the effect of different methods of transplantation AMMSK on morphological status of the liver we before and one month after administration of cell cultures carried out a puncture biopsy of the liver (under stationary conditions).

Biopsy avascular zone of the liver was performed under ultrasound local anesthesia. They used a puncture type mono-jekt ABC (Sherwood Medical).

The effectiveness of different methods of transplantation AMMSK as assessed by morphological and immunohistochemical methods of evaluation: 1) study of the proliferative activity of cells of the liver [on expression nuclear antigen of proliferating cells Proliferation Cell Nuclear Antigen, PCNA; 2] the activation of myofibroblasts [on the expression of alpha-smooth muscle actin, a-SMA]; 3] of the sinusoids capillariza-tion [on the expression of CD34].

It should be noted that in order to estimate the proliferation was a study of expression of hepatocyte regenerative response for damage.

a -GMA - is one of the proteins of the contractile smooth muscle which in healthy liver detected only in muscle cells in blood vessels of the liver. When CPU occurs transdifferentiation of perisinusoidal liver cells in myofibroblasts, which intensively synthesize collagen that leads to the development of fibrosis.

The marker of myofibroblasts is a -GMA. The appearance of a-GMA-positive myofibroblasts such

a way leads to the deposition of new collagen and fibrosis.

Cd34 - is a glycoprotein which is located on the outside membrane surface of endothelial cells and hematopoietic progenitor cells. In particular, it is used in isolation of hematopoietic stem cells as their marker. when morphological study of biopsy specimens CD34 interest us as a marker of endothelial of the sinusoids of the liver.

In order to perform of morphological analysis of liver biopsy material fixed 10% neutral formalin and poured into paraffin according to standard methods.

Immunohistochemical staining of liver sections was performed with a streptavidin-biotin method [3] by using a commercial monoclonal antibody against PCNA,a-SMA,Cd34.

Results and discussions

Observation of patients for 8 weeks after the introduction of stem cells showed improvement in overall health, increasing efficiency, disappearance of weakness and discomfort in the right upper quadrant.

In order to asses objectively the comparative effectiveness of intra-arterial and ontraportal transplantation AMMSK during the treatment we conducted a study of the functioanal state of the liver during the treatment (Table 1).

In 2 months after the introduction of stem cells in all patients decreased performance of cytolysis (compare the levels of ALT, AST), increased prothrombin index, there was an improvement of albumin-producing ability of the liver (2 cases to the norm).

As can be seen from Table 1 the overall dynamics of the studied parameters in the observed patients was positive. However, there were significant differences. In 2 months after transplantation noted a clear improvement over the morphofunctional state of the liver in comparison with the original data.

Thus, albumin synthesizing capacity of the liver

Indicators	Before transplantation	Within 8 weeks after transplantation	Norm
Albumin (g/L)	31.4±4.2*	37.4±3.6**	38-41
Total bilirubin (pmol/L)	36.8±14.2	23.9±12.6	<18.8
ALAT (U/L)	86.4±18.6	41.1±15.4	<37
ASAT (U/L)	93.2±19.6	43.6±13.5*	<39
PI (%)	67.3±9.4	76.5±8.3	78-120

'-Significant differences in comprasion with initial data, p<0.05, ** p<0.01

Table 1
The results of biochemical analysis on functional state of the liver in the studied patients with liver cirrhosis (n = 7)

before transplantation AMMSK was reduced in all patients observed by 21.5% from the lower limits of normal (r<0,05). In 2 months after transplantation AMMSK level of albumin in the blood increased and reached to 37,4 \pm 3,6 g/L. The indicator is exceeded the original data by 19.1% and almost corresponded to indicator of the norm.

As shown our research, indicators of ALT and AST before transplantation AMMSK were higher than the average rates on 133.5 and 138.97%, respectively (r<0,05). Intra- arterial transplantation AMMSK accompanied by a decrease phenomena of cytolysis. In 8 weeks after transplantation performance levels of ALT and AST were lower than baseline on 52.4% and 53.2% (r<0,05).

A similar positive dynamics of intra arterial transplantation into the liver DHBs was marked and in the study of changes of the prothrombin index in dynamics of treatment also characterizing the functional state of the liver (Table 1).

According to the protocol all patients was performed puncture biopsy of the liver before and one month after transplantation AMMSK. Comparative analysis of histological activity index (HAI) is presented in Table 2.

Table 2 shown changes in histological activity index (HAI) observed cirrhotic patients in dynamics of treatment. HAI was calculated taking into account the presence of intralobular degeneration, periportal necrosis and portal inflammation as well as fibrosis withdrawn in the biopsy of the liver tissue.

As can be seen from Table 2 in all observed patients before treatment with stem cells HAI was 12, indicating the presence of moderate activity of following hepatitis. In 8 weeks after transplantation AMMSK HAI decreased by 4 points. We consider that this dynamic primarily related reduction of intralobular necrosis area of degeneration of the parenchyma and portal inflammation. At the specified time severity of necrosis around the portal tracts has not changed and in biopsies were marked porto-dockside bridging necrosis. These necrosis always were localized in the area of porto-dockside of connective tissue septa due to which patients were diagnosed with fibrosis.

Obviously, 2 months it is not enough time for permit fibrosis. At the same time, reduction HAI due

to reduction of intralobular degeneration and portal inflammation reflects positive changes in the condition of the liver after transplantation. Moreover, favorable morphological changes in the liver parenchyma explain positive dynamics of biochemical parameters.

The most dramatic morphological change, which we found was significant reduction zone of germination connecting with tissue from the space of Disse. Prior to transplantation, all patients were identified perisinusoidal fibrosis and a month later after stem cell transplantation we did not found deposition of collagen fibers between the endothelium and hepatocytes.

According to the protocol, bioptates were stained with antibodies against PCNA, a-SMA and CD34.

High proliferative activity in hepatocytes before transplantation (Fig. 3B) indicates on the strength of the regenerative response. This kind of intensity always observed in case of damage of hepatocytes and is an response to reduce the cell mass or hepatocyte damage. In 2 months after transplantation AMMSK number of proliferating hepatocytes was within 1-4% which is an indicator of close to the norm (Figure 3C).

Interesting changes occurred after a stem cell transplant with sinusoidal endothelium. In all patients before transplantation indicated capillarization of sinusoids - endothelium cells express CD34). This type of change of the phenotype endothelium in the sinusoids of the liver indicate that the fenestrated endothelium became less permeable. In 2 months after transplantation situation radically changed - in the sinusoids showed only isolated CD34+ endothelium cell.

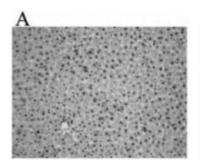
Certain changes were observed in the expression of a-SMA. Prior to transplantation, all patients within of connective tissue septa present myofibroblasts that indicated the ongoing synthesis components of connective tissue and progression of fibrosis. In one patient myofibroblasts were found in the sinusoids which is a adverse prognostic factor plan on further fibrosing of the liver parenchyma.

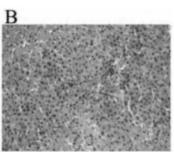
After the transplantation number of myofibroblasts decreased markedly and few a-SMA cells detected only in the range already formed of

Table 2
Indicators of histological
activity index
in patients with liver
cirrhosis observed
during the treatment

Indicator of histological activity index (HAI)	The obtained results (number of points)
Before transplantations AMMSK	12
After transplantation AMMSK	8

Note: HAI of 1-3 - chronic hepatitis with minimal activity, 4-8 - poorly articulated activity, 9-12 - moderate activity of chronic hepatitis, 1318 decompensated cirrhosis.





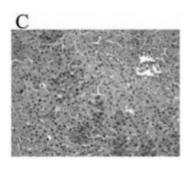


Table 2
expression of
proliferating cell nuclear
antigen (PCNA)
In liver (8 weeks
posttransplantation)
(x200 magnification) (A)
Control group; before
transplantation (B);
8 weeks after
transplantations
via hepatic artery (C).

connective tissue septa, basically same a-SMA was present in smooth muscle cells of blood vessels. As exactly myofibroblasts are the main source of connecting tissue of regenerating liver decrease in their number explains as the restoration of the normal structure of sinusoidal and the disappearance of perisinusoidal fibrosis.

The results of this study allow us to conclude that transplantation AMMSK in common hepatic artery with cirrhotic liver disease in a safe and effective procedure.

After 2 months transplantation AMMSK improves the general condition of the patient and liver function tests, positive changes in the morphology of the liver (reduced histological activity index by reducing the severity of portal

inflammation and intralobular necrosis).

The most important result of transplantation AMMSK is that liver for qualitative structural changes - is greatly reduced proliferation of hepatocytes decreases the number of myofibroblasts in the parenchyma that leads to the solution of perisinusoidal fibrosis and restoration of the normal structure of sinusoidal.

Thus, findings allow to conclude the prospects of this method in the treatment of CPU and of highly informative immunohistochemical methods in the assessment of the effectiveness of transplantation AMMSK. Obtained positive results show topicality and prospectivity use of stem cells in the treatment of cirrhosis of the liver.

References

- Cabre E., Gassull M.A. Nutritional aspects of liver disease and transplantation. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2001;4:581-589.
- 2. Lochs H., Plauth M. Liver cirrhosis: rationale and modalities for nutritional support—the European Society of Parenteral and Enteral Nutrition consensus and beyond. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 1999;2:345-349.
- 3. Bell H., Jahnsen J., Kittang E., Raknerud N., Sandvik L. "Long-term prognosis of patients with alcoholic liver cirrhosis: a 15-year follow-up study of 100 Norwegian patients admitted to one unit, Scandinavian Journal of Gastroenterology, vol. 39, no. 9, pp. 858-863, 2004.
- 4. Terai S., Ishikawa T., Omori K. et al. Improved liver function in patients with liver cirrhosis

- after autologous bone marrow cell infusion therapy. Stem Cells 2006. 2422922298. 2298
- 5. Wigg AJ., Gunson B.K., Mutimer D.J. Outcomes following liver transplantation for seronegative acute liver failure: experience during a 12-year period with more than 100 patients. Liver Transpl. 11:27-34. 2005.
- 6. Cantz T., Manns M.P., Ott M. Stem cells in liver regeneration and therapy. Cell Tissue Res. 331:271-282.2008.
- 7. Aurich H., Sgodda M., Kaltwasser P., et al. Hepatocyte differentiation of mesenchymal stem cells from human adipose tissue in vitro promotes hepatic integration in vivo. Gut. 58:570-581.2009.

УДК 616.147.3-008.-64-089

ПРИМЕНЕНИЕ АКТОВЕГИНАВ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Михальченко В.В., Баймагамбетов А.К.

Медицинский сосудистый центр, клиника МКТУ им. Х.А. Яссави, г. Шымкент, Казахстан

Аннотация

Проведен анализ комплексного лечения больных 2240 с ХВННК (исследуемая группа) и 1050 пациентов (контрольная группа). Всем больным проведено комплексное обследование до и после лечения в динамике. В комплексном лечении использованы сорбенты, биополимеры, озонотерапия на фоне Актовегина, хирургическое лечение с использование плоскостных разрезов в комбинации склеротерапии.

Ближайшие и отдаленные результаты показали хороший эффект (ближайшие - 98,5%) и отдаленные в 87,2%. Клинический эффект: снижение сроков заживления язв - 2-2,5 раза, улучшение качества жизни пациентов снижение процента ранних и поздних осложнений. Новые инновационные методики, улучшающие микроциркуляторные и обменные процессы, позволяют применять их в амбулаторных и стационарных условиях.

Ключевые слова:

хроническая венозная недостаточность, озонотерапия, Актовегин, флебэктомия.

АКТОВЕГИНДІ АЯҚТАРЫНДА СОЗЫЛМАЛЫ ВЕНОЗДЫ ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ КЕШЕНДІ ЕМІНДЕ ҚОЛДАНУ

Михальченко В.В., Баймагамбетов А.К.

Х.А. Яссауи атындағы ХҚТУ клиникасы, медициналық қан-тамырлық орталығы, Шымкент к.. Казахстан

Аңдатпа

2240 АСВЖ (зерттеу тобы)бар және 1050 пациентке (бақылау тобы) кешенді емдеу талдамасы жасалынды. Барлық науқастарға емге дейін және кейін кешенді зерттеу жүргізілді. Кешенді емде склеротерапия комбинациясында тіліктерді қолданып хирургиялық ем, сорбенттер, биополимерлер, Актовегин фонында озонотерапия қолданылды.

Жақын және алыстағы нәтижелер жақсы эффект көрсетті (жақындағы -98,5%) және алыстағы 87,2%. Клиникалық эффект: ойық жараның жазылуының төмендеуі 2-2,5 есе, ерте және кеш асқынулар пайызы төмендеуі, пациенттердің өмір сүру сапасы жақсаруы. ные методики, улучшающие Микроциркуляторлы және алмасу үрдістерін жақсартатын жаңа инновационды әдістерді амбулаторлы және стационар жағдайда қолдануға мүмкіндік бар.

Түйін сөздер:

созыпмалы венозды жеткіліксіздік, озонотерапия, Актовегин, флебэктомия.

APPLICATION OF ACTOVEGIN IN COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY OF LOWER EXTREMITIES

Mikhalchenko V.V., Baimagambetov A.K.

Medical Vascular Center, a clinic of IKTU n/a H.A. Yassavi, Shymkent, Kazakhstan

Abstract

The analysis of complex treatment of patients with HVNNK 2240 (study group) and 1,050 patients (control group) is conducted. All patients underwent a comprehensive examination before and after treatment in the dynamics. In the complex treatment there were used sorbents, biopolymers, ozone therapy on the background of Actovegin, surgical treatment with the use of planar sections of sclerotherapy in combination.

Short- and long-term results have shown a good effect (the next - 98.5%) and 87.2% in the longterm. Clinical effect: reducing terms of ulcer healing - 2-2.5 times, improving the quality of life of patients decrease in the percentage of early and late complications. New innovative techniques that improve the microcirculation and metabolic processes, making them suitable for outpatient and inpatient settings.

Keywords: chronic

venous insufficiency, ozone therapy, Actovegin, phlebectomy. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей (ХВННК) до настоящего времени остается актуальной проблемой в связи распространенностью среди населения планеты. Средний показатель по всем странам у больных ХВННК в возрасте 30-70 лет (по данным Relief) составляет 25-50%, причем осложненные формы с трофическими расстройствами наблюдаются у 15%.

По данным многих авторов в Японии 8-9% населения страдает ХВННК, в Африке 70-80%, в Англии 10-17%, в США 20-30%.

Клиническими формами ХВННК являются: трофические расстройства кожи - у 20,7% больных; отек нижних конечностей у 20%; трофические язвы от 0,13-2%. Причинами трофических язв являются варикозная и посттромботическая болезни у 75-90% случаев. Осложнения ХВННК в виде трофических язв, дерматитов, тромбофлебитов снижают трудоспособность и в 10-67% случаев приводят к инвалидности.

У большинства больных с ХВННК вследствие развития необратимых деструктивных изменений мягких тканей пораженной конечности при лечении традиционным методом добиться хороших результатов невозможно в результате сохраняющих рецидивов у 30-78%, что в значительной степени снижают качество жизни пациентов.

Принимая во внимание актуальность лечения больных с осложненной формой ХВННК и общую тенденцию развития современной клинических флебологии и лимнологии по внедрению новых высокоэффективных и малоинвизивных методов хирургического лечения мы поставили цель: повысить эффективность и оптимизацию сроков реабилитации больных с осложненными формами хронической венозной недостаточности нижних конечностей ХВННК.

Задачи:

- изучить особенности кровообращения метаболических процессов, бактериологическую и цитологическую характеристику язвенной поверхности и больных с трофическими язвами при ХВННК.
- провести анализ результатов эффективности консервативного лечения дистрофическими нарушениями мягких тканей и кожи, трофических язв с внутривенным введением озонированных растворов на фоне Актовегина в дозах от 750 -2500 мг и подкожного введения озона в пораженную конечность.
 - выработать рационный подход к

методам хирургического лечения и мерам профилактики послеоперационных осложнений с учетом формы и выраженности ХВННК, возраста и наличия сопутствующей патологии.

- оценить результаты комплексного лечения по ближайшим и отдаленных результатам.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 1260 больных с осложненной формой ХВННК, в возрасте от 18-80 лет. Женщин - 78,1%, мужчин - 21,9%. Городские - 54%, сельские - 46%. Наибольшая часть составляли пациенты трудоспособного возраста - 88,6%. Длительность заболевания колебалась от года до 28 лет и более. Язвенная поверхность на голени от 1 см² до 37 см². у 89,2% больных язвенная поверхность не превышала 29см². По этиологическому признаку пациенты распределялись: посттромбо-флебитической болезни (ПТФ) - 61,3%, варикозная болезнь (ВБ) - 32,1%, артерио-венозные свищи - 6,6%.

