# Вестник хирургии Казахстана

Nº2 (18) 2009

«Вестник хирургии Казахстана», ежеквартальный научно-практический журнал Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова

Издается с 2005 г.

Собственник журнала - Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова.

Журнал зарегистрирован в Министерстве информации, культуры и спорта РК. Регистрационный номер 5564-ж

Адрес редакции: г. Алматы, ул. Желтоксан, 62 Тел. (327) 2795306

Журнал входит в перечень изданий, рекомендуемых Министерством образования и науки Республики Казахстан для публикации научных трудов

По вопросам публикации материалов обращаться к ответственному секретарю журнала по тел. 8 777 562 8570 Эл. почта: kbk4554@gmail.com

Ответственность за содержание публикуемых материалов несут авторы материалов.
Ответственность за рекламные материалы несут рекламодатели.

Перепечатка публикуемых материалов допускается только с разрешения редакции. При цитировании обязательны ссылки на журнал.

Тираж 400 экз. Тип. NV-service

#### Главный редактор

Султаналиев Т.А., профессор

#### Заместитель главного редактора

Рамазанов М.Е., д.м.н.

#### Ответственный секретарь

Кабдрахманов К.Б.

#### Редакционная коллегия:

Ахметов Е.А., д.м.н. Баймаханов Б.Б., проф. Жураев Ш.Ш., д.м.н., проф. Исмагилов Р.З., д.м.н., проф. Миербеков Е.М., д.м.н., проф. Поцелуев Д.Д., д.м.н. Сейдалин А.О., д.м.н., проф. Сейсембаев М.А., проф. Хвостиков Е.И., д.м.н., проф.

#### Редакционный совет:

Абдуллаев М.Ш. (Алматы) Апсатаров Э.А. (Алматы) Вишневский В.А. (Москва) Даирбеков О.Д. (Шымкент) Доскалиев Ж.А. (Астана) Изимбергенов Н.И. (Актобе) Лохвицкий С.В. (Караганда) Мамедов М.М. (Баку) Мамекеев М.М. (Бишкек) Назыров Ф.Г. (Ташкент) Сабыр М.Ш. (Актобе) Черноусов А.Ф. (Москва)

#### Содержание

#### Абдоминальная хирургия

Способ формирования антирефлюксного эзофагоеюноанастомоза при гастрэктомии. Рахметов Н.Р., Ельчибаев Б.М., Хребтов В.А., Омаров Н.Б. (3)

Способ закрытия культи двенадцатиперстной кишки при гастрэктомии. Ельчибаев Б.М. (6)

Холецистэктомия из мини-доступа у лиц пожилого и старческого возраста. *М.Ж. Аймагамбетов* (11)

Оценка эффективности универсального ранорасширителя в хирургии малого доступа при желчнокаменной болезни. *М.Ж. Аймагамбетов* (13)

Оценка влияния эндоскопического низкоинтенсивного лазерного излучения в сочетании с антиоксидантом в лечении дуоденальных язв. *Мамедов М.М., Мамедов И.И., Мамедов А.А.* (17)

Об бактериологических критериях оценки эффективности лечения холангита с применением озонотерапии (экспериментальное исследование). Агаев Р.М., Алиева Э.А., Аллазов Т.А. (20)

Активная хирургическая тактика при лечении острого панкреатита. Акылжанов К.Р., Голобородько О.Н., Камзин Н.К., Абдрахманов С.Т., Калиев Е.К., ДатбаевМ.Ж., Амирханов Ж.А. Каргабаев Е.Ж. (23)

#### Онкология

Отдаленные результаты лечения у больных раком легкого после выполнения расширенно-комбинированных операций. *Баймухаметов Э.Т.* (26)

Лучевая диагностика послеоперационной эмпиемы плевры в торакальной онкохирургии. *Тулеутаева 3.К.* (28)

Сопоставительный анализ количественных показателей уровня цитокинов с данными иммунитета в связи с прогнозом клинического течения и эффективностью аутоцитокинотерапии рака легкого. Аубакирова А.Т., Баишева С.А. (30)

Эмболизация маточных артерий при лечении больных раком шейки матки. Якубова М.Б., Кулакеев О.К., Байназарова А.А., Югай К.В. Арыбжанов Д.Т., Маклакова Е.Э., Тургунов А.М. (32)

#### **Урология**

Использование интраоперационной ультрасонографии как метод выявления и профилактики резидуальных камней почки. Алчинбаев М.К., Айтказин Б.М., Омаров Е.С., Сенгирбаев Д.И. (35)

Хирургическое лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей. *П.А.Жантелиева (37)* 

#### Сосудистая хирургия, микрохирургия

Модифицированный сухожильный шов в микрохирургии травм пальцев кисти. Мурадов М.И.,

Сайк П.Ю. (39)

Интраоперационное применение флебосклерозирующего лечения у пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей. Шамсадинская Т.А. (42)

#### Офтальмохирургия

Результаты предварительного ЛОР-обследования у пациентов с непроходимостью слезоотводящего протока. Ботабекова Т.К., Джуматаев Э.А., Абдуллина В.Р. (45)

#### Гинекология, акушерство

Новый метод хирургической коррекции генитального пролапса у женщин репродуктивного возраста. *Новрузов Р.М.* (48)

Консервативное лечение заболеваний промежности неопухолевой этиологии. *Мусаев Х.Н. (52)* Физиотерапевтические аспекты крауроза вульвы. *Таирова К.И., Нысанбаева Г.А. (55)* 

Особенности течения беременности и родов у женщин с эндемическим зобом. Р.И. Гусейнова (56)

#### Общая хирургия

Озонотерапия и акупунктура синдрома диабетической стопы. *Касымов М.К., Тулеуов Ж.М., Сасыков А.М., Омаркулов А.Р., Калтаева Д.М. Цурка М.Р., Ахетов М.Е.* (59)

#### Стоматология

Преимущества использования анкерных титановых штифтов «Ikadent» при проведении реставраций коронковой части всех групп зубов. *Кан М.В., Латыпова Р.С., Шайхисламова Н.А.* (61)

Клинические особенности применения композитных цементов. *Кан М.В., Латыпова Р.С., Шайхисламова Н.А.* (63)

Эффективность лечебного и профилактического действия зубной пасты «Parodontax» в комплексном лечении воспалительно- деструктивных заболеваний пародонта. Кан М.В., Латыпова Р.С., Шайхисламова Н.А. (65)

#### Санитарно-проветительская работа

Жылауық құрт ауруының профилактикалық шаралары. *Нурмуханбетова Р.Н.* (67)

#### Юбилеи

Александр Николаевич Сызганов – выдающийся деятель отечественной медицины. *Куралбаев* Б.С., Шынгысова Ф.С., Килячкова М.Г. (69)

Базаркан Досумбекович Тлеуф (71) Профессор И.Р. Юнусметов (72)

# Способ формирования антирефлюксного эзофагоеюноанастомоза при гастрэктомии

Рахметов Н.Р., Ельчибаев Б.М., Хребтов В.А., Омаров Н.Б.. Кафедра госпитальной хирургии Семипалатинской государственной медицинской академии УДК 616.33-006.6-089.844

## Гастрэктомия кезінде антирефлюксты эзофагоеюноанастомозы салу тәсілі

Рахметов Н.Р., Ельчибаев Б.М., Омаров Н.Б., Мусин HM

Госпиталдық хирургия кафедрасы

Семей мемлекеттік медицина академиясы

Клиникада ойлап табылған әдіс бойынша гастрэктомия операциясынын кейін өнеш-ашішек анастомозы қалыптастырған 80 науқастың хирургиялық 2001-2008 кезеңдегі операция жасалған асқазан қатерлі ісігін гастрэктомия жолымен емдеудің нақтылы нәтижелері талданды. Өнештің абдоминалды бөлшесіне 0,5-1см аралы5ында VICRYL жібімен бір қатарлы тігіспен анастомоз салаынды. Науқастардың жас ерекшелігі 22 жастан 77 жасқа дейін болды. Операциядан кейінгі кезеңде өңештің – ащы ішекті анастомозының қанағат етерлік емес түрдегі асқынуы болған жоқ. Науқастар операциядан кейінгі 12-15 тәулікте қанағаттанарлық жағдайда шықты.

## Method of formatting of anti-reflux esophageal-jejunal anastomosis at gastrectomy

Rahmetov N.R., Elchibaev B.M., Chrebov V.A., Omarov N.B., Musin N.M.

Chair of hospital surgery

Semey State Medical Academy

Represented results of surgical treatment of 79 patients, undergone to gastrectomy with formatting of anti-reflux esophageal-jejunal anastomosis on elaborated methodic of clinic. Anastomosis formed on a short stamp (0,5-1sm) of abdominal department of esophagus with minimize of a number of sutures of anastomosis in one way with thread "VYCRIL" with mucosa. Age of patients was 22-77 years. In afteroperational period there were no draft rejection of anastomosis, number of reflux-esophagitis was minimal. The patients discharged from clinic in satisfactory condition on 12th-15th day after operation.

#### Введение

Рак желудка (РЖ) является одним из самых распространенных и быстропротекающих онкологических заболеваний во всем мире. В Республике Казахстан показатели заболеваемости раком желудка составляет 20,4 на 100000 населения и ежегодно регистрируется 3200 больных раком желудка, из них только 300 подвергаются радикальному хирургическому лечению, что составляет менее 10%. При этом пятилетняя общая выживаемость составила 18,7%[1]. На сегодняшний день единственным методом, позволяющий надеяться на выздоровление больного РЖ, является хирургический. Среди методов оперативного лечения рака желудка, распространенным является гастрэктомия [2, 3, 4].

Самым ответственным этапом гастрэктомии является формирование анастомоза с пищеводом. Наиболее грозным осложнением гастрэктомии в раннем послеоперационном периоде является несостоятельность швов анастомоза. Летальность при несостоятельности швов анастомоза с пищеводом достигает 40-100%.[5, 6].

Поэтому проблема разработки такой методики формирования пищеводно-кишечного анастомоза, который позволит избежать или уменьшить число осложнений раннего и отдаленного послеоперационного, является актуальной.

#### Материал и методы

По разработанному нами способу пищеводно-тонкокишечного анастомоза за период 2001-2008 гг. в хирургических отделениях Медицинского центра СГМА, Семипалатинского областного онкологического диспансера и Республиканской соматической больницы Учреждения 156/15 гастрэктомия по поводу рака желудка была выполнена у 79 больных.

#### Результаты и обсуждение

Возраст больных составил от 22 до 77 лет. Средний возраст наших пациентов составил 49,5 лет. Больных до 50 лет было 18 (22,8%), старшей возрастной группы 61 (77,2)%. Среди 79 оперированных больных мужчин было - 56 (70,9%), женщин - 23 (29,1%). Большинство больных мужского пола 42 (75%), как и больных женского пола 19 (82,6%), вошло в возрастную группу больных от 50 до 70 лет и старше.

Нами разработан и применяется в клинической практике способ формирования антирефлюксного пищеводно-тонкокишечного анастомоза после гастрэктомии по поводу рака желудка. Произведена модификация способа Гиляровича-Шалимова, где во время формирования соустья применяются многорядные швы, ухудшающие питание зоны анастомоза, являющиеся основной причиной возникновения несостоятельности швов.

Способ лечения осуществляется следующим образом. При установлении операбельности опухоли желудка после лапаротомии, производят гастрэктомию с лимфодиссекцией, культя двенадцатиперстной кишки ушивается. Способ направлен на решение задачи: уменьшить ишемию зоны пищеводного анастомоза и создание антирефлюксного механизма. Указанная задача достигается формированием пищеводнокишечного анастомоза на короткой культе (0,5-1см) абдоминального отдела пищевода, это обеспечивает максимальную сохранность кровоснабжения и является одним из основных профилактических факторов развития недостаточности швов. Через окно брыжейки поперечно-ободочной кишки к культе пищевода подводится длинная петля тощей кишки на расстоянии 60 см от связки Трейца. После фиксации петли тонкой кишки 3 узловыми серозно-мышечными швами позади культи пищевода к диафрагме, вскрывается просветы кишки и пищевода по его задней стенке проксимально удерживающего Г-образного зажима. Затем накладываются однорядные узловые швы по четыре на заднюю и переднюю стенки с краевым захватом слизистой, синтетической рассасывающейся нитью VYCRIL №3. завязывая узелки кнаружи просвета анастомоза. Достоинством его является близкая к физиологическому шву адаптация сшиваемых слоев стенки пищеварительного тракта, сохранение хорошего кровоснабжения соединенных концов органа [5]. Затем проводится окутывание линии сформированного анастомоза, путем создания резкого перегиба приводящего отдела тонкой кишки в виде муфты, подшивая верхний край кишки узловыми швами к обнаженным краям диафрагмы у пищеводного отверстия. Отступя на 25 см дистально от пищеводного анастомоза накладывается межкишечный Брауновский анастомоз, который фиксируется узловыми швами ниже окна мезоколон. Через оба анастомоза проводят назоеюнальный зонд для декомпрессии анастомозов и раннего энтерального питания. Кормление через зонд начинают на вторые сутки. Зонд удаляют на 7 сутки после операции после рентгенологического контроля пищеводного анастомоза водорастворимым контрастом (ультравист).

В раннем послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Характер ранних послеоперационных осложнений у больных, оперированных предлагаемым способом

Характер осложнений	Количество осложнений	Летальность
Пневмония	4 (5,1%)	-
Панкреонекроз	1 (1,3%)	1 (1,3 %)
Поддиафрагмальный абсцесс	1 (1,3%)	-
Кишечная непроходимость	1 (1,3%)	-
Всего:	7 (9%)	1 (1,3%)

Ни в одном наблюдении после гастрэктомии, выполненной в нашей модификации, не отмечалось недостаточности швов пищеводно-кишечного анастомоза. Продолжительность пребывания в стационаре после операции составила в среднем 13,8 ±2,5 койко-дня.

Безусловно, значительный интерес представляют

отдаленные результаты операции. В связи с этим мы стремились и после выписки пациента продолжать наблюдение за ним (повторные вызовы в клинику). Все пациенты в послеоперационном периоде проходили комплексное амбулаторное обследование с использованием клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Рентгенологическое исследование в ранние сроки после операции (1-2 мес.) проведено 78 больным, во всех наблюдениях проходимость пищеводно-кишечного анастомоза оказалось удовлетворительной. Характерным было порционное поступление контрастного вещества через анастомоз. Последний при этом раскрывался до 15-17 мм в диаметре, а после прохождения контраста соустье полностью смыкалось у всех обследованных больных. В положении Тренделенбурга частичный заброс контрастной массы в пищевод отмечен у 5 (6,4%) больных.

При эзофагогастроскопии слизистая пищевода бледно-розового цвета, складки продольные не расширены, анастомоз сомкнут у 73 больных, при введении воздуха он раскрывается до 15-18мм. При осмотре у 5 пациентов визуально выявлены признаки рефлюксэзофагита легкой степени.

В отдаленные сроки (от 1 года до 5 лет) обследованы 65 больных, остальные 13 больных выехали за пределы региона, что не позволило провести запланированное обследование. Поздние послеоперационные осложнения представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Поздние послеоперационные осложнения

	n-65	
Характер осложнений	Количество осложнений	%
Анастомозит	5	7,7
Рефлюкс-эзофагит	5	7,7
Железодефицитная анемия	3	4,6
Поздний демпинг	1	1,5
Пернициозная анемия	2	3,1
Bcero	11	16,9

Таким образом, в общей сложности поздние осложнения наблюдались у 11 (13,9%) из 79 больных, у 5 (6,3%) пациентов были зарегистрированы сочетание двух осложнений.

При рентгеноскопии во всех наблюдениях пищеводно-кишечный анастомоз свободно проходим, поступление контрастной массы из пищевода в отводящую петлю тонкой кишки было порционным. Анастомоз раскрывался до 15-17 мм, смыкался полностью у 60 (92,3%) больных, у 5 (7,7%) полного смыкания анастомоза не наступало. При обследовании больных в положении Тренделенбурга частичный заброс контрастной массы в пищевода отмечен у 5 (7,7%) больных.

При эндоскопическом исследовании у 5 больного визуально выявлены признаки рефлюкс-эзофагита легкой степени. У 60 пациентов анастомоз был сомкнут, свободно проходим для эндоскопа диаметром 11 мм.

При морфологическом исследовании биоптатов слизистой из дистального отдела пищевода в сроки от 1 года до 5 лет после операции 5 (7,7%) из 65 обследованных больных отмечен катаральный рефлюксэзофагит, что проявлялось умеренной воспалительной инфильтрацией слизистого слоя нейтрофильными лейкоцитами и лимфоцитами, его отеком. Частота послеоперационного рефлюкс-эзофагита в отдаленные

сроки после операции составила 7,7%. В остальных наблюдениях морфологическая картина слизистой пищевода соответствовал норме.

Таким образом, клинические испытания показали, что предлагаемый способ формирования антирефлюксного пищеводно-тонкокишечного анастомоза при гастрэктомии позволяет снизить явления рефлюкс-эзофагита до минимума, а несостоятельность пищеводного анастомоза до 0, тем самым значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты гастрэктомии.

#### Литература

1. Арзыкулов Ж.А., Турекеев Б.А., Ижанов Е.Б. Современный стандарт лечения рака желудка // Мат. респ. научно - практич. семинара: «Совр. возможности клинической онкологии» —Астана, 2004.- С.181-184. 2. Шалимов А.А., Саенко В.Ф.Хирургия пищеварительного тракта издательство «Здоровье» Киев, 1987. - 569с. 3. Щепотин И.Б., Эванс С.Р.Т. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению. Киев, 2000; -227с.

#### Выводы

- 1. Разработанный вид анастомоза значительно улучшает непосредственные и отдаленные результаты гастрэктомии при раке желудка.
- 2. Надежность нового антирефлюксного анастомоза достигнута путем его формирования на коротком культе (0,5-1см) абдоминального отдела пищевода и минимизации швов, тем самым, обеспечивая максимальную сохранность кровоснабжения в зоне соустья.
- 3. Анастомоз простой в техническом исполнений, безопасный и высоко функциональный.
- 4. Чибис О.А.и др. Основы теории и практики желудочнокишечного шва. М., Издательство Университета дружбы народов, 1988,-С.10.
- 5. Парахоняк В.И. Гастрэктомия и проксимальная резекция желудка при раке. // Хирургия.- 1983. N 9. С.44-47. 6. Попов В.Н., Лощинкин Г.П. Пути улучшения непосредственных результатов гастрэктомии. //
- Сб. "Вопросы хирургической гастроэнтерологии". Свердловск, 1987. С.67-73.

# Способ закрытия культи двенадцатиперстной кишки при гастрэктомии

Ельчибаев Б.М. Кафедра госпитальной хирургии Семипалатинская государственная медицинская академия УДК 616.33-006.6-089

#### Гастрэктомия операциясынан кейін ұлтабар тұқылын жабу тәсілі.

Госпиталдық хирургия кафедрасы Семей мемлекеттік медицина академиясы Елшібаев Б.М.

Асқазанның инфильтративті рагіне байланысты жасалған хирургиялық ем нәтижесі 15 науқаста талданды. Ойлап табылған әдіс бойынша гастрэктомия операциясынан кейін ұлтабар тұұылын өңдеу. Ойлап табылған әдістін мәні ұлтабардын өзгермеген ұабырғасынан серозды-бұлшық ет қабатынан пилорус деңгеінде ұлтабар тұқылын өңдеу. Тігіс материалы ретінде VYCRIL №2 таралып бітіп кететін синтетикалық жіп қолданылды. Операциядан кейінгі кезеңде ұлтабардың кесілген тұсының қанағаттанғысыз тұрдегі асқынуы болған жоқ.. Науқастар операциядан кейінгі 11-12-ші тәулікте жағдайлары қанағаттанарлық болып ауруханадан шықты.

#### Введение

Одним из ответственных этапов выполнения операции при инфильтративном раке желудка является закрытие культи двенадцатиперстной кишки. Частота несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки колеблется от 0,1 до 4,4% и сопровождается летальностью до 60%[1]. В каждом седьмой случай сопровождался расхождением швов культи двенадцатиперстной кишки с неблагоприятным исходом. Одной из основных причин является инфильтрация стенки культи кишки опухолью. В таких случаях закрытие культи двенадцатиперстной кишки представляет определенные трудности, от его надежности зависит исход операции. Предложено большое количество способов закрытия культи двенадцатиперстной кишки. Большинство из них предусматривает использование стенок двенадцатиперстной кишки и капсулы поджелудочной железы [2].

В последние годы для укрытия культи двенадцатиперстной кишки стали более широко применять пластические методы. В частности, использование серозномышечного лоскута на сосудистой ножке, выкроенного
из стенки желудка [3,4]. Для предотвращения этого
грозного, зачастую фатального осложнения, хирурги
до настоящего времени ведут активный поиск путей
совершенствования закрытия культи двенадцатиперстной кишки при инфильтративном раке дистального
отдела желудка.

Поэтому проблема разработки такой методики закрытия культи двенадцатиперстной кишки, которая позволит избежать развития несостоятельности ее швов, является актуальной.

## Method of suture of a stamp of duodenum in case of gastrectomy

Elchibaev B.M.

Chair of hospital surgery

Semey State Medical Academy

The results of surgical treatment of 15 patients with infiltrative cancer of a stomach undergone to subtotal distal resection or total gastrectomy with suture of a stamp of duodenum were analyzed. The stamp of duodenum was closed with elaborated method: it was covered by a serousmuscle strip taken from the healthy anterior or posterior part of pylorus. As a material for sutures the thread of VYCRIL №2 was used. There were no any complications with the duodenum sutures after surgery. The patients' discharge term was on 11-12 day.

#### Материал и методы

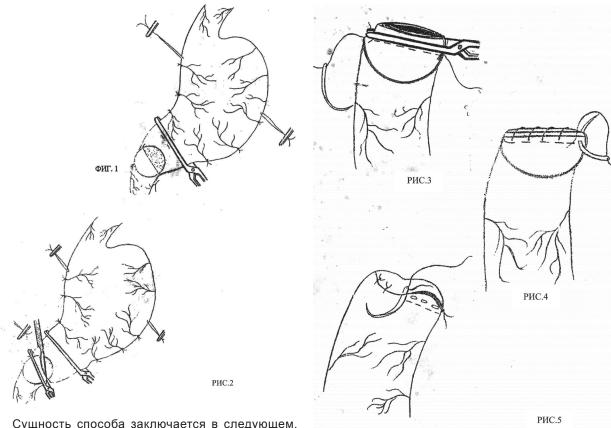
По разработанному нами способу закрытие культи двенадцатиперстной кишки при инфильтративном раке дистального отдела желудка с поражением одной из его стенок за период 2003-2008 год в хирургических отделениях МЦ СГМА, областного онкологического диспансера г. Семей и Республиканской соматической больницы Учреждения 156/15 была выполнена у 15 больных.

#### Результаты и обсуждение

Возраст больных составил от 32 до 70 лет. Средний возраст наших пациентов составил 56,5 лет. Больных молодого возраста (до 50 лет) было 4 (27 %), а старшей возрастной группы - 11 (73%), из них мужчин - 10 (66,6%), женщин - 5 (33,4%).

В предоперационном периоде нами учитывалось, что у большинства больных в возрасте старше 50 лет и, особенно у лиц старческого возраста имелись разнообразные сопутствующие заболевания различных органов и систем организма. Это в свою очередь, вполне естественно, увеличило риск хирургического лечения. Ко всем больным пожилого и старческого возраста применялся строго индивидуальный подход с комплексной оценкой их общего состояния для определения риска выполнения операции.

Задачей явилась разработка способа закрытия культи двенадцатиперстной кишки при инфильтративном раке желудка, который позволяет снизить частоту несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки, путем повышения надежности герметизации швов.



Сущность способа заключается в следующем. Производят мобилизацию желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки с легированием правой желудочной и правой желудочно-сальниковой артерии. Затем после получения отрицательного результата экспресс-гистологии с линии среза, выкраивают серозно-мышечный лоскут на одной из неизмененных стенок пилорического отдела желудка длиной не более 2 см. Для облегчения применяют гидравлическую препаровку. Край лоскута должен быть полукруглой, так как при такой форме питание лоскута сохраняется лучше, чем при прямоугольном, где возможен краевой некроз (рис.1). Выкроенный полукруглый лоскут запрокидывают в сторону двенадцатиперстной кишки и у основания накладывают мягкий прямой кишечный зажим, и второй зажим на желудке выше пилоруса. Желудок пересекают электрохирургическим путем выше зажима на двенадцатиперстной кишке на 3 мм (рис.2). Ниже зажима вдоль, на культю двенадцатиперстной кишки накладывают непрерывный сквозной шов синтетическим шовным материалом VYCRIL № 2, который

обладает высокой прочностью, вызывает меньшую воспалительную реакцию, имеет декретированные сроки потери прочности и рассасывания, исключает инкапсулирование его в органе и связанные с этим нежелательные последствия. Затем нить натягивают таким образом, чтобы противоположные стенки кишки соприкоснулись, зажим снимают и в обратном порядке накладывают непрерывный обвивной шов, концы нитей завязывают (рис. 3 и 4). Затем серозно-мышечным лоскутом укрывают линию шва, края которой узловыми швами подшивают к задней или передней стенке культи двенадцатиперстной кишки (рис. 5).

#### Вывод

Предлагаемый способ закрытия культи двенадцатиперстной кишки при гастрэктомии позволяет исключить несостоятельность культи, и тем самым значительно улучшить непосредственные результаты операции.

#### Литература

- 1. Салихов И.А. и соавт. Профилактика и комплексное лечение несостоятельности дуоденальной культи. // -Хирургия, 1989, N 10, c. 23-26.
- 2. Навроцкий И.Н. Ушивание культи двенадцатиперстной кишки М.: Медицина 1972. с. 72-78, 92, 121-126).
- 3. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта К.: Здоровья, 1987.-568с.
- 4. Щепотин И.Б., Эванс С.Р.Т. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению. Киев:2000; -C.227.

### Өт жолдары мен зәр шығару жолдарының үйлескен литиазының жиілігі мен қауіп-қатер факторлары

Әбуов С.М.

Алматы дәрігерлер білімін жетілдіру институты УДК 616.63:612.357

# Частота и факторы риска сочетанного литиаза желчевыводящих и мочевыводящих путей

Абуов С.М.

Сочетанное заболевание желчевыводящей и мочевыводящей систем является актуальной проблемой, так как механизмы развития и факторы, предрасполагающие к развитию сочетания желчнокаменной и мочекаменной болезни, изучены недостаточно.

Целью исследования явилось изучение частоты сочетанного литиаза желчевыводящих путей и мочевыводящей системы для выявления факторов риска сочетанного камнеобразования.

Анализированы результаты обследования и лечения 1904 больных, находившихся на стационарном лечении с 2006 по 2008 годы в Центральной городской клинической больнице г. Алматы с желчнокаменной болезнью в хирургическом отделении и с мочекаменной болезнью в урологическом отделении.

Частота сочетанного литиаза по данным нашего исследования составила 9,4% и чаще встречалась у женщин в возрасте 40-69 лет (70,4%). Сопутствующие заболевания выявлены у 74,9% пациентов с сочетанным литиазом. Особенно высок процент сердечнососудистой патологии (47,9%) и ожирения (25,8%). Роль бактериальной инфекции в генезе сочетанного камнеобразования желчевыводящих и мочевыводящих путей является одной из ведущих.

Адам ғұмырының ұзаруына байланысты үйлескен аурулардың пайда болу қаупі ұлғайады. Бұл қартаюға байланысты өзгерістермен де, қоршаған ортаның және өмір-тіршілік жағдайларының қолайсыз факторларының ұзақ уақыт әсер етуіне де байланысты болуы мүмкін. Осы аталғандар жиі кездесетін және әлеуметтік маңызы бар аурулар - өт қабында және зәр шығару жолдарындағы тас ауруына қатысты әсіресе маңызды.

Өт қабы мен зәр шығару жолдарында тас пайда болу мәселесі қазіргі кезде медициналық мәселе шегінен асып, әлеуметтік маңызға ие болып отыр. Өйткені, аурушандық көрсеткіші жыл сайын жоғарлап, оперциядан кейінгі асқынулар мен өлім көрсеткіші де тұрақты жоғары деңгейден төмендемей, ем нәтижесіне көңіл толмай отыр.

Өт шығару және зәр шығару жүйелерінің үйлескен аурулары келелі мәселе, өйткені олардың даму механизмі мен өт және зәр жолдарындағы үйлескен тас пайда болу ауруына әкелетін факторлар әлі толық зерттелген жоқ. Әр түрлі жүйелердің үйлескен ауруларының клиникалық көріністерін жан-жақты зерттеу олардың

Frequency and risk factors of combined lithiasis of bileexcreting and urinary tracts.

Abuov S.M.

Combined disease of bile-excreting and urinary systems is an actual problem, because development mechanisms and factors predisposing to development of combined bile-excreting and urinary disease are not clearly understood. The aim of research was studying of frequency of combined lithiasis of bile-excreting and urinary systems for revealing risk factors of combined stone formation.

Results of investigation and treatment was analyzed there were 1904 patients which were on in-patient treatment from 2006 to 2008 in city's Central clinical hospital in Almaty with cholelithiasis in surgical department and urolithiasis in urological department.

By statics of our research frequency of combined lithiasis was 9,4% and often women at age of 40-69 years (70,4%) has this sickness. Concomitant illness was found in 74,9% of patients with combined lithiasis. Especially high percent of cardiovascular pathology (47,9%) and obesity (25,8%). Role of bacterial infection in genesis of combined lithiasis of bile-excreting and urinary tracts is one of the foremost.

пайда болу механизмдерін анықтап, патогенетикалық дәлелденген емді өңдеуге көмектеседі.

Қарастырып отырған әрбір патологияны жекеше анықтау мен емдеу сұрақтарына көптеген зерттеулер арналған [5, 6, 10] және де өт қабында не зәр шығару жолдарында тас ауруы бар науқастардың санының өскені бақыланады. Бірақ, өт жолдары мен зәр шығару жолдарының үйлескен литиазына арналған зерттеулер саны мардымсыз [8].

Зерттеудің мақсаты өт жолдары мен зәр шығару жүйесінің үйлескен литиазының жиілігін зерттеп, үйлескен тас ауруының қауіп-қатер факторларын анықтау.

#### Материалдар мен әдістер

Алматы дәрігерлер білімін жетілдіру институтының клиникалық базасы — Орталық калалық клиникалық ауруханада 2006-2008 жылдары ем қабылдаған науқастардың зерттеу және ем нәтижелеріне сараптама жүргізілді. Осы кезеңде ауруханаға 1904 науқас қаралды, олардың 975-нің өт қабында тас болғандықтан

хирургия бөлімшесіне жатқызылса, 929 науқас зәр шығару жолдарындағы тас ауруына байланысты урология бөлімшесіне жатқызылды. Барлық науқастарда жалпы клиникалық сараптамалармен қатар өт жолдары мен зәр шығару жолдары ультрадыбыспен тексерілді. Зәр шығару жолдарындағы тас ауруы бар науқастарға қосымша экскреторлы урография жүргізілді. Үйлескен литиаз 179 (9,4%) науқаста анықталды. Операция кезінде жалпы өт тармағынан және өт қабының ішінен өт, қуықтан зәр, сонымен қатар өт жолдары мен зәр шығару жолдарындағы конкременттерден шайынды алынып, бактериологиялық әдіспен тексерілді.

#### Нәтижелер мен талдау

Хирургия бөлімшесіне жатқызылған өт қабында тасы бар науқастардың ішінде жасы 50-ден асқан әйелдер басым болды — 765 (78,5%). Ал урология бөлімшесіне зәр шығару жолдарындағы тас ауруымен жатқызылған науқастар арасында жасы 40-тан асқан еркектер басым болды - 514 (55,3%).

Науқастарға жан-жақты тексеру жүргізу нәтижесінде олардың 179 (9,4%) өт жолдары мен зәр шығару жолдарындағы үйлескен литиаз анықталды. Үйлескен литиаз әйелдерде жиірек кездесті, яғни 82,7% жағдайда, ал еркектер арасында 31 жағдайда, яғни 17,3%-да анықталды. 40-69 жас арасындағы әйелдерде үйлескен литиаздың жиілігі 70,4% болды (1-кесте).

143 (79,9%) науқаста өт қабындағы тас ауруының клиникалық көріністері айқын болып, ал зәр шығару жолдарындағы тас ауруының ешқандай клиникалық белгілері байқалмады. 36 (20,1%) науқаста, керісінше, зәр шығару жолдарындағы тас ауруының белгілері айқын болып, өт қабындағы тас ауруы латентті өтті.

Зерттеулердің нәтижелеріне сараптама жүргізгенде 134 (74,9%) науқаста әртүрлі жанама аурулар анықталған. Олардың ішінде жиі кездескендері: жүректамыр жүйесінің аурулары (47,9%), семіздік (25,8%), асқазан-ішек жолы мен бауыр аурулары (18,3%), қант диабеті (8%). Мүмкін бұл факт дене бітімі мен биохимиялық ерекшеліктері өзара байланысқан бір топ ауруға (холелитиаз, подагра, бүйректегі тас ауруы, семіздік, атеросклероз, экзема және гипертониялық

1-кесте. Үйлескен литиазы бар науқастардың жасы мен жыныс құрамына сәйкес топтары жалпы санын % шаққанда)

Marina carian 70 mantangar												
Жасы	30-39		40-49		50-59		60-69		70 ж/е одан үлкен		Барлығы	
Жынысы	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Еркек	0	0	2	1,1	7	3,9	14	7,8	8	4,5	31	17,3
Әйел	6	3,4	22	12,3	45	25,1	59	33,0	16	8,9	148	82,7
Жалпы	6	3,4	24	13,4	52	29,0	73	40,8	24	13,4	179	100

ауыру) тұқымдық бейім болу гипотезасын дәлелдейтін шығар [12].

Өттегі микробты пейзаж, негізінен, аэробтардан құралды: ішек таяқшасы 72,0%, энтеробактериялар 10,5%, стафилококктар 9,1%, микробты ассоциация

3,5% және протей 4,9% жағдайларда өсіп шықты. Зәрде, негізінен, ішек таяқшасы (63,9% жағдайда), энтеробактериялар (11,1% жағдайда), стафилококктар (19,4% жағдайда) және стрептококктар (5,6% жағдайда) өсіп шықты.

159 (88,8%) науқастың өт қабы мен зәр жолдарындағы тастарының шайындыларынан ішек таяқшасы өсіп шықты. Алынған мәліметтер жалпы өт тармағы мен өт қабынан алынған өт пен қуықтан алынған зәрдің бактериалдық флорасының біртекті екендігін дәлелдейді.

Егер де әдебиеттегі мәліметтерді ескерсек, ішек таяқшасы өт жолдарында өсіп-өнеді, өт қышқылдарының бұзылуына әсер етеді және де соның нәтижесінде өттің микробтарға қарсы қасиетін төмендетеді. В-глюкорунидазаның әсерінен бактериялар билирубин диглюкорунидін бос билирубинге деконъюгациялайды, ал бос билирубин пигментті-кальцийлі тастар түрінде шөгуі мүмкін. Бұл мәліметтер бактериялардың өт жолдарындағы тас пайда болу үрдісіне қатысты екендігін дәлелдейді [2, 7, 9, 11].

Уропатогенді микроорганизмдердің уроэпителий мен бүйрек жасушаларын колонизациялауы Р-фимбриялар есесінен жүреді. Ішек таяқшаларының гендік құрылымының фимбриялары оның зәр шығару жолдарының шырышты қабатына адгезиясын, колонизациясы мен әрі қарай қозғалысын қамтамасыз етіп, инфекцияның жоғары қарай тарауына себепші болады. Бактерияларда агрессия ферменттері - ДНК-азаның, фосфатазаның, гемолизин мен эндотоксиннің болуы — жергілікті инфекцияға қарсы қорғаныс кеденінен өтуге мүмкіндік береді. Бұл факторлар қоздырғыштың уреазды және протеазды белсенділігімен қосылып, бүйректе тас пайда болуының алдын-ала факторлары болып есептеледі [1, 3, 4].

#### Қорытынды

Сонымен, біздің зерттеудің мәліметтері бойынша үйлескен литиаздың жиілігі 9,4%-ға тең және де 40-69 жас аралығындағы әйелдерде жиірек (70,4%) кездеседі. Бұл өт жолдары мен зәр шығару жолдарындағы тас ауруының әйелдерде жиі кездеседі деген әдебиеттегі

мәліметтерге сай келеді.

