# BECTHUK XUPYPIUN KA3AXCTAHA

ISSN 2306-5559

В Национальном Научном центре хирургии им. А.Н. Сызганова с 8 по 13 октября 2013 г. в рамках долгосрочного проекта «От сердца к сердцу» состоялась серия мастер-классов с участием ведущих специалистов из Южной Кореи по хирургическому лечению врожденных пороков сердца у детей в раннем периоде жизни.

Официальным партнером проекта является «Samsung Electronics Kazakhstan and Central Asia»

Актуальность данного проекта обусловлена тем, что приблизительно восемь детей из каждой тысячи родившихся имеют врожденный порок сердца. Без соответствующего ухода в течение первого месяца жизни умирают почти половина младенцев с данной патологией, а в последующие пять месяцев (по истечении первого полугодия жизни ребенка) — ещё двадцать пять процентов.

Несмотря на достижения кардиохирургии в Республике Казахстан, проблема оперативного лечения сложных врожденных пороков сердца у детей остается чрезвычайно актуальной.

Мастер классы провели:

- 1. Jun, Tae Gook (кардиохирург)
- 2. Song, Jinyoung (детский кардиолог)
- 3. Ok Jung, Lee (детский кардиолог)
- 4. Lee, Jong Hyun (перфузиолог)
- 5. Kim, Jichan (операционная сестра)
- Moon, Ju Ryoung (админ. сестра, координатор проекта)

- Случай успешной пластики митрального клапана при его врожденной недостаточности с использованием заплаты из аутоперикарда
- The influence of inflammatory mediators' level in the blood to the reanimation days of patients undergoing coronary artery bypass surgery
- Оптимизация защиты донорского органа на этапе органной аллотрансплантации от живого донора
- Анализ деятельности приемного отделения ГКБ №5 г. Алматы по оказанию экстренной помощи больным с патологией челюстно-лицевой области
- Прогнозирование развития гнойно-септических осложнений после реконструктивновосстановительных вмешательств на толстой кишке
- Результаты лечения острой спаечной кишечной непроходимости
- Сравнительная характеристика методов хирургического лечения больных с эхинококкозом печени
- Использование Гидроксиэтилкрахмала в интенсивной терапии острого панкреатита
- Разрывы 12- перстной кишки от желудка. Случаи из практики
- Желчекаменная болезнь: клиника, диагностика, лечение
- Физиотерапия и медицинская реабилитация больных после травм конечностей

### Вестник хирургии Казахстана

№3 (35) 2013

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

Издается с 2005 г.

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

Журнал зарегистрирован в Министерстве информации, культуры и спорта РК. Регистрационный номер 5564-ж от 18.02.2005 г.

Адрес редакции: г. Алматы, ул. Желтоксан, 62 8 (727) 279 53 06

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

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

Тираж 350 экз. Тип. «Идан» г. Алматы, ул. Уссурийская, 118

#### Главный редактор

Арзыкулов Ж.А., профессор

#### Заместитель главного редактора

Рамазанов М.Е., д.м.н.

#### Ответственный секретарь

Кабдрахманов К.Б.

#### Редакционная коллегия:

Абзалиев К.Б.

Артыкбаев Ж.Т.

Ахметов Е.А.

Батырханов М.М.

Даирбеков О.Д.

Жураев Ш.Ш.

Мамедов М.М.

Миербеков Е.М.

Пюрова Л.П.

Сейдалин А.О.

Сейсембаев М.А.

Султанов Э.Ш.

Хвостиков Е.И.

Шайхиев Е.У.

#### Редакционный совет:

Абдуллаев М.Ш. (Алматы)

Апсатаров Э.А. (Алматы)

Баймаханов Б.Б. (Астана)

Вишневский В.А. (Москва)

Изимбергенов Н.И. (Актобе)

Мусаев Х.Н. (Баку)

Мухамеджанов И.Х. Астана

Лохвицкий С.В. (Караганда)

Мамекеев М.М. (Бишкек)

Назыров Ф.Г. (Ташкент)

Поцелуев Д.Д. (Алматы)

Сабыр М.Ш. (Актобе)

Султаналиев Т.А. (Астана)

Телеуов М.К. (Астана)

Черноусов А.Ф. (Москва)

### Содержание

#### Кардиохирургия

Случай успешной пластики митрального клапана при его врожденной недостаточности с использованием заплаты из аутоперикарда. Абзалиев К.Б., Досмаилов Н.С., Сагатов И.Е., Тайманулы О., Кошкинбаев Ж.Б., Онгарбаев К.О. (3)