Патологический процесс локализовался на левой нижней конечности у 63,3%, правой - у 26,1%, обеих - 10,6% (исследуемая группа). Контрольную группу составляли 1050 пациента, которые соответствовали идентично по всем параметрам (ретроспективный анализ истории болезни) исследуемой группы.

Всем пациентам проводилось комплексное клиническое обследование: лабораторное (общий анализ крови, мочи, свертывающая система крови; показатели метаболических процессов - перекисное окисление липидов (Пол), молекул средней массы (МСМ), внеэритроцитарный гемоглобин (ВЭГ), SH - групп, газы крови (рО₂ рСО₂)). Инструментальные методы - ультразвуковое исследование артериальной и венозной системы; окклюзионное реоплетизмография, реография нижних конечностей. У больных с наличие трофических язв проводили бактериологическое и цитологические исследование раневой поверхности. Все показатели проводили как до, так и после комплексного лечения в динамике по ближайшим и отдаленным результатам в сроках от года до 10 лет и более.

Консервативные методы лечения трофических язв использованы в предоперационной подготовке: местно озон, сорбенты, биополимеры, внутривенное введение озонированных растворов на фоне Актовегина в дозах от 750-2500 мг., и подкожное введение озона. Для озонирования физиологического раствора использовали озонатор Отри - 01, для местного и подкожного введения озона аппарат (озонатор Гроза -г.Томск.).

Хирургическое лечение проводилось после заживления язв (размерами 29 см²), снятия воспалительных процессов, улучшения дегенеративных процессов мягких тканей кожи. В объем оперативного пособия большой подкожной вены (БПВ) по Троянову в овальном отверстии, удаление БПВ на бедре Бебкокку, на голени расширенные вены бассейна БПВ удалены из небольших плоскостных разрезов и перевязка коммуникантных вен по Коккету и Линтону (предпатент № 8220 от 25.05 .1999г.); электросклерокоагуляция БПВ на голени.

Результаты и обсуждения

Проведенный анализ клинических симптомов показал, что основными клиническими симптомами осложненных форм ХВННК являлись: боль в пораженной конечности к концу дня, утомляемость, чувство тяжести, судороги в икроножных мышцах, зябкость и онемение в пальцах после физической нагрузки, пигментация кожи и склероз подкожной жировой клетчатки в области голени, умеренный отек пораженной конечности. Указанные симптомы коррелировали с размером трофических язв с расстройствами кожи и мягких тканей.

Клиническое комплексное обследование системы кровообращения, включающие инструментальными методами позволяющие выявить нарушение венозного, капиллярного и артериального кровообращения, степень выраженности которых коррелировала с дистрофическими нарушениями мягких тканей, размерами язв и наличие сопутствующих заболеваний.

У больных с осложненной формой ХВННК в 100% случаев выявлено поражение клапанного аппарата коммуникантных и поверхностных вен, обнаружен патологический рефлюкс, венозный гипертонус и утолшение стенки вен.

В артериальной системе обнаружено наличие вторичного ангиоспазма и артериовенозных свищей (2,1%). Капилляроскопическая картина свидетельствовала о нарушении микроциркуляции. Подводя анализ различных методов диагностики используемых при обследовании больных с осложненной формой ХВННК, нужно отметить, что УЗИ дает достоверную информацию о состоянии венозной и артериальной систем, с достаточной точностью позволяет определить наличие и уровень поражения клапанов поверхностных вен (от 95 до 100%), коммуникантных (100%), глубоких (от 13 до 40%) вен нижних конечностей, в динамике проследить реканализацию их, оценить состояние регионарного кровотока, уточнить показания к оперативному вмешательству.

Рентгено-контрастную флебография целесообразно применять с введением контрастных веществ в малой концентрации - 30-36% триомбраста и триомбрина (предпатент № 8242 от 25 .05.1999 г). Разработанная нами методика значительной улучшает диагностику пороков венозной и артериальной систем, позволяет выявить распространенной патологических процессов и определить объем хирургической вмешательства, снизить процент осложнений, как во время флебографии, так и после ее (флебитов, тромбозов и аллергических реакций).

Реографические исследования позволил установить нарушение притока крови в дистальные отдела и затруднение оттока из пораженной конечности. РВГ позволяет объективно оценить кровоток в терминальном сосудистом русле, указывают на снижение кровенаполнения капиллярной области у больных с осложненной формой ХВННК за счет открытия артериовенозных анастомозов.

Денситометрические исследования позволили обнаружить изменения в костях, надкостнице и мягких тканях (от 17,6 до 40%). Наиболее выраженные изменения наблюдались в коже и подкожной клетчатке (от 66,6 до 92,7%) особенно в области трофической язвы. Патологическая картина проявлялась в утолщении и уплотнении тканей, развитие отека. Поражение мышц развивалось тем раньше, чем слабее развит слой подкожно-жировой клетчатки, которые проявлялись в виде периостита (от 24,3 до 66,6%). Денситометрические исследования мягких тканей обеспечивают более дифференциальный подход к адекватной терапии.

Нарушение кровообращения и микроциркуляции в пораженной конечности XBHHK приводят к гипоксии ткани, изменению метаболических процессов.

Напряжения кислорода (pO $_2$) падает венозной крови отекающей от пораженной конечности на 53,4% и в локтевой вене на 18,7%. Нарушение кровообращения , застой крови в пораженной конечности приводит не только к развитию микроциркуляторной гипоксии, но и накоплению углекислого газа (pCO $_2$). Напряжение pCO $_2$ венозной крови отекающая от пораженной конечности увеличивалось на 132% по отношению к здоровым пациентам. В результате гипоксии, накопление недоокисленных продуктов, а также задержки углекислоты, пораженной конечности поражается смешанный и дыхательный ацидоз. Ацидоз имеется также и в общем кровотоке, но обусловлен уже только метаболи-

ческой составляющей с умеренной выраженной дыхательной компенсации.

Гипоксия как следствие нарушения кровообращения и метаболических процессов, приводят к стимуляции ПОЛ, сопровождающееся дестабилизацией всех видов биологических мембран, которая завершается повреждением тканей и развитием эндотоксикоза. Степень эндотоксикоза находилась в прямой зависимости от размера язв и глубины дистрофических изменений мягких тканей пораженной конечности и усугублялась наличием сопутствующих заболеваний.

Наряду с трофическими расстройствами пораженной конечности падает общая резистентность организма и неблагоприятным внешним фактором, в том числе к микробной агрессии. Токсические дегенеративные изменения в зоне трофических расстройств мягких тканей кожи и язвы, уменьшение фагоцитарной активности на фоне общей гипоксии, снижение защитных возможностей организма создают благоприятные условия для микробной обсемененности язв. Анализ микрофлоры трофических язв свидетельствовал о преобладании ассоциации микробов у 70,2%, количество микробных тел в 1 гр. ткани раны составляло $10^7 - 10^8$. Значительный удельный вес в структуре микрофлоры имели граммположительные бактерии. Суммарно в монокультуре и ассоциациях они составляли 56,9% больных. Обсемененность значительно различалась в группах с язвой до 5 см и 6-29 см возрастало в 1,5-2 раза.

В мазках с поверхности язв определялась однородность клеточного состава: полиморфноядерные нейтрофилы, в общей части с дегенеративными изменениями с патологической зернистостью цитоплазмы. Полибласты выявлялись от 2,3 до 3,3 % случаев, фибробласты – 2,6-3,6%. От 64 до 77% больных отмечался слабый фагоцитоз, активный фагоцитоз -16,9 - 25,8% пациентов.

У больных с ХВННК имелось общее тенденция к уменьшению времени свертывания крови, особенно при выраженных диструктивных изменений тканей и при язвах более 30 см². и наличии сопутствующей патологии (сахарный диабет). Повышение активности свертывающей системы связано с накоплением в венах пораженной конечности проакогулянтов. Концентрация фибриногена увеличилась в 3-3,2 раза, протромбиновый индекс в 1,01 - 1,1 раза, тромбиновое время возрастало в 1,02 - 1,09 раза. Повышенное свертываемость крови у больных с ХВННК приводит к усиленному выходу кальция из крови. В результате время рекальцификации плазмы увеличивалось 1,1 - 1,24 раза. Наряду с повышен-

ной склонностью к тромбообразованию отмечалось угнетение фибринолиза, фибринолитическая активность падала в 1,4-2,0 раза.

Таким образом, проведенные исследования позволили изучить гемодинамику пораженной конечности (наличие патологического венозного рефлюкса, периферического ангиоспазма, нарушение капиллярного кровотока) и метаболических процессов, у больного с большой степенью достоверности установить характер и степень выраженности ХВН, распространенность поражения венозных сосудов и полученные результаты клинических, лабораторных и инструментальных исследований использовали для рациональной тактики консервативного лечения, выбора оптимального хирургического вмешательства и для проведения объективной оценки эффективности комплексного лечения.

Традиционные способы консервативного лечения осложненных форм и язв ХВННК направлены в основном на устранение микробной инфекции и очищение раневой поверхности от некротических масс. При рациональном медикаментозном лечении средние сроки эпителизации язв составляет 3-6 месяцев, длительное применение их приводит к аллергическим дерматитам.

Мы использовали новый патогенетический метод лечения с использованием озона, сорбентов, биополимеров и гиперболическую оксигенацию (ГБО). Сорбенты и биополимера направленных на очищение раневой поверхности и обладает антимикробным действием.

Терапевтические дозы озона усиливают микроциркуляторные процессы, улучшают трофические процессы в органах и тканях, влияют на реологические свойства крови, улучшают иммуномодулирующий эффект, способствует активизации детоксикационной системы защиты организма. Использования озонированных растворов на фоне актовегина в дозах от 750-2500 мг (по возрастающей системе) позволяет улучшить метаболические и микроциркуляторные процессы, как в пораженной конечности, так и в общем организме. Местное и подкожное введение озона позволяет в комплексе в медикаментозными препаратами (флеботониками) оказывает антибактериальное, противовоспалительное и иммуномодулирующие действия, усиливает микроциркуляцию и обмен веществ, нормализуется при нарушении ПОЛ, повышает активность системы антиоксидантной защиты, улучшение трофики кожи, что связано с очищение организма и удаление токсинов насыщение клеток кислородом, стимулирует синтез коллагена и эластина. Озон действует на органы и системы обеспечивая общее очищение сочетания озонотерапии с лекарственными препаратами, повышает эффективность проводимого лечения.

Результаты проведенных исследований показали, что применение озонированных растворов на фоне Актовегина в дозах 750мг-2500 мг, озона, сорбентов, биополимеров эффективнее традиционных методов лечения. Сроки очищения и заживления язв снижались в 1,7-2,9 раза по сравнению с традиционной терапией.

После комплексного консервативного лечения у больных с ХВННК нормализуется показатели лабораторных исследований: интенсивность ПОЛ существенно превышало контрольные значения. На 12 сутки со всех исследуемых группах больных при использовании исследуемых препаратов и их комбинации показатели в Н групп, МСМ, ВЭГ приближались к норме, как в общем кровотоке, так и в пораженной конечности, при традиционной терапии они оставались неизмененными.

Основной целью применяемого нами оперативного лечения больных с осложненной формой ХВННК являлось устранение рефлюкса из глубоких вен в поверхностную систему, перевязка коммуникантных вен на бедре и голени производили из небольших плоскостных разрезов по Кокету у 38,6%, Линтону у 61,4% случаев. Удаление большой подкожной вены на бедре по Бебкокку на голени БПВ не удалялась, а электросклерозировалась (предпатент № 8222 от 25.05.1999 г.), что позволило меньше травмировать трофически измененную кожу голени. Больным с большими трофическими расстройствами, язвами более 30cm² при наличии сопутствующей патологии (14,5%) флебэктомия проводилась барооперационной, в 10,1% произведена флебэктомия с одновременной аутодермопластикой (предпатент № 8220 от 25.05.1999г.) с первичным заживлением лоскута у 96,4% случаев.

Применение предлагаемой нами хирургических методик у пациентов с осложненной формой ХВННК позволило добиться в 98,4% случаев косметического эффекта. Флебэктомия является не окончательным этапом лечения. Мы придавали большое значение реабилитационным мероприятиям, которые последовательно выполнялись в послеоперационном периоде в стационаре и в

поликлинике.

Изучение ближайших и отдаленных результатов от 6 месяцев до 5 лет показало, что хорошие результаты составляли 96,4% случаев. Показатель хороших результатов возрастал при использовании в комплексном лечении и составлял 98,2%, при сахарном диабете 86,8%.

Отдаленные результаты комплексного лечения в сроки от 6 до 10 лет хорошие результаты были у 83,6%, с сопутствующей патологией 80,9%, в контрольной группе соответственно 42,40%

Таким образом, комплексное обследование больных с осложненной формой ХВННК с учетом клинической симптоматики и наличия сопутствующей патологии, выявлением характера сосудистых поражений, степени бактериальной обсемененности язв, гипоксии и эндотоксикоза позволило разработать эффективный патогенетический комплекс терапевтических средств и осуществить дифференцированный подход к тактике хирургического лечения. Применение озона в раннем и отдаленном послеоперационном периоде позволило снизить процент осложнений и способствовало полной и быстрой реабилитации больных улучшая их качество жизни.

Выводы

Комплексное обследование пациентов с осложненной формой хронической венозной недостаточности нижних конечностей позволяет выбрать правильный алгоритм лечения.

Использование озона сорбентов, биополимеров улучшает сроки заживления трофических язв при ХВН в 2-2,5 раза.

Внутривенное введение озонированных растворов на фоне актовегина в дозах от 750мгдо 2500 мг улучшают метаболические и микроциркулярные процессы, как в пораженной конечности, так и в общем организме, улучшает качество жизни пациента.

Использование плоскостных разрезов, электросклеротерапия при флебэктомии уменьшают процент послеоперационных осложнений упациентов с XBHHK.

Комплексный подход к обследованию и лечению осложненных форм ХВННК дают хорошие ближайшие (98,5%) и отдаленные (10 лет-87,2%; 15 лет и более -74,1%) результаты.

Литература

- 1. Бокерия Л.А. Хирургическая тактика лечения осложненной хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Методические рекомендации. 2002г. 23 стр.
- 2. Абалмасов К.Г., Морозов К.М., Егоров Ю.С. и др. Эндовазальная реконструкция венозных клапанов при варикозной болезни. // Ангиология и сосудистая хирургия.-1996. №3.-С.109-119
- 3. Балуда В.П., Балуда М.В., Гольдберг А.П. и др. Претромботическое состояние. Тромбоз и его профилактика./Под редакцией Балуда.- М.,1999.
- 4. Константинова Г.Д. Повреждение бедренных сосудов во время операции Троянова Тределенбурга. // Хирургия-1985-№3. С.99-102
- 5. Константинова Г.Д., Богачев В.Ю., Зубарев А.Р. и др. Ультразвуковое исследование в динамике хронических заболеваний вен нижних конечностей. // Хирургия.-1991.-№10.-С.105-111.
- 6. Савельев В. С. Реабилитация больных с трофическими язвами нижних конечностей в условиях поликлиники. // Вестник хирургии. 1988.№2. С.92-95.
- 7. Савельев С.С., Константинова Г.Д. и соавторы. Современный взгляд на склеротерапию варикозных вен нижних конечностей. // Грудная и сердечнососудистая хирургия. 1992.№7-8-С.4-6.
- 8. Савельев В.С., Константинова Г.Д. Пути решения проблемы хирургического лечения посттромбофлебитической болезни нижних конечности. // Гсудная и сердечно-сосудистая хирургия.-1990.№7.С.33-36
- 9. Кириенко А.И., Богачев В.Ю., Богданец Л.И. Лечение трофических язв венозной этиологии. / Consilium medicum. Приложение журнала доказательной медицины для врачей. Хирургия 2000г. С.-22.

References

- 1. Bokeria L.A. Surgical treatment of complicated chronic venous insufficiency of the lower limbs. Guidelines. 2002. 23 p. (in Russ.).
- 2. Abalmasov K.G., Morozov K.M., Egorov Y.S. et al. Endovasal reconstruction venous valves with varicose veins. // Angiology and Vascular hirurgiya-1996-№3-p.109-119.(in Russ.).
- 3. Baluda V.P., Baluda M.V., Goldberg A.P., et al. Prethrombotic state. Thrombosis and its prevention. / Edited by M. Baluda., 1999. (in Russ.).
- 4. Konstantinova G.D. Damage to the femoral vessels during surgery Troyanova Tredelenburga. // Surgery-1985-№3. p.99-102.(in Russ.).
- 5. Konstantinova G.D., Bogachev V.Yu., Zubarev A.R., et al. Ultrasound examination of the dynamics of chronic venous disease of the lower extremities. // Surgery-1991.- №10.- p.105-111. (in Russ.).
- 6. Saveliev V.S. Rehabilitation of patients with trophic ulcers of the lower limbs in a clinic. // Bulletin of surgery.-1988. №2. p.92-95. (in Russ.).
- 7. Savelyev S.S., Konstantinova G.D., et al. The modern view of sclerotherapy for varicose veins of the lower extremities. // Thoracic and cardiovascular hirurgiya-1992-Nº7-8- p. 4-6. (in Russ.).
- 8. Savelyev V.S., Konstantinova G.D. Ways of solving the problem of surgical treatment of diseases of the lower limbs postthrombophlebitic. // Gsudnaya and Cardiovascular Surgery. -1990-Nº7. p. 33-36. (in Russ.).
- 8. Kirienko A.I., Bogachev V.Yu., Bogdanets L.I. Treatment of venous ulcers of venous etiology./ Consilium medicum. The application log of evidence based medicine for physicians. Surgery 2000. p-22. (in Russ.).