Үйлескен литиазы бар науқастардың 74,9%-да жанама аурулар анықталған. Әсіресе жүрек-тамыр жүйесінің аурулары (47,9%) мен семіздік (25,8%) жиі кездеседі.

Өт жолдары мен зәр шығару жолдарындағы үйлескен тас ауруының пайда болуында бактери-

алді инфекция жетекші орын алады.

Өт жолдары мен зәр шығару жолдарындағы үйлескен тас ауруы көп факторлы ауру болып табылады және де бұл аурулардың үйлесуіне әкеліп соғатын факторларды анықтау үшін әрі қарай жан-жақты зерттеулер жүргізу керек.

Қолданылған әдебиет:

- 1. Балаховский И.С. Лабораторные исследования, основанные на связывании с лигандами//Клинич. лабор. диагностика. 2000. №1, Ч 1. С. 25-33.
- 2. Бекбергенов Б.М., Сергеева Н.А., Подачин П.В. Бактериохолия и содержание холевой кислоты в желчи при желчнокаменной болезни//Антибиотики и химиотерапия. 1990, том 35. № 11.- С. 37-40.
- 3. Бондаренко В.М., Петровская В.Г. Ранние этапы развития инфекционного процесса и двойственная роль нормальной микрофлоры //Вестн. РАМН.-1997.-Ч 3.- С.7-10. 4. Гостева В.В., Корякина И.П., Бондаренко В.М. и др. Электронно-микроскопическое изучение взаимодействия

нефритогенных штаммов Е.coli, несущих 3-маннозорезистентные фимбрии, с клетками линии почек человека //ЖМЭИ. - 1983. - № 7. - С. 59-62.

- 5. Гресь А.А., Ниткин Д.М., Вощула В.И. Коррекция метаболических нарушений при мочекаменной болезни: инструкция по применению.-Минск, 2004.-12 с.
- 6. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М.,Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. М., Медицина, 2000.

- 7. Наумова О.В., Белова Е.Е., Хабазова Т.И. Микрофлора кишечника и желчи у больных с воспалительными заболеваниями гелатобилиарной системы.//Респ. сб. науч. тр. «Аутофлора человека в норме и патологии и ее коррекция». Горький, 1988, 144 с.
- 8. Розанов И.Б., Тепляшин А.С. Сочетание желчнокаменной и мочекаменной болезни. //Хирургия.-1987.-№ 2.-С. 55-58.
- 9. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости //Под ред. В.С.Савельева. М., «Триада-Х», 2006.-640 с
- 10. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. СПб: Питер, 2000.
- 11. Швецов С.А. Клиническое значение персистентных характеристик аэробной условно-патогенной микрофлоры у больных холециститом.: Автореф. дис... канд. мед. наук. Пермь, 1994. 32 с.
- 12. Loredo-Osti J., Roslin N.M., Tessier J. et al. Segregation of urine calcium excretion in families ascertained for nephrolithiasis: evidence for a major gene. Kidney Int. 2005; 68 (3): 966-971.

# Холецистэктомия из мини–доступа у лиц пожилого и старческого возраста

М.Ж. Аймагамбетов Семипалатинский государственный медицинский университет УДК 616-089-366-002-053.36.9

#### Егде жастағы және кәрі науқастардағы кіші кірісті холецистэктомия

М.Ж. Аймагамбетов

Семей мемлекеттік медициналық университеті Өт- тас ауру кезіндегі 49 егде және кәрі жастағы науқастарға кіші кірісті холецистэктомияның нәтижесінің анализі жүргізілді. Автормен құрастырылған универсалды жара кеңейткішті және триполярлы электрокоагулятор электродын қолдану арқылы 100% науқасқа кіші кірісті холецистэктомияны жасауға, сонымен қоса оны жалпы өт қабына кірісу мен біріктіруді 8,2% науқасқа және де конверсиясыз және өлімсіз операциядан кейінгі асқынуларды 6,1%-ға дейін төмендетуге мүмкіндік жасады.

#### Введение

Уровень заболеваемости желчнокаменной болезнью за последние десятилетия значительно повысился и продолжает расти. Примерно четверть населения старше 60 лет и треть населения старше 70 лет имеет желчные камни. Резкое увеличение числа больных пожилого и старческого возраста с серьёзными сопутствующими заболеваниями и высокой степенью операционного риска требует новых подходов к лечению этого страдания [1, 2]. Применение видеоэндоскопической техники в хирургии желчнокаменной болезни не всегда позволяет выполнить холецистэктомию у пациентов при наличии воспалительного инфильтрата, плотных сращений, при неясности расположения анатомических структур и возникновений интраоперационных осложнений, что нередко требует во время лапароскопической холецистэктомии к переходу на традиционный способ хирургического лечения. Холецистэктомия из мини-доступа восполняет недостатки лапароскопической холецистэктомии, и она наиболее эффективна у пожилых больных и стариков, у которых травматичность доступа резко повышает риск хирургических вмешательств в целом [3, 4, 5].

Целью настоящего исследования является изучение результатов холецистэктомий из мини-доступа у больных пожилого и старческого возраста.

#### Материал и методы

В нашей клинике для выполнения холецистэктомии из мини-доступа разработаны универсальный ранорасширитель (патент №19779) и электрод к триполярному электрокоагулятору (патент №19523). С применением разработанных инструментов всего оперировано 124 больных желчнокаменной болезнью. В основу данной работы положены результаты хирургического лечения из мини-доступа длиной от 3 до 5 см 49-ти больных в

## Cholecystectomy from mini-access at patients of elderly and senile age

M.Zh. Aimagambetov

Semey state medical university

The analysis of results of cholecystectomy from mini-access at 49 patients of elderly and senile age with gallstone disease is done.

The application of designed by author universal woundretractor and electrode to threepolar electrocoagulator has allowed to execute cholecystectomy from mini-access at 100% of the patients, including to combine it with interferences on a common bile duct at 8,2% of the patients, in also to lower percent of postoperative complications up to 6,1% without conversions and lethal outcomes.

возрасте от 60 до 82 лет. Женщин было 40(81,6%), мужчин — 9(18,4%). Средний возраст пациентов составил 68,1±6,4 года. Сопутствующие заболевания от двух и более выявлены у всех пациентов, которые страдали различными расстройствами сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ИБС, остаточные явления нарушений мозгового кровообращения), хроническими заболеваниями легких (хронический бронхит, пневмосклероз, эмфизема, бронхоэктатическая болезнь, бронхиальная астма), болезнями органов пищеварения, мочевыделения, обмена веществ, патологией костно-суставной системы и др. Ожирение II-IV степени наблюдалось у 19(38,8%) больных.

По поводу хронического калькулёзного холецистита оперировано 28(57,1) больных, по поводу острого калькулёзного холецистита — 21(42,9%). У 5(17,8%) пациентов с хроническим калькулёзным холециститом выявлен «склероатрофический» желчный пузырь. Других осложнений при хроническом калькулёзном холецистите мы не наблюдали. Из общего числа больных с острым калькулёзным холециститом у 1(4,8%) наблюдался катаральный холецистит, у 13(61,9%) — флегмонозный холецистит, у 7(33,3%) — гангренозный холецистит

У оперированных больных по поводу деструктивных форм острого калькулёзного холецистита были выявлены следующие осложнения: эмпиема желчного пузыря у 11(52,4%) пациентов, перивезикальный инфильтрат у 11(52,4%), холедохолитиаз у 3(14,3%), стеноз терминального отдела холедоха у 1(4,8%), синдром Миризи I типа у 1(4,8%), механическая желтуха у 4(19,0%), перфорация желчного пузыря у 2(9,5%), перивезикальный абсцесс у 2(9,5%), местный перитонит у 2(9,5%) пациентов.

Структура заболеваний желчного пузыря и их осложнений представлена в таблице №1.

Таблица №1. Заболевания желчного пузыря у оперированных больных

	Число больных				
Заболевание	абс.	%			
Хронический калькулёзный холецистит	28	57,1			
В том числе: «склероатрофический» желчный пузырь	5	17,8			
Острый калькулёзный холецистит (катаральный – 1, флегмонозный – 13, ган-	21	42,9			
гренозный - 7)					
В том числе:					
инфильтрат	11	52,4			
эмпиема	11	52,4			
холедохолитиаз	3	14,3			
стеноз терминального отдела холедоха	1	4,8			
синдром Миризи I типа	1	4,8			
желтуха	4	19,0			
перфорация	2	9,5			
перивезикальный абсцесс	2	9,5			
местный перитонит	2	9,5			
Bcero	49	100			

#### Результаты и обсуждение

При помощи разработанного универсального ранорасширителя и электрода к триполярному электрокоагулятору удалось выполнить холецистэктомию из мини-доступа у всех 49 пациентов. Холецистэктомия из мини-доступа в 2(4,1%) наблюдениях сочеталась холедохолитотомией и холедоходуоденостомией, в 1(2,0%) - холедохолитотомией и дренированием холедоха, в 1(2,0%) - дренированием холедоха. Интраоперационных осложнений и конверсий на широкую лапаротомию не было. Послеоперационные осложнения наблюдались у 3(6,1%) больных, из них желчеистечение у 1, кровотечение из ложа желчного пузыря у 1, подкожная гематома у 1 больного. Эти осложнения наблюдались у пациентов оперированных по поводу деструктивных форм острого холецистита. Желчеистечение у больного

Выводы

исходов не было.

Таким образом, применение разработанного универсального ранорасширителя и электрода к триполярному электрокоагулятору позволило выполнить холецистэктомию из мини-доступа у 100% больных, в том числе сочетать её с вмешательствами на общем желчном протоке у 8,2% пациентов пожилого и старческого возраста, а также снизить процент послеоперационных осложнений до 6,1 без конверсий и летальных исходов.

остановилось на 5 сутки самостоятельно, кровотечение из ложа желчного пузыря у второго пациента останов-

лено гемостатической терапией, подкожная гематома

у третьего пациента удалена. Раневой инфекции,

повторных оперативных вмешательств и летальных

#### Литература

1. Бородач В.А., Бородач А.В. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста. // Хирургия–2002. - №11. - С. 38-41. 2. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. – Москва, 2000. – 139с. 3. Галашев В.И., Зотиков С.Д., Глянцев С.П.

Холецистэктомия из мини-доступа у лиц пожилого и старческого возраста. // Хирургия. - 2001. - № 3. - С. 15-18

- 4. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. – Видар, 2006. – 561с.
- 5. Савельев В.С. 50 лекций по хирургии. Москва, 2004.

# Оценка эффективности универсального ранорасширителя в хирургии малого доступа при желчнокаменной болезни

М.Ж. Аймагамбетов

Семипалатинский государственный медицинский университет УДК 616-089-615.472-616.366-033.7

Өт-тас ауруы кезінде кіші кіріс хирургиясындағы универсалды жара кеңейткіштің нәтижелілігін бағалу

М.Ж. Аймагамбетов

Семей мемлекеттік медициналық университеті Универсалды жара кеңейткішпен өт-тас ауруымен ауыратын және оның асқынуларымен 122 науқасқа операция жасалды. Өт-тас ауруы кезінде кіші кіріс хирургиясында оның қолдану нәтижелілігін зерттеу жүргізілді. Оригиналды конструкциялы құрастырылған жара кеңейткіш 100% науқастарға холецистэктомияны жүргізуге мүмкіндік берді және де операциядан кейінгі асқынуларды, летальдылықты 6,6%-ға төмендетті.

#### Assessment of effectivity of universal wound-retractor in surgery of mini-access at gallstone disease

M.Zh. Aimagambetov

Semey state medical university

The effectivity of universal wound-retractor in surgery of mini-access at gallstone disease was studied. With universal wound-retractor were operated 122 patients with gallstone disease and its complications. The designed universal wound-retractor of an original construction has allowed to execute cholecystectomy at 100 % of the patients and to lower postoperative complications to 6,6 % without lethal outcomes.

#### Введение

В 1982 году Ismael Goco в своём сообщении на 50-м ежегодном хирургическом конгрессе США вводит термин «мини-холецистэктомия». Автор, используя малый доступ в правом подреберье параллельно рёберной дуге длиной 4 см с помощью светящегося ретрактора Herrington' а выполнил 50 операций «мини-холецистэктомий», результаты которого опубликовал в 1983 году на страницах журнала «Американская хирургия» [1]. В период нового подхода к щадящей хирургии в лечении желчнокаменной болезни за 2 года С. Morton [2] оперировал 96 больных из трансректального мини-доступа в правом подреберье, используя специальный крючок для отведения толстой кишки и ретрактор Herrington' a.

Сегодня практически у 90% больных желчнокаменной болезнью выполняется лапароскопическая или мини-доступная холецистэктомия. Многие хирурги [4-6] широко используют комплект инструментов «Мини-Ассистент» по М.И. Прудкову [7], другие используют собственные ранорасширители при операциях на желчных путях [8]. Основным достоинством мини-доступных операций является малая степень травматизации тканей [1-8].

Целью настоящего исследования является изучение эффективности универсального ранорасширителя в хирургии малого доступа при желчнокаменной болезни.

#### Материал и методы

Нами проведён анализ результатов хирургического лечения 122 больных желчнокаменной болезнью оперированных из мини-доступа с помощью универсального ранорасширителя оригинальной конструкции (патент №19779). Возраст больных колебался от 23 до 82 лет. Средний возраст составил 55,7±12,4 лет. Женщин было 113(92,6%), мужчин — 9(7,4%).

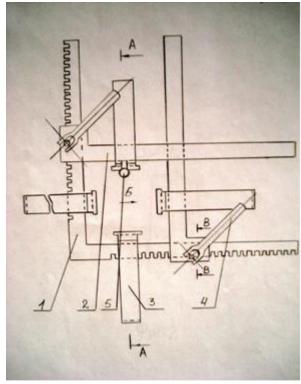


Рис. 1. Универсальный ранорасширитель, вид сверху

Универсальный ранорасширитель выполнен из нержавеющей стали, представлен в виде прямоугольной опорной рамки, состоящей из Г-образного элемента 1 и соединённых с ним двух планок 2, набора крючков-зеркал 3, двух передвигающих и фиксирующих элементов 4, состоящих из двух элементов – фиксатора и ручки, соединённых между собой шарниром, а также световода 5, фиксированного на одном из крючков-зеркал.

На рис. 1-2 представлена схема универсального ранорасширителя.

Операции выполнялись из мини-доступа в правом подреберье длиной от 3 до 5 см. Разрез передней брюшной стенки выполняли вертикально на 2 поперечных пальца вправо от средней линии. Кожу, подкожную клетчатку, поверхностный и глубокий листок стенки влагалища прямой мышцы рассекали, а саму мышцу расслаивали вдоль оси раны на одинаковую длину. После подшивания краев брюшины противоположных сторон к отграничивающим салфеткам, устанавливали два крючка-зеркала на опорную рамку в перпендикулярном направлении к оси раны. При этом маленький крючок-зеркало устанавливался на ближний край раны по отношению к оперирующему хирургу. Вращением ручки передвигающего и фиксирующего элемента разводились края раны в поперечном направлении при перемещении планки расположенной параллельно оси раны. Левым крючком отводился желудок и круглая связка печени, правым крючком край печени.

В подпечёночное пространство вводили большую салфетку, один конец которой прошит толстой лигатурой. Затем устанавливали крючки-зеркала на верхний и нижний угол раны и фиксировали к опорной рамке. При перемещении планки расположенной перпендикулярно к оси раны в результате вращения ручки передвигающего и фиксирующего элемента верхним крючком отводился кверху нижний край печени, а нижним крючком вместе с салфеткой - двенадцатиперстная кишка, большой сальник и поперечная ободочная кишка. Дополнительно вводилась аналогичная прошитая толстой нитью салфетка вправо для отведения печёночного угла ободочной кишки и пряди большого сальника. При необходимости вводилась третья аналогичная салфетка под левый крючок для полного отведения желудка и круглой связки. Обычно для отграничения операционного пространства бывает достаточно и двух полостных салфеток.

После правильной установки универсального ранорасширителя, салфеток и световода оперирующий хирург отчётливо видит нижнюю поверхность печени, желчный пузырь, гепатодуоденальную связку и двенадцатиперстную кишку (рис. 3-5).

Выделение элементов треугольника Кало и желчного пузыря выполняли при помощи электрода к триполярному электрокаогулятору собственной конструкции (патент №19523). Методика удаления желчного пузыря отражена на рис. 6-7. При холецистэктомии использовали обычный длинный диссектор, ножницы, длинные мягкие зажимы, вилку Виноградова, длинный сосудистый иглодержатель, прямой геморроидальный зажим.

Интраоперационную холангиографию выполняли с помощью разработанного катетера (удостоверение на рац. предл. №2243). Удаление конкрементов из общего желчного протока производили с помощью хирургических щипцов оригинальной конструкции (патент №20655).

#### Результаты и обсуждение

Из 56 больных с острым калькулёзным холециститом у 10(17,5%) был выявлен катаральный, у 39(68,4%) – флегмонозный, у 8(14,0%) - гангренозный холецистит. В первые 24 часа от начала заболевания госпитализированы 14(24,6%) пациентов, в сроки от 24 до 48 часов – 8(14,0%), в сроки от 48 до 72 часов – 9(15,8%), позже 72 часов – 26(45,6%) пациентов. Осложнения деструк-

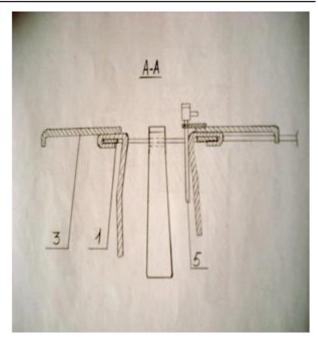


Рис. 2.Универсальный ранорасширитель, вид спереди



Рис. 3. Хирургический доступ. Разрез кожи, подкожной клетчатки.



Рис. 4. Хирургический доступ. Подшивание краёв брюшины к обкладывающим салфеткам.

Таблица 1. Осложнения деструктивного холецистита

Осложнения	Абс.	%
Перивезикальный инфильтрат	28	50,0
Эмпиема желчного пузыря	24	42,9
Механическая желтуха	9	16,1
Холедохолитиаз	5	8,9
Перивезикальный абсцесс	2	3,6
Стеноз терминального отдела холедоха	1	1,8
Перфорация желчного пузыря	2	3,6
Перитонит ограниченный	4	7,1
Перитонит распространенный	1	1,8
Острый панкреатит	5	8,9
Синдром Миризи I типа	1	1,8
	Число больны	ых(n=56)

тивного холецистита отражены в таблице 1.

Всем пациентам выполнена холецистэктомия из мини-доступа. В 3 наблюдениях холецистэктомия сочеталась с дренированием холедоха, в 3 – холедохолитотомией и холедоходуоденостомией, в 2 – холедохолитотомией и дренированием холедоха, в 1 – грыжесечением и пластикой грыжевых ворот, в 1 – дренированием холедоха, сальниковой сумки, подпечёночного пространства и малого таза при ферментативном перитоните, обусловленного геморрагическим панкреатитом. Конверсии на широкую лапаротомию не было.

Холецистэктомия из мини-доступа выполнена у 66 пациентов с хроническим калькулёзным холециститом. Сопутствующие заболевания имели 50(74,6%) пациентов, из них у 44-х наблюдались два и более сопутствующих патологий. Ожирением I-III степени страдали 16(23,9%) пациентов, из них 14 – II-III степени. Желчнокаменная болезнь была осложнена холедохолитиазом и механической желтухой у 3(4,5%) больных, водянкой желчного пузыря - у 4(6,0%). «Склероатрофический» желчный пузырь выявлен у 5(7,5%) больных. При этом холецистэктомия сочеталась с холедохолитотомией и дренированием холедоха у 2 больных, холедоходуоденостомией — у 1. Конверсии на широкую лапаротомию не было.

Из 122 оперированных больных из мини-доступа осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 8(6,6%) пациентов: желчеистечение (3), очаговая нежнедолевая пневмония (3), кровотечение (1), подкожная гематома (1). Желчеистечение у больных прекратилось самостоятельно на 4 – 5 сутки после операций, пневмония, наблюдавшаяся у пациентов, купирована консервативной терапией. Кровотечение из ложа желчного пузыря остановлено гемостатической терапией. Повторных операций не было.

Раневую инфекцию не наблюдали в связи с проведением адекватной антибактериальной терапии в комплексе лечения больных в пред- и послеоперационном периоде. Летальных исходов не было.



Рис. 5. Установка универсального ранорасширителя. Вид сверху.

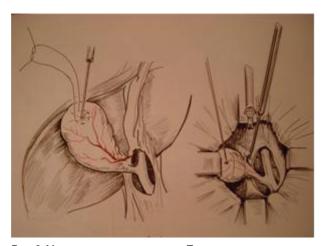


Рис. 6. Методика холецистэктомии. Пункция желчного пузыря, наложение кисетного шва. Субсерозное выделение желчного пузыря по медиальному краю с помощью электрода к триполярному электрокоагулятору.

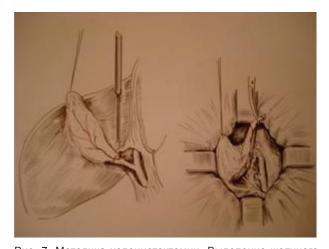


Рис. 7. Методика холецистэктомии. Выделение желчного пузыря после перевязки и пересечения пузырной артерии, используя нить держалку. Завершающий этап холецистэктомии после предварительной перевязки и пересечения пузырного протока.

#### Выводы

Таким образом, разработанный универсальный ранорасширитель оригинальной конструкции позволяет

#### Литература

- 1. Goco I., Chambers L. "Mini-Cholecystectomy" and operative Cholangiography. // Amer. Surgeon. 1983. Vol. 49. №3. P. 143-145.
- 2. Morton C. Cost containment with use of "Mini-Cholecystectomy" and intraoperative cholangiography. // Amer. Surgeon. 1985. Vol. 51. №3. P. 168-169.
- 3. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. Видар, 2006. 561с.
- 4.Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. – Москва, 2000. – 139с.

выполнить холецистэктомию из минимального доступа у 100% больных с желчнокаменной болезнью и ее осложнениях, снижает послеоперационные осложнения до 6,6% без летальных исходов.

- 5.Каримов Ш.И., Ким В.А., Кротов Н.Ф. и др. Малоинвазивные вмешательства при желчнокаменной болезни. // Хирургия. — 2000.- № 10. — С. 24-27. 6.Савельев В.С. 50 лекций по хирургии. - Москва, 2004. — 7520.
- 7. Прудков М.И. Минилапаротомия и «открытая» лапароскопия в лечении больных желчнокаменной болезнью. Дис. ... д-ра мед. наук. – Москва, 1993. 8. Захаров Н.И. Холецистэктомия из мини-доступа. Дис.
- ... канд. мед. наук. Новосибирск, 1993.- 122 с.

# Правила оформления рукописей для журнала «Вестник хирургии Казахстана»

- Формат рукописи A4.
- Текст должен быть написан в программе Word с использованием шрифта Times New Roman, кеглем 14, с пробелами полуторными.
- Статья подается на CD-диске с вкладышем, котором обозначается имя автора и название статьи.
- Объем рукописи: научная статья до 5 стр, случай из практики 3-4 стр.; обзор, лекция не более 8 стр.
- Список литературы минимально необходимый.
- Рукопись визируется руководителем учреждения (кафедры), научным руководителем, скрепляется печатью.
- К рукописи прилагается резюме на казахском, русском, английском языках, ключевые слова, УДК.
- В конце рукописи сведения об авторах: степень, должность, количество имеющихся публикаций.
- Адрес, телефоны (можно и мобильный), электронная почта.
- Рукопись подписывается лично автором как свидетельство полной аутентичности данных материала, ответственности автора за содержание рукописи.

# Оценка влияния эндоскопического низкоинтенсивного лазерного излучения в сочетании с антиоксидантом в лечении дуоденальных язв

Мамедов М.М., Мамедов И.И., Мамедов А.А. Больница скорой медицинской помощи г. Сумгаит (Азербайджан)

#### Актуальность проблемы

Язвенная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) на стенке желудка и 12-перстной кишки (1,3,6,7,11,13). Актуальность обсуждения современного состояния проблемы язвенной болезни обусловлена широкой распространенностью ее среди взрослого населения, что в разных странах мира составляет от 5 до 15% (2,4,5,8,9,10). Язвы 12перстной кишки встречаются в 4 раза чаще, чем язвы желудка. Среди больных с язвами 12-перстной кишки мужчин больше, чем женщин. Согласно современным представлениям, причиной возникновения язвенной болезни является нарушение равновесия между агрессивными свойствами желудочного содержимого (например, высокий уровень кислотности) и ослаблением защитных свойств слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки (например, жизнедеятельность на слизистой выходного отдела желудка Helicobacter pylori) (3,4,7,9,10,11,12), а также нарушение моторики и эвакуации содержимого из желудка (что часто связанно со стрессом) и прямое травматизирующее действие некоторых видов пищи. В течение последних десятилетий широко обсуждается роль бактерии Helicobacter pylori в возникновении язвенной болезни. В настоящее время доказательств того, что под воздействием Helicobacter pylori образуется язва - нет, но доказано, что она является причиной развития гастрита выходного отдела желудка. Кроме этого, присутствие Helicobacter pylori на слизистой оболочке желудка человека, страдающего язвенной болезнью, с одной стороны, поддерживает в ней хроническое воспаление, а с другой - провоцирует гиперсекрецию желудочного сока, что неизбежно приводит к частому рецидиву язвы. Исследования последних лет показали, что Helicobacter pylori медленно в течение 3-10 лет способна изменять структуру слизистой желудка в сторону формирования атрофического гастрита, на фоне которого в ряде случаев происходит перестройка слизистой по типу кишечной метаплазии и в дальнейшем дисплазии (1,2,4,6). Последнее же состояние слизистой квалифицируется как «предраковое» состояние. Теоретически лечение Helicobacter pylori-ассоциированного гастрита должно проводиться во всех случаях его выявления, но практически предлагаемое на сегодня лечение (блокатор секреции + два мощных антибиотика) является само по себе достаточно агрессивным и не всегда легко переносимым для организма человека. Поэтому в настоящее время на основании результатов научных исследований разработаны четкие международные рекомендации по лечению Helicobacter pylori-зависимых заболеваний. Однако исследований возможности использования низко-интенсивного лазерного излучения в сочетании антиоксиданта для эрадикации HP и других пристеночных микроорганизмов не проводилось.

В последние годы внимание исследователей, интересующихся проблемой антиоксидантной активности, все больше привлекает препарат мексидол, являющийся антиоксидантом - ингибитором свободно радикальных процессов и перекисного окисления липидов. препаратом, обладающим свойством активизации супер-оксиддисмутазы, оказывающим позитивный эффект на физико-химические свойства мембран клеток, проявляющим антигипоксическое, стресспротекторное, антиамнестическое и анксиолитическое действия. (3,8,11,13.)

#### Целью исследования

является улучшение результатов лечения дуоденальных язв с использованием эндоскопического низкоинтенсивного лазерного излучения в сочетании антиоксидантом-мексидолом

#### Материалы и методы исследования

На стационарном лечении под нашим наблюдением находились 20 больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки в возрасте от 19 до 62 лет, 7 (35,0;%) женщин и 13 (65,0%) мужчин. Все больные были разделены на две группы: основную и контрольную.

В основную группу вошли 11 больных (мужчин - 7 (63,7%), женщин - 4 (36,3%) с язвами двенадцатиперстной кишки, которым на фоне стандартной консервативной противоязвенной терапии проводилось эндоскопическое лечение низкоинтенсивной лазерной терапией (применением препарата мексидола, оптимальная доза 6 мл-0,3 грамма и лазерной установки «ИГЛА» мощностью 5-6 Вт на выходе, по разработанной методике). Под визуальным контролем дистальный конец эндоскопа вместе со световодом подводился к язвенному дефекту и прицельно шла экспозиция лазерного луча на язву в течение 5-6 мин. в зависимости от размеров язвы и ее эндоскопической характеристики. Лазерное излучение осуществлялось с дозой облучения 6 Дж/см на луковицу двенадцатиперстной кишки, затем на антральный отдел желудка и в конце - на тело желудка. Курс эндоскопической лазеротерапии составлял в среднем 4-6 сеансов.

Контрольную группу составили 9 больных с язвами двенадцатиперстной кишки, которые получали консервативное противоязвенное лечение по традиционной схеме. Из них мужчин было 6 (66,7%), женщин - 3 (33,3%), средний возраст составил  $42,8\pm2,0$  года, в контрольной -  $42,84\pm1,87$  (P = 0,989).

Таблица 1. Распределение больных в группах по возрасту и полу существенно не отличались и были сопоставимы

		В том	В том числе в возрастных группах									
Пол	Всего больных		20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 и ст.					
Муж.	7	-	2	4	1							
Жен.	4	-	1	2	1							
Всего	11		3	6	2							

Распределение больных основной и контрольной групп в зависимости от размеров язвенного дефекта представлено в таблице 2.

Таблица 2. Распределение больных основной и контрольной групп в зависимости от размеров язвенного дефекта

	Размеры язвенного дефекта									
Гр. больн.	До 0,5 см п, (%)	0,5-1,0 см п, (%)	Более 1,0 см п, (%)							
Основная гр. (п=11)	2 (18,1%)	3 (27,2%)	6 (54,6%)							
Контр. гр. (п=9)	1 (11,1)	5 (55,5)	3 (33,3)							
Итого	3 (15,0)	10 (50,0)	7 (35,0)							

Из таблицы 2 видно, что самое большое количество пациентов в основной (6 человек группе составляют пациенты с размером язвенного дефекта более 1,0 см, в то время как в контрольной (5 человек) - пациенты с размером язвенного дефекта от 0,5 до 1,0 см.

Большее число язвенных дефектов у пациентов основной группы располагалось на передней стенке (45,4), как и у пациентов контрольной группы (44,4%). Затем по степени распространенности среди пациентов основной и контрольной групп следует другая локализация и сочетанные поражения (20% и 19,6% соответственно). Менее часто встречаются язвенные дефекты на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки пациентов основной и контрольной групп (18% и 22,2%). Среди пациентов основной и контрольной групп сопоставимы проценты локализации язвенных дефектов на стенках луковицы двенадцатиперстной кишки. При исследовании язвенного анамнеза выявлено, что у 27,2% больных в основной и у 22,2% в контрольной группах, имел место язвенный анамнез продолжительностью до 3-х лет. Наибольшее количество больных (54,5% основной группы и 55,6% контрольной) страдало язвенной

Таблица 3. Распределение больных основной и контрольной групп в зависимости от локализации язвенного дефекта

		•									
Гр. больн.	Локализация	Покализация язвенного дефекта									
	Передняя стенка п(%)	тстенка ткоивизна гкоивизна гсочетанные поражен									
Основная гр. (п=11)	5 (45,4)	2 (18,1)	2(18,1)	1 (9,09)	1 (9,09)						
Контр. гр. (п=9)	4 (44,4)	2(22,2)	1 (10,0)	1 (10,0)	1 (10,0 )						
Итого	9(45,0)	4 (20,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	2(10,0)						

Таблица 4. Соотношение больных основной и контрольной групп в зависимости от длительности язвенного анамнеза

Давность	Группы пациентов п, (%)							
заболев.	Основ. группа	Контр. группа	Всего					
До 3 лет	3 (27,2)	2 (22,2)	5 (25,0)					
От 2 до 10 лет	6 (54,5)	5 (55,6)	11 (18,1)					
Более 10 лет	2 (18,3)	2 (22,2)	4 (20,0					

болезнью от 2 до 10 лет и у 18,3% больных основной и 22,2% контрольной групп язвенный анамнез составил более 10 лет, что представлено в таблице 4.

#### Результаты исследования

Опыт применения лазеротерапии - непосредственно на язву - показал ее значительную эффективность: первые 1-3 сеанса оказывали анальгизирующий эффект даже при выраженных болевых синдромах; отмечалось хорошее противоотечное действие, в последующие сеансы лазеротерапии язва очищалась от налетадетрита и происходило ускоренное созревание и рост грануляционной ткани с последующей быстрой эпителизацией язвы, восстановления слизеобразующей функции покровного эпителия. Следует отметить и тот факт, что при заживлении язв желудка и двенадцатиперстной кишки под воздействием лазерного излучения рубцы образуются эластичными и не создают грубую рубцовую деформацию привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки.

Для увеличения стабильности лечебного эффекта и снижения рецидивов болезни проводилось лазерное низкоинтенсивное облучение области проекции язвенного дефекта через брюшную стенку синхронно с ритмами колебаний скорости кровотока с применением препарата (мексидола, оптимальная доза 6 мл - 0,3 грамма) и лазерной установки «ИГЛА» мощностью 5-6 Вт на выходе, по разработанной методике.

Способ осуществляется следующим образом. Сеансы лазерной терапии проводят больному в положении лежа и при помощи аппарата «ИГЛА». Облучение проводят неинвазивно через брюшную стенку живота пациента в течение 6-8 дней с экспозицией 10-12 минут во второй половине дня. Окончательная оценка результатов лечения проводится дополнительно по общепринятым клиническим диагностическим характеристикам, данным рентгенологического исследования и гастроскопии. Установлено, что оптимальная эффективность противоязвенной терапии достигается при поддержании интрагастрального рН выше 3,0 в течение 18 часов

в сутки при лечении язв желудка и выше 4,0 при лечении язв луковицы двенадцатиперстной кишки. Для эрадикации НР целесообразно повышение рН до 5,0 (лучше 6,0-7,0); при этом бактерия вступает в фазу деления и становится чувствительной к антибиотикам. Использование мексидола приводит к перераспределению бактерий в слизистой оболочки желудка; так, в антральном отделе степень обсемененности Helicobacter

руlorі снижается, причем часто значительно, а в теле желудка - возрастает. Механизм такого регулирующего влияния связан с мощным угнетением желудочной секреции. Оценка заживления язвы проводилось визуально при эндоскопических исследованиях. Для эзофагогастродуоденоскопии и взятие биоптатов использовались фиброволоконные приборы с торцевой и боковой оптикой. Перед началом лечебных мероприятий, через 2-10 суток от начала лечения, а также при полной эпителизации язв выполнялась эндоскопическая биопсия с краев язвы работы

Таким образом, 1) использование эндоскопического низкоинтенсивного лазерного излучения в сочетании применением препарата (мексидола, оптимальная

доза 6 мл-0,3 грамма) и лазерной установки «ИГЛА» мощностью 5-6 Вт на выходе, по разработанной методике, не оказывая патологического влияния на структуру слизистой оболочки; способствует эрадикации пристеночных микроорганизмов с поверхности эпителиоцитов.

2) использование эндоскопического низкоинтенсивного лазерного излучения в сочетании применением препарата (мексидола, оптимальная доза 6 мл-0,3 грамма) и лазерной установки «ИГЛА» мощностью 5-6 Вт на выходе выражается в более ранних сроках заживления язвенного дефекта, способствует удалению с поверхности клеток микроорганизмов и снижению секреции кислоты и пепсина

#### Литература

- 1. Балалыкин А.С., Авалиани М.В., Лапшина С.В. Эндоскопическая фототерапия в комплексном лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки// Терапев. арх.-1987,N 10.C.66-68.
- 2. Баракаев С.Б. Сравнительная оценка наружной и эндоскопической лазеротерапии язвенной болезни 12-перстной кишки//Материалы 4-го Всесоюзного съезда гастроэнтерологов. М Л.; 1990, С.129 и 130.
- 3. Буданцев С. И. сравнительная оценка влияния лазерного излучения на регенерацию хронических язв желудка//Совр. методы лазерной терапии. Рязань: 1988, С.66-69.
- 4. Бурый А.Н., Леонов А.Н., Дейнека С.В. и др. Клинико-морфологические аспекты эндоскопической лазеротерапии язв желудка// Клинич. хирургия.- 1985 N 8, с. 23-25.
- 5. Горбань В.В., Головина Т.Э. Эффективность лечения низкоэнергетическим импульсным полупроводниковым лазерным излучением медиогастральных язв. // 4-й Всесоюзный съезд гастроэнтеролов. Материалы.- М.- Л.: 1990, т. 1, с. 206 и 207.
- 6. Дмитриев А.Е., Кашеваров С.Б., Арапов Н.А.