The influence of inflammatory mediators' level in the blood to the reanimation days of patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Mahmudov R.M., Mammadov V.Sh., Sadigov T. G.* (6)

#### Трансплантология

Оптимизация защиты донорского органа на этапе органной аллотрансплантации от живого донора. Султанов Э.Ш., Зайналов А.К, Пазилов С.Б., Оразгалиев Т.Б., Бетирова Д.Ш., Санатов С.С., Таждинов Д.Б., Ерманов Т.Н., Балабеков А.Г. (8)

#### Организация хирургической помощи

Анализ деятельности приемного отделения ГКБ №5 г. Алматы по оказанию экстренной помощи больным с патологией челюстно-лицевой области. *Садыков Б.Н., Аханов С.А. (10)* 

#### Абдоминальная хирургия

Прогнозирование развития гнойно-септических осложнений после реконструктивно-восстановительных вмешательств на толстой кишке. Бойко В.В., Шевченко А.Н., Лыхман В.Н., Маметкулыев Б.Р, Балтаев М.А., Москаленко А.В., Клименко В.П., Багиров Н.В. (13)

Результаты лечения острой спаечной кишечной непроходимости. *Евтушенко Д.А.* (16)

Сравнительная характеристика методов хирургического лечения больных с эхинококкозом печени. *Бабабейли Э.Ю. (18)* 

Использование Гидроксиэтилкрахмала в интенсивной терапии острого панкреатита. *H.M.Умралиев* (21)

Разрывы 12- перстной кишки от желудка. Случаи из практики. А.Б. Байжаркинова, К.Е. Ергалиев, Т.А. Джаркенов (23)

Желчекаменная болезнь: клиника, диагностика, лечение. Жалимбетова И.К., Аманжулов Р.К., Ахметеалиев Г.Г., Кенжебаев Т.Т., Жайшев К.К. (27)

#### Микрохирургия

Физиотерапия и медицинская реабилитация больных после травм конечностей. М.И.Мурадов 28

#### **Урология**

Новые подходы к хирургическому лечению лейкопла-

кии мочевого пузыря. Малих М.А., Медеубеков У.Ш., Каимбаев А.И., Романова С.А., Куаншалиева Ж.Е. (30)

Қуық асты бездің қатерсіз гиперплазиясы бар науқастарды дәрілік заттармен емдеу тиімділігін бағалау. Алчинбаев М.К., Абдильманов К.М., Мансурова И.Б., Маскутов К.Ж., Надирбаев Г.Е., Абдиев Г., Конысбаев Ш.Б. (32)

Оценка эффективности оперативного лечения обтурационной формы мужского бесплодия. Мухамеджан И.Т. (34)

#### Проктология

Об эффективности LIFT – операции при свищах прямой кишки. *H.К.Ерболатов* (36)

#### Травматология

Использование стандартов JCI в профилактике вторичной инфекции после эндопротезирования тазобедренных суставов. *Кусумжанова Д.К., Карибаева Б.Д.* (38)

#### Онкология

Реконструктивные операции у больных раком молочной железы. *Абдукаримова Д.Х.* (39)

Принципы лечения диффузной фиброзно-кистозной мастопатии. Абдукаримова Д.Х. (41)

Магнитно- резонансная томография в диагностике рака простаты. *Ахметова Г.Р.* (43)

Рак молочной железы: роль клеточных биомаркеров в определении тактики лечения. *Абдукаримова Д.Х. (44)* 

#### Офтальмология

Оценка эффективности применения глазных капель Катаксол в послеоперационной реабилитации пациентов с катарактой. Сулеева Б.О., Меерманова Ж.Б., Саурова Г.Ж., Жаксымуратова К.З. (46)

#### ЛОР

Опыт применения комбинированного препарата Тафазол в комплексном лечении острого и хронического риносинусита. С.Ж. Джандаев, Ж.У. Утарбаев, К.Б. Туралбаева (48)

Применение Сингуляра у больных аллергическим ринитом и бронхиальной астмой. Старцева Э.К., Давлетова Б.М. (50)

#### Юбилеи

К 80-летию со дня рождения профессора Т.К. Кукеева *(51)* 

Михаил Израилевич Перельман (52)

# Случай успешной пластики митрального клапана при его врожденной недостаточности с использованием заплаты из аутоперикарда

Абзалиев К.Б.¹, Досмаилов Н.С.¹, Сагатов И.Е.², Тайманулы О.², Кошкинбаев Ж.Б.¹, Онгарбаев К.О.¹ ¹Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова,

Аннотация. Описан клинический случай успешной пластики митрального клапана при его врожденной недостаточности с использованием заплаты из аутоперикарда у пациента 4-х лет.