УДК 618.177-089:615.9

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА УЛЬТ РАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСКОПИИ У ЖЕНЩИН С ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Сулайманов С.Б.¹, Тилеков Э.А.², Аскеров А.А.³, Чапыев М.Б.²

¹Железнодорожная больница, г. Бишкек

²Национальный хирургический центр МЗ КР, г. Бишкек

³Кафедра акушерства и гинекологии Кыргызской Государственной медицинской академии, г. Бишкек

Аннотация

В работе представлены данные об эффективности применения метода ультрафиолетового облучения крови (УФОК) с инкубацией Аденозинтрифосфотом (АТФ) и антибиотиком широкого спектра действия (с учетом чувствительности к антибиотику) у женщин с эктопической (трубной) беременностью, в послеоперационном периоде с применением лапароскопии. Объектом исследования явились 133 женщин репродуктивного возраста с трубной формой беременности в ранние сроки гестации, которые были подразделены на три группы: І группа - 63 беременные женщины, которым произведена тубэктомия; ІІ группа - 43 беременные женщины, которым произведена лапароскопия для прерывания беременности; ІІІ группа - 27 беременные женщины, которым произведена лапароскопия для прерывания беременности с последующим проведением курса УФОК. Отмечено, что показатели клинического успеха лечения женщин с применением лапароскопии и УФОК значительно превосходят чем при лапаротомии, особенно в плане, рецидивов эктопической беременности и развития осложнений.

Ключевые слова:

эктопическая беременность, трубная беременность, лапаротомия, лапароскопия, ультрафиолетовое облучение крови

ЭКТОПИЯЛЫҚ ЖҮКТІЛІГІ БАР ӘЙЕЛДЕРГЕ ОТАДАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕ ЛАПАРОСКОПИЯНЫ ҚОЛДАНУМЕН ҚАНДЫ УЛЬТРАКҮЛГІН СӘУЛЕЛЕНДІРУ ӘДІСІН КОЛДАНУ

Сулайманов С.Б.¹, Тилеков Э.А.², Аскеров А.А.³, Чапыев М.Б.²

¹Теміржол ауруханасы, Бішкек қ.

²Ұлттық хирургиялық орталық ҚР ДСМ, Бішкек қ.

³Қырғыз мемелекеттік медицина академиясының акушерства және гинекология кафедрасы Бішкек қ.

Аңдатпа

Бұл жұмыста қанның ультракүлгін сәулелену (ҚУКС) аденозинтрифосфат (АТФ) инкубациясымен және антибиотиктердің кең спектрлі әрекеті (антибиотикке сезімталдық есебімен) эктопиялық (түтікті) жүктілігі бар әйелдерде отадан кейінгі периодта лапароскопия қолдану әдісінің тиімділігі жайлы мағлұматтар көрсетілген.

Зерттеу объектісі болып репродуктивті жастағы гестацияның ерте кезеңіндегі түтікті жүклілікті 133 әйел табылды, оларды үш топқа бөлді: І топ - тубэктомия жаслынған 63 әйел; ІІ топ — жүктілікті үзу мақсатында лапароскопия жасалған 43 жүкті әйел; ІІІ топ — ҚУКС курсын жүргізумен жүктілікті үзу мақсатында лапароскопия жасалған 27 жүкті әйел. ҚУКС және лапароскопия қолданылған емнің клиникалық жетістігі көрсеткіштері лаппаротомиямен салыстырғанда әсіресе, эктопиялық жүктілік қайталануы мен асқыну дамуы жоспарында жоғары.

Түйін сөздер:

эктопиялық жүктілік, түтікті жүктілік, лапаротомия, лапароскопия, қанның ультракүлгін сәулеленуі.

APPLICATION OF ULTRAVIOLET IRRADIATION OF BLOOD IN THE POSTOPERATIVE OF PERIODS WITH LAPAROSCOPY IN WOMEN WITH ECTOPIC PREGNANCY

Sulaymanov S.B. ¹, Tilekov E.A. ², Askerov A.A. ³, Chapyev M.B. ²

- ¹Railway Hospital, Bishkek
- ² National Surgical Center of MOH KR, Bishkek
- ³ Department of Obstetrics and Gynecology of the Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek

Abstract

The paper presents data on the effectiveness of the method of ultraviolet blood irradiation (UBI) with incubation by adenosine triphosphate (ATP) and broad-spectrum antibiotic (including sensitivity to antibiotics) in women with ectopic (tubal) pregnancy, in the postoperative period with the use of laparoscopy. The objects of the study were 133 women of reproductive age with a tubular form of pregnancy in the early stages of gestation, who were divided into three groups: I group - 63 pregnant women who were made tubectomy; Group II - 43 pregnant women who were made laparoscopy for abortion; Ill group - 27 pregnant women who were made laparoscopy for abortion, followed by a course of UBI. It is noted that the clinical indicators of treatment success with women using laparoscopy and UBI are far superior than the laparotomy, especially in terms of, recurrence of ectopic pregnancy and complications.

Keywords:

ectopic pregnancy, tubal pregnancy, laparotomy, laparoscopy, ultraviolet irradiation of blood.

Введение

Использование эндоскопической хирургии на органах малого таза у женщин находит все большее распространение, но вместе с тем, при эндоскопических технологиях образуется обширная огневая поверхность, появляется значительное количество продуктов метаболизма и распада коагулированных тканей, вазоактивных веществ, нарушается микроциркуляция, повышается коагуляционый потенциал крови, образуются аутоантитела к органам и тканям (1). Это требует проведения реабилитационных мероприятий, направленных на повышение эффективности оперативного вмешательства, снижения риска образования спаек, воспалительных осложнений. Несмотря на это, по сравнению с лапаротомией оперативная лапароскопия считается методом выбора при операциях по поводу внематочной беременности, благодаря малой травматичности, лучшей визуализации хирургической зоны, более низкой частоте послеоперационных осложнений и сокращению периода реабилитации больных

Использование УФОК является самым распространенным методом квантовой гемотерапии (3,4).

При воздействии ультрафиолетовых лучей на кровь в ней развивается каскад фотохимических процессов, сопряженных с изменением структуры белков и липидов плазмы крови, форменных

элементов, антиоксидантных ферментных систем, приводящих к активизации звеньев иммунитета, стимуляции кроветворения, улучшению гемореологии, бактерицидного действия (5,6,7).

Совместная инкубация клеточной массы крови при УФО с антибиотиками в присутствии АТФ, по мнению некоторых исследователей (8.9). приводит к увеличению связывания препарата с клетками крови и повышению функциональной активности лейкоцитов, что позволяет использовать инфузию клеточной массы после инкубации для повышения концентрации антибиотика в очаге воспаления, и следовательно, снижению частоте осложнений и улучшению исходов оперативного вмешательства. Однако, исследований, посвященных изучению влияния УФОК при развитии эктопической беременности у женщин после проведения лапароскопического вмешательства практически нет, чем и вызвана необходимость проведения настоящих исследований.

Цель работы - оценка эффективности использования метода УФОК в послеоперационном периоде с применением лапароскопии у женщин с эктопической (трубной) беременностью по клиническим показателям.

Материал и методы

Объектом исследования явились 133 женщин репродуктивного возраста с трубной формой

беременности в ранние сроки гестации, которые были подразделены на три группы: І группа - 63 беременные женщины, которым произведена тубэктомия; ІІ группа - 43 беременные женщины, которым произведена лапароскопия для прерывания беременности; III группа - 27 беременные женщины, которым произведена лапароскопия для прерывания беременности с последующим проведением курса УФОК. При применении УФОК у беременных женщин, оперированных по поводу трубной беременности методом лапароскопии эксфузия 200 мл крови проводится в течение 2-4 часов после операции, когда происходит восстановление адекватного сознания, исчезают признаки наркозной депрессии и нет угрозы кровотечения.

При этом кровь пациентки поступает через одноразовую систему и проточную кварцевую кювету аппарата для ультрафиолетового облучения типа «Изольда» в стерильном флаконе 5000 ед. гепарина на 50 мл физиологического раствора. При прохождении через кювету кровь подвергается облучению ртутной лампой типа ОРБ-8 с расстояния 30 мм при длине волны 254нм, мощность облучения 20 Вт/, общее время эксфузии составляет 15 минут. Затем проводится центрифугирование крови при 2000 об/мин в течение 15 минут, с последующим удалением плазмы (центрифугированный плазмафорез).

Следующим этапом является внесение в клеточную массу крови 1,0 мл АТФ и разовой дозы антибиотика широкого действия разрешенного для внутривенного введения, инкубация получен-

ной смеси при температуре 18-24 градусов Цельсия в течение 20 минут, с периодическим осторожным перемешиванием смеси. Затем проводится введение полученной клеточной массы в кровоток пациентки внутривенно капельно.

Курс лечения составляет 5 сеансов через каждые 24 часа. Для профилактики гемодинамических нарушений и сохранений сосудистого доступа, в период обработки крови УФО осуществляется капельное введение 400 мл физиологического раствора. Общее время проведения процедуры составляет 90 минут.

Проведение УФОК в данный период времени после операции выбрано с учетом того, что процессы образования спаек активируются сразу после повреждения брюшины.

Результаты исследования

Для определения эффективности лечения и исходов заболевания были применены параметры клинического успеха, которые включали в себя следующие критерии: рецидивы эктопической беременности в течение года после лечения, осложнения, наступления маточной беременности. Как видно из данных таблицы 1, показатели клинического успеха лечения находились в прямой зависимости от использованных методов.

Так, в І группе женщин однократный рецидив эктопической беременности в течение года наблюдался у 14,2% женщин. Осложнения в виде развития спаечного процесса в малом тазу развился в 19% случаев, частичная непроходи-

Таблица 1
Показатели
клинического успеха
лечения женщин с
эктопической
беременностью

	Анализируемые группы					
Показатели клинического успеха лечения	I n=63		II n=43		III n-27	
успеха лечения	абс	%	абс	%	абс	%
1	2	3	4	5	6	7
Рецидивы эктопической беременности:						
- отсутствовали	54	86,8	41	95,35	27	100
- однократный рецидив	9	14,2	2	4,65	-	-
- два и больше	-	-	-	-	-	-
Осложнения:						
- отсутствовали	38	60,37	39	90,7	25	92,6
- развитие спаечного процесса в малом тазу	12	19,0	2	4,65	1	3,7
- частичная непроходимость маточных труб	11	17,46	2	4,65	1	3,7
- непроходимость маточных труб	2	3,77	-	-	-	-
Наступление маточной беременности	1	1,58	4	9,3	5	18,5

мость маточных труб в 17,6% и непроходимость маточных труб в 3,17% случаев.

Наступление маточной формы беременности в течение года наблюдения отмечено у одной женщины (1,58%). В отличие от группы женщин с применением лапаротомии, во II группе женщин с применением лапароскопии, показатели клинического успеха превосходят.

Так, рецидивы эктопической беременности составили 4,65%, из осложнений, в 4,65% случаев присутствовало развитие спаечного процесса в малом тазу и в 4,65% - частичная непроходимость маточных труб, а наступление маточной форы беременности произошло в 9,3% случаев.

Литература

- 1. Будаев А.И, Реабилитация репродуктивной функции женщин с использованием эндоскопических операций и методов эфферентной хирургии при бесплодии трубноперитониального генеза: Дисс.., к.м.н. /А.И. Будаев Новокузнецк, 2004, с. 79-85.
- 2. Кулаков В.И. Эндоскопическая хирургия в гинекологии: состояния и перспективы развития // Журнал акушерства и женских болезней-2001-Т.50-Вып. 3-с. 83-89.
- 3. Аксенова А.В. Значение облученной ультрафиолетовыми лучами аутокрови и местного применения антибиотиков в лечении острыми воспалительными процессами матки: Автореф. Дисс., к.м.н.-Волгоград, 1990 - 21с.
- 4. Miller V. Tiansurethral laser therapy and urinary tract infections // Ann. Urol (Paris). 1996. v.30. №3.-138 p.
- 5. Дедова Т.Г. Функциональная активность лимфоцитов при АУФОК терапии // Ультрафиолетовое облучение крови в медицине. Владивосток. 1987. с. 36-37.
- 6. Капишенко И.Н. Возможные механизмы молекулярной регуляции иммунологических реакций при хронических процессах в результате АУФОК // Ультрафиолетовое облучение крови в медицине. Владивосток, 1987.-с.35-36.
- 7. Стрелис А.К. Ультрафиолетовое излучение в лечении и профилактике. -Томск, 1993 199с.
- Абубакирова А.М. Обоснование применения плазмафореза у больных с хроническим сальпингоофоритом и нарушением репродуктивной функции // Акушерство и гинекология. -1997. № 6.-с. 9-13.

В III группе женщин рецидивы наступления внематочной беременности отсутствовали. Осложнения в виде развития спаечного процесса и частичной непроходимости составили 3,7% соответственно. При этом маточная беременность наступила в 18,5% случаев.

Выводы

Метод УФОК при реабилитации женщин после прерывания внематочной беременности приводит к существенному улучшению исходов заболевания и обладает патогенетически обоснованным механизмом действия.

References

- 1. Budaev A.I. Rehabilitation of reproductive function of women using endoscopic procedures and methods of efferent surgery for infertility tubal-peritoneal genesis: Diss ..., Ph.D. Novokuznetsk, -2004, p. 79-85. (in Russ.).
- 2. Kulakov V.I. Endoscopic Surgery in Gynecology: state and prospects of development // Journal of Obstetrics and female bolezney. 2001-V.50. lss. 3. p.83-89. (in Russ.).
- 3. Aksenova A.V. The value of autologous blood irradiation with ultraviolet rays and topical antibiotics in the treatment of acute inflammation of the uterus: Author. Diss., Cand.med. Volgograd, 1990-21p. (in Russ.).
- 4. Miller V. Tiansurethral laser therapy and urinary tract infections // Ann. Urol (Paris)- 1996- v.30. №3.-138 p.
- 5. Dedova T.G. The functional activity of lymphocytes in AUIB therapy // ultraviolet blood irradiation in medicine. Vladivostok, 1987. p. 36-37. (in Russ.).
- Kapishenko I.N. Possible mechanisms of the molecular regulation of immune responses at chronic processes resulting AUIB // ultraviolet blood irradiation in medicine. - Vladivostok, 1987. -p. 35-36. (in Russ.).
- 7. Strelis A.K. Ultraviolet radiation in the treatment and prevention. -Tomsk, 1993 199p. (in Russ.).
- 8. Abubakirova A.M. Justification plasmaphoresis application in patients with chronic salpingo and reproductive dysfunction // Obstetrics and Gynecology. 1997. Nº 6-p. 9-13. (in Russ.).

УДК 616.36-089.843-06

РАЗВИТИЕ ПРОГРАММЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ И ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ «ЛИСТА ОЖИДАНИЯ» В ННЦХ ИМ. А.Н. СЫЗГАНОВА

Токсанбаев Д., Садыков Н., Досханов М.

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Отделение гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени, г. Алматы, Республика Казахстан

Аннотация

В Республике Казахстан пациенты с терминальной стадией хронического заболевания печени представляют значительную проблему и, соответственно, находятся под сильным контролем Министерства здравоохранения и социального развития страны. Программа Трансплантация печени (ТП) началось в декабре 2011 года, а к сентябрю 2014 года были сделаны более 40 операций по пересадке печени в шести различных больницах страны.

В Национальном научном центре хирургии имени Сызганова были выполнены 18 трансплантаций печени для взрослых реципиентов с различной этиологией с терминальной стадией заболеваний печени. В 14 (77,8%) случаях, привитые печени была взята из живых, связанные доноров (LDLT), в другом 4 (22,2%) - от умерших доноров (DDLT). Послеоперационное управление проводилось по внутреннему клиническому протоколу Национального научного центра хирургии, который был создан исходя из клинических протоколов разных стран: России, Беларуси, Японии, Южной Кореи и Турции, с соответствующей адаптацией возможностей системы здравоохранения Республики Казахстан.

Предварительные результаты показывают хорошую перспективность разработки программы трансплантации печени в Казахстане.

Ключевые слова: трансплантация печени, конечная стадия заболевания печени

А.Н. СЫЗҒАНОВ АТЫНДАҒЫ ҰЛТТЫҚ ҒЫЛЫМИ ХИРУРГИЯ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ БАУЫРДЫ ТРАНСПЛАНТАНТТАУ БАҒДАРЛАМАСЫНЫҢ ДАМУЫ ЖӘНЕ «KE3EKTIЛIГIНIҢ TI3IMI» МӘСЕЛЕСІН ҚАЛЫПТАСУЫ

Тоқсанбаев Д., Садықов Н., Досханов М.