Лазеротерапия язвенных дефектов желудка и 12перстной кишки//Кпин мед -1991 N 4 с. 85-87

- 7. Кару Т.И., Летохов В.С., Лобко В.В. и др. Светолечение больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки на основе стимуляции клеток низкоинтенсивным красным светом //Вопр. курортол., физиотерапии и лечебной физкультуры. 1984, N 1, c. 36-39.
- 8. Керин В. В., Гембицкий Е.В., Синев Ю.В. и др. Использование низкоэнергетического лазерного излучения в комплексном лечении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки // Терапев. арх. 1984, т. 56, N 2, с. 46-48. 9. Козлов В.И., Буйлин В.А. Лазеротерапия с применением АЛТ "Мустанг". М.: 1994, 124 с.
- 10. Применение низкоинтенсивных лазеров в медицине. Методические рекомендации.- Рязань: 1992, 134 с.
- 11. Семендяева М.Е., Лебедев А.В., Матвеев Г.Н. Лазерная терапия гастродуоденальных язв. // Клин. мед. 1990, N 10, c. 72-74.
- 12.Пулатов.С.Р.Морфологические аспекты современного лечения язвенной болезни «Материалы Республ. научной конференции Ташкент 200г, С 72-75
- 13.Fleisher D. Endoscopic Lazer therapy for gastrointestinal disease//V 3296 Arch. intern. Med. 1984, 144, 6, p. 1225-1230.

# Об бактериологических критериях оценки эффективности лечения холангита с применением озонотерапии (экспериментальное исследование)

Научный центр хирургии им. акад. М.А.Топчибашева, Баку, Азербайджан Агаев Р.М., Алиева Э.А., Аллазов Т.А.

Об бактериологических критериях оценки эффективности лечения холангита применением озонотерапии (экспериментальное исследование) Научный центр хирургии им. акад. М.А.Топчибашева Агаев Р.М., Алиева Э.А., Аллазов Т.А.

Анализ результатов бактериологических исследований желчи при гнойном холангите с применением озонотерапии в отличие от традиционного метода лечения показали, что на 9-12 сутки лечения, в основной группе уменьшение числа патогенных микроорганизмов составила 83,55%-93,8% по сравнении с контрольной группой. А, это приводит к уменьшению интоксикации к ускорению время лечении. Анализ проведен на 12 беспородных собак. Из них 5 собак составили контрольную группу, где лечение проводили традиционным методом и 7 собак — основную группу, где лечение проводили озонотерапией.

Гнойный холангит (ГХ), спутник обтурации желчных протоков, в настоящее время приобрел статус самостоятельной проблемы. В значительной степени такое положение обусловлено увеличением числа больных с осложненными формами желчнокаменной болезни, широким бесконтрольным применением антибактериальных препаратов, склонностью ГХ к генерализации с образованием множественных абсцессов печени, развитием билиарного сепсиса полиорганной недостаточнсоти (6,14,10). Наиболее грозными и частыми осложнениями желчнокаменной болезни являются механическая желтуха (МЖ), сопровождающаяся явлениями гнойного холангита (ГХ), которое составляет 66,4-88,1% больных с данной патологией (12).

В норме желчь условно стерильная и даже оказывает бактериоцидное действие, но при развитии патологических процессов в желчных протоках в ней содержится множество микроорганизмов (7,9). При хроническом холангите бактериохимия выявляется у 40-60%, при остром же холангите у 80-100% больных. При этом в желчи присутствуют разнообразные аэробные и анаэробные микроорганизмы, чаще (70-90%) в ассоциации, реже (15-30%) в виде монокультуры (11,17).

Учитывая бактериальную загрязненность желчи, необходимо более адекватное, целенаправленное лечение ГХ.

На сегодняшний день самым эффективным способом лечения холангита, служит декомпрессия желчевыводящих протоков, назначение антибиотиков направленного действия и стимулирующая защитные силы организма (8). Поиски эффективных путей подAbout bacteriological criterion of effectiveness of the treatment of cholangitis using ozonetherapy.

Surgical Center af. M.A.Topchubashev. Agaev R.M., Alieva E.A., Allazov T.A.

The article reports about the results of the treatment of 12 dogs with mechanical jaundice and purulent cholangitis. Among them 5 dogs was from control and 7 dogs from main groups. In first group dogs took only traditional treatment, but in the second group besides the ozone therapy. The results of the bile bacteriological investigations, in first group,  $9^{th}$  and  $12^{th}$  days, had shown the bacterial contamination to be 83, 55-93, 8% less as compared with the second one. Applying the ozone therapy into complex treatment of purulent cholangitis reduces the intoxication, inflammatory process in the bile ducts in the short term.

ведения химиопрепаратов к очагу воспаления для создания высокой концентрации способствовали появлению эндолимфатических лимфотропных способов введения антибиотиков, а также регионарной внутриартериальной методике введения антибиотиков с целью достижения их высокой концентрации в артериальной крови и в очаге воспаления, что позволяет обеспечить более быстрое стихание воспалительного процесса и выздоровление пациента (1).

В последнее время наиболее широкое распространение в лечении гнойного холангита получил плазмоферез, популярна экстракорпоральная гемосорбция, сорбция желчи, применение ксеноселезенки и энтеросорбции, наружное дренирование грудного лимфатического протока, лимфосорбция, магнито-лазерная терапия, прямая антеградная эндолимфатическая антибиотико и иммунокоррегирующая терапия с дренированием лимфатических сосудов (2,3,4,15,16).

Однако значение этих методов неоднозначно. Как показали экспериментальные и клинические исследования, кратковременность эффекта в условиях неразрешенного холестаза и отсутствие убедительных данных, доказывающих их преимущество перед обычной инфузионной терапией, и высокая летальность заставляет продолжать поиски более оптимального подхода в лечении холангита.

В последние годы в этиологии ГХ возросло роль грибов Candida и других близких к ним микроорганизмов, более часто их выделяют у пациентов, которым ранее проводилась антибиотикотерапия, несмотря на то, что антибактериальная терапия не является панацеей, но

для предупреждения бактеремии и послеоперационной генерализации инфекции играет решающую роль (10,13).

Присоединение инфекции при ГХ является основной причиной летальности из-за недостаточности вышеперечисленных методов лечения, особенно недостаточность эффективности применяемых антибактериальных препаратов на фоне широкого распространения антибиотико-резистентной микрофлоры. В связи с этим возникает необходимость поиска новых методов комплексного воздействия на возбудителей хирургической инфекции.

В последнее время одним из перспективных направлений лечения гнойного воспалительного процесса является озонотерапия, оказывающая губительное действие как на аэробные, так и на анаэробные микроорганизмы.

Минимальные дозы озона вызывают локальные повреждения мембран, прекращая процесс деления бактериальных клеток. Более высокие дозы приводят к повреждениям ряда ферментативных, транспортных и рецепторных систем, обеспечивающих жизнедеятельность бактериальной клетки, что ведет к ее гибели в результате поражения дыхания и возрастания проницаемости цитоплазматической мембраны, связанной с окислением фосфолипидов и липопротеидов биологических мембран нарушением целостности оболочек бактериальных клеток (5). Отсюда цель нашей работы – повышение эффективности лечения гнойного холангита с применением озонотерапии для уменьшения бактериологических показателей желчи.

#### Материалы и методы

Экспериментальная часть работы включала анализ результатов лечения у 12 беспородных собак, весом 12-14 кг, от 2 до 3 лет. Из них 7 составляли основную группу, где лечение проводили озонотерапией, а в контрольной группе было 5 собак, где лечение проводили традиционным методом.

Экспериментальный гнойный холангит был создан перевязкой холедоха и произведением холецистэктомии. Через микроирригатор, введенный в культу цистикус (в лабораторных условиях приготовленную смешанную микрокультуру candida albicans - 10³/л; streptococcus aureus - 10³/л; esherica coli - 10³/л) микрокультура была введена в холедох. Перевязанный микродренаж был выведен на переднюю брюшную стенку через отдельный прокол. Лапаротомный разрез ушивали наглухо. Перевязанная часть микродренажа находился наружно на передней брюшной стенке.

Наркотизацию животных осуществляли путем внутривенного введения 5%-25 мг/кг веса тиопентала натрия через 10-15 минут. После дачи наркоза стригли и брили волосы в области операционного поля, животных укладывали на спину и фиксировали к операционному столу за все конечности. Операционное поле обрабатывали дважды 10% раствором иода. Лапаротомию осуществляли разрезом 10-12 см по средней линии живота.

Сбор желчи с последующим его посевом на бактериальный контроль осуществляли на 3-и, 5-е, 9-е, 12-е сутки с последующим определением чувствительности микрофлоры на антибиотики.

При взятии желчи мы использовали метод В.И.Кочеровец, где материал засевался на чашки Петри с селективными питательными средствами. Из оставшегося материала изготавливали мазок и окрашивали

по Граму в модификации Копылова, где выделенную микрофлору идентифицировали и проверяли на чувствительность к антибиотикам.

В послеоперационном периоде в основной группе через микроирригатор, оставленный в холедохе, местно вводили озонированный раствор 0,9% NaCl из расчета 0,4 мг/л в 20 мл, кроме того, одновременно внутривенно вводили озонированный 0,9 NaCl из расчета 0,4 мг/л в 200,0 мл. Введение растворов в холедох проводили ежедневно в течение 5 дней. Внутривенно озонированный раствор вводили в течении 3-х дней, а в дальнейшем процедуру проводили через день. Оптимальное время действия препарата 10 мин.

#### Результаты и обсуждения

Доминирующей микрофлорой исследуемого материала (желчи) явились условно патогенные представители семейства энтеробактерий и группы неферментирующих бактерий. После создании модели для выявление микробной численности, то есть бактериологической загрязненности желчи в обеих группах, на 3-и и 5-е сутки через микродренаж, который после введении микрокультуры был перевязан, брали желчь для первичного бактериологического исследования.

Бактериальная загрязненность желчи до лечения на 3-е сутки в контрольной группе достигала: candida albicans – 260%; streptococcus aureus – 226%; esherica coli – 326%, а в основной группе к этому времени составляла: candida albicans – 228%; streptococcus aureus – 176,2%; esherica coli –338,1%.

На 5-е сутки без лечения бактериальная загрязненность желчи в контрольной группе составляла: candida albicans – 493,3%; streptococcus aureus – 440%; esherica coli – 586,7%, а в основной группе candida albicans – 461,9%; streptococcus aureus – 414,3%; esherica coli –590,5%. Сравнение LgMЧ желчи в обеих группах показывало, что бактериальная загрязненность желчи была почти идентичной, разница составляла от 2,7% до 0,6%.

С 5-го дня мы создавали декомпрессию желчного протока с развязыванием ранее перевязанного дренажа, оставленного в холедохе во время операции.

Полученные результаты бактериологического исследования желчи в обеих группах отражены в таблице

Как видно из таблицы 1, при бактериологическом анализе желчи в динамике лечения в послеоперационном периоде на 9-е и 12-е сутки в обеих группах удельный вес высоковирулентных представителей рода Candida Straptococcusa, Esherica начал снижаться по сравнению с 3-им и 5-м днями по сравнению с моделью без лечении. Так, если в контрольной группе количественный состав Candida уменьшилась на 32,58% -70,79%, то в основной группе уменьшение составляла 65,3%-94,9%, то есть уменьшение количественного состава Candida в основной группе на 51,2%-83,5% было больше по сравнению с контрольной группой.

Уменьшение Streptococcasa в основной группе на 9-е и 12-е сутки составлало на 15,5%-4,8% больше по сравнении с контрольной группой.

Количественный состав Esherica в основной группе по сравнению с контрольной уменьшился на 47,4%-93.8% больше.

При продолжении озонотерапии на 9-е и 12-е сутки количественный состав каждого вида микроорганизма начал уменьшатся? и это доказывает, что озонирова-

				Бактериологический анализ								
	2 4		IQC	3 день		5 день		9 день		12 день		
Nº	Виды микрофлоры	До создания модели и		Основ. n=7	Контр. n=5	Основ. n=7	Контр. n=5	Основ. n=7	Контр. n=5	Основ. n=7	Контр. n=5	
1	Candida	3±0	3±0	9,8±0,9 p<0,001	10,8±0,58 p<0,001	16,8±0,45 p<0,001	17,8±0,58 p<0,001	5,8±0,26 p<0,001	12±0,44 p<0,001	0,85±0,34 p<0,001	5,2±0,37 p<0,001	
2	Streptococ.	3±0	3±0	8,2±0,6 p<0,001	9,8±0,58 p<0,001	15,8±0,29 p<0,001	16,3±0,37 p<0,001	6±0,3 p<0,001	11,4±0,51 p<0,001	0,28±0,18 p<0,001	4,6±0,24 p<0,001	
3	Eserica	3±0	3±0	13,14±0,26 p<0,001	12,8±0,37 p<0,001	20,7±0,8 p<0,001	20,6±0,67 p<0,001	4,5±0,2 p<0,001	12,8±0,37 p<0,001	0,14±0,14 p<0,001	4,8±0,377 p<0,001	

Таблица 1. Бактериологический анализ желчи в обеих группах экспериментальных собак в динамике лечения

ние, с одной стороны, усиливает перекисное окисление липидов, а с другой стороны, стимулирует внутриклеточный синтез антиоксидантов, что приводит к повреждению ферментативных, транспортных и рецепторных систем, обеспечивающих жизнедеятельность бактериальной клетки, приводящий к гибели микроорганизмов и уменьшению воспалительного процесса в холедохе. Сравнивая результаты местной озонотерапии, обнаруживаем, что снижение Lg MЧ в среднем на 2±0,5 дня

Литература

- 1. Абдуллаев Э.Г. Бабышин В.В. Плазмафарез в комплексной лечении больных с обтурационной желтухой. Вестник хирур. 1993; 2; 92-95.
- 2. Андрощенко В.П., Звездник О.А. Значение бактериологического исследования желчи при хирургическом лечении больных холангитом. Клиническая хир. 1991; 9; 18-20.
- 3. Бандарев В.И., Абмидов Н.П., Баден А.П. Применение холесорбции в лечении больных с острым холециститом осложненным холангитом. Клиническая хирургия, 1992: 9-40; 37-40.
- 4. Бабаджанов Б.Р., Курьизов Б.Н. Магнито –лазерная терапия при холангиолитиазе. Анналы хир. Гепатол. 1998; 3; 3: 34.
- 5. Васильев И.Т., Марков И.И., Колесова О.Е и др. Озонотерапия больных с разлитыми формами перитонита. В., сб.: Озон в биологии и медицине. Н.Новгород 1992, с. 42-43.
- 6. Ермолов А.С., Юрченко С.В., Дасаев Н.А. Современные аспекты, комплексного лечения обструктивного холангита: сборник тезисов. Межрегиональная конференция хирургов. М. 1993; 30-31.
- 7. Жулев С.А. Инфицированность протоков желчи у больных острым и хроническим холециститом. Анналы хирурги. Гепатол. 1999; 4: 2: 100.
- 8. Краковский А.И., Тарабин В.И. Холангиоеюноанастомоз при доброкачественными заболеваниями желчных путей. Хирургия, 1982; 1: 13-18.

наступает быстрее, чем при традиционных методах лечения.

Таким образом, при сравнении применения озонотерапии в комплексном лечении ГХ с традиционными методами лечения и результатов бактериологических анализов желчи установили, что наиболее эффективным методом лечения является сочетанное лечение данной патологии, что позволяет уменьшить интоксикацию и летальность в послеоперационном периоде.

- 9. Котельникова Л.П. Дремин Д.И., Палатова Л.Ф., Маслов Ю.Н. Антибактериальное лечение гнойного холангита. Анналы хир. Гепатол. 1999: 4: 2: 109.
- 10. Маенипский А.А., Лотов А.Н., Харнас С.С., Шкроб О.С. Гнойный холангит. Хирургия 2002, №3, ст. 58-65.
  11. Назыров Ф.Г. Акихов Х.А., Анбаров М.М. Тактика

лечения больных механической и печоночной недостатипичностью. Анналы хирург. Гепатоло. 1999, 4:

- 12. Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В., Хасанов А.Г. и др. Хирургическое лечение больных гнойным холенгитом при желчнокаменной болезни. Хирургия, 2001,№2, стр. 23-26. 13. Савельев В.С., Филимонов М.И. Острый панкреатит.// Пособия для врачей М., № 2000, с. 3.
- 14. Ситников В.А., Стяжнина С.П., Белоусов А.Н., Андрукович Ф.Ф. Антисептическая, детаксикационная и иммунокорригирующая терапия в комплексном лечении гнойного холангита: материалы конференции хирургов гепатологии «Новые технологии хирургов гепатологии». 3-я. Санкт Петербург. 1995; 391-392.
- 15. Шойхет Я.Н., Фокеев с.Д., Кулешова И.В. Влияние локальной непрерывной внутриартериальной антимикробной терапии на течение послеоперационного периода у больных при холенгите.
- 16. Batta A.K. et al. Ursodesoxycholic acicl (UDCA)? A hydrophilic bile acid is concentrateal in the water soluble fraction of feces. Gastroenterology 1995:08:405.
- 17. Bayer S.L. Bile ductepithelium frontiers transport physcology. Am. J.Phystol. 1996: 270: GI G 5.

## Активная хирургическая тактика при лечении острого панкреатита

Акылжанов К.Р., Голобородько О.Н., Камзин Н.К., Абдрахманов С.Т., Калиев Е.К., ДатбаевМ.Ж., Амирханов Ж.А. Каргабаев Е.Ж. Хирургическое отделение, ККГП «Аксуская центральная больница», г. Аксу, Павлодарская область

## Жедел панкреатитті емдеуде колданылатын белсенді хирургиялық тактика

Ақылжанов Қ.Р., Голобородько О.Н., Қамзин Н.К., Әбдірахманов С.Т., Қалиев Е.Қ., ДатбаевМ.Ж., Әмірханов Ж.Ә., Қарғабаев Е. Ж.

Әр түрлі авторлардың әдебиеттегі берілген пікірлері бойынша панкреонекрозды операциялық әдіспен емдеудің мерзімі мен емдеу әдіс тәсілдерін таңдау жолдары әліде болса даулы және әртүрлі болып отыр. Аксу каласының «Ақсу орталық ауруханасы» ҚМКК хирургиялық бөлімшесінде 2008жылы 63 науқас жедел панкреатитпен емделді. Олардың жыныстық құрамына назар аударсақ 34 әйел, 29 ер адам емделуден өтті. Жас ерекшіліктері бойынша 35 пен 65 жас аралығындағылар саны 39 (61,9%). Жедел панкреатиттің ауыр түрімен 8 науқас (12,6%) емдеуге алынды. Панкреатиттің ауыр түрімен емделуге түскен 7 науқасқа хирургиялық операция жасалынды. Оның 1-еуінде операциадан кейнгі пневмония өрбіді, 1-еуі тоталды панкреонекрозбен ауырған науқас өлді. Өлу себебі-жедел жүрек жетімсіздігі. Мысал ретінде біз тоталды геморрагиялық панкреонекрозды ерте мерізімде кешенді емдеу тәсілдерімен қатар операциялық тәсіл арқылы емдеу әдістері сәтті өткен науқасты бақлау барысындағы құбылысты келтіреміз.

Общая летальность при остром панкреатите имеет слабую тенденцию к снижению и на протяжении многих лет составляет 4-12% [2,3,4]. В структуре послеоперационной летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости острый панкреатит занимает 1-е место, составляя 24,7% [1]. Поэтому эта проблема не теряет своей актуальности – прежде всего, вследствие высокой частоты осложнений и летальных исходов. По литературным данным, у разных авторов сроки и выбор метода оперативного лечения при панкреонекрозах остается различным и по-прежнему дискутабельным [3,4,5].

В хирургическом отделении ККГП «Аксуская центральная больница» г. Аксу, в 2008 г. находилось на лечении 63 больных с острым панкреатитом. Количество больных по половой принадлежности составило: 34 женщины и 29 мужчин. В возрасте от 35 до 65 лет - 39 больных (61,9%).

С клиникой тяжелого острого панкреатита госпитализировано 8 больных (12,6%), все госпитализированы в отделение реанимации. По этиологии у 6 выявлены погрешности в диете после приема обильной и жирной пищи, у одного - посттравматический панкреатит и у одного - после злоупотребления спиртными напитками. Сроки госпитализации составили в среднем 12 часов с

### Active surgical methods of treatment of acute pancreatitis

Akylzhanov K.R., Goloborodko O.N., Kamzin N.K., Abdrakhmanov S.T., Kaliev E.K., Datbaev M.Z., Amirhanov Z.A., Kargabaev E.J.

There are many different surgical mode methods and dates of treatment of pancreanecrosis. In 2008 there were 63 patients in surgical department of the Aksu central hospital. This list includes 34 women and 29 men patients. The age between 35 till 65 years old patients were 39 persons (61,9%). With clinical picture acute pancreatitis were come 8 patients (12,6%). There were used 7 surgical modes. 1 person dead the reason was high cardiovascular collapse. As a example we give next successful treatment acute pancreatitis.

момента заболевания. У данных больных, помимо клинических проявлений, отмечалось повышение диастазы плазмы крови. Так, у 5 больных до 5000 ЕД, у 2 больных до 10000 ЕД, и у одного 11400 ЕД. Лейкоцитоз у данных больных колебался в пределах от 15\*10°/л до 20\*10°/л. Гипербиллирубинемия зафиксирована у 3 больных. Гипергликемия выявлена 4 больных (у одного очень высокая - до 17,1ммоль/л). Диагноз подтверждался данными ультразвукового исследования. У 3 больных были выраженные явления олигоурии и олигоанурии. Из сопутствующей патологии у 3 больных - ожирение различной степени, у 3 больных - хронический бронхит, явления дыхательной недостаточности, у 4 больных - артериальная гипертензия с ишемической болезнью сердца и явления сердечной недостаточности.

Всем больным начато консервативное лечение в ОАРИТ, включавший в себя весь комплекс мероприятий: голод, зондирование желудка, промывание холодной водой, местная гипотермия, инфузионная терапия до 5000 мл (с учетом функции почек), форсированный диурез, анальгетики, холиноблокаторы, спазмолитики, антациды,  $\rm H_2$ –блокаторы, ингибиторы протеаз, антибиотики, симптоматическая терапия. Также 3 больным введен соматулин в первые сутки.

После минимально необходимой предоперационной

подготовки, в среднем до суток, 7 больным с тяжелым панкреатитом, произведено оперативное лечение. Во время операции (по обширности поражения и морфологии) выявлены: тотальный геморрагический панкреонекроз у 3 больных, у 2 - поражение головки и тела, у 1 - хвоста и тела, панкреонекроз головки железы - у 1 больного. С ферментативным перитонитом было трое больных. Объем оперативного вмешательства включал: лапаротомию, холецистэктомию, дренирование холедоха по Пиковскому, по показаниям при холедохолитиазе - холедохолитотомия. Санацию брюшной полости, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости производили всем больным. Дренирование сальниковой сумки осуществлялось через Винслово отверстие трубчато-перчаточным дренажем, выведенным в правом подреберье и слева через желудочноободочную связку. Также применялось приточнопромывное дренирование с двухпросветным дренажем. Двум больным была наложена лапаростома с последующей программированной санацией брюшной полости.

Что интересно, у всех оперированных больных отмечалось заметное улучшение общего состояния уже в первые сутки после операции. Улучшились показатели крови, снизился лейкоцитоз, снизились палочкоядерные лейкоциты, проходила токсическая зернистость. Уменьшились симптомы интоксикации. Возможно, это объясняется санацией брюшной полости от эндотоксических веществ и дренированием, создававших адекватный отток ферментативному выпоту.

В послеоперационном периоде у одной больной возникла послеоперационная пневмония. Одна больная с тотальным панкреонекрозом умерла, причиной смерти явилось острая сердечно-сосудистая недостаточность. В качестве примера мы приводим следующее наблюдение успешного лечения острого тотального геморрагического панкреонекроза у больного, которому наряду с комплексным лечением произведено оперативное лечение в ранние сроки.

Больной X. 64 лет, (история болезни №6493) поступил 01.08.2008 г. в экстренном порядке через 1 час от момента заболевания с жалобами на сильные приступообразные опоясывающие боли в эпигастрии и в левом подреберье, рвоту несколько раз съеденной пищей, горечь и сухость во рту, общую слабость, одышку. Доставлен фельдшером скорой помощи с диагнозом: Острый живот. Алкогольное опьянение.

Из анамнеза выявлено: заболел внезапно, после приема обильной острой и жирной пищи со спиртными напитками (водка и пиво). Дома самостоятельно не лечился. В детстве перенес операцию аппендэктомии. При поступлении общее состояние больного тяжелое. Больной беспокоен, возбужден. Кожа и видимые слизистые бледноватой окраски, на коже конечности имеется «мраморность» окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Одышка. ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 100/60 мм рт ст, пульс 100 ударов в минуту. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Язык сухой, обложен белым налетом. Живот симметрично вздут. Пальпаторно мягкий, резко болезненный в эпигастрии, в верхних отделах и в левом подреберье. Симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный. Положительный симптом Воскресенского. Перистальтика вялая, единичные перистальтические волны. Газы отходят плохо. Стула не было.

При обследовании выявлено в ОАК: Hb-155г/л, Ht-0,45%, L-8,5\*10 $^{9}$ /л, п-4, с-62, л-31, м-3. ОАМ - в пределах

нормы. Амилаза мочи не определялась. Биохимия крови: диастаза -11400 ЕД, билирубин - 7,5мкмоль/л, прямой - 0 непрямой - 7,5. Глюкоза крови - 4,2 ммоль/л. Сделано УЗИ брюшной полости и почек, выявлено увеличение поджелудочной железы до 5,4х4,1х6,2 см, контуры размытые, гиперэхогенной структуры. Желчный пузырь 7,5х4,3 см, стенки утолщены до 0,5см, слоистые. В просвете мелкодисперсная взвесь. Холедох - 0,6 см. Заключение: Диффузные изменения печени. Эхопризнаки острого панкреатита. Острого холецистита. Хронического пиелонефрита.

Больной госпитализирован в ОИТАР, с диагнозом: Острый панкреатит. Начата интенсивная комплексная терапия в полном объеме и предоперационная подготовка. Через сутки больному произведена операция: 02.08.2008 г. - Лапаротомия. Холецистэктомия. Санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости под интубационным наркозом. Во время операции выявлен грязно-геморрагический выпот в подпеченочном пространстве и в левом поддиафрагмальном пространстве около 250-300 мл. На гепатодуоденальной связке, брыжейке тонкой кишки у корня, на большом сальнике имеются стеариновые бляшки. В области головки, тела и хвоста поджелудочной железы брюшина имбибирована ферментативным выпотом, с геморрагическими некрозами, грязно-коричневого цвета. В сальниковой сумке выпот около 200 мл. Ферментативный холецистит. Произведено рассечение капсулы поджелудочной железы и париетальной брюшины на протяжении. Сальниковая сумка санирована и дренирована двумя перчаточными и двухпросветными трубчатыми дренажами. Послеоперационное лечение было комплексным.

На 19-е сутки после операции у больного постепенно повышается температура тела 37,8-37,9°C, и достигает до 39-40°C. В ОАК появляется снижение Hb-74 г/л; повышение L-15,3\*10<sup>9</sup>/л; п-12,с-70; СОЭ-40мм/ч. Усиливаются боли в эпигастрии и нарастают симптомы интоксикации. На УЗИ: увеличение границ поджелудочной железы, усиление неоднородности структуры и наличие гипоэхогенных включении. На 24-е сутки 26.08.2008 г. больной взят на операцию: Релапаратомия. Некросеквестроэктомия. Санация и дренирование брюшной полости, сальниковой сумки. Наложение лапаростомы. На операции удалены секвестры и некротические массы в области головки и тела поджелудочной железы, в объеме около 200-250 мл. В послеоперационном периоде проводился приточнопромывной лаваж сальниковой сумки. В последующем сделано 3 программированных санации брюшной полости. После проведенного лечения состояние заметно улучшилось. У больного появилась положительная динамика, снизилась температура тела, нормализовались анализы крови. В более поздние сроки у больного отмечались явления изжоги, горечи во рту и срыгивание. Сделано ФГДС, заключение: ГЭРБ. Эрозивный эзофагогастродуоденит, бульбит. После соответствующего лечения Н<sub>2</sub>-блокаторами и антацидами, а также диеты эти явления у  $\bar{}$  больного прошли. В послеоперационном периоде у больного отмечалось длительное гноетечение из дренажей с панкреатическим соком, которые в последующем прекратилась и свищи закрылись. Больной выписан на амбулаторное долечивание в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, активная хирургическая тактика и применение программированных санаций брюшной полости и сальниковой сумки при панкреонекрозах значительно снижает послеоперационную летальность, а также в большинстве случаев дает положительные результаты лечения.

Литература

- 1. Байчоров Э.Х., Макушкин Р.З., Вафин А.З., и др. Хирургическое лечение больных острым панкреатитом. Хирургия 2007; 5:13 – 16.
- 2. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Докучаев К.В., и др. Лечение гнойно — септических осложнении у больных панкреонекрозом: Материалы конгресса «Третий конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова» М — 2001; 108.
- 3. Гостищев В.К., Глушко В.А. Выбор тактики лечения
- постнекротических осложнений острого деструктивного панкреатита. Всероссийская научная конференция хирургов: Тез. Докладов. Пятигорск 2001; 59 60.
  4. Данилов М.В., Глабай В.П., Хирургическое лечение гнойного панкреатита. 9 й Всероссийский съезд
- 5. Нестеренко Ю.А., Лищенко А.Н., Михайлусов С.В., Гнойно-некротические осложнения острого панкреатита (руководство для врачей и преподавателей). М 1998.

хирургов. Волгоград 2000; 28.

# Отдаленные результаты лечения у больных раком легкого после выполнения расширеннокомбинированных операций

Баймухаметов Э.Т.

Казахский НИИ онкологии и радиологии МЗ РК, г. Алматы

УДК: 616.24-006.6.-089.844:615-036.8

Өкпенің қатерлі ісігіне шалдыққан науқастарды кеңейтілген-үйлестірілген операциядан кейінгі, емдеудің нәтижелері

Баймухаметов Э. Т.

Қазақтың онкология және радиологиялық ғылымизерттеу институты. Алматы қ, ҚР

Қазақтың онкология мен радиологиялық ғылымизерттеу институтында 1995-2007 жылдардың аралығында 113 кеңейтілген-үйлестірілген операция жасалынды. Барлық науқастарда ісіктің сатысы Ша-Шб болып шықты. 71,7%- да жалпақ торшалы қатерлі ісік, ал 20,3%-да аденокарцинома және 8,0%-да ұсақ торшалы қатерлі ісік анықталды. Төрт жылдық өмір сүру кезеңі лимфа түйіндерінің зақымдануынсыз (N0) 23%, метастазды зақымдануымен (N2) — 11,1% болып шықты. Төрт жылдық өмір сүру кезеңі жалпақ торшалы қатерлі ісікте 19,6% болса, аденокарциномада үш жылдық өмір сүру кезеңі 0%.

Лечение больных немелкоклеточным раком лёгкого - одна из наиболее сложных проблем клинической онкологии. Прежде всего, это связано с особенными характеристиками опухоли. Рак легкого является наиболее частым злокачественным новообразованием. В Казахстане рак легкого - наиболее распространенная форма злокачественных новообразований, с 1985 года заболеваемость и смертность от рака легкого остаются на 1-ом месте. Заболеваемость по РК в 2007 году составила 22,5 на 100 000 населения, а смертность 19,2% [1].

Рак легкого представляет собой морфологически неоднородную группу, включающую в основном плоскоклеточный рак (70-75%), аденокарциному (20-25%) различной степени дифференцировки и другие, редкие формы рака легкого. Вместе с тем каждая морфологическая форма имеет свои нюансы клинического течения, лечения и прогноза, которые видны, как правило, при групповом ретроспективном анализе. В основном (70-80%) раком легкого выявляется при значительном местнораспространенном процессе и наличии отдалённых метастазов. Только 10-20% из вновь заболевших могут быть оперированы, из них радикальная операция возможна у 70-80% больных.

5-летние результаты хирургического лечения больных с большей распространенностью прогрессивно ухудшаются и их вряд ли можно считать удовлетворительными. Так, при IIIа стадии  $(T_{1.3}N_2M_0; T_3N_1M_0)$  5 летняя выживаемость составляет 15-20% и при IIIб  $(T_4N)$  любое  $M_0$  стадии — 10-12%.

Выбор оптимального объема оперативных вмешательств и лимфодиссекции при так называемых The remote results of treatment at patients with lung cancer, after surgical treatment including, expandedcombined operations

Baimukhametov E. T.

Kazakh Scientific Investigation Institute of oncology and radiology, Almaty-city, the Republic of Kazakhstan From the period of time since 1995 till 2007 in clinic of the Kazakh scientific research institute of oncology and radiology have been provided 113 expanded-combined operations. All patients IIIa-IIIb a stage of tumor process. At 71,7% of cases it was revealed sguamosus cancer, in 20,3% – adenocarcinoma and small-cell at 8,0% of patients. The four-year survival rate without defeat lymphatic knots ( $N_0$ ) consist 23%, and at metastatic defeat ( $N_2$ ) accordingly 11,1%. Four-year survival rate of patients with sguamosus lung cancer consist 19,6%, at adenocarcinoma three-year survival rate equal 0%.

расширенно-комбинированных операциях находится в процессе поиска. К расширенно-комбинированным оперативным вмешательствам относятся те операции, при которых вместе с пораженной долей легкого или легким удаляются вовлеченные в опухолевый процесс соседние органы и ткани (перикард, пищевод, плевра, ребра и др.). Ведущие клиники и специалисты мира не имеют единой точки зрения на этот вопрос. Так Izbicki J. R. et al. предлагают выполнять системную медиастинальную лимфодиссекцию лишь в случае метастатического поражения лимфоузлов средостения, установленного интраоперационно при срочном гистологическом исследовании. Okada M. et al. при локализации опухоли в верхней доле в 47,7% случаев наблюдал «прыгающие» метастазы в лимфатические узлы верхнего средостения или аортальные, но ни в одном случае не наблюдалось метастазов в нижнее средостение. По мнению авторов, при локализации опухоли в верхних долях легкого обязательно должна выполняться лимфодиссекция верхнего средостения и аортальной области. Этот объем не требуется при расположении опухоли в нижних долях при отсутствии метастазов в лимфатические узлы корня и бифуркационные. Schinkel C. et al. твердо уверены, что расположение первичного опухолевого очага не позволяет определить закономерность и степень вовлеченности в процесс лимфатических коллекторов средостения и рекомендуют как стандартную процедуру выполнение лимфодиссекции при немелкоклеточном раке легкого

За период с 1995 по 2007 годы в клинике Казахского НИИ онкологии и радиологии (заведующий отделом

д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РК Бейсебаев А. А.) выполнено 113 расширеннокомбинированных операций. Общие характеристики анализируемых групп соответствуют данным литературы. Все больные имели IIIa-IIIб стадию опухолевого процесса. Соотношение мужчин и женщин представлено как 11:1. Возраст определен по классификации экспертов ВОЗ. Согласно этого больные разделены на три группы. І группа – относительно молодой (до 45 лет) 10 больных; ІІ группа - средний (45-59 лет) 59 больных; III группа - пожилой (60 лет и старше) 44 больных. У 57 (50,4%) больных патологический процесс располагался справа, у 56 (49,6%) слева. Анализируя данные, касающиеся объема оперативных вмешательств, больше всего выполнено пневмонэктомий с частичной и субтотальной перикардэктомией – такие операции выполнены 61 больному, что составило 54%. Это связано с тем, что опухолевый процесс носит центральный характер и располагается в корне легкого, переходя на перикард. Операции резекция легкого сочетались и с резекцией участка диафрагмы, париетальной плевры, ребер и др. Все операции сочетались с полным удалением лимфатических узлов вне зависимости от их поражения. Имеется четкая корреляция выживаемости и поражения лимфатических коллекторов метастазами (рисунки 1, 2). Как видно, из графиков 4-х летняя выживаемость без поражения лимфатический узлов (N<sub>o</sub>) составляет 23% и превосходит аналогичную (11,1%) с метастатическим поражением ( $N_2$ ) более чем в 2 раза.

Морфологические формы опухолей установлены по международной классификации новообразований МКБ-0 (ВОЗ, 2004). Преобладал (71,7%) плоскоклеточный рак. Частота аденокарциномы составила 20,3%, мелкоклеточного рака 8,0%. Как видно, из представленных графиков (рисунки 3, 4) четырехлетняя выживаемость больных с плоскоклеточным раком легкого составляет 19,6%, в том время как больные железистыми формами рака трехлетний рубеж не пересекают.

Таким образом, совершенствование и реальное улучшение результатов хирургического лечения немелкоклеточного рака легкого связано, прежде всего, с расширением объема операции на соседних органах, тканях и на путях регионарного лимфооттока. Выполнение полноценной, систематической медиастинальной лимфодиссекции позволяет более точно определить распространенность (стадию) заболевания, повысить радикализм хирургического метода. Расширенно-комбинированные операции могут выполняться у больных местно-распространенным раком легкого с Illa-Ill6 стадией.

#### Литература

- 1. Арзыкулов Ж. А. Показатели онкологической службы Республики Казахстан в 2007 году (статистические материалы) // Алматы, 2008.- 52 с.
- 2. Давыдов М. И., Полоцкий Б. Е. современные принципы выбора лечебной тактики и возможности хирургического лечения немелкоклеточного рака легкого // Новое в терапии рака легкого. Москва, 2003.



Рисунок 1 - Выживаемость больных после расширенно-комбинированных операций без поражения лимфатических узлов ( $N_{\circ}$ )

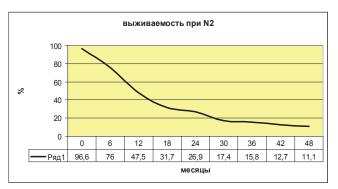


Рисунок 2 - Выживаемость больных после расширенно-комбинированных операций с поражением лимфатических узлов  $(N_2)$ 



Рисунок 3 - Выживаемость больных с плоскоклеточным раком после расширенно-комбинированных операций



Рисунок 4 - Выживаемость больных с аденокарциномой после расширенно-комбинированных операций

# Лучевая диагностика послеоперационной эмпиемы плевры в торакальной онкохирургии

З.К.Тулеутаева

Казахский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, г. Алматы УДК 616.27–006:616–073.75

#### Торакальды онкохирургиядағы операциядан кейінгі плевраның эмпиемасының сәулелік диагностикасы

3. Қ. Төлеутаева

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақтың Ұлттық Медициналық университеті. Алматы қ, ҚР.

Торакальды онкохирургияның егізгі көлемді операциялары болып, өкпенің резекциясы, пневмонэктомиямен Льюис түріндегі өңештің субтотальды резекциясы лимфодиссекциясымен қосарлана жасалы-нады. Плевраның эмпиемасы ең қауіпті асқынуы болып келеді және себебі хирургиялық техниканың қателіктеріне байланысты емес. Операциядан кейінгі плевраның эмпиемасының рентгенологиялық критериялері сәулелік диагностарга, эндоскопистермен торакальды онкохирургтер үшін практикалық маңызы зор.

В отделе торакоабдоминальной онкохирургии Казахского НИИ онкологии и радиологии ежегодно по поводу рака легкого, средостении и пищевода оперируются в среднем 95-110 больных. Отдел является базой кафедры визуальной диагностики Каз.НМУ им. С. Д. Асфендиярова и вопросы лучевой диагностики курируются сотрудниками кафедры.

В изолированном виде эмпиема плевры в ближайшем послеоперационном периоде развивается в 1,5–5,4% [1, 2, 3].

Большее число эмпием встречается в течение первых 2 недель после операции. При бронхиальных и альвеолярных свищах происходит инфицирование плевральной полости, в 8,1-11,7% развивается эмпиема плевры [4,5].

Сама эмпиема плевры может привести к формированию бронхиального свища.

Рентгенологическая картина эмпиемы плевры различна в зависимости от вида операции и не всегда достаточно проста в диагностике. При рентгенологическом исследовании после пневмонэктомии важно наблюдать за динамикой накопления жидкости в плевральной полости. При гладком послеоперационном течении максимальное количество жидкости скапливается к 7-8 дню (на прямой обзорной рентгенограмме тотальное заполнение или верхний уровень во 2-3-4 межреберье), затенение при этом должна иметь гомогенный характер. Значительное нарастание количество жидкости в плевральной полости со смещением органов средостения в здоровую сторону, определяемое на 2-3 неделе после операции указывают на развитие эмпиемы плевры. К косвенным рентгенологическим признакам относится замедление организации плевральной жидкости, свидетельство тому наличие в ней в течение длительного периода свободного, неосумкованного содержимого и стабилизация остаточной полости после операции [6].

# Radiation diagnostics postoperative pleural empiema in the thorax oncosurgery

Tuleutaeva Z. K.

Kazakh National Medical University, Almaty, CR In the thorax oncosurgery operations lobar resection of the lung, pneumonectomy esophageal resection. Pleural empiema he is director a menacing of the complicacion and develop non always as mistake surgical technique. Cite data X ray criterions postoperative pleural empiema he is the practical activity radiation diagnostician endoscopions and thorax oncosurgeon.

Следует учесть и то, что при неосложненном течении послеоперационного периода на 3-5 день в плевральной полости появляется несколько камер с уровнем жидкости. Исчезновение этих камер в виде слияния множественных уровней жидкости в один служит почти с достоверностью косвенным симптомом начинающейся эмпиемы плевры.

Рентгенологи совместно с хирургами решают вопрос о диагностической пункции. Получение жидкости с примесью гноя, желудочного или кишечного содержимого - эмпиема плевры. Хирургу совместно с рентгенологом нужно наметить место для пункции. Рентгенологическое исследование в последующие сроки служит контролем за эффективностью лечения эмпиемы плевры (пункционными методами и дренированием).

В диагностировании и эффективности лечения эмпиемы плевры помогают полипозиционная рентгеноскопия, боковая суперэкспонированная рентгенография с применением латеропозиции, а также томографии и фистулографии. Имеются указания об эффективности компьютерной томографии [7].

Эмпиема плевры следствие несостоятельности пищеводного соустья и некроза трансплантата нередко осложняется медиастинитом. Многоосевое и контрастное рентгенологические исследования позволяют установить диагноз: расширение верхнего средостения, на фоне тени средостения появляется горизонтальный уровень жидкости, который необходимо дифференцировать от уровня жидкости в желудке. В неясных случаях для диагностики при приеме больными синьки и при наличии дефекта в анастомозе она проникает в плевральную полость и, следовательно, обнаруживается в пунктате. Для установления размеров и локализации свища рекомендуется контрастное исследование пищевода. И медиастинит и эмпиема плевры при операциях на пищеводе имеют общую этиологию. Они,

как правило, встречаются одновременно. Эмпиема и гнойный медиастинит нередко обусловливают вторичное расхождение швов анастомоза. Эмпиему плевры следует дифференцировать от такого гнойно-септического осложнения как поддиафрагмальный абсцесс, возникающий после операции на пищеводе, особенно при левостороннем доступе. Рентгенологически - сме-

щение кверху и ограничение подвижности диафрагмы, дисковидные ателектазы, жидкость в базальных отделах плевральной полости. В поддиафрагмальном пространстве выделяется гомогенное затемнение, может с уровнем жидкости. Показана пункция под контролем рентгенотелевидения.

#### Литература

- 1. Ищенко Б. И., Бисенков Л. Н., Тюрин И. Е Лучевая диагностика для торакальных хирургов. Санкт-Петербург 2001. с 321-333
- 2. Радионов В. В., Куницын А. Г, Артемьева Н. Г. Осложнения после лобэктомии с резекцией пластикой бронхов при раке легкого //Вестник хирургии.-1984.- № 7 с.102-106.
- 3. Бортусевичене А. С. Оперированное легкое Москва, Медицина 1989. c161-180.
- 4. Саркисов Д. С., Дарбинян Т. М., Крымский Л. Д.

Послеоперационные легочные осложнения // М.Медицина – Москва -1969.

- 5. Бирюков Ю. В., Отс О. Н., Григорьева С. П. Абдумурадова К. А. Эмпиема плевры после операции по поводу бронхолегочного рака// Грудная хирургия .- 1985.-№1.- С.70-74.
- 6. Савельев В. С., Яблоков Е. Г., Кириенко А. И. Массивная эмболия легочных артерий. М.: Медицина. 1990. 336 с. 7. Heater K., Rebzani L., Rubin J. M. CT evalution of empyema in the postpneumonectomy spase //Amer. J. Rontgenol.-1985.-145.№ 1.- Р.- 39-40.

# Сопоставительный анализ количественных показателей уровня цитокинов с данными иммунитета в связи с прогнозом клинического течения и эффективностью аутоцитокинотерапии рака легкого

Аубакирова А.Т., Баишева С.А. КазНИИ онкологии и радиологии МЗ РК

Иммунитет көрсеткішері мен тексерілген сапалы цитокиндер мөлшерін клиникалық аурудың ағынуының болжамына және өкпе қатерлі ісігінің аутоцитокин емінің әсеріне салыстырмалы

Анализін жүргізу

А.Т.Аубакирова, С.А.Баишева

Қазақтың онкология және радиология ҒЗИ

Адъюванттық кестеде иммунохимия емінен кейін (Беталейкин + стандарттық XT) өкпе қатерлі ісігімен ауратын науқастардың рецидивттер кезеңінің қайталанбауы  $11\pm2.0$  айға созылды.

Проблема рака легкого является наиболее актуальной в онкологии и медицине, что связано с высокой заболеваемостью, недостаточной эффективностью терапии. В настоящее время в литературе обсуждается вопрос является ли эффективным комбинированный метод лечения этой опухоли с использованием адъювантной химиотерапии (ХТ). Однако химиотерапия может давать серьезные токсические эффекты, включая миелосупрессию. Одним из путей сдерживания развития миелосупрессии и повышения результатов химиотерапии, является стимуляция эндогенного цитокинобразования, которое оказывает влияние на канцерогенез и результаты используемых методов терапии. Всегда считалось наиболее эффективной частью лечения активация собственных организменных возможностей. В данном случае, противоопухолевыми агентами по-видимому, в большей степени являются собственные цитокины, а не цитокины, введенные извне.

Представленны данные о адъювантном использовании Беталейкина (интерлейкин - 1β у больных раком легкого со II – IIIа стадией опухолевого процесса. Параллельно с химиотерапией Беталейкин вводился новым методом в аутогемопрепарате. Стимулированные напрямую ех vivo иммунокомпетентные клетки, введенные в организм больного, сообщают каскад активирующих эффектов, что способствует более усиленному выделению эндогенных цитокинов, которые и осуществляют аутоцитокинотерапию, направленную на нормализацию функционирования всей системы иммунитета, количественную и функциональную их сохранность, а также прямое противоопухолевое действие.

Сопоставительные данные количественных показателей иммунитета с данными изученных цитокинов позволяют определить прогноз клинического течения и эффективность аутоцитокинотерапии рака легкого. 88 больных раком легкого были разделены на две группы, I группа — контрольная (операция + XT), она

Comparison analysis of quantitative indicators of the level of cytokines under study with the immunity data in relation to the prognosis of the clinical flow and lung cancer autocytokinotherapy efficiency

A.T. Aubakirova, S.A. Baisheva

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology, Almaty

As a result of the administered chemoimmunotherapy (betaleikin + standard chemotherapy) in an adjuvant regime the duration of the remission period of the lung cancer patients has increased by  $11\pm2.0$  months.

состояла из 57 больных, II группа – испытуемая - основная (операция + иммунохимиотерапия (ИХТ) в нее вошел 31 пациент.

Сводная таблица показателей иммунитета (фенотипирование противоопухолевых иммунокомпетентных клеток и уровня цитокинов свидетельствует о существовании однонаправленности изменений между количеством исследованных иммунокомпетентных клеток CD3+ (Т-лимфоцитов); CD4+ (Т-хелперов); CD8+ (Т-цитотоксических Т-лимфоцитов); CD4/CD8 (иммунорегуляторное индексное соотношение); СD56+ (натуральных клеток киллеров); CD19+ (В-лимфоцитов), CD3+/CD(16+56) (всех натуральных клеток киллеров) и содержанием стимулированных цитокинов ИЛ-6 и ИНФ-у в основной группе больных, где XT проводилась с ИТ Беталейкином. Имел место достоверный рост указанных показателей иммунологической реактивности (кроме Т-супрессоров), а также содержания цитокинов (ИЛ-6 и ИНФ-у) под действием аутогемоиммунотерапии

В таблице 1 представлены иммунологические показатели больных раком легких после завершения адъювантной ХТ и ИХТ, а также непосредственная эффективность лечения больных раком легких.

Как видно из таблицы 1, І группа – контрольная 57 больных раком легкого получили адъювантную химиотерапию. Из 57 больных раком легких у 48 пациентов иммунореактивность была снижена в среднем на 45% и уровень цитокинов снижался за исключением незначительно увеличения ИФН- ү. У оставшихся 9 (15,7%) больных адъювантная химиотерапия на время прерывалась до восстановления показателей иммунитета, снизившихся ниже критических значений (15,7%).

31 больной раком легкого получил адъювантную иммунохимиотерапию Беталейкином. Из данных таблицы видно, что у 54,8% больных РЛ (17 человек) имелись относительно высокие показатели иммунитета

Таблица 1 - Иммунологические показатели после завершения химиотерапии и химиоиммунотерапии. Непосредственная эффективность лечения больных раком легкого

пепосредствен	Тал эффс	- KTVIBITO		Т	1	Т рако	IN TICI KO	I			1	l	Длитель.
Гр. больных	Колич. боль. n=88	CD3 + %	CD4 + %	CD8 + %	CD4/ CD8 y.e.	CD56 + %	CD19 + %	CD3+/ CD(16 +56) %	ИЛ-1β пг/мл	ИЛ-6 пг/мл	ФНО-α пг/мл	ИНФ- ү пг/ мл	без рециди. течения
Все исслд-е. показатели снижены XT-контроль	48 (84,2%)	50 ±5,9	21 ±3,0	37 ±2,6	0,3± 0,09	34 ±2,1	35 ±2,0	34±2,1	8,3±1,2	12,0±2,4	3,4±0,3	14,5± 2,2	9,0±1,4
XT прервана, до восстан. гематологич. показателей XT-контроль	9 (15,7%)	48 ±4,2	19 ±2,1	39 ±3,4	0,4± 0,06	33 ±2,5	37 ±2,3	33±2,5	7,9±1,5	12,6±2,7	2,5±0,1	13,2± 2,6	6,5±1,0
Достоверно повышенный уровень показателей ИР и цитокинов ХИТ(исл.гр.)	17 (54,8%)	59 ±4,8	37 ±3,6	26 ±2,3	1,5± 0,05	15 ±1,3	16 ±1,7	18±1,4	10,5±1,1	44,2±2,8	4,6±0,1	22,4± 2,6	19,5±1,2
Содержание показателей ИР и цитокинов на уровне «до лечения» ХИТ (исл.гр)	10 (32,2%)	58 ±4,4	36 ±3,2	25 ±2,7	1,4± 0,08	14 ±1,5	15 ±1,2	17±1,6	10,2±1,6	43,0±2,4	4,2±0,2	21,7± 2,3	13,5±1,6
Тенденции к снижению показателей иммунитета и цитокинов XИТ (исл.гр)	4 (12,9%)	57 ±4,0	35 ±3,1	25 ±2,6	1,4± 0,07	13 ±1,6	15 ±1,2	16±1,5	9,8±1,3	41,0±2,4	4,2±0,2	21,7± 2,3	10,5±1,3

и иммунокомпетентные клетки этих больных проявили высокую способность к стимуляции под действием Беталейкина. Прогноз клинического течения у этих больных был относительно хорошим и длительность безрецидивного периода составила 12 месяцев. У 11 пациентов из 17, прослеженных в течение возможных 2 лет и 7 месяцев рецидивы не выявлены. У 4 больных раком легкого показали иммунитета и уровня цитокинов были несколько снижены, но сомнительный прогноз не оправдался. Данные о других больных раком легкого пока не подлежат анализу.

Больные, пролеченные в течение 3 лет, получив-

шие хирургическое лечение, адъювантную XT и ИXT с Беталейкином, нуждаются в дальнейшем наблюдении, для того, чтобы ответственно можно было ответить на вопрос о эффективности Беталейкина и лечения в целом.

#### Резюме

В результате проведенной ИХТ (Беталейкин + стандартная ХТ) в адъювантном режиме длительность безрецидивного периода у больных РЛ увеличилась на 11±2,0 месяца.

#### Литература

- 1. Бережная Н. М., Чехун В. Ф. Иммунология злокачественного роста. Киев: Наукова Думка, 2005.- С.
- 2. Лебедев К.А., Понякина И.Д. Иммунная недостаточность. М.- Мед.- 2003.-.356 с.
- 3. Хаитов Р.М., Игнатьева Г.А., Сидорович И.Г. Иммунология. М.:., 2002, 432 с.
- 4. Иммунодефицитные состояния С-П., «Фолиант», 2000, 568 с.
- 5. Молчанов О.Е., Попова И.А., Козлов В.К., Карелин
- М.И. Современные тенденции иммунотерапии злокачественных опухолей. С-П.; 2001. - 88 с. 6. Новиков В.К., Карандашев В.И., Сидорович И.П. Иммунотерапия при злокачественных новообразованиях. - М.- Медицина.-, 1999.- с.420.
- 7. Давыдов М.И., Нормантович В.А. Новые подходы в комбинированном лечении рака. Москва. Медицина.-2003.- 224 с.
- 8. Войткевич Е.Г. Применение неспецифических иммуномодуляторов в комбинированном лечении больных раком легкого: Автореф. дис. канд. Киев, 1990. 17с.

# Эмболизация маточных артерий при лечении больных раком шейки матки

Якубова М.Б., Кулакеев О.К., Байназарова А.А., Югай К.В., Арыбжанов Д.Т., Маклакова Е.Э., Тургунов А.М. Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, Областной онкологический диспансер, г. Шымкент УДК 618.146-006.6

Жатыр мойны қатерлі ісігі бар 12 науқастың артерия ішілік химиотерапиясымен жатыр артериясынің эмболизациясы зерттелді. Науқастар 33 тен 48 жас аралығында болды, барлығында аурудың Па-ПЬ сатысы байқалған. Қолданылған әдіс барлық науіастарда жақсы нәтиже көрсетті (100%). Ұш науқаста жатыр мойны ісігінің қанағаны койды, ал 8 науқаста ішінің аурғаны койды.

В структуре онкологической заболеваемости опухоли, локализованные в малом тазу, занимают значительное место. Рак шейки матки является одной из наиболее распространенных опухолей у женщин. Ежегодно в мире выявляется около 500 тыс. новых случаев. Чаще всего рак шейки матки диагностируется у женщин в возрасте от 40 до 60 лет [4].

В целом, отличительной чертой рака шейки матки является относительно продолжительное местное распространение заболевания, высокая частота первичной неизлеченности в структуре неудач лечения, преимущественная локализация рецидивов в зоне первичной опухоли. В связи с этим при раке шейки матки в настоящее время традиционно используются программы комбинированного лечения. Применение многокомпонентных программ усиливает цитотоксические эффекты по отношению не только к опухоли, но и к нормальным тканям, что увеличивает частоту и тяжесть побочных реакций и осложнений. В этих условиях усиление локальной эффективности противоопухолевой терапии без увеличения ее токсичности представляется весьма важным [5, 6].

Внутрисосудистые вмешательства у больных раком шейки матки используют с 1960-х годов, однако их широкое применение стало возможным лишь с внедрением методов интервенционной радиологии. Относительные простота и безопасность вмешательств, высокая эффективность за счет оптимального распределения химиопрепаратов в «зоне интереса» и реализации эффекта «первого прохождения» определяют растущее значение этих методов в клинической практике.

В настоящее время рентгеноэндоваскулярные вмешательства являются важной составляющей программ симптоматической терапии у больных с местнораспространенным раком шейки матки и локорегионарными рецидивами заболевания в случаях кровотечения и болевого синдрома. Регионарная химиотерапия является компонентом комбинированного лечения больных с локализованными стадиями заболевания в качестве адъювантной или неоадъювантной терапии.

Из внутрисосудистых вмешательств используют артериальную эмболизацию или регионарную химиотератериальную жимиотератериальную жимиотериальную жимиотериальн

Direct results 12 sick by a cervix cancer by which it is lead intra-arterial chemical therapy with the subsequent embolization uterus arteries are analysed. All patients had IIa-IIb a stage of process (T2N0M0 - T2bN0M0). The analysis of direct results of treatment has shown efficiency of a technique at all sick (100 %). At 3 patients was the stop of a bleeding from a cervix tumor next day after procedure is noted. At 8 patients knocking over of a painful syndrome in the bottom of a belly is noted.

пию. Для осуществления этих процедур в большинстве случаев необходима селективная катетеризация передних порций обеих внутренних подвздошных артерий (ВПА).

Показания и противопоказания к применению этих методик.

Показания:

- 1. Кровотечение из опухоли, не купирующееся консервативными мероприятиями.
- 2. Профилактика интраоперационного кровотечения.
- Неэффективность или неполный ответ на системную и/или лучевую терапию.
- 4. Проведение комбинированного лечения, включающего регионарную терапию.

Противопоказания:

- 1. Непереносимость йодсодержащих препаратов.
- 2. Отказ больного от данного вида терапии.
- 3. Почечная и мультиорганная недостаточность.
- 4. Невозможность селективной катетеризации.
- 5. Значительное внеорганное распространение и генерализация опухолевого процесса [1, 2, 3].

#### Материалы и методы

Начиная с июля 2008г. нами на базе областного онкологического диспансера внедрена методика одномоментной болюсной химиоинфузии ВПА с последующей эмболизацией маточных артерий у больных раком шейки матки. Лечению подверглись 30 пациенток в возрасте от 33 до 48 лет. У всех больных была Ila-Ilb стадия процесса (T2N0M0 – T2bN0M0).

Сущность процедуры заключается в следующем: после пункции правой бедренной артерии катетер ріgtail размером 4-5 F устанавливают над бифуркацией брюшной аорты и выполняли ангиографию с введением 20-40 мл 60% или 76% контрастного препарата (Ультравист 360) со скоростью 8-14 мл/с. Скорость введения выбирали с учетом диаметра сосудов и интенсивности артериального кровотока. После тщательного изучения сосудистой анатомии катетер для аортографии заменяли на другой, которым осуществляли селективную катетеризацию внутренней подвздошной артерии

катетером типа «hook» размером 5-6 F и осуществляли катетеризацию ветвей (левой) ВПА.

Для более точной визуализации сосудистой анатомии опухоли выполняли селективную ангиографию из ВПА с 6-12 мл контрастного препарата, вводимого со скоростью 2-4 мл/с. Если устья ВПА «накладываются» на соседние ветви, можно рекомендовать дополнительную аортографию или ангиографию общих подвздошных артерий в косой проекции. В устья ВПА вводили болюсно химиопрепараты со скоростью 2мл/с. В основном применяли схему FAP (Фторурацил 1гр/м2, Адриобластин 60мг/ м2, Цисплатин 80мг/м2). Далее селективно катетеризировали маточную артерию на стороне исследования (слева) и производили эмболизацию кусочками гемостатической губки (рис 1.).

После выполнения процедуры (эмболизации или болюсной химиотерапии) с одной стороны катетер с сохраненной длинной «петлей» перемещали в аорту и выполняют катетеризацию второй (правой) ВПА (рис. 2).

Если необходима одновременная катетеризация обеих ВПА, производили пункцию и установку катетеров с обеих сторон контра- или ипсилатеральным методом.

Из 30 больных повторную процедуру провели 3 больным.

# Результаты и их обсуждение

Анализ непосредственных результатов лечения показал эффективность методики у всех больных (100%). У 8 больных была отмечена остановка кровотечения из опухоли шейки матки на следующие сутки после процедуры. У 12 больных отмечено купирование болевого синдрома внизу живота. При контрольном осмотре через 1 месяц у всех больных была отмечена частичная регрессия опухоли с уменьшением опухолевого узла по данным контрольного УЗИ на 40-60%. 10 больных успешно прооперированы (радикальная рас-

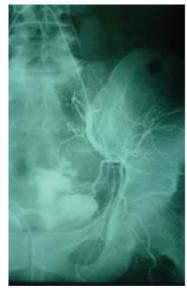
ширенная гистерэктомия по Я.В. Бохману), 2 больных готовятся к операции.

Анализ осложнений показал, что в основном осложнения были связаны с проведенной химиотерапией. У 7 больных отмечена тошнота и рвота, у 3 лейкопения 2-степени, у 4 больных анемия 2-степени, которые купировались консервативной терапией. Осложнений связанных с эмболизацией нами не отмечено.

#### Выводы

В настоящее время большинством исследователей доказана целесообразность широкого практического применения регионарной химиоинфузии в лечении





А Б

стороны катетер с сохраненной длинной Рис. 1. Селективная катетеризация левой маточной артерии. Ангиограммы «петлей» перемещали в аорту и выполняют больной Б. 48 лет, до (A) и после (Б) эмболизации.





А Б

Рис. 2. Селективная катетеризация правой маточной артерии. Ангиограммы больной Б. 48 лет, до (A) и после (Б) эмболизации.

больных раком шейки матки. Непосредственные результаты применения методики показали ее эффективность у 70% больных. В связи с этим вопрос о ее применении следует рассматривать как один из эффективных методов комбинированного и комплексного лечения больных раком шейки матки. Артериальная эмболизация является малотравматичным и эффективным способом остановки кровотечения из опухоли шейки матки, а также создает дополнительную ишемизацию опухоли, что повышает эффективность непосредственных результатов лечения.

Считаем, что вышеописанную методику лечения больных раком шейки матки необходимо шире использовать в клинической практике.

#### Литература

- 1. Винокуров В. Л., Таразов П. Г., Суворова Ю. В. и др. Рентгеноэндоваскулярная окклюзия внутренних подвздошных артерий и регионарная химиотерапия у больных раком матки: Методические рекомендации МЗ РФ № 97/93, 1997.
- 2. Давыдов М.И., Гранов А.М., Таразов П.Г., Гранов Д.А. и др. Интервенционная радиология в онкологии (пути развития и технологии) - СПб: Фолиант, 2007. 3. Сабекия И. М., Столярова И. В., Винокуров В. Л. Роль рентгеноэндоваскулярных вмешательств

местнораспространенным раком шейки матки // Вопр. он-

кол. - 2004. - Т. 50, № 5. - С. 590-594.

в комбинированном лечении больных

- 4. Суворова Ю. В., Таразов П. Г., Жаринов Г. М., Некласова Н. Ю. Артериальная эмболизация при хроническом кровотечении у больных раком матки // Вопр. онкол. -1996. - T. 42, № 4. - C. 59-62.
- 5. Chaney A. W., Eifel P. J., Logsdon M. D. et a/. Mature results of a pilot study of pelvic radiotherapy with concurrent continuous infusion intra-arterial 5-FU for stage IIIB-IVA squamous cell carcinoma of the cervix // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. - 1999. - Vol. 45, N 1. - P. 113-118.
- 6. Nagai N., Oshita T., Murakami Y. etal. Radiotherpy combined with transcatheter arterial infusion of cisplatin versus oral fluoropyrimidine anticancer agent for locally advanced carcinoma of the uterine cervix: A prospective follow-up study // Oncol. Rep. - 2001. - Vol. 8, N 1. - P. 119-125.

# Использование интраоперационной ультрасонографии как метод выявления и профилактики резидуальных камней почки

Алчинбаев М.К., Айтказин Б.М., Омаров Е.С., Сенгирбаев Д.И. НЦ урологии им. Б.У. Джарбусынова МЗ РК УДК 616.613-003.7-072-084

Операция кезінде ультрасонография тәсілін бүйректің резидуалды тастарын анықтау және алдын алу мақсатында қолдану

Алшынбаев М.К., Айтказин Б.М., Омаров Е.С., Сеңгірбаев Д. И.

ҚР ДСМ Б. О. Жарбосынов ат. урология FO Алматы қ.

Жұмыста мүйізді және бірнеше тастары бойынша операция жасалған 74 науқастың нәтижелері талқыланды. Оның ішінен 23 науқасқа резидуалды тастың алдын алу мақсатында оеперация кезінде ультрадыбыстық зерттеу жасалды. Ультрадыбыстық зерттеу жасалған 16 науқаста жақсы нәтиже байқалды. Аталмыш әдіс операция кезінде резидуалды тастың алдын алуда тиімді болып саналады.

*Негіздеуші сөздер: Несептас ауруы, интраоперациялық ультрадыбыс, резидуалды тастар.* 

В настоящее время УЗИ заняло центральное место в исследованиях мочеполовой системы. Метод обладает значительной диагностической ценностью практически для всех органов мочеполовой системы, более того, он достаточно прост, дешев и неинвазивен [1].

Специальные зонды-датчики различной формы разработаны для ультразвукового исследования мочеполовой системы. Обычное УЗИ дает информацию о морфологии (например, киста или плотное образование), но не о функции. Сведения о перфузии можно получить при помощи допплерографии. Цветная допплерография, измеряя кровоток и частотные сдвиги, может указать на артериальный стеноз и сосудистую природу различных поражений.

УЗИ - отличный метод при различных инвазивных процедурах. При проведении УЗИ почек, почечная паренхима эхонегативна, а лоханка и ткань почечного синуса эхопозитивна. Почечный камень при этом выглядит как эхогенный фокус с резкой акустической «дорожкой» [2]. В литературе сравнительно немного данных об использовании интраоперационной эхографии при мочекаменной болезни. Количество исследуемых пациентов невелико. Самый большой объем исследований был проведен в Медицинском Университете Йохана Гуттенберга, Германия, где при открытых операциях по поводу корраловидных и множественных камней почек использовалась интраоперационная ультрасонография в Б-режиме для определения локализации конкрементов и Доплеровском режиме для определения аваскулярных зон, что позволило произвести оперативное вмешательство без фиксирования почечных сосудов и охлаждающих процедур [3]. Имеются несколько работ,

The use of intraoperative ultrasonography as the method of revel and prophylaxis of residual lithiasis

M.K. Alchinbaev, B.M. Aitkazin, E.S. Omarov, D.I. Sengirbaev

Scientific Center of urology n.a. B.U. Djarbossinov, Almaty

There were analyzed the results of the efficient medical treatment of 74 patients with plural and coral stones of kidney. There was done intraoperative us ultrasonography to 23 patients in order to make a prophylaxis of residual stones. There were got positive results from 16 patients. This method is one of the most appropriate ones in order to make prophylaxis of residual lithiasis during the operation.

Key words: intraoperative ultrasonography, residual stones.

исследующих информативность интраоперационной эхографии в сравнительном аспекте с интраоперационной радиографией.

Исследования показали, что ультразвуковое исследование обладает высоким уровнем чувствительности и точности в определении локализации конкрементов. Преимуществами перед радиографией являются визуализация рентген-негативных (слабоконтрастных) конкрементов и отсутствие облучения рентгеновскими лучами [4].

#### Целью нашего исследования

явилось изучение эффективности интраоперационной ультрасонографии в выявление и профилактике резидуальных камней почки.

#### Материал и методы

Всего было обследовано 74 больных, находившихся на лечении в НЦ урологии им. Б.У.Джарбусынова в период с 2007года по 2009год. Из них с коралловидным камнем почки 39(52,7%) пациентов и 35(47,3%) пациентов с множественными камнями почек.

Всем пациентам произведены оперативные вмешательства в объеме пиелолитотомии и нефролитотомии

Из этих больных интраоперационное ультразвуковое исследование проводили в 23 случаях. Исходя из этого, мы разделили пациентов на 2 группы (таблица 1).

Таблица 1- Количественное соотношение больных.

Группа	Количество б-ных			
- Fyrma	абс	%		
1 группа интраоперационно не производилось УЗИ	51	69		
2 группа интраоперационно не производилось УЗИ	23	31		
Всего:	74	100		

1 группа – 51 больных, которым не проводили интраоперационную эхоскопию. По характеру конкрементов больные были распределены следующим образом: коралловидные конкременты – 29, множественные камни почек – 22.

2 группа – 23 больных, которым интраоперационно было произведено ультразвуковое сканирование почки. Из них коралловидные конкременты были диагностированы у 11 пациентов, множественные конкременты – 12

Ультразвуковое исследование проводилось с помощью интраоперационного линейного датчика Т 739.

Во время операции производилась оценка состояния паренхимы почки, локализации конкрементов, что определяло тактику удаления камней.

#### Результаты

Из 51 пациентов первой группы, резидуальные конкременты были выявлены в 23-х случаях (31%).

Во второй группе этот процент составил лишь 9,4% от общего числа больных.

Из 23 пациентов у 7 были оставлены резидуальные камни почек. Из них у 3 пациента с коралловидным конкрементом и у 4 с множественными камнями (таблица 2).

#### Литература

- 1. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. –СПб: «Питер», 2000;
- 2. Holger Pettersson, MD «Общее руководство по радиологии» Изд «NICER»;
- 3. De Gaetano AM, Boldrini G, Giovannini I. Comparison of

Таблица 2 – Соотношение больных в послеоперационном периоде.

Группа	Найдены резидуальные камни		Резидуальных кам- ней нет	
	Абс.	%	Абс.	%
1 группа	23	31,1	28	37,8
2 группа	7	9,5	16	21,6

Камни у данных больных были выявлены интраоперационно, однако возможностей для их удаления не было – конкременты располагались в чашечках второго порядка, что заставило нас во избежание развития интраоперационных осложнений намеренно оставить их в почке. В дальнейшем этим больным проводилась дистанционная литотрипсия резидуальных камней. У 9 пациентов почка была очищена от конкрементов, в послеоперационном периоде были выявлены небольшие эхогенные включения — песок. Данным больным была назначена литолитическая терапия с учетом химического состава камня.

Таким образом, опыт применения интраоперационной ультрасонографии показал себя как один из оптимальных методов в профилактике резидуальных камней почки. Интраоперационная визуализация состояния почки и локализации конкремента позволяет определить оптимальный подход и максимальное очищение почки от камней. Такие преимущества, как неинвазивность, выявление конкрементов различной структуры и размеров, отсутствие противопоказаний позволяет широко использовать данный метод для повышения эффективности хирургического лечения коралловидных и множественных камней почек.

ultrasound and radiology in the intraoperative diagnosis of nephrolithiasis – Radiol Med 1987

4. В.С. Саенко, А.В. Амосов. Ультразвуковые исследования в метафилактике мочекаменной болезни. «Sonoase international» №16, 2007, стр.83-86.

### Хирургическое лечение пузырно мочеточникового рефлюкса у детей

Л.А.Жантелиева

Казахстанский медицинский университет

Қуықтық - несепагарлық рефлюкс көрініс берген балаларды хирургиялық емдеу

Л.А.Жантелиева

Қазахстан медициналық университеті, Алматы қаласы

Зерттеудің мақсаты: Қуықтық несепағарлық рефлюкс (ҚНАР) көрініс берген науқастарға хирургиялық ем қолдануға талдам беру. Мәлеметтер мен әдістер: Қуықта дамыған қабынулық урдістер мен фуекционалдық бұзылыстарды жоюға бағытталған консервативтік емдеу әдісі оң нәтижелі данамиканы көрсетпегендіктен ҚНР ІІ – IV сатысы анықталған науқастарға хирургиялық араласуды жургізу қажет болады. Нәтижелері: ҚНАР көрініс берген науқастарға қандай хирургиялық ем түрін жүгізу әрдайым таласты туғызады. ҚНАР көрініс берген науқастарға уақтылы жүргізілген консервативті емнің қанағаттарлық нәтиже беретіне байланысты қазіргі таңда хирургиялық араласудың көрсеткіш саны төмен, бірақ сонымен қатар ІІ – IV сатылы ҚНР Кезінде күту тактикасын ұсынатын жиі жағдайлар науқаста нефроселероздың дамуының себебіне айналатыны сөзсіз. Қортынды: Сырқаттың сатысына тәуелсізи ҚНАР анғарымы расталған әрбір науқас бүрек қызыметын кешенде бағалауға тиісті.

#### Введение

Показаниями для проведения хирургического лечения у больных с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР) служат: степень заболевания, поражения функции почки, дилатации мочеточника и ЧЛС; цистоскопическая оценка состояния мочевого пузыря и устьев мочеточников, наличие или отсутствие воспалительного процесса, а также эффективность применяемых консервативных методов лечения [1].

По данным различных авторов в 41 - 80% случаях удается добиться положительной динамики при проведении консервативного лечения у больных с ПМР [1.2]. Несмотря на высокую результативность консервативного лечения, остается высоким риск неблагоприятного воздействия ПМР на функцию почки. Поэтому, нельзя однозначно решать вопрос в пользу — только консервативного или оперативного лечения [3.4].

Основной целью наиболее широко применяемых антирефлюксных операции является удлинение интрамурального отдела мочеточника без его резекции по методу Коэна, Политано-Леабеттера Жиль-Вернет и с его резекцией по Хендрену [1.4]. Отдаленные результаты оперативного лечения ПМР зависят от патогенетический обоснованно выбранного метода.