А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы, Гепатопанкреатобиларлы хирургия мен бауыр трансплантация бөлімшесі, Алматы қ., Қазақстан

Аңдатпа

Көкейкестігі: Бауыр ауруының терминалды кезеңдеріне шалдыққан пациенттер Қазақстан Республикасында айтарлықтай проблема болып табылады. Пациенттердің осы категориясының радикалды түрде емдеудің жалғыз түрі бауырды ауыстырып қондыру болып табылады. Қазіргі таңда бауырды трансплантаттау отасын жасатуға Қазақстанның түрлі өңірлеріндегі 1000 пациент мұқтаж. Бауырды трансплантанттау бағдарламасы (LT) 2011 жылдың желтоқсан айынан басталды, қазіргі таңда Қазақстанда бауырды ауыстырып қондыру тұрғысынан елдегі түрлі бес клиникада (Астана қ., Алматы қ.) 40 астам операция жасалды. Көптеген медициналық пен ұйымдастырушылық проблемаларға қарамастан, операциялардың басымдысы сәтті шықты.

Елдегі бауырды трансплантаттауды іске асыруда кедергісін тигізетін негізгі проблемасы — тұрғындардың нақты діліне және заңнаманың жетілмегендігіне байланысты, мәйіт донорлығы нашар дамыған болып танылуда. Бұл дерек тірі донордан бауырды трансплантаттаудың жылдам дамуына себеп болды.

Нәтижелері: Бауырды трансплантаттау бағдарламасының басталу сәтінен бастал А.Н.Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығында емдеу нәтижелері және хирургиялық техникасы күннен күнге қарай жақсаруда. Бауырды трансплантаттаудан кейін пациенттерді қадағалаудың ең үлкен мерзімі 32 айды құрайды. Бауырды трансплантаттау отасынан кейін 18 пациенттің ішінен 12 пациент, яғни (63.2%) минималды иммуносупрессивтік емді алуымен, қалыпты өмір сүріп жатыр. Вирусты этиологиясының бауыр циррозына шалдыққан ауруларында ота жасағаннан кейін жіті вирусты гепатит дерті анықталмаған.

Түйін сөздер:

бауыр ауруының т ерминалды кезеңі, бауырды трансплантаттау (ауыстырып қондыру).

LIVER TRANSPLANTATION PROGRAM DEVELOPMENT AND "WAITING LIST" FORMATION IN SYZGANOV NATIONAL SCIENTIFIC CENTER OF SURGERY

Toksanabyev D., Sadykov N., Doskhanov M.

National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov, Department of hepatopancreatobiliary surgery and liver transplantation, Almaty, Kazakhstan

Abstract

In the Republic of Kazakhstan patients with end-stage chronic liver disease present a significant problem and respectively are under strong control of the Ministry of Healthcare and Welfare of the country. Liver transplantation (LT) program started in December 2011, and for September 2014, more than 40 liver transplant operations were performed in six different hospitals of the country.

In National Scientific Center of Surgery named after Syzganov there were performed 18 liver transplantations for adult recipients with different ethiology end-stage liver diseases. In 14 (77,8%) cases, liver graft has been taken from living related donors (LDLT), in another 4 (22,2%) - from deceased donors (DDLT). Post-operative management was followed according internal clinical protocol of National Scientific Center of Surgery, which was established basing of clinical protocols from different countries: Russia, Belarus, Japan, South Korea and Turkey, with adaptation corresponding capabilities of the health system of the Republic of Kazakhstan.

Preliminary findings demonstrate a good perceptiveness of developing of Liver Transplantation program in Kazakhstan.

Keywords: *Liver transplantation, End-stage liver disease*

Актуальность

Трансплантация печени - единственный радикальный, оправданный с медицинской, социальной и экономической точек зрения, метод лечения пациентов с терминальной стадией заболеваний печени. В Республике Казахстан, пациенты с хроническими заболеваниями печени, в том числе в их терминальных стадиях, представляют собой значительную проблему и, как следствие, находятся под пристальным вниманием Министерства здравоохранения и социального развития республики. Несмотря на высокий общий уровень медицины и готовность некоторых ведущих центров, трансплантация печени стала выполняться в стране сравнительно недавно.

Программа развития трансплантации печени ^П) началась в декабре 2011 года, когда впервые, совместно с коллегами из Республики Беларусь, в АО «ННЦХ им А.Н. Сызганова» (Алматы) была выполнена первая трансплантация печени от прижизненного донора. Этот факт получил большой резонанс в медицинском сообществе страны, так как внедрение программы трансплантации печени произошло нетрадиционным способом: трансплантация печени от прижизненного донора была выполнена в отсутствии опыта трансплантации печени от посмертного донора. В то же время, опыт представления столь передовой хирургической операции был впечатляющим примером демонстрации общего уровня развития медицины в стране. На сегодня (декабрь 2014г), с момента начала программы в пяти различных центрах страны было выполнено более 50 операций по пересадке печени. Большинство операций были успешными, несмотря на многочисленные медицинские и организационные проблемы.

Цель работы - внедрение программы трансплантации печени от прижизненных и посмертных доноров в клиническую практику.

На современном этапе, ТП выполняется в 68 странах Мира, но, несмотря на это, количество больных в «листе ожидания» неуклонно увеличивается [1]. «Лист ожидания» (ЛО) трансплантации печени (ТП) - это формируемый каждым трансплантационным центром и динамически обновляемый регистр пациентов, нуждающихся в ТП, прошедших полное обследование по принятой в центре протоколом, не имеющих противопоказаний к операции и давших письменное информированное согласие на ее проведение. Пациенты, внесенные в ЛО ТП, называются потенциальными реципиентами.

Формирование ЛО ТП и ведение пациентов, внесенных в ЛО ТП, являются важным аспектом работы любого трансплантационного центра, от которой напрямую зависит исход ТП.

Внесение каждого пациента в ЛО ТП, а также оптимальный подбор реципиента для предстоящей ТП обсуждаются на общей клинической конференции врачей трансплантационного центра по представлению специалиста, отвечаю-

РАЗВИТИЕ ПРОГРАММЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ И ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ «ЛИСТА ОЖИДАНИЯ» В ННЦХ ИМ. А.Н. СЫЗГАНОВА

щего за ведение ЛОТП.

Показания к ТП (по J.G. O'Leary и соавт. [2], с дополнениями):

- 1. Острая (фульминантная) печеночная недостаточность:
- острый вирусный гепатит В (в том числе с дельтаагентом);
 - острый вирусный гепатит С;
 - отравление гепатотоксическими ядами;
 - отравление грибами;
 - острая жировая дистрофия беремен-

ных;

- прочие (в том числе неустановленной этиологии).
- 2. Цирроз печени (ЦП) вирусной этиологии.
 - 3. Алкогольный ЦП.
 - 4. Аутоиммунный ЦП (АИЦ).
 - 5. Первичный билиарный цирроз (ПБЦ).
 - 6. Вторичный билиарный ЦП.
 - 7. Криптогенный ЦП.
 - 8. Билиарная атрезия (удетей).
- 9. Первичный склерозирующий холангит (ПСХ).
 - 10. Врожденный фиброз печени.
 - 11. Кистозный фиброз печени.
- 12. Поликистоз печени (с нарушением функции печени).
 - 13. Врожденные нарушения метаболизма:
 - а-1-антитрипсина дефицит;
- болезнь Вильсона-Коновалова (соматическая и соматоневрологическая формы);
 - тирозинемия;
 - гликогеноз І типа;
 - гликогеноз IV типа;
 - болезнь Ниманна-Пика;
 - sea-blue гистиоцитарный синдром;
 - эритропоэтическая протопорфирия;
 - синдром Криглера-Найяра;
 - гипероксалурия І типа;
 - дефицит энзима цикла мочевины;
 - дефицит С-протеина;
 - семейная гиперхолестеролемия;
 - гемофилия А.
 - 14. Семейный холестатический синдром.
- 15. Неонатальный (гигантоклеточный) гепатит.
 - 16. Синдром Бадда-Киари.
- 17. Саркоидоз печени с синдромом холестаза.
- 18. Неудалимые доброкачественные опухоли печени:
 - гемангиома;
 - аденома;
 - гамартома;

- прочие.
- 19. Первичные злокачественные опухоли печени (с ограничениями по размерам очагов и отношению к сосудам печени):
 - гепатоцеллюлярный рак печени (ГЦР);
 - первичный карциноид печени;
 - гепатобластома:
 - гемангиоэндотелиома;
 - прочие.
 - 20. Рак желчных протоков:
 - опухоль Клатскина;
- рак холедоха с прорастанием ворот печени.
- 21. Метастатический рак печени (с ограничениями по размерам очагов и отношению к сосудам печени):
 - метастазы колоректального рака;
 - метастазы карциноида;
- метастазы злокачественных опухолей прочей локализации.
 - 22. Травмы печени.
 - 23. Вторичный склерозирующий холангит.
 - 24. Альвеококкоз.
- 25. Ретрансплантация (хроническое отторжение, первично не функционирующий трансплантат, болезнь «трансплантат против хозяина» и др.).

К абсолютным противопоказаниям к ТП (по R.L.Jr. Carithers, M.R. Lucey и соавт.) относятся:

Обшие:

- 1. Тяжелое некорригируемое поражение сердца.
- 2. Тяжелые некорригируемые заболевания легких.
- 3. Тяжелые сопутствующие заболевания, не являющиеся прямыми осложнениями заболевания печени.

Специфические:

- 1. Активный алкоголизм.
- 2. Внепеченочное злокачественное заболевание.
 - 3. Активная ВИЧ-инфекция (СПИД).
 - 4. Внепеченочный сепсис.
- 5. Непонимание больным характера операции, ее необходимости, риска, а также прогноза и необходимости пожизненного приема иммуносупрессивных препаратов.

К относительным общим противопоказаниям относят возраст пациента старше 55 лет, но следует отметить, что в настоящее время этот критерий исключен из противопоказаний большинства трансплантологических центров.

Относительные специфические противопоказания:

1. Активная репликация НВV.

- 2. Холангиоцеллюлярный рак печени.
- 3. Отсутствие психологической поддержки больного со стороны его близких родственников.

Специалистом, который занимается ведением ЛО ТП, на наш взгляд, должен быть квалифицированный терапевт (гастроэнтеролог, гепатолог).

В задачи врача гепатологического центра входят:

- 1) обследование потенциальных реципиентов перед постановкой в ЛО ТП;
- 2) регулярные осмотры и текущее обследование пациентов, занесенных в ЛОТП;
- 3) коррекция терапии на амбулаторном этапе наблюдения;
- 4) выявление возникающих осложнений течения заболевания и определения показаний к госпитализации для проведения поддерживающей терапии;
 - 5) ведение «особых» групп пациентов;
- 6) регулярный пересмотр класса неотложности выполнения ТП для каждого конкретного пациента, зарегистрированного в ЛО ТП, на основе определения тяжести состояния по классификациям Child-Turcotte-Pugh и MELD.

Иными словами, в штате каждого трансплантационного центра необходим врач, имеющий полную информацию о текущем состоянии каждого потенциального реципиента. В противном случае, трансплантологи рискуют вызвать в срочном порядке на операцию пациента с не выявленными противопоказаниями к ней, что может вести к потере дефицитного донорского органа.

Обследование потенциальных реципиентов может проходить как в стационаре, так и амбулаторно, в зависимости от тяжести состояния пациента.

План обследования потенциального реципиента включает следующее:

- 1. Общий, биохимический анализы крови, коагулограмма.
 - 2. Группу крови, резус-фактор.
- 3. Анализ крови на HCVAb, ВИЧ, RW, HBsAg, HBsAb, HBcor IgM, HBcor IgG, HBeAg, HBeAb.
- 4. При наличии у пациента заболевания HBV- или HCV-этиологии анализ крови на гепатиты методом полимеразной цепной реакции.
- 5. Бактериологическое исследование (посевы отделяемого из зева, носа, влагалища; мочи, кала, мокроты) при наличии подозрения на инфекционный процесс у потенциального реципиента.

- 6. Рентгенографию грудной клетки.
- 7. Исследование функции внешнего дыхания.
- 8. Электрокардиографию (ЭКГ) (эхокардиография по показаниям).
- 9. Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости с допплерографией сосудов печени.
 - 10. Эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС).
- 11. Ирригоскопию (колоноскопию) по показаниям.
- 12. Радиоизотопное исследование печени (статическая и динамическая сцинтиграфия).
 - 13. Радиоизотопное исследование почек.
 - 14. Тканевое типирование (HLA).
- 15. Холангиографию, прямую или непрямую (по показаниям).
- 16. Компьютерную томографию брюшной полости и грудной клетки с внутривенным болюсным контрастным усилением (при подозрении на онкопроцесс).
- 17. Анализ крови на онкомаркеры (при подозрении на онкопроцесс) АФП, СА-19-9, РЭА.
- 18. Пункционную биопсию печени (по показаниям).
- 19. Исследование асцитической жидкости в случае проведения лапароцентеза.
- 20. Специфические исследования (диагностика ферментопатий, аутоиммунных заболеваний, болезни Вильсона Коновалова и др.) в зависимости от нозологии.
- 21. Осмотр анестезиологом трансплантационного центра.
- 22. Заключение общей конференции врачей (консилиумом) отделения трансплантации печени.

Сведения, полученные в результате медицинского обследования, заносятся в ЛО ТП.

Необходимо отметить, что ЛО ТП – это динамически обновляемая (по мере получения новой информации об изменении состояния потенциального реципиента) форма учета нуждающихся в ТП пациентов, прошедших полное обследование.

ЛО ТП имеет неизменяемую и изменяемую части.

К 1-й относятся следующие пункты:

- 1. Паспортные данные.
- 2. Группа крови, резус-фактор.
- 3. Антропометрические данные.
- 4. Диагноз.
- 5. Дата внесения пациента.
- 6. Тканевое типирование (HLA).
- Во 2-й части указываются изменяемые

параметры:

- 1. HBsAq, HCVAb.
- 2. Вакцинация против гепатита В.
- 3. Степень варикозного расширения вен пищевода (методы коррекции).
 - 4. Операции на органах брюшной полости.
 - 5. Класс неотложности.
 - 6. Примечания

Важным аспектом ведения ЛО ТП является динамическое изменение класса неотложности у каждого потенциального реципиента. Это необходимо для определения очередности выполнения ортотопической трансплантации печени (ОТП) при появлении донорского органа.

Класс неотложности (UNOS, взрослые, 1997 г.) определяют следующие данные:

- 1. Фульминантная печеночная недостаточность с прогнозом выживания не более 7 дней.
- 2A. Критическое состояние пациента с хронической печеночной недостаточностью с прогнозом выживания не более 7 дней (Child-Turcotte-Pugh >10 баллов, при наличии других медицинских критериев неотложности).
- 2Б. Хроническое заболевание печени (Child-Turcotte- Pugh > 10 баллов или Child-Turcotte-Pugh > 7 баллов при наличии других медицинских критериев неотложности).
- 3. Хроническое заболевание печени, требующее постоянной поддерживающей терапии (Child-Turcotte-Pugh > 7 баллов).
- 4. Временное неактивное (по различным причинам) состояние пациента
- В 2002 г. в США была разработана и стала активно применяться MELD (Model for End-Stage Liver Disease) [3], для определения очередности выполнения ТП.

MELD - числовая шкала со значением от 6 до 40. В отличие от классификации Child-Turcotte-Pugh (1973), в ней отсутствуют субъективные показатели в системе прогноза, такие как выраженность асцита и степень энцефалопатии. Другим достоинством классификации MELD является учет функции почек на основании уровня креатинина.

Формула расчета MELD:

MELD = $0.95 \times Ln$ (креатинин [мг/дл]) + $0.378 \times Ln$ (билирубин [мг/дл]) + $1.120 \times Ln$ (МНО) + 0.643.

Чем больше баллов у пациента по шкале MELD, тем тяжелее его состояние и тем в более неотложной операции он нуждается. При использовании классификации MELD было выявлено: она обладает большой достоверностью при прогнозировании летального исхода в течение 3 мес у пациентов с хроническими диффузны-

ми заболеваниями печени.

Так, при MELD > 35 баллов летальный исход прогнозируется в 80% случаев, от 20 до 34 баллов - в 10-60%, если < 8 баллов, пациент переводится в неактивную фазу ЛО ТП.

Для учета изменения состояния потенциального реципиента рекомендуется регулярный пересчет баллов по MELD.