#### Целью

настоящего исследования является анализ хирургического лечения больных с пузырно-

Surgical treatment children with cysto-ureteral reflux. Zhantelieva L.A.

The Kazakhstan medical university. Almaty

The purpose of the present research is the analysis of surgical treatment of patients with vesico-ureteral reflux. Materials and methods. An absence of positive dynamics owing to the conservative treatment directed on elimination of inflammatory process and functional infringements of a bladder has demanded carrying out of surgical correction at 74 with II-III degree vesico-ureteral reflux. The choice of surgical treatment at patients with vesico-ureteral reflux at all times remains disputable. Due to satisfactory results of conservative treatment vesico -ureteral reflux now number of surgical interventions it is not high, at the same time waiting tactics, it is especial at patients with II-IV degree of a reflux frequently is the reason sclerotic process in kidney. Conclusion. Each patient with established diagnosis vesico-ureteral reflux it is not dependent on a degree of disease is subject to a complex estimation of function of kidney.

мочеточниковым рефлюксом.

#### Материалы и методы

За период с 1996 года по 2007 год в условиях НЦ Урологии им. Б.У.Джарбусынова под наблюдением находилось 336 больных с I – IV степенью ПМР. Их них 74 были подвергнуты хирургическому лечению. Распределение больных по характеру оперативного лечения представлено в таблице 1.

Таблица 1 - Распределение больных с ПМР по характеру хирургического лечения

	Степен	Степень ПМР			
Операции	П	Ш	IV	Итого:	
По Коэну	9	41	12	62	
ПоПолитано- Леабеттеру	-	2	1	3	
Уретероуретеро анастомоз	-	4	-	4	
Геминефуре- терэктомия	-	-	1	1	
Нефрээктомия	-	-	4	4	
Bcero:	9	47	18	74	

Анализ таблицы 1 показывает, что в 83,8% случаях оперативное лечение было проведено по методу Коэна и чаще у больных с III степенью ПМР, что составило

63,51%.

Анализ больных подвергнутых оперативному лечению поводу ПМР в возрастном аспекте представлен в таблице 2, из данной таблицы видно, что в 41,89 % случаях оперативному лечению были подвергнуты дети в возрасте от 3 до 6 лет.

Таблица 2 - Распределение больных подвергнутых хирургическому лечению

Степень	Возраст больных								
ПМР	До 2-х лет	3 - 6	7 - 10	11 – 15	Итого				
II	1	4	2	4	11				
III	4	19	16	6	45				
IV	1	8	3	6	18				
Всего	6	31	21	16	74				

#### Результаты и обсуждение

В таблице 1 представлены результатов хирургического лечения 74 больных, у которых вследствие консервативного лечения, направленного на устранение воспалительного процесса и функциональных нарушений мочевого пузыря не получена положительная динамика. Сроки консервативного лечения у больных с ПМР колебались от 1,5 до 4 лет. Все больные подвергнутые хирургическому лечению были разделены на две группы: І группу вошло 49 больных с II—IV степенью ПМР, ІІ группу составило 25 больных с II—IV степенью ПМР.

По данным контрольного обследования в послеоперационном периоде 49 больных, хороший результат получен - у 47,29%, удовлетворительный – у 18,91%.

Несмотря на высокий процент удовлетворительного результата у 21,62% больных в отдаленные сроки после операций:

- 1) обострение хронического пиелонефрита наблюдалось у 50,0%;
- 2) прогрессирование склеротического поражения почечной паренхимы
  - y 31,25%;
- 3) рецидив рефлюкса получен у 18,75% обследованных

Высокий удельный вес неудовлетворительных результатов лечения, на наш взгляд связан с выраженными морфофункциональными изменениями в почечной паренхиме у больных с ПМР, наступившими вследствие длительного наблюдения. А также тяжелых

Список литературы

- 1. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс // М.: Медицина, 1990. 208 с.
- 2. Ширяев Н.Д., Марков Н.В., Кудрявцев В.А. и др. О повреждающем действии пузырно-почечного рефлюкса на почки у детей // Вопр. охр. мат. 1990. Т. 35. № 10. С.

нарушений уродинамики нижних мочевых путей — это сочетание ПМР с хроническим циститом и дисфункцией мочевого пузыря.

Вторую группу составило 25 больных с II — IV степенью ПМР подвергнутых оперативному лечению с учетом оценки функционального состояния почечной паренхимы. Оценка функциональных нарушений почечной паренхимы у больных с ПМР производилось при поступлении в комплексе с помощью определения скорости клубочковой фильтрации (СКФ), ультразвуковой допплерографии (УЗДГ), сравнительного рентгенпланиметрического анализа данных экскреторной урограммы и микционной цистограммы, радиоизотопной ренографии (РРГ). Полученные результаты позволили сократить сроки консервативного лечения и выработать показания к раннему проведению хирургического лечения.

У больных второй группы хороший результат получен — у 72,0%, удовлетворительный — у 28,0% и не удовлетворительный у одного больного, что составило 4,0%. В послеоперационном периоде обострение пиелонефрита наблюдалось — у 36,0%, прогрессирование склеротического поражения почечной паренхимы — у 12,0% и рецидив рефлюкса у одного, что составило 3,7%.

Комплексная оценка функционального состояния почечной паренхимы у детей с II—IV степенью ПМР с помощью определения СКФ, УЗДГ, сравнительного рентгенпланиметрического анализа данных ЭУ и МЦГ и РРГ позволил не только сократить сроки консервативного лечения, но и обосновать показания к раннему проведению хирургического вмешательства и добиться положительных исходов лечения у детей с II ст. рефлюкса - 100 %, III ст. – 79,1% и IV ст. – 66,6%.

Сравнительный анализ хирургического лечения больных ПМР свидетельствует о том, что обоснованное проведение антирефлюксной операции позволило снизить удельный вес послеоперационных осложнений.

#### Вывод

Каждый больной с ПМР не зависимо от возраста, срока выявления рефлюкса, длительности заболевания должен быть подвергнут комплексной оценке функционального состояния почечной паренхимы. При обнаружений нарушений функции почки у больных с II-IV степенью заболевания сроки консервативного лечения не должен превышать 1,5-2,0 лет.

30-32.

- 3. Яцык П.К., Звара В. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей // М.: Медицина. 1990. 184 с.
- 4. Scholtmeijer R.J. Treatment of vesicoureteric reflux: result after 3 years in a prospective study // Ctild. Nephrol. Urol. 4. 1991. Vol. 11. N. 1. P. 29-32.

## Модифицированный сухожильный шов в микрохирургии травм пальцев кисти

Мурадов М.И., Сайк П.Ю.

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

Бұл басылымда Кюнео бойынша сіңір тігісінің жетілдірілген әдісі жазылған. Мысал ретінде 410 нуқастың 1005 қол бармақтарының бүкіш сіңірлерінің емдеу әдістері жазылған. Жетілдірілген сіңір тігісі кедергісіз қозғалып, сүйек-фиброзды каналынан кедергісіз өтуіне ықпал етеді.

Сонымен осы манипуляцияның травмасын азайтады және операция уақытын азайтады.Жетілдірілген сіңір тігісінің әдісі 77,8% нуқастың емдеу нәтижелерін жақсартты.

Травмы кисти составляют 51% из общего числа повреждений конечностей [1]. При этом ранение сухожилий по данным различных авторов происходит в 1,8% - 18,8% случаях [2]. Из них 32% наблюдений это травмы сухожилий сгибателей [6]. Стойкая утрата трудоспособности пострадавших, обусловленная нарушениями функций кисти, свидетельствует о социальной значимости данной проблемы.

Несмотря на успехи, достигнутые в хирургии кисти, результаты лечения поврежденных сухожилий сгибателей пальцев кисти, не всегда удовлетворительные. Имеющие место технические сложности в хирургии сухожилий требуют дальнейшего усовершенствования оперативной тактики [3].

Исход реконструктивных операций на сухожилиях зависит от многих факторов. Основными из них являются следующие: характер, уровень и локализация повреждения; сопутствующие повреждения сосудов, нервов, суставов, костей; техники операции, шовного материала; послеоперационной реабилитации [4].

Целью настоящей работы является улучшение результатов лечения больных с повреждением сухожилий сгибателей пальцев кисти, путем применения модифицированного сухожильного шва [5].

Работа основана на данных обследования и хирургического лечения 410 больных с повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти за период с 2000 по 2009гг. Возраст больных колебался от 2 до 68 лет. Общее количество поврежденных сухожилий сгибателей составило 1005.

Прооперировано 185(45,1%) больных в плановом порядке. 225 (54,9%) в экстренном порядке. Мужчин было 331 (80,7%), женщин - 79 (19,3%). Правая кисть травмирована у 265 (64,6%), левая 145 (35,4%). Бытовая травма кисти была у 256 (62,4%) пациентов, производственная — у 154 (37,6%) больных. В 75,1% случаев встречались резаные, рубленые, колотые, скальпированные раны. У 22% больных рвано-размозженные, прессовые, раздавленные травмы. 2,9% огнестрельные ранения.

Все пациенты были разделены на основную и контрольную группы. В основной группе у 317 (77,3%) больных восстановлено 768 (76,4%) сухожилий сгибателей разработанным способом сухожильного шва, в

In this article application of improved Kuneo tendinous suture is described. In 410 patients with 1005 flexor tendons damage of fingers, we have show advantage of an offered suture. Use of the modified tendinous suture allows to improve a sliding surface in a stitch zone, thus facilitates move out of the tendons through the fibro-osseous canal and reduces injury of operation manipulations and duration of operations. Application of modified tendinous suture has improved results of surgical treatment in 77,8% of patients.

контрольной группе у 93 (22,7%) пострадавших сшито 237 (23,6%) поврежденных сухожилий сгибателей пальцев кисти различными видами.

В зависимости от уровня травмы, особенностей топографо-анатомического строения кисти у 410 больных ранения были в следующих зонах.

Зона кисти	Кол-во больных	Кол-во больных в %
I - Зона	9	2,2%
II - Зона	160	39%
III –Зона	61	14,9%
IV –3она	123	30%
V - Зона	57	13,9%

Сочетанные повреждения артерий, нервов, сухожилий, костей кисти и пальцев были у 302 (73,6%) больных, изолированные повреждения сухожилий сгибателей у 108 (26,4%) пациентов.

Для определения локализации смещенных после травмы концов сухожилий у 124 больных выполнено ультразвуковое сканирование тканей (УЗИ) травмированной конечности. Данное исследование позволяло визуализировать сухожилия в виде образований повышенной эхогенности. В норме эхогенность сухожилий превышает эхогенность мышц и структура имеет слоистую или волокнистую структуру. УЗИ выполняли при помощи линейных датчиков с рабочей частотой от 7 до 15 МГц [7].

У 117 больных выявлено смещение концов сухожилий в среднем на 5 — 6см. У 7 пациентов с ранением в I зоне (из них у 5 больных с повреждением сгибателей V пальца) проксимальные концы сгибателей обнаружены на уровне карпального канала.

Все оперативные вмешательства производились с применением микрохирургической техники. Ревизия ран кисти и пальцев выполнялась под увеличением бинокулярной лупы x2,5 крат. При сочетанном повреждении артерий и нервов использовали увеличение x8 крат операционного микроскопа.

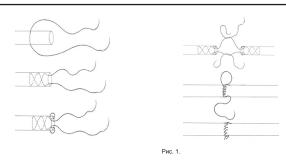
Восстановление поврежденных анатомических образований кисти выполнялись этапно. В первую очередь производили остеосинтез леской или спицами Киршнера. После стабилизации и фиксации костных

отломков выполняли микрососудисдый и микрохирургический этап. Шов артерий и нервов производили под х10 кратным увеличением микроскопа нитями 8/0 - 9/0. Следующим этапом восстанавливали сухожилия. На сухожильном этапе восстанавливали только глубокие сгибатели пальцев, поврежденные поверхностные сгибатели иссекались. У 14 больных сшивали поверхностный и глубокий сгибатели. Манипуляции на сухожилиях выполнялись под х2,5 кратным увеличением лупы. Использовали модифицированный шов. Концы сухожилий прошивали по способу Кюнео нитью леска № 2/0 и накладывали по одному витку с каждой стороны конца сухожилия, отступив от края 1-2мм. Это позволяло предотвратить расслоение и гофрирование концов сухожилий при дальнейших манипуляциях. Концы сухожилий подводили «друг к другу» под связками в костно-фиброзном канале с помощью сухожильного проводника Розова. Связывали нити проксимального и дистального концов сухожилия до плотного сопоставления, затем, не срезая один из концов нитей, накладывали обвивной шов по срезам концов сухожилия с погружением узла в анастомоз (рис. 1). Прочность модифицированного шва позволяет обойтись без фиксации травмированных сегментов гипсовым лангетом и начать раннюю послеоперационную разработку сшитых сухожилий.

У 12 больных с обширным дефектом кожи кисти и пальцев была произведена полнослойная кожная пластика. У 9 пациентов дефект кожи был устранен пластикой местными тканями. У 3 пострадавших на область восстановленных сухожилий, поверхностной ладонной артериальной дуги и ветвей срединного, локтевого нервов перемещен лучевой лоскут. Кисть фиксировалась в функциональном положении кисти.

Для функционального восстановительного лечения после сухожильного шва сгибателей пальцев с учетом результатов исследований в области механизмов сращения сухожилий, была разработана динамическая шина, которую монтировали на 3-5 сутки послеоперационного периода минуя и купируя фазы воспаления с применением антибактериальной, противовоспалительной терапии, с целью профилактики образования рубцовых сращений между сухожилием и окружающими тканями [8]. Разработанная динамическая шина состоит из фиксированной к ногтевой пластине накладки, под которой удерживается лигатура соединенная с эластичным тяжом, зафиксированным в области запястья булавкой. Лигатура имеет регулируемый фиксатор с ограничителем движений. Под фиксатором крепится градуируемая шкала. В первые 7 суток осуществляются активные разгибательные и пассивные сгибательные движения пальца в пределах 1см. Амплитуда движений ограничивается регулируемым фиксатором и замеряется подлежащей фиксатору градуированной шкалой. В последующие 3 недели в фазе фибропластического воспаления амплитуда разгибательных движений увеличивается до 3см (по 1см в неделю).

Исходы хирургического лечения, повреждений сгибателей пальцев кисти с применением модифицированного сухожильного шва по Кюнео и использованием разработанной динамической шины наблюдались у основной группы 124 больных с повреждением 312 сухожилий в сроки от года до трех лет. Ранних послеоперационных осложнений как кровотечение, нагноение не было. В отдаленном периоде от пяти до семи недель зафиксировано 4 разрыва сухожильного шва во время занятия лечебной физкультуры.



Для контроля учтены результаты лечения 38 пациентов с повреждением 52 сухожилий сгибателей пальцев кисти. В этой группе шов поврежденных сухожилий выполнялся различными способами (Розова, Биннеля, Кюнео, Tsuge и т.д.). В послеоперационном периоде кисть и пальцы фиксировали повязкой в течение 3 недель с последующей дозированной разработкой. По возрасту, локализации, характеру повреждений, фоновым заболеваниям, количеству сочетанных повреждений основная и контрольная группы пациентов были идентичны. Ранних послеоперационных осложнений зарегистрировано не было. В отдаленный период от трех до пяти недель зафиксировано 6 разрывов сухожильного шва у пяти больных во время занятия лечебной физкультуры. один пациент на 3 неделе послеоперационного периода не смог указать на причину отсутствия активных сгибательных движений в пальце.

Для определения результатов лечения в основной и контрольной группах использована методика оценки восстановления функции пальцев кисти после восстановительных операций на сухожилиях Американской ассоциации хирургов кисти (AAHS) в модификации И.Н. Куринного. Система построена на количественном определении основных функций кисти: чувствительности, движений, силы основных захватов и анализ координации движений [9]. Результатом расчета является процент восстановленного объема активных движений в межфаланговых суставах по сравнению с соответствующими показателями здоровой конечности. От 75 до 100% по сравнению с нормальной амплитудой движений в суставах пальца оценивали как отличный, от 50 до 74% - как хороший, от 25 до 49% - удовлетворительный и от 0 до 24% - как плохой.

При лечении пациентов основной и контрольной группы были получены следующие результаты:

Группа	Кол-во	Оценка	Оценка	Оценка	Оценка
Группа	сухожилий	Отл.	Хор.	Удовл.	Плохо.
Основ.	312	243	50	15	4
		(77,8%)	(16,1%)	(4,8%)	(1,3%)
Контр.	52	22 (42,3%)	15 (28,8%)	10 (19,3%)	5 (9,6%)

Показатели восстановления функции пальцев кисти у больных основной группы намного выше, чем в контрольной группе, что и доказывает целесообразность использования модифицированного шва в лечении больных с повреждением сухожилий сгибателей пальцев кисти.

Таким образом, разработанный способ модифицированного сухожильного шва сгибателей пальцев кисти позволяет избежать гофрирование сухожилия при его натяжении, облегчить проведение концов сухожилия через костно-фиброзный канал, тем самым уменьшить травматичность и время вмешательства, улучшить результат лечения данной категории больных.

#### Литература

- 1. Алиев М.А., Мун Т.Н., Мурадов М.И. Микрохирургия острой травмы кисти и пальцев. – Астана, 2003. – С.3. 2. Нельзина З.Ф., Чудакова Т.Н. Неотложная хирургия открытых повреждений кисти. - Минск, 1994. - С.34.
- 3. Золотов А.С. Анализ исходов комплексного хирургического лечения повреждений сухожилий сгибателей пальцев кисти с применением петлевого шва. Pacific medical journal 2003. № 3. P. 28-31.
- 4. Демичев Н.П. Сухожильная гомопластика в реконструктивной хирургии. – Ростов-на-Дону, 1970.
- 5. Мурадов М.И., Сайк П.Ю. Авторское свидетельство «Способ выполнения сухожильного шва сгибателей пальцев кисти» заявка № 2006/0359.1, дата подачи заявки

- 27.03.2006.
- 6. Беспальчук П.И., Прохоров А.В., Волотовский А.И. Операции в травматологии и ортопедии. – Минск 2001.
- 7. Зубарев А.Р., Неменова Н.А. Ультразвуковое исследование опорно-двигательного аппарата у взрослых и детей: Пособие для врачей, - М.: Издательский дом Видар-М, 2006. - С.13.
- 8. Strichland J.W. J. Hand Surg. 2000. Vol. 25A, №.2. p. 214-235.
- 9. Страфун С.С., НауменкоЛ.Ю., Дрюк М.М., Курінний І.М. Хірургічне лікування та післяопераційна реабілітація хворих з пошкодженнями сухожиль згиначів пальців кисті. Методичні рекомендації. К., - 1998. – С.17.

# Интраоперационное применение флебосклерозирующего лечения у пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей

Шамсадинская Т.А.

Центр ангиологии и микрохирургии, Азербайджан, г. Баку

Интраоперационное применение флебосклерозирующего лечения у пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей

Шамсадинская Т.А.

Центр ангиологии и микрохирургии, Азербайджан, г. Баку

Целью нашего исследования является улучшение результатов лечения ХВННК с использованием склеротерапии при сочетанных оперативных вмешательствах, а также оптимизация восстановительного периода болезни с определением качества жизни больных.

В основную группу вошло 58 больных, которым в ходе оперативного лечения хронической венозной недостаточности нижних конечностей одномоментно была проведена склеротерапия окололодыжечных притоков БПВ, ретикулярных вен и телеангиоэктазий. Средний возраст пациентов составил 42.6 лет (±3). Из, включенных в исследование пациентов 47 (81%)-женщины, 11 (19%)-мужчины. Длительность заболевания колебалась от 5-25 лет. В исследования были включены больные с хронической венозной недостаточностью по СЕАР классификации II, III, IV, V, VI.

Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей - это синдром, характеризующийся нарушением венозного оттока на макрогемодинамическом уровне, сопровождающийся дезорганизацией регионарной системы микроциркуляции. Под этим термином подразумеваются изменения всех уровней, обусловленные либо расширением поверхностных вен нижних конечностей с недостаточностью их клапанов, либо поражением глубокой венозной системы с возникновением венозной гипертензии - патологического состояния, в основе которого лежат эти феномены.

На сегодняшний день повышаются требования, предъявляемые к оперативному лечению варикозного расширения. Они направлены на поиск новых малоинвазивных технологий, обеспечивающих снижение риска послеоперационных осложнений, улучшение косметического результата с сохранением эффективности и радикальности лечения.

#### Целью

нашего исследования является улучшение результатов лечения ХВННК с использованием склеротерапии при

Itraoperation using of phlebosclerosis treatment on patients with chronic venous incompetence of lower extremity

Shamsadinskaya T.A.

The purpose of our research was removing the results of chronic venous incompetence of lower extremity (CVILE) with using scleroyherapy during combined operations and optimization of rehabilitation during disease e\with life quality of patients.

There were 58 patients in main group whom during operation treatment on patients with chronic venous incompetence of lower extremity it was done onetime scleroyherapy reticular venous and teleangioektasia. The middle age was  $42.6\,\text{nem}\ (\pm 3)$ . There were included  $47\ (81\%)$ - from women,

11 (19%)- from men. The time of disease was 5-25 age. There were patients with chronic venous incompetence of lower extremity on II, III, IV, V, VI. classification

сочетанных оперативных вмешательствах, а также оптимизация восстановительного периода болезни с определением качества жизни больных.

#### Материалы и методы исследования

В основную группу вошло 58 больных, которым в ходе оперативного лечения хронической венозной недостаточности нижних конечностей одномоментно была проведена склеротерапия окололодыжечных притоков БПВ, ретикулярных вен и телеангиоэктазий. Средний возраст пациентов составил 42.6 лет (±3). Из, включенных в исследование пациентов 47 (81%)-женщины, 11 (19%)-мужчины. Длительность заболевания колебалась от 5-25 лет. В исследования были включены больные с хронической венозной недостаточностью по СЕАР классификации II, III, IV, V, VI.

СЕАР-III -23 пациента (39.6%), IV -32 пациента (55%), VI -3 больных (5.17 %). Таким образом пациенты по СЕАР 0, I, II стадий были исключены из исследования

Все пациенты проходили допплерографию и дуплек-

сное сканирование с цветовым картированием потоков крови. Исследование проводилось на аппарате фирмы Medison Sonoase 8000 EX primec использованием двух видов излучения: непрерывный (CW-continus wave) так и импульсный (PW-pulsed wave). Посредством данного метода диагностики были исследованы следующие параметры:

- 1) Оценивалась проходимость глубокой венозной системы нижних конечностей.
- 2) Проводилась последовательная локализация бедренной вены и ее клапанного аппарата (особенно, остиального), а также сафено-феморального соустья.
- 3)Определялась состоятельность клапанного аппарата, оценивались размеры исследуемых сосудов, определялся в каждом из них характер и степень рефлюкса.
- 4) Проводились функциональные пробы (Вальсальвы) и различные мануальные пробы.

Проба Вальсальва- натуживание с задержкой дыхания на вдохе-способствует значительному повышению внутрибрюшного давления и позволяет выявить состоятельность клапанов глубоких и поверхностных вен бедра и подколенной области в условиях гидростатической нагрузки, близкой к максимальной.

- 5) Исследовался бассейн малой подкожной вены с определением А-волн и ретоградного кровотока. Сдавление рукой исследователя, свободной от датчика, мышц голени в верхней и средней ее третях вызывало временную гипертензию в нижележащих подкожных и глубоких вен, что давало возможность оценить состоятельность их клапанного аппарата.
- 6)Лоцировались большеберцовые вены, исследовался их клапанный аппарат. Определялись их латеральные и медиальные ответвления.
- 7)Последним этапом проводилось исследование перфорантов, определялась их состоятельность и функциональная значимость. Пациент находился в вертикальном положении, позволяющим оценить перфорантные вены Хантера, Додда, Бойда, Шермана, Кохета.

#### Результаты и их обсуждения

Проведенные нами наблюдения показали, что в подавляющем большинстве случаев у пациентов был обнаружен рефлюкс в сафено-феморальном соустье, клапанная недостаточность II( а ,б) степеней, недостаточность перфорантов (Шермана, Кокета), реже сафенопоплитеальный рефлюкс. Таблица 1.и 2.

Таблица 1. Выявление клапанной недостаточности в количественном отношении

	Правая конечность					Лева	я коне	чност	Ь
Степень I (а) I(б) II (а) II (б)					I (a)	Ι(б)	II (a)	II (б)	
	Кол-во	11	14	17	16	11	17	15	15

Таблица 2. Определение степеней рефлюкса

Сафено-феморальный			Сафено-поплитеальный			
Степень	Правая конечн.	Левая конечн.	Степень	Правая конечн.	Левая конечн.	
I	39	31	I	31	14	
II	15	25	II	7	8	
N(норма)	4	2	N(норма)	20	36	

Применяя стандартный алгоритм лечения, пациенты подготавливались к комбинированному вмешательству.

Венэктомия выполнялась методами Троянова, Тренделенбурга (включая кроссэктомию, то есть разобщение сафено-поплитетеального соустья), использование зондов по Бебкокку, Нарату, а также манипуляции по Линтону и Фельдеру [5]. После наложения швов на раны, проводилась склеротерапия 1% тромбоваром.

Техника склеротерапия оставалась неизменной

Процедуры интраоперационной склеротерапией обусловлены:

- 1) снижением травматизма;
- 2) уменьшением объема оперативного вмешательства:
- отсутствием болевого компонента во время процедуры;
- 4) обеспечением обезболивания после флебосклерозирующего лечения и макроинвазивного вмешательства:
- 5) наличием максимальной стерильности при проведении процедуры;
- 6) значительным сокращением времени пребывания в стационаре;
- 7) интраоперационное проведение склерооблитерации позволяет обеспечить доступ в любую зону нижней конечности;
- 8) достижением лучшего послеоперационного косметического эффекта;
- 9) уменьшение времени ношения эластического бинта:
- 10) возможность проведения асептических перевязок с полным освобождением конечности от компрессии;
- 11) ежедневный контроль за склерозированными участками, позволяет своевременно проводить адекватное лечение;
- 12) значительным улучшением качества жизни пациента.

Для облегчения дифференцации результатов, нами было предложено классифицировать ретикулярные вены и телеангиоэказии не только по виду, но и по расположению (Таблица 3)

Таблица 3. Количество исследуемых зон

Группа 2	Латеральн. зона бедра	Медиальн. зона бедра	Задняя по- верх ность бедра	Латеральн. зона голени	Медиальн. зона голени	Задняя зона голени	Область ло- дыжки
	19	8	12	30	34	17	54

Кроме того у большинства пациентов наблюдались телеангиэктазии и ретикулярные вены в нескольких зонах, что повлияло на количество исследуемых вен, без увеличения количества больных. Результаты исследований представлены в таблице 4.

Осмотр проводился спустя следующие периоды времени: а) неделю, б) 2 недели в) 6 недель г) год.

Проведенный анализ позволил утверждать, что исследование за период 6 недель и год дает идентичные результаты, что позволяет выпускать больного из поля зрения, тем самым не нарушая его социальную активность и качество жизни (Таблица 5).

Не вызывает сомнений, что хирургическое лечение хронической венозной недостаточности является наиболее радикальным и надежным способом. Однако

Таблица 4. Характер местных изменений группа 2. ( период от 1-2 недель существенно уменьшить объем хирургивключительно) ческого вмешательства. путем примене-

Признаки	Класс III	Класс IV	Класс V	Класс VI
1. Локальное уплотнение	Из 23, 21(91.30%)	Из 32, 29(90%)	Из 2, 2 (100%)	Из 3, 3 (100%)
2. Боли после введения	23 (100%)	32 (100%)	Из 2, 2 (100%)	3 (100%)
3. Пигментации в зонах инъекций	19 (82.60%)	28 (87.5%)	Из 2, 2 (100%)	3 (100%)
4. Изменения вне зон склерозирования паравазальные реакции)	5 (21.73%)	3 (9.37%)	Из 2, 2 (100%)	1 (33.3%)
5. Рецидив в зоне склерозирования	0	0	0	0
6. Отсут. результата после лечения	0	0	0	0

существенно уменьшить объем хирургического вмешательства, путем применения склеротерапии при комбинированных и этапных оперативных вмешательствах. Данная методика обеспечивает малый травматизм вмешательства, хороший косметический результат, значительное сокращение сроков медико-социальной реабилитации при сокранении радикальности лечения.

Из 58 пациентов, которым проводилось катетерное склерозирование немагистральных вен и склерозирование ретикулярных вен и телеангиоэктазий. Отсутствия результата лечения, рецидива в зоне склерозирования, а так же серьезных осложнений не наблюдалось ни в одном случае, что свидетельствует о

при традиционной флебэктомии удаление расширенных подкожных вен на бедре и голени осуществляется из отдельных разрезов, что увеличивает травматичность и нередко приводит к повреждению лимфатических сосудов и кожных нервов. Нужно отметить, сто решающую роль в выборе тактики играет допплерография и дуплексное сканирование с цветовым картированием потоков крови. Индивидуальный и дифференцированный подход к лечению варикоз-

Таблица 5. Полученные результаты группы № 2 Класс IV Класс V Класс VII Степень Класс II Класс III Коппичество 3 пашиента 23 пашиента 27пациентов 2 пашиента 3 пашиента А-полное 3 пациента 22 пациента 24 пациента n 0 исчезновение 100% 95.6% 88.8% Б-значительное 1 пациент 3 пациента 1 пациент Λ Λ 4.3% 11.1% 33.3% улучшение В-незначительные 2 пациента 2 пациента 0 0 0 100% 66.6% изменение Г-отсутствие 0 0 0 0 0 результата

ной болезни, основанный на клинико-ультразвуковых критериях, в большинстве случаев дает возможность

хороших результатах и успешной методики применения данного метода лечения.

#### Литература

- 1. Кириенко А.И., Васютков В.Я., Богачев В.Ю., Богданец Л.И. Лечение трофических язв венозной этиологии. Пособие для врачей. -М., 2000, 22 с.
- 2. Покровский А.В. Значение оценки состояния микроциркуляции в клинической практике // Ангиология сосудистая хирургия, 2006, №3, с.3-4.
- 3. Назаренко Г.И., Кунгурцев В.В., Чиж В.Р. и др. Применение высокоэнергетического лазера в лечении варикозной болезни // Ангиология и сосудистая хирургия,

#### 2001, №4, c.68-73

- 4. Avramovic A. 30 years the development of the phlebology in Argentina from femine perspective / 14-th World Congress.-2001, p.18
- 5. Campbell W.B. New treatments for varicose veins // Brit. Med. J., 2002, Vol. 324, №7339, P. 689-690
- 6. Villavicencio L. Хирургическое лечение первичного варикозного расширения вен: прошлое и настоящее // Флеболимфология, 2002, №15, с. 3-11

# Результаты предварительного ЛОР— обследования у пациентов с непроходимостью слезоотводящего протока

Ботабекова Т.К., Джуматаев Э.А., Абдуллина В.Р. Казахский научно–исследовательский институт глазных болезней УДК 617.7.764 — 053.2 — 08

#### Введение

Частота рецидивов после дакриоцисториностомий варьирует от 1 до 15% при эндоназальных операциях и от 0,6 до 25% при наружном доступе. Эффективность повторных хирургических вмешательств колеблется от 58 до 80% [1,2,3,4].

Большинство авторов считают основной причиной неудач несовершенство техники операций [5,6,7,8]. По мнению других авторов, сопутствующая лор-патология, а также анатомо-топографические особенности носовой полости и проекции слёзного мешка могут влиять на результаты операции и, в связи с этим, придается большое значение предоперационному обследованию с участием лор-врача и своевременной санации выявленной патологии [9,10,11].

#### Целью исследования

явилось изучение частоты сопутствующей лор-патологии при непроходимости слезоотводящего протока и изучение анатомо-топографических особенностей носовой полости.

#### Материалы и методы

Дакриоцисториностомия была произведена у 125 пациентов (130 глаз) с патологией слезоотводящего протока (СОП). Возраст больных колебался от 18 до 76 лет. Мужчин было 10 (8%), женщин — 115 (92%).

Патология в основном была представлена:

- 1. травматическими хроническими рецидивирующими дакриоциститами с деформацией слезного мешка-6 случаев (4,6%);
- 2. хроническими рецидивирующими флегмонозными дакриоциститами и гидропсом слезного мешка (119 пациентов) 124 случаев (95,4%);

Совместно со специалистом по заболеваниям лор-органов устанавливался лор-статус, проводилась эндоскопия полости носа, компьютерная томография, а также рентгенография слезных путей с введением контрастного вещества (иодолипол). При наличии ЛОР-патологии проводилась соответствующая санация.

Для внутриносовой визуализацииии использовали ринологический эндоскоп (Karl Storz Endoscope), который представляет собой жесткую оптическую систему, позволяющую осмотреть полость носа под различным углом зрения.

#### Результаты исследования

Зависимость наличия сопутствующей лор-патологии у больных с непроходимостью СОП от пола представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Зависимость наличия сопутствующей лор-патологии у больных с непроходимостью СОП от пола

Nº	Посодолия	Мужч	ины	Женц	цины	Всего	
IN≌	Нозология	Абс. числ	%	Абс. числ	%	Абс. числ	%
1	Синуситы острые	1	10	10	8,7	11	8,8
2	Синуситы хронические	3	30	25	21,7	28	22,4
3	Гипертрофич. ринит	-	-	3	2,6	3	2,4
4	Атрофический ринит	1	10	4	3,5	5	4
5	Патология пере- городки носа	5	50	5	4,3	10	8
6	Без патологии	-	-	68	59,2	68	54,4
	Bcero	10	8	115	92	125	100

Из таблицы видно, что сопутствующая лор-патология встречалась почти у всех оперированных мужчин и у 40,8% женщин. Среди выявленной патологии лор органов наиболее часто встречались хронические синуситы (22,4%), в основном у женщин (21,7%) (рисунок 1). У 50% мужчин выявлялась патология перегородки носа.

Зависимость наличия лор-патологии у больных с непроходимостью СОП от возраста представлена в таблице 2.

Из таблицы видно, что наиболее часто лор-патология у больных с непроходимостью СОП встречалась в возрасте до 40 лет.

Больным с острыми и хроническим и синуситами, ринитами оперативное вмешательство проводилось только после полной санации, в стадии полной ремиссии, что значительно повлияло на эффективность проводимого лечения.

В результате анализа результатов проведённых исследований (эндоскопическая риноскопия, компьютерная томография) нами установлено, что проекция слезного мешка по данным компьютерной томографии (исследование проводилось у 39 больных основной группы) находится кпереди, более чем на один сантиметр от переднего конца средней носовой раковины у 11,6 %, кзади от переднего конца средней носовой раковины - у 30,2 %, на уровне переднего края средней носовой раковины - у 58,1 % больных (рисунки 2,3,4).

В отдельных случаях в силу анатомических особенностей монголоидной расы отмечено помимо значительной толщины кости еще и переднее предлежание ячеек решетчатого лабиринта. При ревизии полости носа с помощью эндоскопа выявлены следующие



Рисунок 1 – Острый левосторонний гайморит

Таблица 2 - Зависимость наличия лор-патологии у больных с непроходимостью СОП от возраста

Nº	Нозология	Всего		До 40 лет		41-60		старше 60	
		Абс. числ	%	Абс. числ	%	Абс. числ	%	Абс. числ	%
1	Синуситы стрые	11	8,8	4	19	7	9,9	-	ı
2	Синуситы хроническ.	28	22,4	4	19	15	21,1	9	27,3
3	Гипертроф. ринит	3	2,4	-	-	3	4,2	-	-
4	Атрофич. ринит	5	4	-	-	4	5,6	1	3,0
5	Патология перег. носа	10	8	3	14,4	7	9,9	-	ı
6	Без патол.	68	54,4	10	47,6	35	49,3	23	69,7
	Всего	125	100	21	16,8	71	56,8	33	26,4

особенности: наличие гиперплазированного переднего бугорка перегородки носа у 60% оперированных больных, гипертрофия средней носовой раковины у 26 % оперированных больных.

С учетом выявленных анатомо-топографических особенностей, у 28 больных основной группы проводилась предварительная интраоперационная коррекция перегородки носа, у 12 больных тщательная пластика вновь образованного слезно-носового соустья с последующей интубацией стентом сроком до двух недель. Всем больным проводилось промывание слезных путей с эндоскопическим контролем за состоянием соустья в полости носа в послеоперационном периоде.