Работа с пациентами, внесенными в ЛО ТП, включает следующие пункты:

- 1. Выявление возникающих противопоказаний к $\mathsf{T}\mathsf{\Pi}$.
- 2. Оценка и коррекция питательного статуса.
- 3. Динамический инструментальный контроль степени варикозного расширения вен пищевода, своевременное направление пациента на эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода.
- 4. Вакцинация против гепатита В пациентов, не имеющих маркеров НВV-инфекции.
 - 5. Симптоматическое лечение.
- 6. Психотерапевтическая подготовка пациентов и их родственников к предстоящей операции.
- 7. Динамическое обследование и изменение класса неотложности ТП для каждого пациента, включенного в ЛО ТП.
 - 8. Ведение «особых» групп пациентов.
- 9. Вирусологическое обследование, решение вопроса о проведении противовирусной терапии (ПВТ).

Выявление возникающих в процессе динамического наблюдения противопоказаний к выполнению ТП - одна из важнейших задач специалиста, отвечающего за ведение ЛО ТП.

Противопоказаниями могут служить декомпенсация хронического сопутствующего заболевания, инфекционное заболевание у потенциального реципиента, внепеченочное метастазирование опухолей печени, вновь выявленная онкопатология и др. В этих случаях рассматривается вопрос об исключении пациента из ЛО ТП или о временном переводе в неактивную фазу (в случае если возникшее противопоказание может быть устранено).

В процессе динамического наблюдения пациентов обязательно проводится оценка питательного статуса и его коррекция путем назначения специальных диет, дополнительного энтерального питания, а при необходимости - парентерального питания в условиях стационара. В случае значительного истощения пациентов, высока вероятность развития у них интра- и послеоперационных осложнений.

Таким образом, шансы на успех оперативного лечения значительно снижаются.

Также необходимо осуществление инструментального контроля за степенью варикозного расширения вен пищевода. Следует стремиться к тому, чтобы ЭГДСу пациентов, внесенных в ЛО ТП, выполнялась группой врачей-эндоскопистов, имеющих опыт оценки степени варикозного расширения вен пищевода и угрозы развития кровотечения из ВРВ пищевода, а также опыт эндоскопических вмешательств на таких венах. При необходимости пациента госпитализируют и ему выполняют эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода или решается вопрос о необходимости оперативного лечения (гастротомия, прошивание ВРВ пищевода и кардиального отдела желудка, эмболизация желудочных вен и др.). Периодичность выполнения ЭГДС обычно определяет врачэндоскопист при очередном осмотре пациента. В случае развития пищеводно-желудочного кровотечения (ПЖК) из ВРВ пищевода пациента экстренно госпитализируют в хирургическое отделение, проводится остановка кровотечения путем постановки зонда-обтуратора (зонда Блейкмора). После остановки кровотечения решается вопрос об эндоскопическом лигировании, склерозировании ВРВ пищевода или оперативном лечении.

Все пациенты, не имеющие маркеров гепатита В, должны быть вакцинированы против гепатита В.

Мы отдаем предпочтение вакцинации по «быстрой» схеме вакциной Engerix В (2-я инъекция — через 7 дней после 1-й; 3-я инъекция — через 21 день после 2-й). В случае если пациенту не выполнена ОТП в течение года, определяем уровень НВsAb и решаем вопрос о 4-й инъекции через 12 мес после первой.

Большинство пациентов, внесенных в ЛО ТП, получают симптоматическое лечение амбулаторно под контролем гепатолога трансплантационного центра. При неэффективности поддерживающего амбулаторного лечения, возникновении показаний к интенсивной терапии больные госпитализируются.

Для проведения психотерапевтической подготовки пациентов и их родственников к предстоящей операции целесообразно ввести в штат отделения психолога. Однако в большинстве случаев этим вынужден заниматься гепатолог, отвечающий за ведение ЛО ТП. В связи с этим он должен владеть полной информацией о ТП - ее характере, технических аспектах, возможных осложнениях, послеоперационной иммуносупрессивной терапии и др.

В отделении ТП больным должны предостав-

лять в печатном виде краткую информацию о всех вопросах, связанных с предстоящей операцией. При возникновении у пациента вопросов врачгепатолог, отвечающий за ведение ЛО ПТ, должен ответить на них.

Мы придерживаемся следующих принципов:

- пациенту необходимо давать полную информацию о предстоящей операции, ее сложности, возможности осложнений и неблагоприятного исхода, необходимости пожизненной иммуносупрессивной терапии после ТП;
- пациент должен быть информирован о том, что в случае благоприятного исхода ТП он сможет вернуться к активной жизни (работать, заниматься спортом, рожать детей, вести обычный образ жизни с небольшими ограничениями);
- пациента нельзя уговаривать на операцию, он должен сам понимать необходимость ее выполнения;
- отсутствие такого понимания пациентом следует расценивать как противопоказание к $\mathsf{T}\mathsf{\Pi}$

К «особым» группам мы относим больных с вирусными заболеваниями печени, а также пациентов с опухолями печени (чаще всего на фоне вирусного поражения).

Пациенты с ЦП HBV- и HCV-этиологии подлежат тщательному вирусологическому мониторированию до ТП в связи с тем, что после операции велика вероятность возврата инфекции в пересаженной печени с быстрым ее прогрессированием на фоне медикаментозной иммуносупрессии.

Это может вести к быстрому развитию цирроза пересаженной печени, печеночной недостаточности, потере трансплантата и гибели реципиента.

Тактика ведения пациентов с заболеванием печени HBV-этиологии отличается от таковой у больных с заболеваниями HCV-этиологии.

Так, при ЦП HBV (±HDV)-этиологии наличие активной репликации вируса гепатита В служит противопоказанием к оперативному лечению. Пациентам с наличием репликации вируса гепатита В до операции назначается ПВТ аналогами нуклеозидов (ламивудин, энтекавир и др.)

Репликация вируса гепатита D не рассматривается как противопоказание к выполнению ОТП. При наличии у пациента с ЦП HBV-этиологии коинфекции вирусом гепатита D, последний, как правило, выступает в роли агента, подавляющего репликацию вируса гепатита В. В этом случае пациенты не нуждаются в терапии аналогами нуклеозидов.

При отсутствии репликации HBV-инфекции больной может быть оперирован. Во время и после ТП в течение 12 мес пациенты должны получать в

целях иммунопрофилактики инфицирования печеночного трансплантата вирусом гепатита В специфический иммуноглобулин против гепатита В (HB Iq).

Интраоперационно в течение агепатического периода пациенту вводится $10\,000\,\text{ME}$ препарата; в течение 7 последующих дней — по $2000\,\text{ME}$, затем — $1\,\text{раз}\,\text{в}\,2\,\text{нед}$ по $2000\,\text{ME}$.

Терапия проводится под контролем уровня HBsAb в крови реципиента, который должен быть не менее 100 МЕ/мл, одновременно продолжается терапия аналогами нуклеозидов. Такой подход к ТП у пациентов с ЦП HBV-этиологии в 75-98% случаев позволяет предотвратить инфицирование пересаженной печени.

У пациентов с ЦП HCV-этиологии предотвратить инфицирование пересаженной печени невозможно.

Попадание вируса в пересаженную печень происходит интраоперационно во время венозной реперфузии. У всех пациентов в послеоперационном периоде развивается острый гепатит Св сроки от 1 до 2 мес.

Тяжесть его, а также скорость прогрессирования патологических изменений в пересаженной печени зависят от дооперационного уровня репликации вируса гепатита С (рис. 1).

В связи с этим актуально проведение дооперационной ПВТс целью снижения вирусной нагрузки. Дооперационная ПВТ является сложной проблемой, так как у пациентов с ЦП лечение препаратами интерферона может вести к нарастанию печеночной недостаточности.

В этом случае возникнет вопрос неотложного выполнения ТП. В связи с этим мы относимся осторожно к назначению ПВТ пациентам с ЦП HCV-этиологии, внесенным в ЛО ТП. Как правило, эти больные получают ПВТ после операции.

Пристального наблюдения заслуживает группа больных с опухолями печени на фоне ЦП. Согласно международным стандартам в ЛО ТП могут быть внесены пациенты с гепатоцеллюлярным раком (ГЦР), соответствующие Миланским критериям[4]:

- 1 узел ГЦР < 5 см в диаметре без сосудистой инвазии;
- не более 3 узлов ГЦР<3 см в диаметре без сосудистой инвазии.

По модифицированной системе TNM Питтсбургского университета, в ЛО ТП могут быть внесены пациенты с I, II, ША стадиями. Эти больные должны пользоваться приоритетом при постановке в ЛО ТП ввиду большой вероятности прогрессирования опухоли и декомпенсации ЦП.

Пациентам с I стадией ГЦР присваивается 20 баллов по шкале MELD независимо от расчетных данных; пациентам со II стадией - 24 балла. Это позволяет сократить время ожидания больным ГЦР и добиться хороших ближайших и отдаленных результатов лечения.

Пациенты с алкогольным ЦП вносятся в ЛО ТП только после 6-месячной абстиненции, консультации психиатра и нарколога. В то же время это не исключает возможность возвращения пациента к своим пристрастиям после успешной операции.

В Национальном научном центре хирургии им. А.Н. Сызганова с декабря 2011 года было выполнено 18 трансплантаций печени взрослым реципиентам с терминальными стадиями заболеваний печени различной этиологии. Их них, в 14 (77,8%) случаев ТП была выполнена от прижизненных доноров (LDLT), а в 4 (22,2%) случаев от посмертных доноров (DDLT).

По этиологии терминального стадия заболевания печени, пациенты распределились следующим образом: цирроз печени в исходе вирусного гепатита - у 12 (75%) пациентов аутоиммунный гепатит - у 3 (16,7%), 1 пациентка (5,6%) - первичный билиарный цирроз, 1 пациентка (5,6%) вторичный билиарный цирроз на фоне врожденной патологии желчевыводящих протоков, 1 пациентка (5,6%)

- криптогенный цирроз печени. Возраст пациентов колебался от 16 до 55 лет. MELD на момент операции составлял от 13 до 25 лет, пациенты соответствовали классам «В» и «С» по Child-Turcotte-Pugh.

В четырех случаях (22,2%), операции были проведены от посмертных доноров. В случае операций от прижизненных доноров (77,8%), донорами фрагментов печени являлись: братья и сестры - 8 случаев (44,4%). В двух случаях, донорами был родители больных (11,1%); еще в двух

- племянников пациента (11,1%); в одном случае (5,6%),
- сын пациентки, еще в одном (5,6%) жена пациента.

Выбор типа трансплантата в каждом случае определялся на основе точных расчетов объемов предполагаемого трансплантата и объемов остающегося фрагмента печени у донора. Данные, полученные при проведении компьютерной томографической ангиографии, были обработаны в программе «Synapse Vincent®» (Fugi Telecom, Япония), с построением 3D-модели донорской печени и проведением волюметрии её фрагментов.

При формировании графта от прижизненных доноров, правой доле было отдано предпочтение в 8 (57,1%) случаях, левой доле - в 5 (35,7%) случаях и правому заднему латеральному секторув 1 (7,2%) случае. Продолжительность операций у доноров колебалась между 5 часами 10 минутами и 8 часами и 15 минутами. Наибольшая интраоперационная кровопотеря при выполнении донорского этапа операции составила до 1350 мл на начальных стадиях реализации технологии; с улучшением хирургической техники, использованием современных кровесохраняющих технологий и с отработкой хирургической техники, потеря крови значительно снизилась, до 70 мл в лучшем случае (типичный объем кровопотери: 150-300 мл).

Сегодня в Республике Казахстан функционирует специальное учреждение «Республиканский координационный центр трансплантации», который регулирует вопросы организации посмертного донорства. Центр имеет в своем составе регионарных координаторов в каждой области Казахстана, которые, в случае появления потенциального донора органов, передают информацию центру. Благодаря работе координационного центра, в стране с 2013 года начались проводить операции по трансплантации органов от посмертных доноров.

В нашем центре за последних 2 года выполнены 4 ТП от посмертных доноров, которые были получены в ходе мультиорганных заборов (сердца, печени и почек). Донорами печени в 4 случаях явились пациенты с установленной смертью мозга в возрасте от 32 до 57 лет. Причинами смерти мозга были внутричерепное кровоизлияние (n=3), тяжелая черепномозговая травма (n=1). Качество донорской печени, оценено по общепринятым критериям, было во всех случаях удовлетворительным. В двух случаях были организованы забор и транспортировка донорских органов из другого региона (Актобе и Тараз).

Операции у реципиентов - Средняя длительность операции: 12 ч 30 мин; Среднее время агепатического периода: 1 ч 22 мин; среднее время полного пережатия НПВ: 0 ч 43 мин; общий объем кровопотери: от 2200 мл до 28000 мл (реинфузия с применением аппарата CellSaver CATS®).

Послеоперационное введение и лечение пациентов проводили, согласно собственным разработанным протоколам Центра, в основу которых были положены клинические протоколы разных стран (России, Беларуси, Японии, Южной Кореи, Турции), но, с учетом возможностей

системы здравоохранения Республики Казахстан. Все пациенты в послеоперационном периоде получали иммуносупрессивную терапию; пациенты с циррозами печени вирусной этиологии получали противовирусную терапию.

Средняя продолжительность пребывания прижизненных доноров в стационаре составила 10-16 дней; реципиентов - 35-75 дней, в зависимости от тяжести состояния.

Результаты и их обсуждения. В раннем послеоперационном периоде у доноров печени осложнения наблюдались в трех случаях, которые были устранены консервативным лечением и только в одном случае проведена повторная операция. В пяти случаях из восемнадцати (27,7%) отмечен летальный исход реципиентов в раннем послеоперационном периоде. Причинами, в основном, явились печеночная недостаточность и инфекция (печеночная и непеченочная). При трансплантации печени от посмертных доноров, ни в одном случае осложнении и летальных исходов не было.

С начала программы ТП в Республике Казахстан, результаты улучшаются, как в плане хирургической техники, так и в отношении исходов лечения этой группы пациентов. Наибольший период наблюдения за пациентами после ТП составляет 35 месяцев. Из 18 реципиентов, 13 (72,3%) ведут нормальный образ жизни, получают минимальную иммуносупрессивную терапию. У пациентов с циррозом печени вирусной этиологии, при динамическом контроле не выявлены случаи повторного заражения (рецидива) вирусного гепатита.

Заключение

Предварительные выводы, основанные, на небольшом опыте, свидетельствуют о хорошей перспективе развития программы трансплантации печени в Казахстане. Есть основания полагать, что число таких операций в стране будет увеличиваться в будущем. Развитие программы трансплантации печени от прижизненных доноров в Республике Казахстан выглядит оптимальным вариантом; однако, программа трансплантации печени от посмертных доноров является предпочтительным для развития, из-за возможного высокого риска осложнений в хирургии донора.

Формирование ЛО ТП требует комплексного обследования пациентов, динамической оценки степени тяжести состояния и класса неотложности выполнения ТП. В ряде случаев необходима госпитализация пациентов для лечения развивающихся в процессе ожидания осложнений, таких, как желудочно-кишечное кровотечение, резис-

тентный асцит, анемия, энцефалопатия. Важными представляются вакцинация пациентов, а при необходимости - противовирусная терапия. Целенаправленная комплексная терапия

пациентов, внесенных в ЛО ТП, позволяет снизить летальность в результате декомпенсации и осложнений основного заболевания.

Литература

- Sarah L. White, Richard Hirth, Beatriz Mahillo, Beatriz Domfnguez-Gil, Francis L. Delmonico, Luc Noel, Jeremy Chapman, Rafael Matesanz, Mar Carmona, Marina Alvarez, Jose R. Nunez, Alan Leichtman. The global diffusion of organ transplantation: trends, drivers and policy implications // Bull World Health Organ. Nov 1, 2014;92(11):826-835.
- 2. Jacqueline G. O'Leary, Rita Lepe, Gary L. Davis. Indications for Liver Transplantation Gastroenterology, Volume 134, Issue 6, Pages 1764-1776.
- Brown R.S. Jr, Kumar K.S., Russo M.W., Kinkhabwala M., Rudow D.L., Harren P., Lobritto S., Emond J.C. Model for end-stage liver disease and Child-Turcotte-Pugh score as predictors of pretransplantation disease severity, posttransplantation outcome, and resource utilization in United Network for Organ Sharing status 2A patients // Liver Transpl. 2002 Mar; 8(3): 278-84.
- Mazzaferro V., Regalia E., Doci R., Andreola S., Pulvirenti A., Bozzetti F., Montalto F., Ammatuna M., Morabito A., Gennari L. Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis //N Engl J Med. 1996; 334 (11): 693.

References

- Sarah L. White, Richard Hirth, Beatriz Mahillo, Beatriz Domfnguez-Gil, Francis L. Delmonico, Luc Noel, Jeremy Chapman, Rafael Matesanz, Mar Carmona, Marina Alvarez, Jose R. Nunez, Alan Leichtman. The global diffusion of organ transplantation: trends, drivers and policy implications // Bull World Health Organ. Nov 1, 2014; 92(11): 826-835.
- 2. Jacqueline G. O'Leary, Rita Lepe, Gary L. Davis. Indications for Liver Transplantation Gastroenterology, Volume 134, Issue 6, Pages 1764-1776.
- Brown R.S. Jr, Kumar K.S., Russo M.W., Kinkhabwala M., Rudow D.L., Harren P., Lobritto S., Emond J.C. Model for end-stage liver disease and Child-Turcotte-Pugh score as predictors of pretransplantation disease severity, posttransplantation outcome, and resource utilization in United Network for Organ Sharing status 2A patients // Liver Transpl. 2002 Mar; 8(3): 278-84.
- Mazzaferro V., Regalia E., Doci R., Andreola S., Pulvirenti A., Bozzetti F., Montalto F., Ammatuna M., Morabito A., Gennari L. Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis //N Engl J Med. 1996; 334 (11): 693.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭХИНОКОККОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

УДК 616.832-006

Туткышбаев С.О., Достарбаев Р.Г.

РГКП «Национальный центр проблем туберкулеза Республики Казахстан» МЗ РК

Аннотация

В статье представлен редкий клинический случай эхинококкоза позвоночника. Больному с диагнозом туберкулез позвоночника была назначена противотуберкулезная химиотерапия. Консервативное лечение оказалось не эффективная. Диагноз верифицирован на контрольной рентгенографии, где был выявлен эхинококкоз позвоночника, проведено хирургическое вмешательство.

Ключевые слова:

эхинококкоз позвоночника, рентгенологические особенности, хирургическое лечение.

ОМЫРТҚА ЭХИНОКОККОЗЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ УАҚИҒАСЫ

Тұтқышбаев С.О., Достарбаев Р.Г.

Туберкулез мәселелері ұлттық орталығы

Аңдатпа

Мақалада сирек кездесетін омыртқа эхинококкозыныңклиникалық оқиғасы туралы баяндалған. Омыртқа туберкулезі бар науқасқа туберкулезге қарсы ем тағайындалады. Бірақ тартпақы шипа тиімсіз болды. Бақылау рентгенографиясында омыртқа эхинококкозы анықталғаннан кейін хирургиялық ота жасалды.

Түйін сөздер:

омыртұа эхинококозы, рентгенологиялық өзгешеліктері, хирургиялық емі.

CLINICAL CASE OF ECHINOCOCCOSIS OF A BACKBONE

Tutkyshbaev S.O., Dostarbaev R.G.

RSBE "National Center for Tuberculosis Problems of the Republic of Kazakhstan" MOH RK

Abstract

The paper presents a rare case report of backbone echinococcosis. The patient diagnosed with tuberculosis of the backbone has been assigned TB chemotherapy. Conservative treatment was not effective. The diagnosis was verified on the control radiography, where it was revealed the hydatid disease of the backbone, a surgical intervention was conducted.

Keywords:

backbone hydatid disease, radiological features, surgical treatment. Поражение костей, вызванные многокамерными (Echinococcus multilocularis) и однокамерными (Echinococcus granulosus) эхинококками, обычно описывают под общим названием «эхинококкоз» и (или) «гидатидные кистозные поражения». Заражение происходит энтерально, а именно, при попадании личинок (онкосфер) в рот после соприкосновения с загрязненными шкурками животных (лисиц, песцов, собак), с водой непроточных водоемов, а также при употреблении в пищу лесных ягод, собранных в эндемичной местности. Человек является промежуточным хозяином паразита.

Поражение костей встречаются в 0,5-2% всех случаев эхинококкоза, при этом изменения в позвоночнике наблюдаются в 45-50% случаев [1], [2], [3]. Проникновение паразита в позвоночник происходит по прямым венозным анастомозам, между системой воротной вены и вен позвоночника [4], при этом чаще поражается поясничный, реже - грудной и шейный отделы [5]. В литературе описаны случаи одновременного поражения всех отделов позвоночника [6]. У большинства больных клинические проявления в виде неврологических нарушений, вызванных компрессией спинного мозга и корешков паразитарными кистами. Дифференциальная диагностика в таких случаях затруднена и чаще всего пациенты наблюдаются с диагнозом опухолевого поражения у онколога, туберкулезом у фтизиатров и хирургов общей сети с неспецифическим спондилитом, грыжей дисков [5].

При рентгенографии таких больных выявляются одно- и многокамерные образования, иногда с уровнем жидкости, ободком или участками обызвествления в зоне определяемой тени. При компьютерной томографии выявляется кистозное образование в пораженном органе. Для уточнения природы кисты учитывают клинические и специальные лабораторные данные. В анамнезе берется во внимание место проживания, контакт с собаками, длительное течение заболевания. Зачастую возможны аллергические проявления в виде крапивницы, аллергического дерматита и др. В общем анализе крови эозинофилия, иногда высокая (до 10-13%), количество эозинофилов увеличивается после пальпации кисты или аллергической пробы. Из специальных лабораторных методов используют реакцию Кацони кожно-аллергическую пробу (внутрикожно вводят 0,2 мл диагностикума, изготовленного из жидкости эхинококковой кисты). На месте инъекции, если больной страдает эхинококкозом, появляются выраженная краснота и отечность. По данным Гостищева (2002 г) в 10-20% случаев при

эхинококкозе результаты пробы могут быть отрицательными [7]. Исследование спинномозговой жидкости может выявить умеренное повышение содержания белка и незначительный лейкоцитарный плеоцитоз, а иногда обнаруживаются эозинофилы. Решающее значение имеют компьютерная томография или магнитнорезонансная томография, а в случае обызвествления стенок кист может быть эффективна обычная рентгенография [8]. Методом выбора может служить тонкоигольная диагностическая пункция эхинококковой кисты под контролем УЗИ и под прикрытием медикаментозного лечения.

По мнению Вафина А.З. (1993г), полноценное обследование пациента заключается в использовании современных методов диагностики, включая рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, а при хирургическом вмешательстве соблюдение принципов апаразитарности и антипаразитарности [9], специфическое медикаментозное лечение в послеоперационном периоде альбендазолем и его аналогами. Лечение эхинококковых поражений позвоночника оперативное, по возможности радикальное, включающее в себя ламинэктомию, резекцию пораженных тел позвонков и переднюю декомпрессию спинного мозга, удаление кист, обработку тканей гипертоническими солевыми растворами и стабилизацию позвоночника [10], [11]. Радикальный подход в лечении больных с применением современных достижений вертеброхирургии это удаление компрессирующего очага, реконструкция и стабилизация позвоночной колонны, что позволяет достичь ранней и полной реабилитации [12].

Приводим клинический случай из нашей практики.

Больной Р., 30 л. Жалобы при поступлении на боли в области поясничного отдела позвоночника, усиливающиеся при движении, слабость. Потеря в весе составила за 5 месяцев 5кг. Ранее туберкулезом не болел, туберкулезный контакт отрицает. Со слов больного считает себя больным с июня 2013г. Обратился в поликлинику по месту жительства, где было рекомендовано КТобследование позвоночника. Исследование данным методом не исключает туберкулез позвоночника. Далее он был направлен в областной противотуберкулезный диспансер с диагнозом: Туберкулезный спондилит L1-2-3 позвонков осложненный абсецессом. Распространеннодеструктивная форма. Активна стадия.

Больному начато специфическое лечение препаратами по 1 категории.

На фоне лечения противотуберкулезными

препаратами в течение двух месяцев, состояние больного прогрессивно ухудшалось, боли усилились. В связи с этим, он был направлен в Национальный Центр Проблем Туберкулеза РК., где фтизиоостеологом состояние при поступлении его было оценено как средней степени тяжести за счет выраженного болевого синдрома.

При осмотре позвоночника определялось напряжение мышц спины. Осевая нагрузка на остистые отростки на уровне тел L1-2-3 позвонков вызвала усиление болезненности, на этом же уровне отмечался гиббус. Справа m.lliopsoas был напряжен. Движение и чувствительность в нижних конечностях сохранена, функции органов малого таза не нарушены.

Результаты лабораторного исследования:

В общем анализе крови, мочи, биохимических показателях, коагуолограмме, на момент исследования, патологических изменений выявлено не было.

Результат обследования КТ поясничного отдела позвоночника: оОтмечена контактная деструкция тел L1- 2-3 позвонков с костными секвестрами, определялась тень пре- и паравертебрального абсцессоподобного образования справа.

Для верификации диагноза, больному 29.08.13г было произведена операция: Люмботомия справа, абсцессотомия, некроэктомия тел L1-2-3. Удалены многочисленные крупные и мелкие капсулы с жидким содержимым и костными секвестрами. Гистологические исследование от 06.09.2013г. №2166-68 выявил эхинококкоз позвоночника.

Продолжительность курса лечения в общем составила 21 день. Больному проведено патогенетическое и симптоматическое лечение: бильтрецид 600.0 мг по $1 \text{ т/6} \text{ N}^{\circ}21$, глюкоза 5% 200.0 + вит С 6.0 в/в N°7, NaCl 0.9% 200.0 в/в N°7, p-p Рингера 400.0 в/в N°5, фенобарбитал по 1 т/6 N°1, промедол 2% $1.0 \text{ N}^{\circ}4$.

Решением ВКК от 06.09.13г диагноз туберкулез позвоночника L1-2-3 снят, все специфические препараты отменены.

В послеоперационный период на фоне

проводимой комплексной терапии состояние больного улучшилось, болевой синдром купирован, передвигается самостоятельно. Больному расписан режим дозированной нагрузки в съемном корсете. Дренажная трубка в ране функционировала, ежедневно проводилось промывание асептическими растворами и глицерином по дренажу. В динамике отмечалось постепенное уменьшение количества отделяемого из дренажа. Послеоперационная рана была чистой, без признаков воспаления и на 14 день сняты послеоперационные швы.

Динамическая рентгенографическое обследование поясничного отдела позвоночника в послеоперационный период показал, что контуры остатков тел позвонков сближены, свежих очагов деструкций нет, паравертебральные мягкие ткани без особенностей, абсцесса нет.

Больной в удовлетворительном состоянии выписан для дальнейшего лечения по месту жительства с рекомендацией о наблюдении у инфекциониста.

Таким образам, представленный случай эхинококкового поражения позвоночника показал, что из-за редкости заболевания у врачей общей сети нет настороженности в отношении эхинококкоза. Описанный случай нужно классифицировать как поздняя верификация диагноза, которая привела к большим деструктивным изменениям тел позвонков. Для своевременной верификации диагноза эхинококкозе позвоночника целесообразно шире внедрять в диагностическую практику рентгенологическую компьютерную томографию. Для профилактики рецидивов, необходимо проведение динамического КТ мониторинга пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по поводу эхинококкоза. Кратность повторных исследований - каждые 3 месяца в первый год после операции, и 2 раза в год--в последующие 8 лет.

Необходимо помнить, что выявление эхинококкового поражения одного из органов требует исключения диссеминации в другие органы пациента.

Литература

- Тропические болезни /Под общ. ред. Е.П. Шуваловой-СПб, 2004.
- Kourias B. Apropos of 2000 cases of operated hydatid cysts. Brief considerations of a statistical and surgical nature// Presse Med-1961-Vol. 69-P. 165 168. French.
- Hamdan T.A, Al-Kaisy M.A. Dumbbell hydatid cyst of the spine: case report and review of the literature // Spine-2000-Vol. 25-P. 1296-1299.
- Fiennes A.G., Thomas D.G. Combined medical and surgical treatment of spinal hydatid disease: a case report // J. Neurol. Neu-rosurg. Psychiatry-1982-Vol. 45-P. 927-930.
- Morshed A.A. Hydatid disease of the spine //Neurochirurgia (Stuttg). 1977. Vol. 20. P. 211-215.
- 6. Karray S., Zlitni M., Karray M., et al. Extensive vertebral hydatidosis. A study //Acta Orthop. Belg-1993-Vol. 59-P. 100-105.
- 7. Гостищев В.К., глава 15, стр 554 М: ГЭОТАР-МЕД.,2002.
- 8. Болезни нервной системы / Под ред. Н.Н. Яхно, ДР. Штульман.-Т. 1.-М.:Медецина, 2001.-С 428
- 9. Вафин А.З. Апаразитарность и антипаразитарность хирургических вмешательств при эхинококкозе Хирургия.— 1993.№4.-С.70-74
- 10. Pamir M.N., Akalan N., Ozgen T., et al. Spinal hydatid cysts //Surg. Neurol-1984. Vol. 21-P.53-57.
- Turtas S., Viale E.S., Pau A. Long term results of surgery for hydatid disease of the spine // Surg. Neurol.-1980. Vol. 13-P. 468-470.
- Зиятдинов К.М., Закирова Э.М., Абдуллин Р.Р. Казанский медицинский журнал, 2011г, том 92, №2 Случай рецидива эхинококкоза, осложненного реактивным остеомиелитом позвоночника.

References

- 1. Tropical diseases / Ed. E.P. Shuvalova- St. Petersburg, 2004. (in Russ.).
- Kourias B. Apropos of 2000 cases of operated hydatid cysts. Brief considerations of a statistical and surgical nature// Presse Med-1961-Vol.69-P.165 168. French.
- Hamdan T.A, Al-Kaisy M.A. Dumbbell hydatid cyst of the spine: case report and review of the literature // Spine-2000-Vol. 25-P. 1296-1299.
- 4. Fiennes A.G., Thomas D.G. Combined medical and surgical treatment of spinal hydatid disease: a case report // J. Neurol. Neu-rosurg. Psychiatry-1982-Vol. 45-P. 927-930.
- 5. Morshed A.A. Hydatid disease of the spine //Neurochirurgia (Stuttg). 1977. Vol. 20. P. 211-215.
- 6. Karray S., Zlitni M., Karray M., et al. Extensive vertebral hydatidosis. A study //Acta Orthop. Belq-1993-Vol. 59-P. 100-105.
- 7. Gostishchev V.K., chapter 15, page 554 M: GEOTAR-Med., 2002. (in Russ.).
- 8. Diseases of the Nervous System / Ed. N.N. Yahno, D.R. Shtulman T.1 M.: Medcine, 2001, p.428. (in Russ.).
- 9. Vafin A.Z. Aparasitical and antiparasitic surgical interventions for echinococcosis Surgery. 1993. № 4-p.70-74. (in Russ.).
- 10. Pamir M.N., Akalan N., Ozgen T., et al. Spinal hydatid cysts //Surg. Neurol-1984. Vol. 21-P.53-57.
- 11. Turtas S., Viale E.S., Pau A. Long term results of surgery for hydatid disease of the spine // Surg. Neurol. 1980. Vol. 13-P. 468-470.
- 12. Ziyatdinov K.M., Zakirova E.M., Abdullin R.R. Kazan Medical Journal, 2011, Vol 92, №2. Case of recurrence of echinococcosis complicated reactive osteomyelitis of the backbone. (in Russ.).

OPPORTUNITIES OF TRIGEMINY-SYMPATHETIC BLOCKADE UNDER THE PLANNED BILATERAL TONSILLECTOMY

УДК 616.211-002.2:616-085

Shakhmetova K.S.

National Scientific Center of Surgery named after A.N.Syzganov, Almaty, Kazakhstan

Abstract

This article is devoted to the study of worked-out method advantage of planned tonsillectomy under conduction central anesthesia by Vaisblat S.N.

Keywords:

chronic tonsillitis, tonsillectomy, conductive anesthesia

ЖОСПАРЛЫ ЕКІ ЖАҚТЫ ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ КЕЗІНДЕ СИМПАТИКАЛЫҚ БӨГЕМЕМЕН ТРИГЕМИНИЯ МҮМКІНДІКТЕРІ

Шахметова К.С.

А.Н. Сызганов атындаағы Ұлттық ғылыми хирургиялық орталық, Алматы, Казақстан

Аңдатпа

С.Н. Вайсблат бойынша орталық өткізгіш анестезиясымен тонзиллэктомияның жоспарлы өңделген әдісін оқуға арналған мақала.

Түйін сөздер:

созылмалы тонзиллит, тонзиллэктомия, өткізгіш анестезия.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРИГЕМИНИИ-СИМПАТИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ ПРИ ПЛАНОВОЙ ДВУСТОРОННЕЙ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

Шахметова К.С.

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан

Аннотация

Статья посвящена изучению преимуществ разработанной методики плановой тонзиллэктомии под проводниковой центральной анестезией по С.Н. Вайсблату.

Ключевые слова:

хронический тонзиллит, тонзиллэктомия, проводниковая анестезия.

Actuality

Chronic tonsillitis is one of the most common human diseases. Special socio-economic importance of this disease is that mostly children and young people of working age suffer from chronic tonsillitis and its complications and the ineffectiveness of conservative methods of treatment or decompensation of the process requires surgical intervention routine tonsillectomy.

Fighting with pain - one of the most pressing medical problems, especially in surgical practice. The solution to this problem is forcing us to seek new ways of painless surgery with simultaneous provision of long-term analgesia in the postoperative period, prevention of tonzillogenic bleeding and requires the development of effective, simple and affordable method for the general medical practice of anesthesia for routine tonsillectomy. In our opinion, the use of conductive anesthesia of II and III branches of the trigeminal nerve in the oval and round holes with tonsillectomy is an alternative in the choice of adequate pain relief and duration of the surgery.