Таким образом, наиболее часто лор-патология у больных с непроходимостью СОП встречалась в возрасте до 40 лет почти у всех оперированных мужчин и у 40,8% оперированных женщин. У 21,7% женщин выявлялись хронические синуситы, у 50% мужчин - патология перегородки носа. При ревизии полости носа с помощью эндоскопа выявлены следующие особенности: наличие гиперплазированного переднего бугорка перегородки носа у 60% оперированных больных, гипертрофия средней носовой раковины у 26



Рисунок 2 - Проекция слёзного мешка на уровне переднего конца средней носовой раковины



Рисунок 3 - Проекция слёзного мешка кзади от переднего конца средней носовой раковины

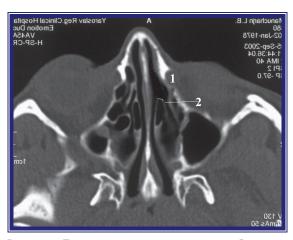


Рисунок 4 - Проекция слёзного мешка кпереди, более чем на 1см от переднего конца средней носовой раковины

% оперированных больных, проекция слезного мешка находилась кпереди, более чем на один см от переднего конца средней носовой раковины у 11,6 %, кзади от переднего конца средней носовой раковины - у 30,2 % и на уровне переднего края средней носовой раковины - у 58,1 % больных.

Литература

- 1 Ермагамбетов М.С. Частота патологии слезных путей // Оказание офтальмологической помощи сельским жителям Казахстана.- Алма-Ата, 1986.-С. 42-43. 2 Мамбетов Е.К. Патология слезных путей и их хирургическое лечение. Алма-Ата.- 1999.- С.69-70. 3 Малиновский Г.ф., Моторный В.В. Практическое руководство по лечению заболеваний слезных органов. Минск, 2000. –126 С.
- 4 Моторный В.В. Слезотечение и методы его устранения.- Минск, 1991.- 70 с.
- устранения:- минск, 1991.- 70 с.
  5 Астахов Ю.С., Рябова М.А., Кузнецова Н.Ю., Дерен К.А. // Современные методы диагностики и **печения** заболеваний слезных органов.— М., 2005.— С. 41—45. 6 Бепоглазов В.Г., Атькова Е.Л., Малаева Л.В., Чиненов И.М. // Современные **технологии** диагностики и **печения** в офтальмологии.— Махачкала, 2004.— С. 82—84.
- 7 Буренков Г.И., Вахрушев С.Г., Калиновский К.П. // Новые **технологии** микрохирургии глаза.— Оренбург, 2001.— С. 136—140.
- 8 Давыдов Д.В., Кравченко А.В., Франк Г.А., Ефремов Г.Д. // Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов.— М., 2005.— С. 105–108.
- 9 Cokkeser Y., Evereklioglu C., Er H. Comparative external versus endoscopic dacryocystorhinostomy: results in 115 patients (130 eyes) // Otolaryngol. Head Neck Surg.- 2000.- Vol. 123, №4.- P. 488-491.
- 10 Sham C.L., van Hasselt C.A. Endoscopic terminal dacryocystorhinostomy // Laryngoscope.- 2000.- Vol. 110, №6.- P. 1045-1049.
- 11 Tsirbas A., Davis G., Wormald P.J. Mechanical endonasal dacryocystorhinostomy versus external dacryocystorhinostomy // Ophthal. Plast. Reconstr. Surg.- 2004.- Vol. 20, №1.- P. 50-56.

# Новый метод хирургической коррекции генитального пролапса у женщин репродуктивного возраста

Новрузов Р.М.

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Городская больница восстановительного лечения, г. Сумгаит, Азербайджан

## Новый метод хирургической коррекции генитального пролапса у женщин репродуктивного возраста Р.М. Новрузов

Учитывая социальную и медицинскую значимость проблемы генитального пролапса у женщин репродуктивного возраста в настоящем исследовании обоснован и внедрен в хирургическую практику оригинальный метод вентросуспензии при опущениях матки и задней стенки мочевого пузыря. При разработке методики вентросуспензии учтены анатомические и функциональные особенности этих органов.

Операция выполнена у 12 женщин 27,0-46,0 лет с различными степенями «стрессового» недержания мочи при опущениях матки и задней стенки мочевого пузыря. Продолжительность послеоперационного наблюдения 1,0 - 7,0 года.

В качестве подвешивающих средств предлагается использовать круглые связки матки. Их хирургическая обработка в настоящем исследовании выполнена в оригинальной методике. Кроме того, в предложено наложение полукисетных швов на заднюю стенку мочевого пузыря с целью ее дальнейшей надежной фиксации к шейке матки.

В отличие от других методов вентросуспензии, при предложенной операции матка подвешивается к двум структурам и не нарушается кровоснабжение круглых связок матки, используемых в качестве вентросуспензоров. Путем выведения и фиксации отмеченных связок на поверхность апоневроза передней стенки живота достигается надежная суспензия не только матки, но и пришитого к нему мочевого пузыря. Благодаря оригинальному способу наложения полукисетных швов на заднюю стенку мочевого пузыря значительно уменьшается вероятность рецидива цистоцеле. Ни у одной из прооперированных женщин в течение последующих лет рецидив недержания мочи и генитального пролапса не отмечен.

#### Введение

Аномальное расположение, опущение, выпадение, сочетанные с соседними органами дислокации матки – патологии, преимущественно свойственные женщинам пожилого, глубокого постменопаузального возраста. Тем не менее, в последние годы частота указанных патологических состояний растет также у женщин репродуктивного возраста [1, 3, 4, 7]. По данным литературы, частота генитального пролапса (ГП) варьирует в очень широких пределах и составляет 5,5-33,6% [5, 9].

#### The new method of surgical correction of genital prolaps in women reproductive age

Novruzov R.M.

Considering the social and medical mean of genital prolapse problems with urodinamic violation in women reproductive age at the present the investigation was based and inculcate in surgery practice original method in –suspensors during ptosed uterus, vagin and back wall of urinary. During preparing method of in –suspensors was took into anatomic and functional features of these organs.

The operate was settled in 12 women 27.0-46.0 ages with different degrees of "stress" incontinence during ptosed uterus and back wall of urinary. The continuous of after operation supervision 1,0-7,0 years.

As tectorius things were offered to use the round ligaments of uterus, which were used in this investigation in original method. Besides during operation was offered ligation suture on back wall of urinary for after dependable fixation to neck of uterus.

In differ of other methods of in—suspensors, during offered operation the uterus was fixed in two structure—suspensors and was not disturbed blood providing of round ligation of uterus. With hatching and fixing the noted ligation on aponeuros oblique muscle of front wall of stomach was getting the dependable suspensors not only uterus and urinary which involved to it. To thank to this original method of application suture on back wall urine was extenuated the probability of relapse cystocele. not any women which was operated during years was noted relapse of incontinence urine and genital prolapse.

17,0-28,0% пациенток с гинекологическими заболеваниями, требующих хирургического лечения, составляет именно ГП [6, 8, 9].

Многогчисленные роды, родовые травмы, ятрогенные повреждения при хирургических вмешательствах, дисплазия соединительной ткани, недостаточность эстрогенов, сопровождающаяся обменными нарушениями, возрастные изменения в мышечной и соединительной тканях, факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления (тяжелая физическая работа, хроброшного давления стана с

нические заболевания легких, хронический запор и т.д.) приводят к нестабильности мышц и связочного аппарата тазового дна и матки [1, 5, 7]. Тем самым, создается почва для опущения матки, влагалища, задней стенки мочевого пузыря, передней стенки прямой кишки, а также - культи шейки матки после ее суправагинальной ампутации [8, 12]. В связи с сочетанным опущением органов малого таза, у части пациенток наблюдаются различной степени тяжести функциональные нарушения отмеченных органов. Вышеизложенное указывает на несомненную полиэтиологичность генитального пролапса [2, 6, 10, 11, 12].

Опущение влагалища, главным образом, - первичное. По мнению, Ъ. Ле Фораун, из-за прочной фиксации матки к влагалищу, их изолированное опущение встречается крайне редко. По этой причине опущение влагалища, как правило, сочетается с опущением и самой матки [цит. по 5].

ГП и дисфункции отмеченных органов, в основном, наблюдаются в поздне-репродуктивном и пременопаузальном возрастах. Если в 1970-е годы ГП считался болезнью пожилых женщин, то, в настоящее время средний возраст этих пациенток – 50,0 лет. 26,0% из них – больные до 40 лет, т.е. - репродуктивного возраста.

Частота послеоперационных рецидивов при пролапсе достигает 33,3%, что говорит о недостаточной эффективности большинства хирургических вмешательств по профилактике и лечения ГП [2, 6]. Также достаточно высоки показатели (55,0%) опущения свода, стенок влагалища и цистоцеле после вагинальных операций [9].

Часть операций, выполняемых при опущениях внутренних половых органов у женщин репродуктивного возраста, составляют методы вентросуспензии с использованием связочного аппарата матки. Особенности указанных операций, в частности, с использованием круглых связок матки, широко освещены в специальной литературе, в связи с чем нет необходимости их детального рассмотрения.

#### Цель исследования

С учетом вышеизложенного, целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и целесообразности применения нового метода вентросуспензии с использованием круглых связок матки и наложением в оригинальной методике полукисетных швов на заднюю стенку мочевого пузыря при лечении генитального пролапса, сопровождающегося уродинамическими нарушениями у женщин репродуктивного возраста.

#### Материалы и методы

В контингент настоящего исследования включены 12 пациенток репродуктивного возраста, находившихся на стационарном лечении в 2001-2007 гг. в хирургическом отделении Сумгаитской городской больницы восстановительного лечения, у которых с целью коррекции аномального расположения (опущения) матки выполнена оригинальная корригирующая операция - «двухэтажная» вентросуспензия.

Больные были распределены на 2 группы.

І. 3 пациентки 27,0-46,0 лет с ГП типа «В» без цистоцеле. Положение матки исправлено оригинальным методом «двухэтажной вентросуспензии» с использованием круглых связок матки.

II. 9 пациенток 27,0-46,0 лет с ГП типа «D» с наличием цистоцеле и уродинамических нарушений.

Применен оригинальный метод вентросуспензии с использованием круглых связок матки и наложением в оригинальной методике полукисетных швов на заднюю стенку мочевого пузыря.

У 9 пациенток до операции обнаружены цистоцеле различных степеней тяжести и недержание мочи стрессового типа. Все пациентки желали забеременеть и рожать. При этом 9 пациенток уже имели детей. 2 пациентки перенесли по 3 роды; 4 пациентки - по 2; а 3 пациентки – по — 1. У 7 женщин при родах имел место разрыв промежности различной степени; эти пациентки ГП связывают с родовой травмой. Еще 2 пациентки (по 3 детей) указывают на появление ГП после первых родов и постепенное нарастание его проявлений при последующих родах.

Мало-травматичную, технически несложную операцию с использованием в качестве суспензоров круглых связок матки, предложенную для коррекции опущения матки и характеризующейся достаточно высокой надежностью результатов (эффективности подвешивания), мы обозначили как «двухэтажную вентросуспензию матки».

#### Ход выполнения операции

Пациенткам I группы с ГП типа «В» без цистоцеле выполняется лапаротомия нижним срединным разрезом или разрезом Пфанненштиля. После этого на расстоянии 3,0 см с обеих сторон на уровне планируемого подвешивания матки апоневроз освобождается от подкожной жировой клетчатки. Затем на расстоянии 2,0-3,0 см от пахового канала с обеих сторон берутся на шов и режутся круглые связки матки (рис.1).

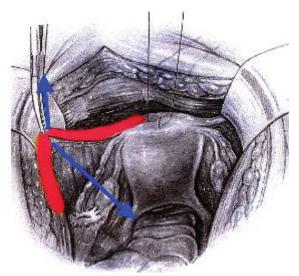


Рис. 1. — Мобилизация матки и определение уровня иссечения ее круглых связок ( $\uparrow$ ).

При таком выборе места разреза связок не нарушается их питание, поскольку внутрибрюшинная часть связок снабжается артериальной кровью из тела матки, а дистальная — а. epiqastricae inferior. Таким образом, полностью сохраняется питание круглых связок матки из двух вышеуказанных источников. Проксимальные концы круглых связок изолируются от широких связок органа и выводятся на поверхность разреза (рис. 2).

Края широких связок, отделенных от круглых связок, зашиваются друг к другу и к париетальной брюшине. Тем самым, предотвращается возможное ущемление кишечных петель между широкими связками и париетальным перитоном.

Последующий ход операции, в зависимости от длины связок, расположения матки, глубины задне-дугласового пространства, выполняется в двух вариантах. 1) Дистальные концы круглых связок через «окно» на бессосудистом участке широких связок с обеих сторон переносятся на заднюю поверхность тела матки и зашиваются к крестцово-маточным связкам. 2) Дистальные концы круглых связок переносятся на переднюю поверхность тела матки и зашиваются к шейке матки на уровне маточно-пузырной складки. Таким образом, завершается 1-й этап («этаж») вентросуспензии матки (рис. 3).

Проксимальные концы круглых связок через окно-отверстие в перитонеально-мышечно-апоневротическом пласте на 4,0-5,0 см выше симфиза выводятся под кожу. Послойно хирургически восстанавливается целостность перитона, мышц и апоневроза. После этого концы круглых связок зашиваются нерассасывающейся нитью как к апоневрозу, так и друг к другу (рис. 4).

Таким образом, завершается 2-й этап («этаж») вентросуспензии у пациенток с ГП типа «В» без цистоцеле.

Во второй группе пациенток с ГП типа «Д» с наличием цистоцеле (9 пациенток 27,0-46,0 лет) применена вентросуспензия с использованием круглых связок матки и наложением в оригинальной методике полукисетных швов на заднюю стенку мочевого пузыря.

При данном типе ГП с учетом наличия цистоцеле у пациенток задняя стенка мочевого пузыря фиксируется следующим образом.

После мобилизации матки, начиная с маточ- (→). но-пузырной складки осторожно изолируется задняя стенка мочевого пузыря от передней стенки влагалища на протяжении 4,0-5,0 см. Производится гемостаз, после чего на заднюю стенку мочевого пузыря без охвата слизистой оболочки органа медленно-рассасывающейся ниткой типа викрила №2/0 накладывается 2-3 полукисетных шва. Швы накладываются таким образом, что задняя стенка мочевого пузыря сворачивается во внутрь в горизонтальном положении. Швы не завязываются и в дальнейшем ими пользуются как держалкой (рис. 5).

Операция продолжается в той последовательности, как это описано выше, при выполнении 1-го этапа («этажа») вентросуспензии.

Продолжение операции — ликвидация опущения задней стенки мочевого пузыря, а именно — цистоцеле. С этой целью швы-держалки, наложенные на заднюю стенку органа, зашиваются по очереди к шейке матки и круглым связкам, заранее прикрепленным к шейке матки (рис. 6).

Таким образом, ликвидируется опущение задней стенки мочевого пузыря и орган фактически приобретает нормальное анатомическое положение. Затем восстанавливается целостность пузырно-маточной складки. В итоге, у пациенток устраняется морфологическая основа цистоцеле и вызванное им уродинамическое нарушение стрессового типа. Проксимальные же концы круглых связок, мобилизованных заранее, фиксируются в вышеизложенном порядке (см. рис.4).

Как видно из вышеприведенного, предложенная



Рис. 2. –Проксимальные концы круглых связок матки на поверхности разреза.

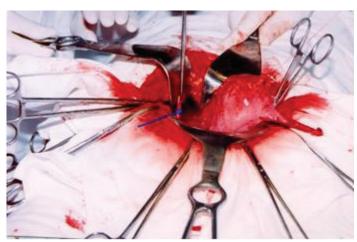


Рис. 3. – Зашивание дистальных концов круглых связок к шейке матки

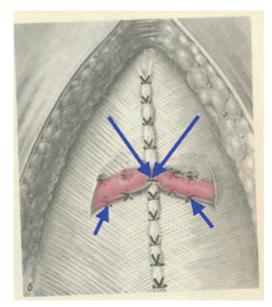


Рис. 4. — Зашивание проксимальных концов круглых связок нерассасывающейся нитью друг к другу над апоневрозом ( $\uparrow$ ).

нами операция технически проста и ее выполнение не составляет особого труда. При этом, в отличие от большинства других операций по ликвидации опущения матки и цистоцеле, тело и связочный аппарат матки в максимальной степени сохраняют морфо-функцио-

нальную целостность (не повреждаются) и не снижается возможность родов естественным путем.

#### Отдаленные результаты

Все пациентки находились под наблюдением в течение 1,0-7,0 лет после операции.

За указанный период у 2-х прооперированных женщин совершились беременность и физиологические роды. Следует подчеркнуть, что в послеоперационном периоде ни у одной из пациенток рецидивы уродинамических нарушений отмечены не были.

#### Заключение

Итак, в отличие от других методов вентросуспензии, при предложенной операции матка подвешивается к двум разным опорам. В отличие от общепринятых методов цистоутеропексии, мочевой пузырь при предложенной нами операции не закрывает переднюю стенку матки и не препятствует проведению операций на матке. Важно, что не нарушается питание круглых связок матки, используемых в качестве суспензоров. И, наконец, предложенная нами операция значительно предотвращает рецидивы одного из видов генитального пролапса — цистоцеле и уродинамические нарушения «анатомического» генеза.

#### Литература

- 1. Буянова С.Н., Петрова В.Д., Краснопольская И.В., Муравьева Т.Г. Диагностика и лечение сложных и смешанных форм недержания мочи. //Акушерство и гинекология, 2005, № 1, с. 54-57.
- 2. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии, М., 1986, с. 418-486.
- 3. Коршунов М.Ю., Сергеева И.В, Сазыкина Е.И., Кузьмин И.В. Эффективность применения проленовой сетки у больных с пролапсом передней стенки влагалища: рандомизированное контролируемое исследование //Акушерство и гинекология, 2004, № 6, с. 42-46.
- 4. Новрузов Р.М., Агаев Б.А. Хирургическое лечение сложных форм сочетанных опущений органов малого таза // Казанский медицинский журнал. Казань, 2008, № 2, Т.89, с.174-178.
- 5. Попов А.А. Современные аспекты диагностики, классификации и хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов: Дисс. на соиск. ...д-ра. мед. наук, М., 2001, 171 с.
- 6. Семенюк А.А., Битюков Н.Н., Поспелов И.В. Лечение больных с урогенитальным пролапсом и недержанием мочи //Урология, 2006, № 1, с.61-64.
- 7. Смолнова Т.Ю. Патогенетическое обоснование выбора метода хирургической коррекции пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дисс. на соиск. ...канд. мед. наук, М., 1999, 22 с.
- 8. Хирш Х. А., Кезер О., Икле Ф. А. Оперативная гинекология: Атлас: Пер. с англ. Под. Ред. В. И. Кулакова, И.В. Федорова. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999, с.113-121.

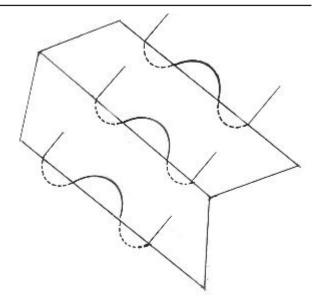


Рис 5. – Схема наложения швов на заднюю стенку мочевого пузыря при ГП с наличием цистоцеле

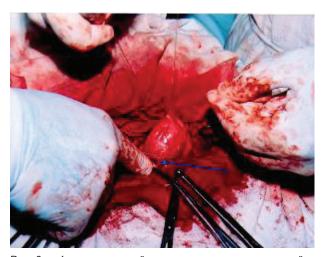


Рис. 6. — Фиксация задней стенки мочевого пузыря к шейке матки и дистальным концам круглых связок ( $\uparrow$ ).

- 9. Ходжаев Г.Г. Лечение рецидивов опущения и выпадения внутренных половых органов у женщин: Автореф. дисс. на соиск. ...канд. мед. наук, Ростов-на –Дону, 2003, 24 с. 10. Балланэер Пщ., Рисщманн П. Фемале уринарй инконтиненсе// Еур. Урол., 1999, Вол. 36, п. 165-174.
- 11. Carley M.E., Turner R.J., Scott D.E., Alexander J.M. Obstetric history in women with surgically corrected adult urinary incontinence or pelvic organ prolapse. //J.Am.Assoc. Gynecol.Laparosc. 1999, V. 6, N.I, P. 85-89. 12. Walters MD. Pelvic organ prolapse: Cystocele and
- Rectocele. In: Walters MD, Karram MM, eds. Clinical Urogynecology. St. Louis: Mosby; 1993, p. 225.

## Консервативное лечение заболеваний промежности неопухолевой этиологии

Мусаев Х.Н.

АМУ кафедра хирургической болезни II, Баку, Азербайджан

#### Консервативное лечение заболеваний промежности неопухолевой этиологии

Мусаев Х.Н.

При обследовании больных кишечно-влагалищные свищи были выявлены у 84 (13,7%), у 88 (14,4%) - послеродовая недостаточность анального сфинктера и 139 (22,7%) пациенток ректоцеле. Ретроспективному анализу подвергнуты 237 (38,7%) историй родов рожениц, перенесших разрывы промежности, а также проведены обследования и лечение 64 (10,5%) женщин со свежими родовыми разрывами промежности. Нами в клинике разработанный комплекс консервативной терапии как самостоятельный метод лечения, ко-

#### Актуальность проблемы

Проблема медицинской реабилитации женщин с заболеваниями промежности неопухолевой этиологии до настоящего времени остается сложной и во многом нерешенной. Данная патология, может быть решена только в сочетании консервативных и хирургических методов лечения(2,5,8,9).

По данным (1,3,4,6,9,), а также наш опыт убеждают в возможности применения консервативных методов лечения и их эффективности у больных с легкими степенями таких заболеваний, как свежий разрыв промежности в родах, послеродовое анальное недержание и ректоцеле (1,3,6), и в то же время не вызывает сомнений необходимость применения хирургических методов лечения кишечно-влагалищных свищей. Ведущее место в терапии анального недержания занимают методы электрического воздействия на мышечные структуры запирательного аппарата прямой кишки (ЗАПК). Среди существующих вариантов электростимуляции сфинктера заднего прохода наибольшее распространение получила трансректальная стимуляция. Ее проводят отдельными курсами, а также путем постоянной стимуляции жома заднего прохода (2,4,7).

#### Материалы и методы

В проктологическом отделении НЦХ им М.А. Топчибашова и НИИ гинекологии и акушерства с 1996 по 2008 г. на стационарном лечении под нашим наблюдением находились 612 больных в возрасте 18-71 лет с заболеваниями промежности неопухолевой этиологии. При обследовании больных кишечно-влагалищные свищи были выявлены у 84 (13,7%), у 88 (14,4%) - послеродовая недостаточность анального сфинктера и у 139 (22,7%) пациенток - ректоцеле. Ретроспективному анализу подвергнуты 237 (38,7%) историй родов рожениц, перенесших разрывы промежности, а также проведены обследования и лечение 64 (10,5%) женщин со свежими родовыми разрывами промежности.

Различные виды электростимуляции органов желудочно-кишечного тракта были разработаны и применяются примерно с середины 60-х годов XX века.

торый показан больным с послеродовым анальным недержанием I степени, ректоцеле I степени и свежими разрывами промежности в родах II степени. Применение комплекса консервативной терапии в качестве предоперационной подготовки за счет улучшения показателей функционального состояния запирательного аппарата и моторно-эвакуаторной деятельности прямой кишки обеспечивает эффективность оперативного вмешательства. Применение комплекса консервативной терапии в послеоперационном периоде позволяет ускорить восстановление утраченных функций.

В результате накопления опыта были установлены оптимальные параметры стимулирующего тока, форма электродов, режимы стимуляции. Критерием адекватности процедуры является получение максимального изолированного сокращения при максимальной силе тока (5,8,9). Как показала практика, аппараты "Эндотон 01-Б" и ЭАС-6-1 до настоящего времени являются наиболее эффективными. Для электростимуляции применяли пластинчатые и различного диаметра (от 1,2 до 2,5см) двухполюсные электроды грибовидной формы с контактными поверхностями из нержавеющей стали. Грибовидная форма электродов позволяет надежно фиксировать их в анальном канале и увеличивает площадь контактной поверхности. Выбор электрода зависит от диаметра анального канала, характера его деформации. Стимуляция проводилась 10-15 дней ежедневно 1 раз в день. Продолжительность сеанса составляла 15 минут в режиме 2 сек. - стимуляция, 4 сек. - пауза.

#### Обсуждение

Электростимуляцию мы проводим как самостоятельное лечение, а также в комплексе с ЛФК, медикаментозной терапией и в послеоперационном периоде.

Если электростимуляция обладает избирательным действием на определенные мышцы ЗАПК, то ЛФК позволяет воздействовать на весь организм в целом, так что эти два метода дополняют друг друга.

ЛФК применяли по методике, разработанной проф. Ю.В. Дульцевым совместно с В.А. Бахилиной (1981). Методика занятий зависела от функционального состояния ЗАПК, возраста больной, общего состояния. Если у больной была недостаточность анального сфинктера, из занятий исключались быстрые и силовые упражнения. Большое внимание уделялось упражнениям мышц живота, тазового дна с чередованием их с дыхательными движениями. Ввиду того, что изолированные специальные упражнения для анального сфинктера и мышц тазового дна ограничиваются только активным втягиванием заднего прохода, нами были использованы содружественные упражнения для мышц брюшного

пресса и приводящих мышц бедра, длительность гимнастики составляла от 30 до 40 минут.

К ЛФК относится и использованная нами методика кинетотерапии — условно-рефлекторного регулирования акта дефекации (Ю.В. Дульцев, 1981), ее мы применяли у больных с недостаточностью анального сфинктера с нарушением позывов на дефекацию и измененным ректо-анальным рефлексом.

Метод кинетотерапии позволяет выработать условный рефлекс на наполнение прямой кишки. Для этого в ампулу прямой кишки вводим латексный баллончик с катетером, соединенным со шприцем объемом 100 мл. Баллончик заполняем воздухом до появления ощущения у больной распирания прямой кишки. Далее больная сжимает сфинктер в течение 5-8 сек, затем воздух из баллончика удаляем и после перерыва (около 1 мин.) процедуру повторяем. В течение одного сеанса выполняем 15-20 упражнений, на курс 10-15 сеансов.

Основываясь на данных литературы, а также на результатах обследования больных, мы применяли схему медикаментозного лечения больных недостаточностью анального сфинктера.

Исследования свидетельствуют о том, что после операций, связанных с перемещением мышечных тканей, в ЗАПК возникают изменения, несколько схожие с явлениями, имеющими место при мышечных дистрофиях. Очевидно, что в перемещенных мышечных тканях, находящихся в новых условиях, снижен синтез белка и изменяются условия иннервации.

Медикаментозная терапия у больных анальным недержанием строится исходя из лечебных мероприятий, проводимых при лечении прогрессирующих мышечных дистрофий. Лечебный эффект достигается не только компенсацией, но и развитием восстановительных реакций. К ним относится усиленный распад белков, повышенная проницаемость мышечных мембран, дефицит макроэнергетических соединений в мышечной ткани, нарушение доставки к мышцам продуктов обмена из крови, тканевая гипоксия как следствие изменений в капилляро-соединительнотканных образованиях, структурные и функциональные нарушения в концевых аппаратах двигательных нервов.

Таблица. Динамика функционального состояния запирательного аппарата до и после курса предоперационной подготовки (М±м).

Исследуемый пока- затель	До подготовки	После подготовки
1	2	3
Тоническое напряжение, г	185±19,4	184,2±17,5
Максимальное усилие, г	258±16,9	267,3±18,2
Электрическая активность в покое, мкВ	21,3±0,9	27,5±1,5
Произвольная электрическая активность, мкВ	116,7±1,1	149,2±2,3
Время рекрутирования мотонейронов, м/сек	445,6±19,4	361,1±22,5
Время произвольного сокращения сфинктера (сек)	27,5±3,1	56,1±2,9

Все это свидетельствует о необходимости многопланового лечения. С целью улучшения синтеза белка назначаем анаболические гормоны - ретаболил (неробол). Анаболическим действием обладает и оротат калия, который позволяет восполнить дефицит белкового обмена в мышечных волокнах.

Для активного введения в организм аминокислот назначаем диету, а также метионин и глутаминовую кислоту, последняя, стимулируя окислительные процессы, способствует синтезу ацетилхолина, АТФ и переносу ионов калия. Как часть белкового компонента миофибрилл она играет важную роль в деятельности скелетной мускулатуры. Особую роль для синтеза креатинина и адреналина в организме имеет метионин. Кроме того, анаболические гормоны и метионин обладают взаимостимулирующим действием.

Ингибиторы холинэстеразы применяют для усиления медиаторной функции ацетилхолина, усиления нервно-мышечной проводимости и временного повышения силы ослабленной мышцы. Это достигается назначением инъекций 0,05% раствора прозерина по 0,1 мл под кожу 2 раза в день. Вводили АТФ 1% в/м по 2,0 один раз в день, витамины группы В (ребеком, тривитрон), витамин Е (токоферол). Длительность курса лечения составляли 3-4 недели в сочетании с ЛФК и электростимуляцией мышц ЗАПК.

Консервативная терапия как самостоятельный метод лечения была проведена 37 (6,1%) больным со свежими разрывами промежности и ректоцеле. Из них полный комплекс (диета, электростимуляция, ЛФК, медикаментозная терапия) получили 28 (75,7%) пациенток.

В связи с противопоказаниями к электролечению (миома матки, полип прямой кишки) 9 (24,3%) больным были проведены только диета, ЛФК и медикаментозная терапия.

Предоперационная консервативная терапия проведена 138 (22,6%) больным, консервативное лечение перед операцией существенно не изменяло показателей сократительной способности мышц ЗАПК, так как наличие рубцового процесса, дефекты мышечной ткани препятствовали полноценному их сокращению. Однако во всех случаях была отмечена положительная динамика (табл.).

По данным электромиографии и манометрии увеличивалась тоническая и произвольная электрическая активность, возрастало время произвольного сокращения сфинктера, снижалась выраженность нервно-рефлекторных нарушений, что являлось благоприятным прогностическим признаком, позволяющим ожидать эффективность оперативного вмешательства.

#### Выводы

Разработанный нами комплекс консервативной терапии как самостоятельный метод лечения показан больным послеродовым анальным недержанием I степени, ректоцеле I степени и свежими разрывами промежности в родах II степени. Применение комплекса консервативной терапии в качестве предоперационной подготовки за счет улучшения показателей функционального состояния запирательного аппарата и моторно-эвакуаторной деятельности прямой кишки обеспечивает эффективность оперативного вмешательства. Применение комплекса консервативной терапии в послеоперационном периоде позволяет ускорить восстановление утраченных функций.

#### Литература

- 1. Аминева В.А. К вопросу о восстановлении сфинктера прямой кишки после разрыва при родах// Элементы проктологии: Сб.тез.докл. III Всероссийской конф. хирургов по заболеваниям толстой и прямой кишок. Куйбышев.-1969.- С.43-44.
- 2. Апсатаров Э.А. Лечение озоном местной хирургической инфекции. Сб. тез. докл. Республиканской конференции "Применение озона в медицине". Алматы. 23-24 сентября 1993. С.9-10.
- 3. Глебова Н.Н., Мухаметшина Н.Г. Реабилитация женщин, перенесших травмы мягких родовых путей.// У съезд акушеров-гинекологов РСФСР: Тез.докл.- М.,1982.- С.160-161
- 4. Глебова Н.Н., Мухаметшина Н.Г. Опыт лечения и реабилитации женщин, перенесших травмы мягких тканей родовых путей.// Акуш.и гинек.- 1983.- N4- С. 49-50.

5. Дульцев Ю.В. Лечение недостаточности анального сфинктера: Дисс. ...докт.мед.наук. - М., 1981.
6. Федоров В.Д. Рекомендации конференции врачей-проктологов РСФСР по проблеме "Недостаточность анального жома и ее коррекция".//Хирургия.- 1979.- N5.-

C.117-119.

- 7. Bek K.M., Laurberg S. Risks of anal inkontinence from subsequent vaginal delivery after a complete obstetric anal sphincter tear// Br. J. Obstet. Gynaecol.- 1992. V.99. N9. P.724-726. 8. Brusciano L., Limongelli P., Pescatori M. Ultrasosnographic patterns in patients with obstructed defecation.// Dis. Col. Rect.-2007.- V.22.- P.969-977.
- 9. Chang H-S., Myung S-J., Yang S-K., Yoon I.J., Kwon O.R., Jung H-Y., Hong W-S., Kim J-H., Min Y. II. Effect of electrical stimulation in constipated patients with impared rectal sensation. // Dis. Col. Rect. 2003. V.18. N4. P.433-438

## Физиотерапевтические аспекты крауроза вульвы

Таирова К.И., Нысанбаева Г.А. ЦКБ УДП РК

Крауроз вульвы - нейродистрофическое поражение биотканей, сопровождающихся их прогрессирующей атрофией и сморщиванием кожи. Крауроз вульвы относят к предраковым заболеваниям. Наиболее часто развитие данной патологии связывают с гипофункцией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, нарушением трофики и функции яичников. Чаще всего это заболевание проявляется нестерпимым зудом, который сохраняется в течение многих лет, доводя больных до неврозов.

Процесс локализуется в области больших и малых половых губ, заднепроходного отверстия, клитора. Слизистая белесоватая, сухая, со множеством трещин, следами расчесов, повышенной складчатостью.

Существующие методы консервативной терапии - новокаиновая блокада, электрофорез, ультразвук, гормональные мазевые аппликации, как правило, неэффективны или дают временное незначительное улучшение. Тяжелое состояние больных, обусловленное сильным зудом, болями в области половых органов, затрудненным мочеиспусканием, бессонницей, длительным течением заболевания, а также низкая эффективность предшествующей консервативной терапии и оперативного вмешательства побудили нас использовать методику сочетанного воздействия на вульву лазерной терапии и фонофорез гидрокортизона.

#### Материалы и методы

Пролечено 25 больных с диагнозом «Крауроз вульвы». Диагноз выставлен на основании данных объективного осмотра гинеколога и вульвоскопии. Использовали лазерное излучение длиной волны 632,8 нм и мощностью 15-20 мВт. Облучение патологических участков вульвы, которые были размечены по полям, проводили ежедневно. Продолжительность курса облучения 15-20 дней (по Заплавновой Л.Д., Кожевникову В.Н.). Каждое поле облучают в течение 1-2 мин, общее время воздействия 30 мин. Воздействие ультразвука на вульву: местно вагинальным излучателем, импульсный режим, с 0,2-0,6 Вт/см, 4 мсек, 8-10 м. Результаты оценивали в процессе и в конце лечения. У наблюдавшихся нами больных уже после 5-го сеанса отмечалось уменьшение отека, гиперемии, исчезали следы расчесов и ссадин.

Литература

- 1. Плетнев С.Т. «Лазеры в клинической медицине», 1996
- e., cmp. 331.
- 2. Боголюбов В.М., «Основы физиотерапии и курортологии» 1985г., стр. 434.

Таблица. Эффективность лечения.

Nº	Название процедуры	Улучш.	Значит. улучш.	Без эфф.
1	Сочетанное использование лазерной терапии и фонофореза гидрокортизона на обл. вульвы	7	18	-
2	Дарсонваль на обл. вульвы	12	-	2
3	Лазерное лечение обл. вульвы	14	4	-
4	Фонофорез гидро- кортизона на обл. вульвы	12	6	1

Из таблицы видно, что из 25 пролеченных больных у 28% отмечалось улучшение, у 72% значительное улучшение. По сравнению с другими видами физиотерапии - дарсонваль, монотерапия лазерным облучением, монотерапия ультразвуком, наилучшие результаты отмечены после сочетанного лечения лазеротерапия и фонофорезоза гидрокортизона.

Результаты нашего исследования свидетельствуют об эффективности низкоэнергетического лазерного излучения в сочетании с фонофорезом гидрокортизона. Установлены снижения возбудимости вегетативной нервной системы, улучшение адаптационно-трофической функции, повышения тканевой сопротивляемости организма. Отмечены и другие механизмы лечебного эффекта от данной терапии: увеличение кровотока, улучшение традиции, активации тканевого дыхания, снижения пролиферативного потенциала кожи.

К концу курса лечения у пациенток симптомы заболевания исчезали.

При контрольной вульвоскопии у всех больных было установлено, что кожно-слизистые покровы эластичны, нормальной влажности, розовой окраски, трещин и расчесов нет. После осмотра врача гинеколога слабо выраженная гиперемия отмечалось в 7 случаях. При монотерапии (лазер, ультразвук) эффект наступает на более поздних сроках на 8-9-й день лечения, кроме того, отмечались 3 случая без эффекта.

#### Выводы

Стойкий терапевтический эффект при лечении крауроза вульвы наблюдался у 18 пациенток из 25. Аналогичный курс сочетанного лечения лазеротерапии и фонофореза гидрокортизона рекомендуется проводить 2 раза в год.

## Особенности течения беременности и родов у женщин с эндемическим зобом

Р.И. Гусейнова НИИ акушерства и гинекологии, г. Баку

### Особенности течения еременности и родов у женщин с эндемическим зобом

Р.И. Гусейнова

НИИ акушерства и гинекологии, г. Баку

Целью исследования является изучение течения беременностей и родов у женщин с эндемическим зобом. Для исследования забиралась цельная кровь и плазма крови у 88 беременных женщин из родильных домов города Шеки.

Выводы: 1. В йододефицитных зонах, которые считаются эндемическими очагами, болезни щитовидной железы, особенно эндемический зоб, широко распространены. Это, в свою очередь, зависит от функционального состояния тиреоидных гормонов, действует на течение беременности и родов, способствует развитию некоторых осложнений; 2. Йодный дефицит (менее 100 мкг/сут) отрицательно действует на репродуктивную функцию женщин, потому что не вырабатывается нужного количества тиреоидных гормонов. 3. Если не вести профилактических мер, йодный дефицит во время беременности все больше углубляется, отрицательно действуя на течение беременности, развитие плода и роды.

В научно-медицинской практике установлена связь между развитием эндемического зоба и дефицитом йода. Имеется большое количество исследовательских работ по поводу образования эндемического зоба в йоддефицитных условиях [2,3,4]. Йод является важным компонентом тиреоидного гормона. В случае йодной недостаточности во время беременности (200мкг/сут. в норме) щитовидная железа подвергается хронической стимуляции. На фоне йодного дефицита ослабление синтеза тиреоидных гормонов ( $T_3$ ,  $T_4$ ) способствует их понижению в крови, что в результате способствует развитию зоба у беременных и плода. [1,2]. Во время беременности, особенно в ранних периодах гестации, потребность в тиреидных гормонах возрастает и это сказывается на развитии плода [5,10]. Учитывая вышеизложенное, можно прийти к заключению, что женщинам репродуктивного возраста, у кого запланирована беременность, необходимо начать йодную профилактику со времени планирования [2,6].

Нарушение гормонального баланса у беременных может стать главной причиной нарушения психоневрологического развития ребенка. Тиреодные гормоны играют важную роль в таких процессах внутриутробного развития плода, как адаптация к изменениям окружающей среды, процесс развития и оссификации, формирование ЦНС [2,8].

Щитовидная железа у плода развивается на 4-5 неделе после зачатия. Первые признаки появления

The features of course of pregnancy and labor on momen with endemic struma

R.I. Gusynova

SRI of obstetric and gynecology, Baku

The purpose of research was studieng the features of course of pregnancy and labor on momen with endemic struma. There were chosen the blood and plasma of blood from 88 women in Sheki city

Conclusion. The iod deficit zone which intended as endemic focus and diseases of thyroid widely spread disease. This disease is composed of course of pregnancy and labor on women with endemic struma. 2. Iod deficit (less 100 mk/day) badly impressed to reproductive function, because of incompetence of thireoid hormons. 3. It is important to prophylactic by measure the iod deficit during pregnancy for good course of pregnancy, labor and condition of fetus.

гормонов выявляется в 6-8 неделе. На 10-11 неделях появляются первые секреторные признаки. На 16-17 неделях фетальная щитовидная железа полностью дифференцируется. Обеспечение плода йодом целиком относится к организму матери. Из-за этого очень важно обеспечение организма матери йодом во время беременности. Необходимо учитывать, что увеличивается потеря йода за счет клиренса почек. Во второй половине беременности это состояние усугубляется. Это происходит из-за того, что запас неорганического йода в организме матери расходуется на фетоплацентарный комплекс и за счет этого обеспечивается синтез тиреодных гормонов у плода [7]. Нехватка йода способствует хроническому раздражению щитовидной железы, способствует гиперпластическим изменениям. Это отражается как на матери, так и на плоде [9].

В некоторых случаях у плода обнаруживаются признаки тиреотоксикоза на 22 неделе беременности. В таких случаях пульс плода превышает 160 ударов в минуту [11].

Хроническая нехватка йода в организме матери способствует нарушению интеллектуального развития ребенка. Несмотря на то, что это патологическое состояние не выявляется в первые годы его жизни, оно обнаруживается в подростковом возрасте. Нарушаются адаптационные возможности органов зрения и восприятия [9].

Исходя из этого, становится очевидным, насколько

важным является изучение течения беременности и особенностей родов в зонах эндемического зоба.

#### Целью

исследования является изучение течения беременностей и родов у женщин с эндемическим зобом.

#### Материалы и методы исследования

Для исследования забиралась цельная кровь и плазма крови у 88 беременных женщин из родильных домов города Шеки. Женщины, являвшиеся объектом исследования, были разделены на 4 группы. В первую группу вошли 20 женщин с эндемическим зобом эутиреоидной формы. Женщины (20 человек) во второй группе имели эндемический зоб с гипотиреоидными признаками. Женщины третьей группы уже подвергались профилактическим лечебным мероприятиям по поводу эндемического зоба (20 человек). У женщин в четвертой группе ни анамнестически, ни диагностически не выявлен эндемический зоб (20 человек). Возраст беременных женщин колебался от 18 до 35 лет. Исследования велись по анкетам, которые были специально подготовлены. 8 человек из 88 были удалены от исследований по разным причинам.

Все пациенты прошли клинические, анамнестические, акушерско-гинекологические, лабораторные, гормональные, иммунологические и инструментальные исследования. В частности, по поводу первичной диагностики эндемического зоба пациенты прошли эндокринологические исследования и диагностировались по УЗИ.

Применяя ультразвуковую диагностику щитовидной железы, возможно диффенецировать диффузные узелковые, смешанные формы зоба, кисты и другие образования.

Для определения злокачественности или доброкачественности узлового зоба наилучшей считается термография. Злокачественные опухоли имеют высокую активность обменных процессов и соответственно имеют высокую температуру. В таком случае, используя термографию, можно определить температуру патологических образований в клетках и тканях щитовидной железы.

Уменьшение уровня тиреоидных гормонов в крови способствует увеличению гипотиреоидных признаков. Это, в свою очередь, порождает необходимаость проведения замещающих лечебных мероприятий. Эта ситуация характерна для второй группы

Несмотря на то, что женщины, входящие во вторую группу, живут в йододефицитных условиях, они ни во время беременности, ни до беременности не принимали йодных препаратов в целях планированной профилактики.

#### Обсуждение результатов

Нехватка йода в организме женщины имеет большую опасность для репродуктивной функции. Если вовремя не проводить необходимых лечебно- профилактических мероприятий, это может привести к осложнениям у плода. Могут развиться врожденные пороки, неонатальный зоб, дефектное развитие ЦНС и другие заболевания. Так, для того, чтобы избежать ожидаемых опасностей, в третьей группе беременных проводили лечебные мероприятия с йод- витамин- минеральными средствами (йоды Спектрум, Жадбе, Мулти плус, Доппел Щере) и до беременности, и во время беременности.

5 женщин первой группы были в возрасте 18-23, 10 женщин - 24-29, 5 женщин - 30-35 лет. Увеличение щитовидной железы диагностировалось у 11 женщин I степени, у 5 женщин - II, у 4 женщин - III степени. Женщины из этой группы и во время беременности и после беременности получали лечебно-профилактические мероприятия по поводу эндемического зоба.

6 женщин второй группы были в возрасте 18-23, 8 женщин - 24-29, 6 женщин - 30-35 лет. Увеличение щитовидной железы I уровня диагностировалось у 4 женщин, у 12 женщин - II, у 3 женщин - III. Женщины из этой группы и во время беременности и после беременности получили лечебно-профилактические мероприятия по поводу эндемического зоба. У всех женщин установлены гипотиреоидные формы зоба.

4 женщин третьей группы находились в возрасте 18-23 лет, 10 женщин - 24-29, 6 женщин - 30-35 лет. Увеличение щитовидной железы диагностировалась у 8 женщин I степени, у 9 женщин - II, у 3 женщин - III степени. Женщинам этой группы и во время беременности и после беременности проводилось лечебно-профилактические мероприятия по поводу эндемического зоба. У всех установлена гипотиреоидная форма зоба.

В четвертой, контрольной группе, состоявшей из 20 женщин 3 женщины были в возрасте 18-23, 5 женщин - 24-29, 2 женщин - 30-35 лет. У этих женщин методами УЗИ и эндокринологического осмотра не было обнаружено никаких изменений в щитовидной железе.

При изучении антитиропероксидазы (АТПО) в крови было установлено, что у женщин с эндемическим зобом с гипотироидными признаками уровень АТПО был повышен у 30%. Так, у 14 женщин эти показатели были в пределах нормы (среднестатистический показатель), а у 6 женщин зафиксировано увеличение АТПО. По повышенному уровню АТПО можно судить о наличии аутоиммунного процесса в ткани щитовидной железы.

У этих женщинах общий срок родов по средним статистическим показателям был равен  $9,09\pm0,84$  часам (p<0,01); срок излития околоплодных вод  $6,29\pm1,52$  часов (p<0,001); общий уровень потерянной крови  $272,35\pm17,35$  мл (p<0,001); вес плода  $1881,25\pm212,81$  гр. (p<0,001).

Женщины второй группы, жившие в условиях йодного дефицита, ни до беременности, ни в I триместре не проходили лечебно-профилактических мероприятий с йодными препаратами. Из-за ухудшения снабжения йодом организма гипотиреоидные признаки усиливались все больше. Йодный дефицит создавал условия для развития аутоиммунных процессов.

Таким образом, в результате наших исследований было обнаружено, что в эндемических зонах нарушаются репродуктивные функции, увеличиваются патологические беременности. Изменение гормонального статуса женщин ( $T_3$ ,  $T_4$ , TSH) должно явиться стимулом для проведения лечебно профилактических мероприятий. Необходим обязательный контроль гормона TSH и следует добиваться того, чтобы величина этого гормона не превышала нужного баланса. В результате принятия этих мер беременность и роды проходили в нормальных физиологических условиях.

#### Выводы

1. В йододефицитных зонах, которые считаются эндемическими очагами, болезни щитовидной железы, особенно эндемический зоб, широко распространены. Это, в свою очередь, зависит от функционального состояния тиреоидных гормонов, действует на течение беременности и родов способствует развитию некоторых осложнений.

2. Йодный дефицит (менее 100 мкг/ сут) отрицательно действует на репродуктивную функцию женщин, поскольку не вырабатывается нужного количества тиреоидных гормонов.

#### Литература

- 1. Касаткина Э.П. Диффузный нетоксический зоб // Проб. эндокринологии, 2001, т.47, №4, с.3-6
- 2. Мельниченко Г.А., Лесникова С.В. Особенности функционирования щитовидной железы во время беременности (клинич. лекция) // Актуальные вопросы гинекологии, 2000, т.1, №2, с.49-51
- 3. Мельниченко Г.А., Мурашко Л.Е., Клименченко Н.И. Заболевания щитовидной железы и беременность // РМЖ, 1999, т.7, №3, с.1-13
- 4. Мельниченко Г.А., Фадеев В.В., Дедов И.И. Заболевания щитовидной железы во время беременности: диагностика, лечение, профилактика (пособие для врачей).- М., 2003
- 5. Самсонова Л.Н., Ивахненко В.Н., Пыков М.И. и др. Течение перинатального периода и тиреоидный статус детей, рожденных от матерей с диффузным эндемическим зобом // Гинекология, 2004, т.6, №1

- 3. Если не вести профилактических мер, йодный дефицит во время беременности все более углубляется, отрицательно действуя на течение беременности, развитие плода и роды.
- 6. Студеникин М.Я., Ефимова А.А. Экология и здоровья детей. -М.:Медицина, 1998, 384 с.
- 7. Шилин Д.Е. Профилактика дефицита йода у беременной, плода, новорожденного // Гинекология, 2000, m.2, №6, c.173-176
- 8. Щеплягина Л.А., Курмачева Н.А., Дейнеко О.Я. Состояние здоровья детей первого года жизни в йоддефицитном районе // Русс. мед. журнал, 2003, т.11, №1, с.46-48
- 9. Glinoer D. Maternal and fetal impact of chronic iodine deficiency // Clinical Obstetrics and Gynecology, 1997, v.40, No1, p.102-106
- 10. Morreale de Escobar G., Obregyn M.J. Escobar dell Rey F.J. Clin. endocrinol Metabol., 2000, v.85 (II), p.3975-3977 11. Norman R.Z., Green-thompson R.W., Zialal L., Soutter W.P.
- 11. Norman R.Z., Green-thompson R.W., Zialal L., Soutter W.P. et al. Hypernhyroidism in gestotional trophoblastic neoplasia // Clin.Endocrinol (Oxf.), 1981, v.15, p.395-401

## Озонотерапия и акупунктура синдрома диабетической стопы

Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента РК Касымов М.К., Тулеуов Ж.М., Сасыков А.М., Омаркулов А.Р., Калтаева Д.М., Цурка М.Р., Ахетов М.Е.

Сусамыр ауруынын аяқ синдромы ас емдеу тәсілдерінде озонмен емдеуді қолдану аяқ жарасының тез жазылуына және науқастың ауруханада емделу уақытын қысқартады.

Сахарный диабет (СД) – одно из наиболее распространенных хронических заболеваний, которое постепенно приобретает черты неинфекционной эпидемии. Согласно данным ВОЗ, в мире насчитывается более 150 млн больных СД /1/. Экспертная оценка распространенности СД позволяет считать, что к 2010 г. в мире будет насчитываться более 230 млн. больных /2,3/. В связи с ранней инвалидизацией и высокой смертностью от поздних осложнений сахарный диабет во всем мире относится к числу серьезных медико-социальных и экономических проблем /4/. Самым частым осложнением сахарного диабета является синдром диабетической стопы (СДС) – инфекция, язва или деструкция глубоких тканей, связанная со снижением магистрального кровотока в артериях и нарушением иннервации нижних конечностей различной степени тяжести /5,6/. Две трети больных с СДС умирают от гангрены нижних конечностей. При этом развитие гангрены у больных с сахарным диабетом наблюдается в 40 раз чаще, чем в общей популяции. В 50-70% случаев причиной ампутации является гангрена, в 20-50% инфекция. В развитых странах частота ампутаций связанных с диабетом, составляет 68 случаев на 1000 больных. Наряду с этим исследования показывает, что пребывание больных в стационаре с язвой стопы на 50% дольше, чем у больных с сахарным диабетом без язвы и для заживления язв на амбулаторном этапе требуется от 6 до 14 недель /7/.

Основные принципы лечения СДС:

- разгрузка пораженной конечности для улучшения кровотока,
  - коррекция реологии крови,
- местное лечение (хирургическое удаления некротических масс),
  - антибактериальная терапия.
  - стимуляция общего и местного иммунитета

При этом данные литературы указывают, что, несмотря на то, что современная медицина располагает новыми медикаментами и соблюдаются основные принципы лечения, частота СДС остается высокой и удовлетворительный эффект наблюдается основном в начальных стадиях. В связи с этим актуальность проблемы по разработке новых методов лечения и профилактики СДС является одним из трудно решаемых вопросов /8/.

В последнее время для лечения больных все больше привлекают к себе внимание исследователей и практических врачей немедикаментозные методы лечения /9,10/. И это связано с целым рядом факторов:

The use of ozone therapy and acupucture in a complex treatment of syndrome of diabet is high effective unmedicinal method of treatment and it greatly reduces the periods of healing of wounds and the being of patients in the stationary.

- -большой частотой аллергических реакций на лекарственные препараты;
- -большим количеством противопоказаний и побочных эффектов при

назначений сильнодействующих лекарственных препаратов:

- -увеличением количества сочетанных и сопутствующих заболеваний, что, с одной стороны, требует комплексного лечения, а с другой увеличивает количество противопоказаний для назначения различных видов лечения:
  - -высокими ценами на лекарственные препараты.

Изучая литературные данные и результаты лечения больных с СДС методами окислительной терапии (гипербарическая оксигенация, ультрафиолетовое квантовая терапия аутокрови, непрямое электрохимическое окисление крови, озонотерапия), нами сделаны выводы, что среди этих технологии лечебным эффектом и перспективным является озонотерапия.

Озонотерапия при СДС обеспечивает:

- восстановление кислородтранспортной функции крови:
- высокоэффективное антибактериальное действие к устойчивым микрофлорам;
- стимуляция защитной функции организма (иммуностимуляция);
- -выраженное влияние на метаболические процессы организма через

озонолиз патологических органических субстрагов;

- -умеренная инициация свободно-радикальных реакций ПОЛ с
- одновременным превалированием механизмов антиоксидантной защиты

( противовоспалительное воздействие);

-активация ферментных систем и восстановление энергетического

потенциала клеток.

- повышение продуктов перекисного окисления неэстерифицированных жирных кислот в крови, обладающих инсулиноподобным действием,
- стимулирует транспорт глюкозы в клетку, прямое окисление ее в пентозно-фосфатном цикле, что улучшает обеспечение тканей кислородом и снижает уровень гипоксии /10/. В нашем наблюдении сочетанное воздействие озонотерапии и акупунктуры показывают, что все эти эффекты проявляются ещё более выражено при присоединении метода иглорефлексотерапии (акупунктуры). Применяются акупунктурные точки в

верхней и нижней частях туловища /11/.

Используется тормозной метод.

Синдром "сяоке" (диабет):

- 1.6C(XIV) ци-хайэ-гу (2);
- 2.4GI(II) хэ-гу(2);
- 3.6RP(IV) сань-инь-цзяо(2),по 20-30 минут, можно добавить цзю; Затем в положении лежа на животе:
- 4.23V(VII) шэнь-шу (2) чжэнь + цзю на 20 минут. Через день, N 10-15.

При несахарном диабете применяется этот же рецепт, но эффект при этом будет менее выраженный /12,13/.

Можно использовать II вариант тормозного метода:

- 1.20V(VII) пи-шу(2);
- 2.3RP(IV) тай-бай(2);
- 3.7P(I) ле-цюе(2);
- 4.5P(I) чи-цзэ(2),по 20-40 минут,7-10 сеансов.

Данной методикой пролечено 30 больных сахарным диабетом 2 типа, осложненного диабетической стопой, средний возраст составил 75±12,3 лет, 70% женщин. Положительный эффект получен в 100% случаев.

#### Литература

- 1. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. М.: Универсум Паблишинг, 2003.
- 2. Дедов И.И., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю. Синдром диабетической стопы. Клиника, диагностика, лечение и профилактика. М.: Универсум Паблишинг, 1998.
- 3. Дедов И.И., Удовиченко О.В., Галстян Г.Р. Диабетическая стопа. М.: Практическая медицина, 2005.
- 4. Международное соглашение по диабетической стопе. Составлено Международной рабочей группой по диабетической стопе. М.: Берег, 2000.
- 5. Дедов И.И., Шестакова М.В. Максимова М.А Федеральная целевая программа. «Сахарный диабет». М.: МЗ РФ, Федеральный диабетологический центр РФ, ЭНЦ РАМН. 2002.
- 6. Бреговский В.Б., Зайцев А.А., Залевская А.Г., Карпов О.И., Карпова И.А., Цветкова Т.Л. Поражение нижних конечностей при сахарном диабете. Спб.: Диля, 2004. 7. Атясов Н.И., Газин И.А. Озонированный физиологический раствор в комплексном лечении метаболических нарушений при декомпенсированном сахарном диабете // Матер. IV Всероссийской научно-практической конференции «Озон и методы эфферентной терапии в медицине». Н.Новгород. . 2000.

Таким образом достигается эффект разгрузки пораженной конечности для улучшения кровотока,

- коррекция реологии крови,
- -стимуляция общего и местного иммунитета

Оптимально проводить несколько курсов в год с перерывами по 1 месяцу, 5-6 курсов под контролем содержания сахара.

Вышеперечисленного эффекта не всегда удается достичь с помощью медикаментозной терапией или иными методами лечения СДС. Таким образом, озонотерапия и акупунктура, оказывая выраженное местное воздействие на гнойно-некротический очаг и общетерапевтический эффект на весь организм, способствует быстрому очищению гнойной раны от болезнетворной микрофлоры, гнойно-некротических масс и развитию в ране регенеративных процессов значительно сокращает сроки заживления ран, а так же пребывание больных в стационаре. При этом относительно низкая стоимость и доступность методов делают возможным их внедрение в многопрофильной клинике для лечения больных с СДС.

#### C.93-94.

- 8. Беляев А.Н., Атясов Н.И., Рыгин Е.А. и др. Использование озона в комплексном лечении осложненной диабетической ангиопатии нижних конечностей // Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции «Озон и методы эфферентной терапии в медицине». Н.Новгород. 2000. С.95.
- 9. Газин И.К. Озонотерапия гнойно-некротических поражений стопы у больных сахарным диабетом // Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции «Озон и методы эфферентной терапии в медицине». Н.Новгород. . 2000. . С.97-98.
- 10. Масленников О.В., Конторщикова К.Н. Озонотерапия. Внутренние болезни (посо-бие). Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1999. С.55.
- 11. Мошуров И.П., Глянцев В.П. Озонотерапия гнойно-воспалительных заболеваний у больных сахарным диабетом // Материалы III Всероссийской научно-практической конференции «Озон и методы эфферентной терапии в медицине». Н.Новгород. 1998. С.106.
- 12. Васичкин В.И. Методы Китайской акупунктуры, Санкт Петербург, 2001,с.275.
- 13. Белоусов П.В. Лечение болезней методами Чжень цзю терапии. Алматы, 2006, с.63.

# Преимущества использования анкерных титановых штифтов «Ikadent» при проведении реставраций коронковой части всех групп зубов

Поликлиника при Центральной кклинической больнице Медицинского центра Управления делами Президента РК Кан М.В., Латыпова Р.С., Шайхисламова Н.А.

Восстановление формы и функции зуба после эндодонтического лечения остается одной из самых актуальных проблем в стоматологии. Особый интерес представляет восстановление анатомической формы зубов со значительно разрушенной коронковой частью или полностью её лишенной в результате кариозного процесса или травмы. Известно, что для восстановления коронковой части зуба после эндодонтического лечения в основном используются эндоканальные (внутриканальные) и анкерные штифты.

Анкерные штифты - (словосочетание анкерные штифты происходит от двух немецких слов Anker - якорь, и Stift- штифт, шпенёк, есть еще английский аналог *Post* — столб, мачта, подпорка, стойка) - делают из золото-платино-палладиевых сплавов, титана и его сплавов, нержавеющей стали и латуни. 1728-м годом датируется первое напечатанное исследование Fauchard, посвященное установке металлических штифтов в корневые каналы для укрепления коронковой части зуба (создания культи). С 1830 по 1870 годы дерево, как ни странно, стало более популярным материалом для анкерных штифтов, затмив собой даже металлические. Но оно, естественно, набухало, а также часто вызывало переломы корня. В 30-х годах XX столетия, после внушительного развития ортопедических и эндодонтических техник, стало популярным изготовление литых штифтовых культевых вкладок. Фабрично изготовленные анкерные штифты и композитные материалы для восстановления культи появились почти одновременно в 60-тых годах.

Штифты «Ikadent» изготовлены из специального высококачественного титанового сплава, используемого в сфере высоких медицинских технологии. Титановый сплав обладает всем набором свойств, делающих реставрацию долговечной и не приводящих к осложнениям, а именно: высочайшей прочностью, стойкостью к коррозии, гипоаллергенностью и химической нейтральностью (отсутствием взаимодействия с биологической средой и возникновения гальванических токов).

Прочие материалы, используемые для штифтов, имеют ряд недостатков. Например:

- нержавеющая сталь обладает меньшей коррозийной стойкостью, меньшей прочностью и большей химической активностью.
- латунь ( сплав меди и цинка) с покрытием позолотой обладает очень низкой коррозийной стойкостью, мягкостью, низкой прочностью и высокой химической активностью.
- стекловолоконные штифты в силу прямолинейной структуры волокон не позволяют изготавливать штифты с развитой коронковой частью, а следовательно, создавать объёмные конструкции, не допускают индивидуальной обработки в процессе реставрации.

Основным отличием внутриканальных штифтов от анкерных является то, что первые обычно не имеют плеча и диаметр их головки соизмерим с диаметром хвостовика в месте их сопряжения, а анкерные штифты имеют крупную головку и ярко выраженное плечо, диаметр которого значительно превышает диаметр хвостовика. Такие формы головки и плеча, позволяют эффективно восполнять утраченный объём зуба и использовать анкерный штифт в качестве опоры для объемных конструкции.

Внутриканальные и анкерные штифты выполняют следующие основные функции:

- 1. укрепление сохранившейся части зуба
- восполнение утраченного объема в коронковой насти зуба
- 3. создание опоры для реставрационной конструкции, обеспечивающей жесткость, ретенцию и прочность реставрации.

В разрушенном зубе штифт выполняет функцию соединительного элемента, обеспечивая жесткость всей конструкции. Это возможно благодаря тому, что штифт препятствует подвижности отдельных частей внутри конструкции: восстановленной искусственной части и сохраненной части зуба.

Прочность восстанавливаемой конструкции увеличивается благодаря наличию внутри культи металла, т.е. более прочного материала, образующего внутренний каркас. Это особенно важно для пришеечной части зуба, где сечение корня наименьшее, поэтому наличие в сечении корня металла в этом смысле укрепляет шейку зуба.

В многокорневых зубах при условии использования под штифты двух-трех каналов, формируется культя, которая имеет две три зоны зацепления за корни зуба. При этом возможность каких-либо перемещений культи относительно корневой части зуба под действием жевательной нагрузки минимальна, следовательно, качество реставрации выше.

Конструктивно штифт «Ikadent», как и большинство существующих штифтов, состоит из нескольких частей, имеющих свое функциональное назначение:

- 1. Головка (коронковая часть), как правило, имеет цилиндрическую или коническую форму с ретенционными пунктами (канавками) на боковой поверхности. Форма головки штифта увеличивает площадь ее поверхности и обеспечивает лучшую ретенцию композита при восстановлении дефекта коронки зуба.
- 2. Плечо (опорный элемент) служит для опоры на дентин корня. Позволяет добиться устойчивости конструкции к боковым жевательным нагрузкам.
- 3. Хвостовик (внутрикорневая часть) необходим для удержания всей штифтовой конструкции в канале и равномерного распределения жевательной нагрузки

на корень зуба. Противодействует вертикальным нагрузкам. Хвостовик обычно имеет форму цилиндра или конуса с гладкой поверхностью, может иметь кольцевые проточки или винтовую резьбу.

Штифты с резьбой часто называют активными, а без резьбы пассивными.

По способу установки активный штифт можно назвать самонарезающим шурупом, а процесс введения его в корневой канал называют вкручиванием. Нагрузка на корень зуба и риск раскола корня зуба в этих случаях максимальны. Более того, впоследствии многократно повторяющаяся жевательная нагрузка передается в стенку корневого канала и создает «стресс-нагрузку», значительно стимулируя развитие сначала микротрещин, а затем и полную трещину корня зуба.

#### Литература

- 1.М. В. Дунаева, В.Я. Салтанов «Сертифицированная методика реставрации коронковой части зуба композиционными материалами»,
- журнал «Медицинская консультация» № 3, 1996 год, стр: 27-29.
- 2. Т.Д. Бабич, К.В.Сидельников. Учебно-методическое пособие

Штифты «Ikadent» являются пассивными и в корневой канал вводятся без напряжения в отличие от активных, не создают дополнительных нагрузок на корень зуба, так как основная нагрузка ложится на опорный элемент штифта.

Таким образом, применением штифтов «Ikadent» достигается значительный положительный момент:

- снижение нагрузки на корень зуба в процессе установки и эксплуатации, и как следствие предупреждение раскола корня зуба;
- повышение надежности фиксации штифта в подготовленном посадочном ложе;
- увеличение долговечности реставрации и протезных конструкции.
- «Применение эндосистем при реставрации зубов». Москва ,2004 год.
- 3. А.И. Николаев, Л.М. Цепов «Практическая терапевтическая стоматология», Санкт-Петербург, СпИС, 2001.-390.
- 4 Л.А. Хоменко, Н.В. Биденко «Практическая эндодонтия: инструменты, материалы и методы», М: Книга-плюс.1999.-128.

## Клинические особенности применения композитных цементов

Кан М.В., Латыпова Р.С., Шайхисламова Н.А. ЦКБ Медицинского центра Управления делами Президента РК

Композитные цементы, в отличие от традиционных фосфатных, поликарбоксилатных, цинк евгенольных и стеклоиономерных, практически нерастворимы и обладают значительной силой сцепления сочетании с новейшей технической бондинга. Эти качества лучше препятствуют образованию микропротечки и вторичного кариеса даже при наличии краевой щели до 100 микрон, а также дают возможность связать с обработанным зубом керамику, металл, композитную вкладку без опасения

расцементировки. Наличие композитного цемента, как связующего компонента между реставрацией и зубом, способствует также лучшему распределению напряжений, возникающих при жевании, уменьшая вероятность перелома цельнокерамических коронок, что раньше, при применении традиционных цементов, случалось нередко.

Клиническое применение цементов зависит от ситуации и требует знания их основных свойств.

Все композитные цементы можно разделить на светоотверждаемые, самоотверждаемоые и двойного отверждения. В своей практике мы применяем все виды композитных цементов: C&B, Resinomer, DuoLink, Choice. Все они выпускаются Віsco и имеют широкий функциональный спектр.

С&В - самоотверждаемый (химического отверждения) цемент, является одним из самых прочных цементов. Репутация Віѕсо настолько велика и этот цемент настолько прочен, что Віѕсо производит его под некоторыми другими заказанными именами для других компаний. Он незаменим для фиксирования металлических элементов имплантов после их открытия или других металл-к-металлу конструкций. Мы пользуемся ими укрепляя посты имплантах, цементируя одиночные металло-керамические коронки или небольшие мостовидные протезы на неживых зубах, особенно с маленькой культей. Его надо тщательно очистить по краям, иначе наплывы будут не отодрать «зубами» и потребуется его спиливание алмазной головкой по краям

Resinomer - для двойного отверждения, содержащий фтор. Цвет его универсален A2 и он похож на Vitremer (3M), только проще в употреблении, замешиваясь как паста. Он прочен и в то же время мягок. Его хорошо применять для укрепления метало-керамических конструкцией, особенно

множественных коронок или мостовидного протеза большой протяженности. Наличие фтора может быть благоприятным фактором при использовании.

Так как *Resinomer* – цемент двойного отверждения, т.е. свето- и самоотверждаемый, то может быть абсолютно уверенным в том, что после начала полимеризации светом реакция пойдет дальше,

в самых глубоких слоях. Эта же особенность значительно облегчает очистку краев от цемента: укрепив конструкцию на зубах, даем 5-секундный световой импульс по краям коронок. Это приведет наплывший

цемент в резинообразное состояние и эти наплывы легко и чисто отделяются от краев каронок. Так как фаза химического отверждения продолжается 10-15 мин, наносим на очищенные края коронок слой вазелина. Закутаем сверху все конструкции Burley Foil, обжав

фольгу по всем краям, и разрешаем пациенту закрыть рот.

Наряду с общеизвестными факторами, способствующими возникновению послеоперационной чувствительности, повышенное давление на конструкцию вызывает чувствительность за счет гидравлического давления при возврате конструкции в пассивное состояние. Поэтому давление должно быть пассивным, только под контролем прикуса.

DuoLink – другой композитный цемент двойного отверждения со специально подобранными характеристиками, делающими его незаменимым для укрепления чисто керамических конструкций, включая новые полимерные композитные материалы для непрямого восстановления. Несмотря на то, что цвет этого цемента универсален, укрепленная на зубе керамическая реставрация

практически сливается с самим зубом, создавая поразительно естественный эффект.

Сhoice — аналогичный цемент двойного отверждения, применяемый для укрепления облицовок. Для этих целей цемент содержит всю необходимую палитру цветов для получения нужного оттенка. Так как облицовки нередко достаточно тонки, то введенная между зубом и облицовкой прослойка цемента может изменить цветовое восприятие. Кроме того, нередко возникает необходимость коррекции цвета характеризации каких-то участков, например, пришеечного, для лучшего эффекта или устранения монохромности. Находящиеся в наборе этого цемента водорастворимые примерочные пасты дают возможность предварительного подбора. После этого они легко смываются водой и заменяются на цемент соответствующего оттенка.

Choice — единственный из всех существующих цементов обладает флуоресцирующим эффектом, т.е. восприимчив к ультрафиолетовому излучению. Это значит, что зубы пациента, если он находится в дискотеке или в каких-то световых ситуациях искусственного освещения, например, на телевидении, не будут казаться темными пятнами.

Принцип работы с композитными цементами достаточно универсален и сводится к подготовке поверхности зуба подготовке поверхности реставрации.

Подготовка поверхности зуба:

- 1. Тщательно очистим все поверхности зуба (лучше всех пескоструем хэнди бластером). Чистая поверхность одно из первых по необходимости условий для бондинга.
- 2. Протравливаем все поверхности в течении 15 сек. 32% гелем *UniEtch (Bisco)*.

Тщательно промываем. Останавливаем, если нужно, кровотечение и снова промываем. Слегка просуши-

ваем, оставляем поверхность влажной, но не мокрой.

- 3. Наносим кисточкой слой *AquaPrep F (Bisco)* на 20 сек. и слегка обдуваем мягкой струей воздуха.
- 4. Наносим один за другим 2-3 слоя OneStep (Bisco) на 1 сек. и слегка просушиваем несильной струей воздуха. Обязательно убедимся, что подготовленная поверхность остается блестящей после просушки. Полимеризуем светом 10-20 сек. в зависимости от характеристик вашей лампы и глубин полости.

Подготовка поверхности к реставрации:

- 1. Пропескоструем внутреннюю поверхность реставрации.
- 2. Наносим протравку на внутреннюю поверхность 10-15 сек. для «окисления» поверхности. Тщательно промываем.
- 3. Наносим фарфоровый праймер или Composit Activat (Biisco). Функцией первого является подготовка керамической поверхности для соединения с композитным адгезивом, а активатор «освежает» поверхность композитной реставрации (как при починке старого композита) для лучшего соединения с адгезивом. Просушиваем через 30 сек.
- 4. Наносим два последовательных слоя *OneStep*, просушиваем и светополимеризуем.

Цементировка:

1. Замешиваем нужный композитный цемент, наносим на внутреннюю поверхность реставрации и стенки полости.

- 2. Устанавливаем реставрацию на зубе, снимаем излишки цемента по краям.
- 3. При использовании цемента двойного отверждения, удерживая реставрацию

светополимезируем какой-нибудь участок для закрепления реставрации и описанным раньше способом убираем излишки по краям.

4. Наносим вазелин по краям и закутываем фольгой, попросив пациента нормально, без излишних усилий сомкнуть зубы.

Оставшийся цемент двойного отверждения будет долгое время, особенно в толстом слое, оставаться жидким, часто порождает в его поведении «там, внутри). Дело в том, что его полимеризация начинается и заканчивается без доступа воздуха, поэтому внутри коронки, вне зависимости, дали мы толчок началу полимеризации светом или оставили реставрацию в покое, цемент полимеризуется. Если вы хотите в этом дополнительно убедиться, сложите подкладочную бумажку с остатками цемента вдвое, а потом еще раз вдвое и оставьте ее так на несколько минут. Разверните бумажку и вы убедитесь, что цемент затвердел.

#### Вывод

Применяя композитные цементы на практике, постоянно убеждаемся в их хорошей адгезии, высоких качествах и надежности.

# Эффективность лечебного и профилактического действия зубной пасты «Parodontax» в комплексном лечении воспалительно— деструктивных заболеваний пародонта

Поликлиника при Центральной кклинической больнице Медицинского центра Управления делами Президента РК Кан М.В., Латыпова Р.С., Шайхисламова Н.А.

Во все времена здоровье зубов неоспоримо связывалось с гигиеной полости рта, древние врачеватели утверждали, что человек здоров, пока здоровы его зубы. Учитывая высокую распространенность кариеса зубов, заболеваний пародонта, вполне понятно стремление современных стоматологов использовать все существующие методы профилактики для предупреждения стоматологических заболеваний и снижения интенсивности их течения.