The urgency of the problem also lies in the fact that bleeding associated with the operation of tonsillectomy become more frequent, as it is conducted intimely and is not appointed in the period of development of somatic metatonzillar diseases, which, in turn, significantly affect on the state of the blood coagulation system and other metabolic processes.

Deeper analgesic effect of conductive anesthesia of II and III branches of the trigeminal nerve in the oval and round holes, also called central anesthesia, is well known. The mechanism of draining of blood is that the branches of the trigeminal nerve contain sympathetic nerve branches extending from the external and internal carotid arteries, which are vasoconstrictors of afferent vessels. These afferent vessels vascularize areas corresponding to zones of innervation of the trigeminal nerve's branches and called trigeminy-sympathetic blockade (2, 4).

Figure 1
Place puncture needle
under the zygomatic
arch, between the
condylar and coronoid
process of the mandible



Materials and methods

We used subzygomaticus central anesthesia for the maxillar and mandibular nerve in the round and oval holes by Vaisblat S.N. The technique of conductive anesthesia for the routine tonsillectomy is that during sedation it is used only analginum and diphenhydramine. Atropine to reduce salivation is excluded.

Anesthesia is performed in the operating room, according to all the rules of asepsis and antisepsis, there is a 5-7 minute break between the right and left side anesthesia, lubrication of the throat with toxic solution of Dicain is not conducted. Then tonsillectomy is performed by the conventional method without additional infiltration anesthesia.

The degree of analgesic effect was assessed according tenzometric device called tonzilometr, which is used in surgical and neurological practice (2). The degree of bleeding was assessed gravimetrically by measuring blood loss by Wangtnsteen in modification of Nicolas, blood circulation in the operated area was recorded by rheographic study.

The advantage of a developed technique is more profound and long-lasting pain relief with fewer injections and anesthetic, analgesia of a greater operative field, which remains unchanged, reduced bleeding and salivation, pharyngeal reflex is removed, which greatly facilitates the technique of surgery.

The acceleration of the healing of tonsillar niches due to the smaller postoperative wound edema is determined in the postoperative period, where anesthetic still effects on the nervous tissue that retains in its normal state, there are no trophic disorders. Conductive anesthesia is also therapeutic measure and a useful therapeutic effect of anesthetic injections even after a single application is proved (1, 2).

For the prevention of syncope occurring in patients with non-steady mentality, it is necessary to hold the needle puncture at the height of a deep breath, there is a 5-7 minute break between the right and left side anesthesia that allows the doctor to not only divert the attention of the patient, but also prevents the occurrence of brain hypoxia and vegetative-vascular changes in the form of redness or blanching of the skin, sweating, increased heart rate and respiration (1, 2).

Reo- graphic research has explained the mechanism of anemization and absence of bleeding during operation of tonsillitis-ectomya under the conductor anesthesia.

There are surveyed in total 98 patients, suffering by a chronic tonsillitis of de-compensated form. The 67 patients from them - are the 1 group (researched); they were operated on tonsillitis-ectomya under conductor- blockade of I and II branches of trigeminal nerve in the field of oval and round apertures, and to II group of patients (control group) the operation of tonsillitis-ectomya was carried out under the standard infiltration anesthesia.

During research we was reveal an expressed anesthetizing, sedative and stabilizing hemodynamics action of conduct blockade to hemodynamics, and also there are provided an optimum conditions for tonsillitis-ectomy performance due to salivation decrease, reduction of bleeding and removal of pharyngeal reflex.

Conclusions

The developed method of conductive anesthesia for routine tonsillectomy is easy to perform in the presence of certain skills, and can be incorporated into routine clinical practice ENT offices.

Long analgesic effect promotes more smooth current of the postoperative period without

analgesic using and long starvation, stimulates healing tonsil niches and leads to reduction of patient's residence time in a hospital: for the I group (basic) - 2.84 ± 0.06 in-bed-days, for the II group (control) 4.84 ± 0.32 in-bed-day, p<0,001.

A degree of analgesic effect of anesthesia on «Tonsilmeter's» parameters has revealed an authentic difference between conduct and infiltration anesthesia's in 30, 60, 90, 120 and 180 minutes of the postoperative period (p < 0,001).

Duration of anesthesia at planning tonsillitisectomy has made in I group approximately 145,52 \pm 3,02 minutes, and in I group 26,09 \pm 1,69 minutes (p < 0,001).

Conduct blockade results in abatement of a blood-loss because of conduct bleeding in comparison with infiltration local anesthesia. As to the I group it has made $35,51\pm3,44$ ml, and in II group of patients $-125,16\pm10,14$ ml (p < 0,001).

I group, n -67 II group, n -31 Decompensation abs. 100% abs. 100% 8 14 20.9 25.8 Rheumatism, autoimmune Glomerulonephritis, autoimmune form 13 19,4 6 19.4 12 17,9 5 Toxic myocarditis 16,1 8 11,9 3 9.7 Toxic pyelonephritis 10 14,9 6 19,4 Toxic arthritis 5 7,5 2 6,4 **Paratonsillitis** 5 7,5 1 3,2 Recurrent sore throat 100% 67 31 100% All

Table 1 *Number of patients by somatic metatonzillar diseases*

Sex	I group	, n -67	II group, n -31			
	abs.	100%	abs.	100%		
Men	32	47,8	14	45,2		
Women	35	52,2	17	54,8		
All	67	100%	31	100%		

Table 2 *Number of patients by gender*

Age	l group, n -67		II group, n -31	
	abs.	100%	abs.	100%
13 - 16 12 -15	11	16,4	4	12,9
17 - 21 16 - 20	20	29,9	11	35,5
22 - 35	30	44,8	12	38,7
36 - 60	6	8,9	4	12,9
All	67	100%	31	100%

Table 3 *Number of patients by age*

OPPORTUNITIES OF TRIGEMINY-SYMPATHETIC BLOCKADE UNDER THE PLANNED BILATERAL TONSILLECTOMY

References

- 1. Vaysblat SN. Local anesthesia during operations on the face, jaw and teeth.- Kiev.-Gov.med.publ. USSR-1962.469 p. (in Russ.).
- 2. Tulebayev R.K., Taukeleva S.A., Shakhmetova K.S. The device for the objective assessment of the level of pain in tonsillectomy «Tonsillometr». provisional patent for the invention of Kazakhstan № 17035. Astana. 2006. (in Russ.).
- 3. Krylov N.V., Iskrenko I.A.. Cranial nerves. Publisher of the Russian Peoples' Friendship University, Moscow, 2002. (in Russ.).
- 4. Fedyaev I.M. Conductive anesthesia and prolonged conductive blockade in maxillofacial surgery. Kuibyshev, 1987. (in Russ.).

«ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГИЯ ХАБАРШЫСЫ» ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛЫНЫҢ АВТОРЛАРЫ ҮШІН ТАЛАПТАР

Журналда хирургияның түрлі салаларындағы зерттеу нәтижелері туралы ғыли мақалалар, қысқа жазбалар мен баспасөз-хабарламалары басылады.

Ұсынылған материалдарға қойылатын келесі талаптарға лайықты болуға тиісті:

- 1. Ұсынылған материалдарының мазмұндары кардиохирургия, ангиохирургия, абдоминалды хирургия, онкология, урология, анестезиология-реаниматология, оториноларингология, травматология, трансплантология, микрохирургия, пластикалық хирургия сияқты салаларындағы көкейкесті проблемалары бойынша бірегейлі ғылыми зерттеулердің нәтижелері сипатталуы керек. Мақала қызмет етіп жүрген мекемесінде жасалған зерттеу бойынша басылып шығаруға сол мекемеден берілген ілеспе рұқсатнамасымен болуытиіс.
- 2. Мақала бір данада ұсынылады. Қолжазбасының көлемі 5 бетке дейін, өз тәжірибесінен алынған оқиға 3-4 бет., 8 беттен аспайтын шолу дәрісі, негізгі мақала мәтінінің басында аңдатпасын қосқанда, онда жұмыстың мақсаты, жұмысты жүргізген әдісін немесе әдіснамасын, жұмыс нәтижелерін, алған нәтижелерді қолдану саласын көрсетіп, қорытындылары (аңдатпа 1 компьютерлік аралығымен интервалы 12 бм арқылы 1/3 бет) кестелер, суреттер, қолданылған әдебиет тізімі Word 2003, Times New Roman 14 пт шрифтымен басылған, жолдар арасында бос орын қалдырып, 1 компьютерлік интервалымен, алаңдары үстінгісі мен төменгісі 2 см, сол жағы 3 см, оң жағындағы алаңы 1,5 см. Суреттер саны бестен аспауы керек.

Мақаланың басында сол жағындағы үстінде **Ә ОЖ** көрсету тиіс. Әрі қарай беттің ортасында <u>ағылшын тілінде</u> бас әріптермен (жартылай қалың кәріпімен) – мақаланың атауы; төменгі жолда бас әріптермен авторлардың тегін және аты мен әкесінің атының бас әріптерін, лауазымын, ғылыми дәрежесін көрсетуімен; кейін беттің ортасында жәй әріптермен - жұмыс орындалған ұйымның(ұйымдардың), қала атауларын көрсетеді; (институттың және ведомствоның толық атауын, қала және пошталық индексі, е-mail) жазылады.

Аңдатпа, түйін сөздер ағылшын тілінде, кейін сондай аңдатпа мен түйін сөздер орыс және қазақ тілдерінде, әрі қарай мақаланың мәтіні ұсынылады. Мақаланың соңында үшінші тілде (орыс (қазақ) мақаланың атауының аудармасы, сондай -ақ автор туралы деректері де 3 тілде беріледі. Электронды нұсқасы CD-дискінде беріледі және де электронды пошта арқылы жіберіледі.

Әдебиет тізімі. Сілтемелер мәтінде, квадратты жақшаның ішінде беріледі. Дәйексөз алынған әдебиет және дереккөздері сілтемелерге, нөмірлеріне сәйкес, әліпби бойынша емес мақаланың соңында келтіріледі. Әдебиет тізімінде ағылшын тілде дерекккөздер болуы мүмкін.

(Web of Science, Scopus және өзгелері) ғылыми зерттеулер туралы реферативтік пен талдау ақпараттары деректерінің дүние жүзілік базалары орыс тілдегі журналдарынан «References» роман әліпбиінде – (латиницада) мақалаға қатысты библиографиялық тізімі ұсынылуы талап етіледі. Осындай талап авторлар зерттеулерін жасайтын ұйымдарында орыс тілдес авторларының басылым қызметін сапалы бағалауға мүмкіндік береді. Бұл деген халықаралық базаларының басты талаптарының бірі! Әдебиет тізімінен кейін

ағылшын тілде әдебиеттің орыс немесе қазақ тізімінің толық аудармасы беріледі! Әдебиет тізімі SCOPUS үшін және өзге ДЕРЕКТЕРІНІҢ БАЗАСЫ үшін ұсынылатын мақалада шеттіл дерекккөздері бар-жоғына қарамастан, орыстілдес бөлігінде әдебиет тізімін қайталай отырып, толық жеке блогымен (References) роман әліпбиінде беріледі. Егерде тізімде шетелдік басылымдарға сілтемелер болса, олар роман әліпбиінде (латиницада) әзірленетін тізімінде толық қайталанады.

References жазбасында мынадай («//» и «–») белгілер қойылмайды. Дереккөздің атауы және шығатын деректері авторлардан басқа шрифтпен, жиі курсивпен, нүктемен немесе үтірмен көрсетіледі.

Автор түйіндемесі (аңдатпасы) келесі талаптарға сай болуы тиіс:

- ақпараттық (жалпы сөздер болмауы керек);
- **бірегей** (орыс тілдегі аңдатпасының калькасы болмауы керек);
- **мазмұнды** (мақаланың негізгі мазмұнын және зерттеудің нәтижелерін көрсету керек);
- **құрылымдылық** (мақалада нәтижелерді сипаттау логикасын сақтау);
 - **«ағылшынтілдес»** (сапалы ағылшын тілде жазылуы тиіс);
- шағын, бірақ қысқа болмауы керек (200 сөзден 400 сөзге дейін).

Ағылшын тілдегі аңдатпа мақаланың мазмұнында келесі аспекттілер кіруі керек: міндеті, тақырыбы, жұмыстың мақсаты; әдіс немесе жұмысты жүргізу әдіснамасы; жұмыстың нәтижелері; қорытындылары. Жұмыстың нәтижелері мен қорытындыларынан сипаттаудан бастап, мақаланың мазмұнын сипаттау дәйектілігін өзгертуге болады . Мақаланың атауы анық болмаған жағдайда, жұмыстың міндеті, тақырыбы, мақсаты көрсетіледі. Жұмыстың әдісі немесе жұмысты жүргізу бойынша әдіснамасы жаңалығымен ерекшеленетін болса немесе аталмыш жұмыс тұрғысынан қызығушылық туғызатын болса ғана сипаттау мақсатқа сай болады. Мақалаға кіріспе бөлігі. Шешілетін проблеманың қысқа шолуы мен жұмысты қою негіздемесі беріледі. Жұмыстың мақсатын нақты тұжырымдау қажет.

"Әдіс" бөлігінде жұмыста қолданылған аспаптар, реактивтер бойынша эксперимент қойған кезінде операцияларды зерттеу нысаны, шарттары, дәйектілігі туралы мағлұмат болады. Аспаптар мен жабдықтарды көрсеткен жағдайда, түпнұсқа тілінде (тырнақшалармен белгілеп), фирманың және елдің атауы көрсетіледі. Тиісті басылымға сілтемелерден басқа, егерде әдіс таралмаған болса немесе айтарлықтай түрлендірілген жағдайда, оның қысқа сипаттамасы беріледі. Деректердің статистикалық өңделуі болған жөн.

«Нәтижелері және оларды талқылау» бөлігі бір-бірін қайталамайтын кестелері мен суреттерімен алынған эксперименталды деректердің қысқаша сипаттамасы болуы тиіс. Нәтижелерді сипаттау анықталған заңнамалықтардың көрсетілуін көздеген жөн, ал кестелер мен сызбалардың мазмұндарын механикалық түрде баяндалғаны қажет емес. Нәтижелерді өткен шақпен баяндау қажет. Талқылауда зерттеудің нәтижелерін қайталамауы керек. Бөліктің соңында «Кіріспе» деген бөлігінде қойылған сұрағына жауабы бойынша негізгі қорытындыны тұжырымдамау ұсынылады. Мәтінде ғылыми әдебиеттегі жалпы қабылданған қысқартулар, мысалы: ДНК РНКаза, АТФ, НАД, ГЖХ және т.б., стандартты емес қысқартулардың көптеген саны болған жағдайда, бірінші бетте жоласты сілтемелер ретінде келтіріледі. Аминқышқылдардың қалдықтарын, қанттарды және нуклеидті қышқылдардың негіздерін белгілеу транскрипцияда беріледі. Мысалы, лей – лейцин, иле – изолейцин, фен – фенилаланин, глю-глюкоза, сах-сахароза.

Кестелер жеке беттерде басылады. Әр кестенің нөмірленген және тақырыптық атауы болуы тиіс. Суреттерге ұсынылатын жазбалары жеке парақта беріледі. Суреттер бойынша жазбалар өте аз болғаны жөн. Біліктерде өлшенетін шаманың атауы емес, тек мөлшерлігі көрсетіледі.

Графиктердегі қисықтар араб цифларымен белгіленеді, тиісті түсіндірмелер суретке жазбаларында беріледі.

Қолжазба CD дискте немесе электронды пошта арқылы басылған немесе электронды даналарында жіберіледі. Жеке бетте авторларының толық тегі, аты, әкесінің аты, атағы, лауазымы, жұмыс орны, телефондары, факстары e-mail, индексімен пошталық адресі көрсетіледі. Мақалаларды басу кезінде редакциялық алқа автордан түпкілікті түскен датасын басшылыққа алады. Кезектен тыс, редакциялық алқасының пікірі бойынша, артық мағынасындағы тапсырыс берілген жұмыстар мен мақалалар басылады. Басып шығаруға қабылданбаған қолжазбалары авторларына қайтарылмайды.

Қолжазбаның жалпы көлемі бірдік интервалы арқылы 15 бетке дейін рұқсат етіледі. Бұл көлемге сондай–ақ аңдатпа, кестелер, суреттер мен әдебиеттізімі кіреді.

Мақаланы журналдың редакциялық алқасының өтініші бойынша қайта өңделген кезінде, редакциямен мақаланың түпкілікті нұсқасын қабылдаған күннен бастап саналады.

Осы ережелер сақталмай рәсімделген жұмыстар, қараусыз кайтарылады. Журналға жіберілетін жұмыстар қысқартылған нысанында және белгілі дәйектілігінде баяндалуы керек.