На сегодняшний день на нашем рынке существует несколько специализированных зубных паст для профилактики и лечения заболеваний пародонта. И особое место среди них занимает parodontax.

В составе пасты эффективно соеденены такие лекарственные травы как эхинацея, ромашка, шалфей, мирра, ратания и минеральная соль на основе бикарбоната натрия. Благодаря перечисленным компонентам parodontax обладает выраженным противовоспалительным, бактерицидным, иммуно- коррегирующим эффектами, положительно влияет на нормализацию трофики тканей и микроциркуляции.

Во время чистки зубов в полости рта создается щелочная среда, что помогает нейтрализовать кислые продукты жизнедеятельности бактерий, пищевых продуктов и продуктов лизиса тканей в очаге воспаления. Это позволяет разорвать «порочный круг» в развитии воспалительной реакции. Уничтожая патогенную флору, способствует избавлению от неприятного запаха изо рта- галитоза. Паста имеет необычный терпко-соленый вкус, что усиливает саливацию, улучшает функционирование слюнных желез.

#### Цель исследования

Изучение эффективности использования зубной пасты parodontax у больных с различными формами заболевания пародонта, ее комплексное воздействие на ведущие звенья патогенеза, достижение стойкой ремиссии и стабилизации процесса в тканях пародонта при регулярном ее использовании.

#### Материалы и методы

Нами было обследовано 150 человек, страдающих заболеванием пародонта, в возрасте от 18 до 67 лет. Из них -85мужчин и 65 – женщин. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от тяжести патологии, от выбранной тактики терапии, от наличия и тяжести сопутствующих заболеваний. Таким образом, из 150 человек диагноз хронический генерализованный пародонтит легкой степени в стадии обострения был поставлен

23 больным, средней степени в стадии обострения-98 и тяжелой степени в стадии обострения-29.

Патологические изменения в пародонте выявлялись на основании клинического осмотра полости рта(состояние преддверия полости рта, цвет слизистой оболочки, консистенция и форма маргинальной десны, наличие и глубина пародонтальных карманов, выявление травматической окклюзии) и дополнительных методов исследования( гигиенический индекс по Силнес-Лое, проба Шиллера-Писарева и комплексный индекс по Леусу).

У обследованных больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести в стадии обострения обнаруживались гиперемия, цианотичность десневого края и межзубных сосочков, кровоточивость десен, отечность, наличие пародонтальных карманов глубиной от3,5 до 5мм, наличие над- и поддесневых зубных отложений. Проба Шиллера-Писарева была резко положительна, КПИ равнялся 2,3 баллам при легкой степени и при средней- 2.6 баллам.

У всех пациентов была отмечена неудовлетворительная гигиена полости рта, о чем свидетельствовал высокий показатель индекса Силнес-Лое, который в среднем составлял 2,75 балла.

В зависимости от выбранного алгоритма лечения пациенты делились на группы:

- 1. Больные, которые использовали другие зубные пасты в сочетании с комплексным лечением;
- 2.Больные, которые использовали пасту paradontax до начала комплексного лечения в течение 7 дней;
- 3. Больные,проходившие комплексное лечение, включающее антибактериальную терапию, физиолечение, витаминотерапию, мазевые повязки и др, в клинике и использовавшие в домашних условиях зубную пасту parodontax.

Распределение больных по степени тяжести парадонтита и выбранному алгоритму лечения

zziopainioni, aziopzini, sie ienzia						
Группа/степень пародонтита	первая	вторая	третья			
Легкая	3	9	11			
Средняя	5	27	66			
Тяжелая	9	7	13			

По результатам проведенных исследований нами были получены следующие результаты.

Все пациенты, использовавшие зубную пасту «parodontax» достигали хорошего терапевтического эффекта уже на второй день лечения.

Сравнительная характеристика результатов исследования по группам исследуемых пациентов

Группы/ клинические проявления, жалобы	Уменьшение кровоточивости десен при чистке зубов	Болезнен- ность при приеме пищи после снятия зубных отложений уменьшилась	Неприятный запах изо рта исчез или значительно уменьшился	Отметили хорошую очищаемость при чистке зубов
1	на 3-4 день	на 3-4день	на 4-5 день	5%
2	на 2 день	Жалобы отсутств.	на 2 день	98%
3	на 2 день	На 2 день	На 3 день	95%

#### Сравнительный объективный анализ

Группы /наблюдения	Уменьшение патолог. пародонт. карманов	Уменьшение отечности десневого сосочка	Кратность повторного лечения в год
1	на 4 день	на 4 день	2-3 в зависим. от тяжести течения
2	на 2 день	на 2 день	1 с профилак. целью
3	на 2 день	на 2-3 день	1 с профилак. целью

Пациенты, использовавшие привычные зубные пасты, в основной массе отмечали улучшения со стороны десен несколько позже, чем пациенты из других групп. А больные, использовавшие зубные пасты «parodontax» до начала комплексной терапии, предъявляли меньше жалоб на этапах проводимого лечения. Из 133 паци-

Литература

1.Г.М. Барер, Т. И. Лемецкая

«Болезни пародонта. Клиника, диагностика и лечение.» 2.М. Т. Копбаева

«Комплексная терапия воспалительных заболеваний пародонта»

З.Л.Ю. Орехова, О.В. Прохорова , С. С. Ермаева, А. В. Акулович Н. Е. Лисовая.

«Клинико- микробиологическое исследование лечебно-

ентов 2 и 3 групп только 4 жаловались на неприятный вкус пасты и жжение на слизистой полости рта. Однако, объективно ухудшений зафиксировано не было. Из 13 пациентов с тяжелой формой парадонтита, пользовавшихся исследуемой пастой в сочетании с комплексной терапией, отметили исчезновение неприятного запаха уже после 1-2 применений. А пациенты с такой же формой заболевания, но входящие во вторую группу отмечали постепенное, но ощутимое улучшение после 3-4 применений. Благодаря

содержанию эхинацеи в составе пасты, обладающей иммуностимулирующим действием, а также хорошим очищающим качествам уменьшается число обострений заболеваний пародонта.

#### Вывод

Данные проводимого анализа, основанного на объективных и субъективных методах исследования, позволяет говорить об эффективности зубной пасты «рагоdontax» в комплексном лечении пародонта. Регулярное использование пасты устраняет кровоточивость десен, укрепляя ткани пародонта, предотвращает образование зубного налета и как следствие продлевает период ремиссии пародонтита, сокращает период интенсивного лечения в 2 раза. Ввиду отсутствия в составе пасты антибиотиков не противопоказано длительное применение курсами 2-3месяца, а при тяжелых формах подходит для ежедневного применения.

профилактической зубной пасты Parodontax-f» Пародонтология. 2003.-№3(28)

4.Л. Я. Зазулевская, М.К. Искакова.

«Клинико-лабораторная оценка зубной пасты Parodontax.» Казахстанский стоматологический журнал №1 2006.

5.Э. М. Кузьмина

« Профилактика стоматологических заболеваний » М. Поли Медиа Пресс, 2001.-С.216.

### Жылауық құрт ауруының профилактикалық шаралары

Р.Н. Нурмуханбетова

ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселелері Ұлттық орталығы

Нурмуханбетова Р.Н.

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни

Эхинококкоз - одно из тяжелейших паразитарных заболеваний человека и животных, наносящее большой социально-экономический ущерб. Роль человека в эпидемиологии эхинококкоза невелика, однако изучение эхинококкоза у человека служит не только медицине, но и ветеринарии. Чисто медицинский подход к эхинококкозу не даст результатов, необходимые крупные организационно-хозяйственные и санитарнотехнические мероприятия, повышение культуры убоя и повышения продуктивности скота, своевременная и полная утилизация отходов животноводства поможет предохранение население (в первую очередь сельское) от этого тяжелого заболевания.

Эхинококкоз-адамзатқа ерте заманнан белгілі құрт ауруы. Оны малдың бауырындағы, өкпесіндегі сырт көрініс сипатына қарап бершімек, ол ғылыми тілде латынша Echinococcus granullogus-деп атаған.

Эхинококктар өзінің өсіп жетілген сатысында ит, мысық және кейбір жабайы етқоректілердің ащы ішек қуыстарында, ол өсіп жетіле бастаған уақытында, яғни бершімек кезінде үй жануарларының, адамдардың әр түрлі дене мүшелері- бауыры, өкпесі, миы, бұлшық ет арасы т.б. жерлерінде кездесетіндігі бүгінде ғылыми түрде дәлелденіп отыр. Адамдар оны мал сойғанда жәй көзбен-ақ байқай алады. Ал, енді осы бершімектерді жеген иттің асқазаны, яғни ішек қуысында 1-3 ай уақыт аралығында ұзындығы 6-10 мм, 4 буыншақ-кеспелтектен тұратын эхинококк (жылауық құрты немесе таспа) өсіп жетіледі. Оның мыңдаған эхинококк жұмыртқасына толы соңғы 4-буыншағы әр кез иттің қиымен (10000 паразит) мыңға жуық тапа бөлініп түсіп, яғни 0,5 млн. шамасында жұмыртқа шашады да сыртқы ортаны, яғни суды, мал азығын, шөпті ластайды [1]. Оның үстіне, тенуид жұмыртқаларының ұзақ уақыт бойы (ылғалды ортада бір жылға дейін және одан да астам) өзінің ауру туғызу қабілетін жоймайтынын ескерсек, адам мен малға ауру жұқтырған әр иттің қаншалықты қауіпті болатынын түсіну қиын емес.

Ауыл шаруашылық малы – қой, ешкі, ірі қара, түйе, шошқа, кейде жылқы осылайша ластанған жерде жайылғанда немесе су ішкен кезде (жайылымдарда, су қоймаларда, астауларда т.б.) асқазанына оның жұмыртқасы еніп, 1-2 ай ішінде бұл аурудың бершімек сатысын түзеді. Ал, адам жоғарыдағыдай ластанған жеміс-жидек, бау-бақша өнімдерін абайсызда ластанған тағамдарды жумай пайдаланғаннан жұқтырады.

Сондай-ақ қиымен эхинококк жұмыртқасын бөліп жүрген үй итінің денесінде сол жұмыртқалар жабысып жүретін болғандықтан, оны үй иелері бала-шаға сылап-сипауы арқылы да жұқтыруы ықтимал. Сондықтан эхинококкозбен ауырған иттің денесі, жүріп-тұрған орындары өте қауіпті деп саналады.

Эхинококкозбен ауыратын ит ауыратындығын біл-

Nurmukhanbetova R.N.

National Center of Healthy Lifestyle Kazakhstan School of Public Health, Almaty

Echinococcosis is one of the hardest parasitic diseases of the person and animals carrying the big social and economic damage. The role of the person in is insignificant, however studying echinococcosis at the person serves not only medicine, but also veterinary science. Only the approach to echinococcosis will not give the results, necessary large organizational - economic and sanitary-engineering actions, increase of culture of slaughter and increase of efficiency of cattle, duly and full recycling of waste products of animal industries will help protection the population (first of all rural) from heavy and artful disease.

діртпейді. Сиректеу болса да бұл ауруды мысықтарда таратады. Әдетте, ит, мысық иелері оларға тамақ үшін базардан не қолдан малдың өкпе, бауыры сияқты шикізаттарды эхинококкоз протосколикостері (ұрықшалары) бар-жоқтығына көп мән бермей сатып ала салады. Ал, мұның өзі сыртқы ортаға ауру таратудың негізгі көзі болып табылады, себебі ауру ұрықшалары осы нәрселерде болуы мүмкін.

Ауыл шаруашылық малы мен адамды зақымдаған эхинококкоздың ауру ретінде айқын сатысы жоқ. Ол ұзақ уақыт бойы жасырын түрде өтеді. Эхионкоккоздың тікелей өзінен мал сирек өледі. Онда да ауру немесе әлжуаз мал өліп қалуы мүмкін. Қойдың дене мүшесіне енген эхинококктың ауру тудыру сатысына жетуі үшін бір жарым жыл, одан да астам уақыт, ал ит ішіндегі жынысы жетілген таспа құрттың дамуы үшін, жетілген таспалардың бөлінуіне дейін 40-70 күн уақыт қажет.

Малды сауықтыру үшін оларды эхинококк ауруының аллергенімен тексеріп, ауру белгілерін көрсеткендеріне емдік дәрілер беру керек. Бірақ мұндай мал дәрігерлік шараларға қазіргі нарықтық кезеңде оншалықты мән берілмей келеді.

Ал, аграрлық құрылымдардың жеке қожалық, иелерінің бұған тиісті мән бергендері абзал. Соңғы кездегі мал дәрігерлік, медициналық байқаулар бұл аурудың кең көлемде тарағанын көрсетеді.

Республика бойынша эхинококкоз қой мен түйе арасында 40% шамасында болса, кей облыстарда ол 90 пайызға дейін жеткен. Ауру иттер ауырып жатып қалмайды не басқа белгі бермейді. Оларды тек нәжісін тексеру арқылы ғана анықтауға болады. Ал, ондай жұмыстар еш жерде жүргізілмейді. Сондықтан эхинококкоз ауруынан арылу үшін үй иттерін алты ай бойы әр 45 тәулік сайын емдік әсері жоғары дәрілермен (дронцит, азинокс, бикутин, пиквитон, гидробунид, феналидон, фенбенат т.с.с.) дәрілеп отыру қажет. Содан кейін оларды мал дәрігерлік-зертханалық тексеруден өткізіп, эхинококктан таза екендігін анықтағаннан соң да жылына төрт рет дәрілеуді ұдайы жүргізіп отырған дұрыс.

Осындай бершімегі бар етті ит т.б. жесе, оның ішіндегі эхинококк құрты өніп жетіліп, жоғарыда айтылған цикл қайталанатын болады. Міне, осылайша эхинококкоз ауруының таралу жолы жалғаса береді. Сондықтан мал сойғанда оның денесінен табылған бершімектерді дәрідәрмектермен залалдап, не не болмаса отқа өртеген жөн. Көп жағдайда бұл аурудың таралу жолын білмегендіктен оны қан-жынға қосып итке тастай салады. Мүның өзі эхинококкоз ауруын қолдан тарату деген сөз.

Адамға не малға жұққан эхинококкоз жұмыртқаларының сыртқы қабығы асқазан сөлі және өттің әсерімен ериді де, ішіндегі гексаканттар онкосфералардан бөлініп шығып, ащы ішек қан тамырына еніп, бауыр, өкпе, ми сияқты органдарға барып тұрақтап, 0,03 - 0,06 мм бершімектер (эхинококк ларвоцисталары) жасалады да бір ай мерзім ішінде 1 мм-ге дейін ұзарып өседі. Бұндай бершімектердің ең көп тұрақтайтын және өсетін ыңғайлы орны бауырға жақын жердегі май-шажырқай [2]. Ал бауыр ішіндегі эхинококкоз осы майшажырқайдан кейінгі зақымданған екінші сатыдағы дамуы болуы мүмкін. Одан ары қарай паразит кіші қан айналымы арқылы өкпеде, одан ары улкен кан айналымы кантамырына өтіп алып бүйректе, сүйектерде, бұлшық еттерде және де бас миға да өтіп кетуі мүмкін.

Бауырдың эхинококкоз ауруына шалынуының клиникалық белгілері көп жөне әртүрлі. Аурудың өзі, асқынуы әр кезде әртүрлі белгілермен білінеді. Аурудың басталған мерзімі белгісіз. Көп уақытқа дейін ауру ешбір белгімен білінбейді. Бауырдың эхинококкоз ауруы барын наукас адам өзінің ұлғайып кеткен бауырын байқағанда ғана барып біледі. Аурудың барын адам өзінің бауырының көлемі үлкейгенінде, оны көршілес жатқан мүшенің қысып тастағанында ғана сезінеді.

Басқа мүшелердегі эхинококкоз кистасының дамуы оның талшықтарының құрамына байланысты және гексакант қайда және қалай жабысып тұруына да байланысты өседі. Кейбір кисталар кішкентай болсада ауруды сездіреді, ал кейбір кисталар үлкен болса да ауруды сездірмей жүре береді де өсе береді. Бауырдың эхинококкоз ауруына шалынуының клиникалық белгілері көп және әртүрлі. Аурудың өзі, асқынуы әр кезде әртүрлі белгілермен білінеді. Аурудың басталған мерзімі белгісіз. Көп уақытқа дейін ауру ешбір белгімен білінбейді. Бауырдың эхинококкоз ауруы барын наукас адам өзінің ұлғайып, үлкейіп кеткен бауырын байқаған-да ғана барып біледі.

Аурудың барын адам өзінің бауырының көлемі үлкейгенінде, оны көршілес жатқан мүшенің қысып

тастағанында ғана сезінеді. Аурудың пайда болып, дамуын шартты түрде бірнеше сатыға бөлуге болады. Бірінші саты — басталу, белгісіз стадия кезі - ұрықтың бауырға сіңіл, бірінші клиникалық белгі пайда болғанға дейін созылатын мезгіл. Осы мезгіл ұзақ уақытқа, жылдарға созылуы мүмкін. Екінші саты кезінде ұлғайған киста бауырдың паренхимасын, өт жолдарын қысуына байланысты аурудың белгілері пайда болады. Негізгі жөне жиі кездесетін белгінің бірі - кеуденің оң жақтағы теменгі бөлімінде кеуде қысылып тұрғандай сезім тууы, оң жақ қабырғалар астында салмақты нерсе, ауыртпалық сезімінің пайда болуы. Осыңдай сезіммен бірге ағзаның жалпы улану белгілері де пайда болады (әлсіреу, тез шаршу, сырқаттанған сезім). Кейбір кезде аллергиялық реакция байқалып, есекжем (крапившща) шығуы мүмкін. Аурудың осы кезеңінде үлғайған бауырды пальпация жөне перкуссия әдістерімен анықтауға болады. Осындай зерттеу кезінде бауырдың оң жақтағы бөлімінің үлғайғаны табылады. Бауырдың алдыңғы бөлімі үлғайған болса, ол қабырғалар астынан шығып тұрады. Бауырдың ауруға шалынған бөлімі саусақтар жетпейтін жерде орналасса, оны рентген сөулесімен зерттеген кезде оң жақ диафрагманың күмбезі жоғары түрғаны анық көрінеді. Аурудың «гидатид дірілі», «кабырганың бүкірленуі» сияқты белгілері соңғы жылдары өте сирек кездеседі. Аурудың үшінші сатысы кезінде аурудың асқынуы салдарынан пайда болатын белгілер басымдау келеді. Солардың бірі - эхинококктік кистаның іріңдеуі осындай кезде оң жақтағы қабырға доғасының астыңда ауру сезімі пайда болып, ол күн сайын күшейіп, үдеп кетеді, дене қызуы көтеріліп, наукас адам калтырап-дірілдейді де кара терге түсіп. көп сүйықтық (термен бірге) жоғалтады. Адам күн сайын жүдеп, арықтап кетеді. Кейбір кезде ауру іріңге айналып, кейбір кезде созылмалы түріне айналады [3,4].

Бұл эхинококкоз ауру ауыл шаруашылығында да денсаулық сақтау саласында да айтарлықтай экономикалық және әлеуметтік зиян шектіреді. Соныдқтан бұл аурудың алдын алу шараларын біріктіріп жүргізген жөн болады.

Қолданылған әдебиеттер:

- 1. Ауыл шаруашылығындағы эхинококкоз ауруынан сақтандуру туралы ұсыныстар. Алматы. 1975 ж. 20 бет
- 2. Геллер И.Ю. Эхинококкоз. Медицина. Москва. -1989 г. – С.74.
- 3. Ордабеков С. Эхинококкоз ауруы және одан қалай арыламыз. //Денсаулық. -2003. -№ 2. -2-3 беттер.
- 4. Хирургиялық нұсқау. 1996 ж. 3-120 беттер.

## Александр Николаевич Сызганов — выдающийся деятель отечественной медицины

Куралбаев Б.С., Шынгысова Ф.С., Килячкова М.Г. Центральная клиническая больница Медицинского Центра Управления делами Президента Республики Казахстан

Листая страницы истории Центральной клинической больницы Медицинского Центра Управления делами Президента Республики Казахстан, которая отмечает 80-летие своей деятельности, нельзя не вспомнить имена врачей и ученых, внесших большой вклад в её становление и развитие.

Особое место здесь принадлежит А.Н. Сызганову, заложившему основу хирургической службы больницы. А.И. Сызганов - один из первых учёных, приехавших в Казахстан в связи с открытием Казахского государственного медицинского института. К тому времени Александр Николаевич уже имел солидный опыт преподавательской и научной работы.

Свою профессиональную деятельность Сызганов начал в 1922 году после окончания медицинского факультета Казанского университета. Будучи студентом, он участвовал в боях под Казанью и Сарапулом в качестве фельдшера. В студенческие годы проявил склонность к научно-исследовательской работе, прошёл научную школу на кафедре оперативной и клинической хирургии под руководством выдающегося хирурга В.Д. Богомолова.

В 1933 году Сызганов получает звание приват-доцента, а в 1934 году утверждается в звании профессора. В марте 1934 года, уже будучи профессором медицины, приезжает в Алма-Ату в связи с избранием его по конкурсу на должность профессора кафедры общей хирургии КазМИ. С этого времени вся его дальнейшая жизнь и научно-преподавательская деятельность связаны с Казахстаном.

В медицинском институте он вначале организовал кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии, а в августе 1934 года избирается на должность заведующего кафедрой общей хирургии, где был её бессменным руководителем почти 30 лет (до 1963 года).

Годы работы в Казахстане были весьма плодотворными для А.Н. Сызганова. По его инициативе и непосредственным руководством в республике были созданы многие службы практического здравоохранения. Так, в 1934 году в Алма-Ате был организован филиал института переливания крови, который в 1938 году стал самостоятельным центром. Он изучил вопросы переливания гетерогенной крови в эксперименте, влияние её малых доз на течение воспалительного процесса, вопросы переливания подогретой крови, переливания крови при шоке, бруцеллёзе, костно-суставном туберкулёзе, при брюшном тифе у детей.

Изучение местных курортных факторов проводилось в основном курортологическим сектором института клинической и экспериментальной хирургии, а затем сектором научно-исследовательского института краевой патологии.

Самое непосредственное отношение имеет А.Н. Сызганов к изучению и использованию лечебных свойств грязей курорта Яны-Курган и организации на его

базе госпиталя-санатория для инвалидов Великой Отечественной войны. Им был открыт целебный источник у озера Терескен, пригодный для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта, были изучены минеральные источники Аяк-Калкана, климатические факторы туберкулёзного санатория «Каменское плато».

Изучение эндемического зоба было начато в 30-е годы кафедрой общей хирургии КазМИ, а позднее - НИИ клинической и экспериментальной хирургии. В связи с большой распространенностью зоба по всем регионам Казахстана в 1939 году А.Н. Сызганов организовывает Республиканский противозобный диспансер, а с1950 года по его рекомендации было организовано обеспечение населения йодированной поваренной солью, регулярно проводилась йодная профилактика в школах.

Огромен вклад Александра Николаевича, предложившего и научно обосновавшего целесообразность расширения ассортимента соответствующих средств - салициловой кислоты и ацидофильной пасты при лечении инфицированных ран и отморожений. Применение этих средств в годы Великой Отечественной войны позволяло ускорять заживление ран и возвращать в строй раненых.

К концу войны был организован ряд научно-исследовательских институтов при Академии наук КазССР, в том числе НИИ клинической и экспериментальной хирургии, которым руководил А.Н.Сызганов в течение 30 лет, с1945 по 1975 гг.

В 1949 году, впервые в Казахстане, им была проведена операция на лёгких, что положило начало внедрению оперативного лечения различных заболеваний лёгких.

Развитие онкологической службы в нашей стране также связано с именем Сызганова. Им была создана оригинальная теория канцерогенеза, результаты этих исследований изложены в монографии «О некоторых условиях развития злокачественных опухолей».

В 1956 году в Институте хирургии был создан сектор онкологии с лабораторией экспериментального рака, позднее на его базе был организован НИИ онкологии и радиологии.

В 1958 году в Казахстане была организована современная кардиохирургическая служба, и первую операцию на сердце провёл Александр Николаевич. Этому знаменательному событию в феврале 2009 года исполнилось 50 лет.

Сразу же, по приезду в Алма-Ату в 1934 году, Сызганов был подключён к практической помощи в больнице Совнаркома, участвуя в организации хирургической службы, проводя сложные и ответственные операции. В течение многих лет был постоянным консультантом вместе с известными учёными, приехавшими из Ленинграда, Москвы, из Кремлёвской больницы: профессорами Удинцевым Г.Н., Телятниковым С.И., Ермолаевым В.Г., Малининым А.И. и другими.

А.Н. Сызганов был замечательным педагогом. Сотни врачей, работающих на обширной территории нашей республики, получали теоретические знания и практический опыт на кафедре хирургии, руководимой профессором, академиком Сызгановым. Благодаря ему, страна получила видных организаторов здравоохранения и известных учёных: Чекуров П.Р., Мурзагалиева Х.Е., Чуваков К.Ч., Балмуханов С.Б., Брякин М.И., Сулейменов А.А., Ткаченко Г.К. и др.

Страна высоко ценила вклад Сызганова А.Н. в дело развития здравоохранения.

Об этом свидетельствует письмо заведующего административным отделом ЦК КПК Кабылбаева Ш.К. секретарю ЦК КПК Шаяхметову Ж. от 23.12.1952 года, где он представил научную, педагогическую, врачебную и общественную деятельность Сызганова, акцентируя внимание на его консультативной деятельности в больнице Совмина КазССР, где он проводит сложные и ответственные операции. Далее он пишет: «... В настоящее время профессор Сызганов прошёл по конкурсу на должность заведующего кафедрой хирургии Куйбышевского медицинского института и просит разрешить ему выезд за пределы республики. Учитывая значение профессора Сызганова А.Н. в деле дальнейшего развития здравоохранения республики и отсутствие равноценной замены, административный отдел ЦК КПК не считает возможным удовлетворить его недостаточно обоснованную просьбу. В целях оставления профессора Сызганова А.Н. для дальнейшей работы в Казахстане просим Вашего вмешательства».

Как руководство страны, так и вся медицинская общественность не могли допустить этой потери. Александр Николаевич оценил эту любовь, уважение к нему всей страны и до конца дней служил Казахстану.

А.Н. Сызганов оставил большое наследие. Под его редакцией выпущено 16 томов трудов Института хирургии, 10 монографий, около 900 научных статей. Под его руководством защищено 17 докторских и 73 кандидатских диссертаций.

Будучи специалистом с огромной эрудицией, он отличался интеллигентностью, уважительным отношением к больным, к коллегам. Особую, поистине, отеческую заботу проявлял к своим ученикам.

В годы репрессий, когда малейшая ошибка врача могла послужить поводом для ареста, он посоветовал

своему аспиранту Х.Н. Букейханову, учитывая его известную фамилию: «Со своей фамилией ты уж лучше иди в анатомичку. Там тебя знать никто не будет, и некому будет писать на тебя доносы». Мудрый наставник, Сызганов понимал, как опасно быть хирургом в это непростое время, когда любое осложнение, от которого не застрахован даже самый высококвалифицированный хирург, могло закончиться обвинением во вредительстве. Кто знает, возможно, совет мудрого учителя спас жизнь Хазихана Наушервановича, учитывая то, что в годы репрессий погибли почти все представители рода Букейхановых.

Разносторонняя деятельность А.Н. Сызганова, его постоянное стремление к освоению и внедрению новых достижений в различных областях медицины, были по достоинству оценены страной. За свои заслуги он был награждён тремя орденами Ленина, двумя орденами Трудового Красного Знамени, орденами и медалями СССР. С 1939 года он являлся бессменным председателем Общества хирургов Казахстана и членом Правления Всесоюзного хирургического общества.

Его не стало в 1980 году. В целях увековечения памяти великого человека - академика Сызганова А.Н., бюро ЦК КПК 14.11.1980 года (протокол №106 п.25), постановило:

- Соорудить надгробный памятник А.Н. Сызганову;
- Установить мемориальную доску на доме, где последние годы жил и работал А.Н. Сызганов;
- Присвоить имя А.Н. Сызганова Казахскому научноисследовательскому институту клинической и экспериментальной хирургии и улице в г.Алма-Ате;
- Издать сборник научных трудов академика А.Н.
   Сызганова:
- Учредить стипендию имени А.Н. Сызганова для Алма-Атинского государственного медицинского института.

Глубокое знание дела, огромная эрудиция, филигранное мастерство хирурга, талант педагога, бережное отношение к больным и коллегам снискали авторитет и уважение всех, кто знал Александра Николаевича Сызганова. Отдавая дань памяти, уважения и любви, коллектив ЦКБ МЦ УДП Республики Казахстан гордится, что этот поистине Великий врач стоял у истоков её становления.

### Базаркан Досумбекович Тлеуф К 70– летию со дня рождения

Исполнилось 70 лет со дня рождения известному хирургу, ученому и педагогу, доктору медицинских наук, профессору Базаркану Досумбековичу Тлеуфу.

Б.Д. Тлеуф родился 6 августа 1939 г. в д. Пастуханово Челябинской области. В 1963 г. окончил Свердловский государственный медицинский институт, после чего до 1967 г. работал врачом-хирургом МСЧ г. Верхняя Салда Свердловской области. Далее, в связи с переездом в г. Алма-Ату он работает научным сотрудником в Казахском НИИ онкологии и радиологии МЗ Каз.ССР. В 1971 г. под руководством профессора С.Н. Нугманова в Онкоцентре г. Москвы защищает кандидатскую диссертацию.

В 1972-74 гг. по направлению Минздрава СССР работает врачом- хирургом в Республиканском госпитале г. Адена (НДРЙ).

В 1975-76 гг. - ассистент кафедры онкологии АГМИ им.С.Д. Асфендиярова, в 1976-82 гг. - доцент кафедры хирургии АГИУВ Минздрава СССР. В этот период Б.Д. Тлеуф сформировался как хирург широкого диапазона с богатым клиническим опытом.

С 1982 г. по 1987 г. Б.Д. Тлеуф, будучи Главным хирургом Минздрава Каз.ССР, внёс значительный вклад в организацию и совершенствование хирургической помощи населению республики.

В 1986-88 гг. Б.Д.Тлеуф заведует кафедрой хирургии Алма-Атинского государственного института усовершенствования врачей МЗ СССР.

В 1989-90 гг., пройдя докторантуру в г. Москве во Всесоюзном центре лазерной медицины под руководством профессора О.К. Скобелкина, в 1991 г.защитил докторскую диссертацию на тему: "Лазерный механический шов в желудочно-кишечной хирургии". В дальнейшем до 2001 г. Б.Д.Тлеуф работает в должности профессора кафедры хирургии АГИУВ.

На его счету немало сложнейших операций, огром-



ное число спасённых жизней. Б.Д. Тлеуф пользуется заслуженным признанием коллег и многочисленных пациентов.

В течение 25 лет Б.Д. Тлеуф, работая на кафедре хирургии АГИУВ, щедро передавал знания и накопленный опыт тысячам врачей-хирургов Казахстана и других союзных республик.

В настоящее время профессор Б.Д. Тлеуф в условиях частной клиники "Гиппократ" г. Костаная продолжает активную хирургическую деятельность, помогая практическим врачам в освоении последних достижений современной медицинской

науки и практики.

Б.Д. Тлеуф - автор более 130 научных работ по различным проблемам хирургии, двух монографий: "Аскынган бауыр цыррозынын кешенді емдеу" (1996 г.), "Лазер в желудочно-кишечной хирургии" (1999 г.) и трёх методических рекомендаций. Он является автором трёх изобретений и 10 рационализаторских предложений. Под его руководством защищена кандидатская диссертация. Б.Д. Тлеуф в течение ряда лет был членом редколлегии журнала "Здравоохранение Казахстана", председателем Научного общества хирургов Алма-Аты и Алма-Атинской области.

Профессор Б.Д. Тлеуф - действительный член Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова с 1992 г. и Международной ассоциации хирургов с 2000 г.

За заслуги в области хирургии награжден нагрудными знаками Минздрава СССР "Отличнику здравоохранения (1980г.) и Агентства по здравоохранению РК "Казакстан Республикасы денсаулык сактау ісінін уздігіне (1999 г.).

Свой юбилей Б.Д.Тлеуф встречает, продолжая активно трудиться, всегда в готовности прийти на помощь коллегам, оставаясь верным высокому долгу врача.

Редколлегия журнала, кафедра хирургии АГИУВ, коллеги клиники "Гиппократ" сердечно поздраляют Базаркана Досумбековича Тлеуфа со славным юбилеем, желают ему крепкого здоровья, физического и профессионального долголетия, счастья и благополучия семье и близким

### Профессор И.Р. Юнусметов К 80-летию со дня рождения

25 августа 2009 г. исполняется 80 лет со дня рождения кандидату медицинских наук, профессору кафедры онкологии, маммологии с курсом ЛОР-болезней Илье Ризаметовичу Юнусметову.

И.Р. Юнусметов родился 1929 г. в Толебийском (Ленгерском) районе Южно-Казахстанской области в семье сельского учителя. В 1947 г. И.Р. Юнусметов поступил в Чимкентское медицинское училище, в 1950 г. И.Р. Юнусметов с отличием окончил его и был направлен в Алматинский государственный медицинский институт. В 1956 г. И.Р. Юнусметов окончил институт также с отличием, был направлен в свой район и назначен заведующим хирурги-

ческим отделением Ленгерской городской больницы. В 1957 г. по совместительству был назначен директором Ленгерского медицинского училища. В районе И.Р. Юнусметов проводил активную хирургическую работу, много оперировал. После защиты кандидатской диссертации в 1966 г. И.Р. Юнусметов был переведен г. Чимкент главным врачом Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера, где внедрял новые методы лечения, операции при опухолях желудочно-кишечного тракта, органов грудной полости, малого таза. Одним из первых в Казахстане И.Р. Юнусметов начал проводить одномоментные пластические операции при раке пищевода, прямой кишки, мочевого пузыря. Одним из первых произвел резекцию грудного отдела пищевода с желудочной пластикой, цистэктомию с созданием нового резервуара для мочевого пузыря из тонкой кишки.

В 1971 г. И.Р. Юнусметов первым в Казахстане произвел чрезплевральную резекцию грудного отдела пищевода с одномоментным формированием прямого пищеводно-пищеводного анастомоза при раке пищевода. Его авторству принадлежит ряд оригинальных методов химиолучевой терапии рака пищевода.

С началом строительства новой больницы – медсанчасти «Фосфор» (ныне – клиника МКТУ им. Х.А. Яссави) и его открытием в 1976 г. Юнусметов И.Р. был переведен главным врачом МСЧ «Фосфор». На



базе этой больницы он организовал филиал КазНИИ профзаболеваний и краевой патологии, способствовал строительству роддома для патологии беременности.

В 1989 г., после ухода на заслуженный отдых, И.Р. Юнусметов продолжал трудовую деятельность директором протезной мастерской, где изготавливались протезы фирмы «Отто-Бок» для инвалидов с травмами конечностей.

В 1992 г. с открытием лечебного факультета Шымкентского медицинского института И.Р. Юнусметов переходит на преподавательскую деятельность, на кафедру анатомии человека и по

совместительству организовывает в стенах нового ВУЗа ЦНИЛ.

В 1997 г. И.Р. Юнусметов переходит доцентом на кафедру онкологии, где по настоящее время работает профессором кафедры онкологии, маммологии с курсом ЛОР-болезней при Южно-Казахстанской государственной медицинской академии.

Илья Ризаметович по праву считается одним из крупных организаторов здравоохранения Южно-Казахстанской области. При непосредственном участии И.Р. Юнусметова были построены Ленгерское медицинское училище, Областной онкологический диспансер, медсанчасть «Фосфор», филиал КазНИИ профзаболеваний и краевой патологии, роддом при МСЧ «Фосфор».

Заслуги Юнусметова И.Р. были отмечены грамотами Министерства здравоохранения РК, он является отличником здравоохранения, награжден орденом «Знак почета», юбилейной медалью как работник тыла в период ВОВ и многими другими наградами.

Свой 80-летний юбилей Илья Ризаметович Юнусметов встречает полным сил и энергии, пользующимся уважением сотрудников, друзей, родных и близких, продолжая педагогическую и научную работу. Его друзья и коллеги, ученики от всей души поздравляют Илью Ризаметовича Юнусметова с 80-летним юбилеем и желают ему крепкого здоровья, больших творческих успехов, свершения всех замыслов и добрых начинаний.

Коллектив кафедры онкологии ЮКГМА, руководство и врачи Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера, ученики и соратники