РЕДАКЦИЯЛЫҚЭТИКА

РЕДАКЦИЯЛЫҚ ЭТИКА – істің табысты болуы үшін редакцияның (баспаның) өзара қарым-қатынастарын құруға ықтияр жазылмаған қағидалар. Олардың ең маңыздылары:

- 1) плагиат болмауы, редакциялық құпияны, яғни автордың келісімісіз ашпау, кітабы шыққанға дейін және шыққаннан кейін де баспада жұмыстың зертханасын жарияламау, (туындының ерекшеліктері мен кемшіліктерін, ескертулерімен және түзетулерімен ешкіммен талқыламау, берілген ішкі пікірлерімен таныстырмау), автордың рұқсатысыз түпнұсқасын оқуға бермеу;
- 2) автордың ойын түсінуге талпынуымен, авторға және оның еңбегіне құрметпен қарау; шығармашылық тұрғысынан қолдауға ынталанып, талаптары мен тілектерін орындау, ал өзінің сынымен басып тастау емес, авторға өз шарттарын қоймай, тек дұрыс негізделген ескертулерді басшылыққа ала отырып, автормен келісу, авторлық түпнұсқасында өз еркімен араласпау;
- 3) есіңізде болсын, редакция байқаған автордың қатесі болып табылмайды; автор туындысының сапасы анықталады.

ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ НАУЧНОГО ЖУРНАЛА «ВЕСТНИК ХИРУРГИИ КАЗАХСТАНА»

В журнале публикуются научные статьи и заметки, экспресссообщения о результатах исследований в различных областях хирургии.

Представленные для опубликования материалы должны удовлетворять следующим требованиям:

- 1. Содержать результаты оригинальных научных исследований по актуальным проблемам в таких областях, как кардиохирургия, ангиохирургия, абдоминальная хирургия, онкология, урология, анестезиология-реаниматология, оториноларингология, травматология, трансплантология, микрохирургия, пластическая хирургия. Статья сопровождается разрешением на опубликование от учреждения, в котором выполнено исследование.
- Статья представляется в одном экземпляре. Объем 2. рукописи: научная статья - до 5 стр., случай из практики - 3-4 стр., обзорная лекция – не более 8 стр., включая аннотацию в начале статьи перед основным текстом, которая должна отражать цель работы, метод или методологию проведения работы, результаты работы, область применения результатов, выводы (аннотация не менее 1/3 стр. через 1 компьютерный интервал, 12 пт), таблицы, рисунки, список литературы (12 пт через 1 компьютерный интервал), напечатанных в редакторе Word 2003, шрифтом Times New Roman 14 пт, с пробелом между строк 1 компьютерных интервала, поля – верхнее и нижнее 2 см, левое 3 см, правое 1,5 см. Количество рисунков – не более пяти. В начале статьи вверху слева следует указать индекс УДК. Далее посередине страницы на английском языке заглавными буквами (полужирным шрифтом) – название статьи; ниже прописными буквами – инициалы и фамилии авторов, должность, степень, затем посередине строчными буквами - название организации(ий), в которой выполнена работа и город, (приводят полное название института и ведомства, город и почтовый индекс, e-mail.)

Аннотация, ключевые слова на английском языке, затем то же самое на русском и казахском языке, далее следует текст статьи. В конце статьи дается резюме на третьем языке (русском (казахском), перевод названия статьи, также на 3-х языках данные автора). Прилагается электронный вариант на CD-диске или пересылается по электронной почте.

Список литературы. Ссылки даются в тексте, в квадратных скобках. Цитируемая литература и источники приводятся в конце статьи согласно нумерации ссылок, не по алфавиту. В списке литературы могут содержаться источники на английском языке.

Мировые базы данных реферативной и аналитической информации о научных исследованиях (Web of Science, Scopus и др.) требуют от русскоязычных журналов представления пристатейного библиографического списка в романском алфавите (латинице) — «References». Это дает возможность качественной оценки публикационной деятельности русскоязычных авторов и организаций, в которых проводят исследования авторы. Это одно из главный требований международных баз! После списка литературы идет полный перевод русского или казахского списка литературы на английский язык! Приводится список литературы в романском алфавите (References) для SCOPUS и других БАЗ ДАННЫХ полностью отдельным блоком, повторяя список литературы к русскоязычной части, независимо от

того, имеются или нет в нем иностранные источники. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, готовящемся в романском алфавите (латиница).

В References не используются разделительные знаки («//» и «–»). Название источника и выходные данные отделяются от авторов типом шрифта, чаще всего курсивом, точкой или запятой.

Авторские резюме (аннотации) должны быть:

- информативными (не содержать общих слов);
- оригинальными (не калька русскоязычной аннотации);
- содержательными (отражать основное содержание статьи и результаты исследований);
- структурированными (следовать логике описания результатов в статье);
- «англоязычными» (написаны качественным английским языком);
 - **компактными, но не короткими** (от 200 до 400 слов)

Аннотация на английском языке может включать следующие аспекты содержания статьи: предмет, тему, цель работы; метод или методологию проведения работы; результаты работы; выводы. Последовательность изложения содержания статьи можно изменить, начав с изложения результатов работы и выводов. Предмет, тема, цель работы указываются в том случае, если они не ясны из заглавия статьи. Метод или методологию проведения работы целесообразно описывать в том случае, если они отличаются новизной или представляют интерес с точки зрения данной работы.

Вводная часть к статье. Дается краткий обзор решаемой проблемы и обоснование постановки работы. Необходимо четко сформулировать цель работы.

Раздел "Методика" содержит сведения об объекте исследования, условиях, последовательности операций при постановке эксперимента, приборах, реактивах, использованных в работе. При упоминании приборов и оборудования указываются название фирмы на языке оригинала (в кавычках) и страны. Если метод малоизвестен или значительно модифицирован, кроме ссылки на соответствующую публикацию, дают его краткое описание. Желательна статистическая обработка данных.

Раздел "Результаты и их обсуждение" должен содержать краткое описание полученных экспериментальных данных с таблицами и рисунками, не дублирующими друг друга. Изложение результатов должно заключаться в выявлении обнаруженных закономерностей, а не в механическом пересказе содержания таблиц и графиков. Результаты рекомендуется излагать в прошедшем времени. Обсуждение не должно повторять результаты исследования. В конце раздела рекомендуется сформулировать основной вывод, содержащий ответ на вопрос, поставленный в разделе «Введение». В тексте должны быть использованы общепринятые в научной литературе сокращения: например, ДНК, РНКаза, АТФ, НАД, ГЖХ и т.п., при большом количестве нестандартных сокращений они приводятся в виде подстрочной сноски на первой странице. Обозначение аминокислотных остатков, сахаров и оснований нуклеиновых кислот приводят, как правило, в транскрипции. Например: Лей – лейцин, Иле – изолейцин, Фен – фенилаланин, Глю - глюкоза, Сах - сахароза.

Таблицы печатаются на отдельных страницах. Каждая таблица должна иметь нумерационный и тематический заголовок. Подписи к рисункам помещаются на отдельном листе. Рисунки должны содержать минимум надписей. На осях указывается лишь размерность, а не название измерявшейся величины

Кривые на графиках обозначаются арабскими цифрами, соответствующие пояснения даются в подписях к рисунку.

Рукопись присылается в печатном или электронном экземплярах на CD диске или по электронной почте. На отдельной странице указываются полностью имена, отчества и фамилии всех авторов, звания, должности, места работы, телефоны, факсы, e_mail, почтовые адреса с индексом.

При публикации статей редколлегия руководствуется датой их окончательного поступления от автора. Вне очереди публикуются заказные работы и статьи, имеющие, по мнению редколлегии, приоритетное значение. Рукописи, не принятые к публикации, не возвращаются.

Общий объем рукописи может составлять до 15 страниц через одинарный интервал. В этот объем входят также аннотация, таблицы, рисунки и список литературы.

В случае переработки статьи по просьбе редакционной коллегии журнала датой поступления считается дата получения редакцией окончательного варианта.

Работы, оформленные без соблюдения этих правил, возвраща-

ются без рассмотрения. Работы, направляемые в журнал, должны быть изложены в сжатой форме и в определенной последовательности.

РЕДАКЦИОННАЯ ЭТИКА

РЕДАКЦИОННАЯ ЭТИКА — неписаные правила, на которых желательно строить взаимоотношения редакции (изд-ва) и автора ради успеха дела. Важнейшие из них:

1) недопустимость плагиата, хранить редакционную тайну, т. е. не раскрывать без согласия автора и до и после выхода книги лабораторию работы над ней в издательстве (не обсуждать с к.-л. достоинства и недостатки произведений, замечания и исправления в них, не знакомить к.-л. с внутренними рецензиями), не давать без разрешения автора читать к.-л. авт. оригинал;

2) уважительно относиться к автору и его труду, стараясь вникнуть в его замыслы, требования и пожелания, стремясь творчески поддерживать его, а не подавлять своей критикой, не диктовать автору свои условия, а договариваться с ним, опираясь только на хорошо обоснованные замечания, ни в коем случае не хозяйничать самовольно в авт. оригинале;

3) помнить, что не ошибками автора, замеченными редакцией, определяется качество авт. произведения

REQUIREMENTS FOR THE AUTHORS OF THE «BULLETIN OF SURGERY» SCIENTIFIC JOURNAL

Scientific articles and notes, express messages on the results of research in the various fields of surgery are published in the journal.

Submitted for publication materials should meet the following requirements:

- 1 To have the results of original research on current issues in the such fields, as cardiosurgery, angiosurgery, abdominal surgery, oncology, urology, anaesthesiology-critical care medicine, otorhinolaryngology, traumatology, transplantation, microsurgery, plastic surgery, not previously been published and are not intended to be published in other publications. The article is accompanied by a security clearance from the institution, in which the study is carried out.
- Article is presented in one copy. The volume of the paper: a scientific article -up to 5 pages, a clinical case - 3-4 p., a review lecture - no more than 8 p., including the abstract at the beginning of the article before the main text, which should reflect the aim, method, or technique of the work, the results, applicable scope of results, conclusions (abstract of not less than 1/3 page through 1 interval, 12 computer print), tables, figures, references (12 pt after 1 computer interval), printed in Word 2003 with Times New Roman, 14 pt, with a space between the lines of 1 computer interval, field at the top and bottom - 2 cm, left-3 cm, right - 1.5 cm. Number of figures - no more than five. The index of UDC should be at the beginning of the article at the upper left corner. Then in the middle of the page with English capital letters (in italics) there should be the initials and last names of authors, title, degree, then in the middle with lowercase - name of organization(s), in which the work is performed and the city, below in the middle with capital letters (in bold) - the title of the article; Give the full name of the Institute and departments, city, and postal code,

Abstract, key words in English, and then the same in Russian or Kazakh language, then the text of the article follows. At the end of the article the abstract in a third language should be (Russian, Kazakh), translation of the article title, also in 3 languages the author's data). The electronic version on the CD should be attached or sent by e-mail.

References. Links are given in the text in square brackets. Cited reference appears at the end of the article according to the numbering of links, not alphabetically. In the list of references there may be sources in English.

World database of bibliographic and analytical information about research (Web of Science, Scopus etc.) demand from the journals in Russian the presence of article bibliography in the Roman alphabet (Latin)-"References". The correct representation of the used sources in the article bibliography provides an opportunity to evaluate publishing activities of the authors and the organization running the authors. This is one of the main requirements of the international database! After the list of literature there is a complete translation of Russian or Kazakh bibliography in English!

A list of literature in the Roman alphabet (References) for SCOPUS and other databases is given in completely separate unit, repeating a list of references to the Russian-speaking part, regardless of whether or not there are foreign sources. If the list includes links to foreign publications, they are fully repeated in the list in the upcoming Roman alphabet (Latin).

References are not used separating characters ("//" and "-"). The name

of the source and output data are separated from the authors of the font type, often in italics, dot or comma.

Author abstract must be:

- informative (does not contain common words);
- original (not tracing of Russian abstract);
- meaningful (to reflect the substance of articles and research results);
- structured (logic in description of results in the article);
- "English-speaking" (written in quality English language);
- Compact, but not short (from 200 to 400 words)

Abstract in English may include the following aspects of the content of the article: subject, topic, aim of work; method or methodology for carrying out the work; the results of the work; conclusions. Sequence of the content of the article can be changed, starting with the presentation of the results and conclusions. Subject, topic, aim of the work are pointed if they are not clear from the title of the article. Method or methodology for the carrying out the work are worth-while to describe, if they are new or are of interest from the point of view of this work.

Introduction. Give a brief overview of the problem and validation of the setting work. You need to clearly articulate the aim of the work.

The "Methods" section contains information about the object of study, conditions, the sequence of operations when setting the experiment, equipment, chemicals used in the work. When referring to devices and equipment, give the company's name in the original language (in quotes) and country. If the method is not very well known or significantly modified, besides the links to the respective publication, give a brief description. The aggregate data analysis is desirable.

"Results and discussion" section should contain a brief description of the obtained experimental data with tables and pictures, not overlapping. Summary of results should be to identify detected patterns, not in mechanical retelling of tables and graphs. Results are recommended to present in past tense. Discussion should not repeat results. At the end of the section, it is recommended to develop the main conclusion that contains the answer to the question posed in the introduction. The text should be used generally accepted abbreviations in the scientific literature: e.g., DNA, RNA, ATP, NAD, GLC and etc., with a large number of non-standard abbreviations they are given as a footnote on the first page. Designation of the amino acid residues, sugars and nucleic acid bases are usually given in transcriptions. For example: Leu-Leucine, Ileisoleucine, Phe-phenylalanine, Glu-qlucose, Suc-sucrose.

Tables are printed on separate pages. Each table (at least three columns) should be numerical and have subject heading. Figure captions are placed on a separate paper. Figures should contain a minimum of inscriptions. On the axes specify a dimension, not the name of the measured variable.

Curves in graphs are indicated by Arabic numerals, relevant explanations are given in the figure captions.

The manuscript is sent in printed or electronic copies and on CD or by e-mail. The full names, patronymics and surnames of all authors, rank, position, place of work, phones, faxes, e mail, postal addresses with the

index

When publishing articles the editorial board is governed with the date of their final receipt from the author. Custom works and articles are published out of turn, having, in the opinion of the editorial board, a priority. Manuscripts, not accepted for publication, will not be returned.

The total volume of the manuscript can be up to 15 pages with 1. This volume also concludes abstract, tables, figures and references.

In the case of reworking of the article at the request of the editorial board the date of receipt is considered when receiving the final version.

Work with not following these rules will be returned without review. Work to the journal should be stated concisely and in a specific sequence.

Publication Ethics and Publication Malpractice in Bulletin of surgery in Kazakhstan

For information on Ethics in publishing and Ethical guidelines for journal publication see http://www.elsevier.com/publishingethics and http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics.

Submission of an article to the "Bulletin of surgery in Kazakhstan" scientific-practical journal implies that the described work has not been published previously (except in the form of an abstract or as part of a published lecture or academic thesis or as an electronic preprint, see http://www.elsevier.com/postingpolicy), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, including electronically without the written consent of the copyright-holder. In particular, translations into English of papers already published in another language are not accepted.

No other forms of scientific misconduct are allowed, such as plagiarism, falsification, fraudulent data, incorrect interpretation of other works, incorrect citations, etc. "Bulletin of surgery in Kazakhstan" follows the Code of Conduct of the Committee on Publication Ethics (COPE), and follows the COPE Flowcharts for Resolving Cases of Suspected Misconduct (http://publicationethics.org/files/u2/New_Code.pdf). To verify originality, your article may be checked by the Cross Check

originality detection service http://www.elsevier.com/editors/plaqdetect.

The authors are obliged to participate in peer review process and be ready to provide corrections, clarifications, retractions and apologies when needed. All authors of a paper should have significantly contributed to the research.

The reviewers should provide objective judgments and should point out relevant published works which are not yet cited. Reviewed articles should be treated confidentially. The reviewers will be chosen in such a way that there is no conflict of interests with respect to the research, the authors and/or the research funders.

The editors have complete responsibility and authority to reject or accept a paper, and they will only accept a paper when reasonably certain. They will preserve anonymity of reviewers and promote publication of corrections, clarifications, retractions and apologies when needed. The acceptance of a paper automatically implies the copyright transfer to the Bulletin of surgery in Kazakhstan.

The Editorial Board of the Bulletin of surgery in Kazakhstan will monitor and safeguard publishing ethics.

Publication ethics- unwritten rules in which it is desirable to build relationships of editor (publishing house), and the author for business success. The most important are:

- 1) inadmissibility of plagiarism, keeping editorial secret, i.e. not to disclose, without consent of the author, before and after the journal came out, working process on it in the publishing house (not to discuss with anybody advantages and disadvantages of works, comments and corrections to them, not familiar anybody with internal review), not to read without permission of the author to anybody author original;
- 2) to respect the author and his/her work, trying to penetrate into his/her plans, requirements and wishes, trying to support author creatively, rather than suppress him/her with criticism, not to dictate the terms to the author, but to negotiate with him/her, relying only on well-founded comments, not to host illegally in author's original;
- 3) remember that author's mistakes, noticed by editors, do not determine the quality of the author's product.