Ключевые слова: врожденная митральная недостаточность, пластика, аутоперикард.

Пациент А., 4-х лет, поступил в отделение хирургического лечения врожденных пороков сердца (ВПС) Национального научного центра хирургии им. А. Н. Сызганова 11.09.2013г. с жалобами на сниженную толерантность к физическим нагрузкам, одышку в покое, отставание в физическом развитии и ассиметрию грудной клетки.

Апаmnesis morbi. Порок сердца впервые выявлен 2 месяца назад, когда мать заметила ассиметрию грудной клетки в виде «сердечного горба» и услышала шум. В августе 2013г. пациент консультирован кардиохирургом. Заключение: ВПС. Митральная недостаточность ІІ ст. Тромб левого предсердия? НК ІІА, ІІІФК. Тогда же было рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке. В связи с этим пациент госпитализирован в отделение хирургического лечения ВПС ННЦХ им. А. Н. Сызганова для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики лечения.

Апатпеsis vitae. Ребенок от 4-ой беременности, 3-х родов. На 12-13 неделе беременности мать получала стационарное лечение по поводу сохранения плода. Состоит на «Д» учете у кардиолога и невропатолога по месту жительства с диагнозом: ВПС. Недостаточность митрального клапана. НК IIA, IIIФК., гидроцефалия, смешанная, в стадии субкомпенсации. Туберкулезом и другими специфическими заболеваниями не болел. Аллергии на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечают.

Status praesens. Общее состояние тяжелое за счет основного заболевания и неврологической патологии. Ребенок пониженного питания. Сознание ясное. Судорог, рвоты не отмечают. Температура тела нормальная. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовой окраски, подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Лимфатические узлы не увеличены. Отмечается деформация грудной клетки. При аускультации в легких дыхание жестковатое, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 24 в минуту. При аускультации сердца тоны ясные, систолический шум над всей поверхностью сердца с эпицентром на верхушке и иррадиацией в левую подмышечную и подлопаточную области. АД-95/65 мм.рт.ст. ЧСС-100 ударов в минуту. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, ее край на уровне реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Результаты обследования, проведенного в клинике, в дооперационном периоде. В общих анализах крови и мочи выраженных отклонений от нормы не выявлено. Основные биохимические анализы крови в пределах возрастной нормы.

Группа крови B(III) третья, Rh(+) резус положительный. Кровь на ВИЧ-инфекцию (05.09.2013г.): результат отрицательный. Микрореакция (02.09.2013г.): отрицательная. Маркеры гепатитов «В», «С» (02.09.2013г.): отрицательные.

Рентгенография грудной клетки (12.08.2013 г.). Легочный рисунок усилен. Корни расширены, гомогенизированы. Синусы свободны. Сердце значительно расширено в поперечнике в обе стороны, больше влево, значительно выбухает 2-ая и 3-я дуги 3>2. Аорта обычная. Расширена тень верхней полой вены.

ЭКГ (12.08.2013 г.). Ритм синусовый, правильный. ЧСС-105 ударов в минуту. Признаки гипертрофии левого предсердия и правого желудочка.

ЭхоКГ (12.08.2013 г.). Аортальный клапан трехстворчатый, створки тонкие, подвижные. Митральный клапан фиброзно изменен. Диаметр кольца составляет 2.1см, регургитация 2 ст., створки уплотнены, при этом задняя створка неподвижна, припаяна к межжелудочковой перегородке, а передняя створка провисает в полость левого предсердия на 0.4 см. Клапан легочной артерии: диаметр ствола - 1.9 см, расширен, створки тонкие, подвижные. Трехстворчатый клапан не изменен. Аорта: диаметр в восходящем отделе - 1.9 см, не расширена. Левое предсердие - 4.5 см. Левый желудочек: КДР-3.2см, КСР-1.8см, КДО-42мл, КСО-10мл, УО-31мл, ФВ-75%. ТМЖП-0,8см, ТЗСЛЖ-0.5см. В межпредсердной перегородке имеется дефект размером 0.4 см. В левом предсердии визуализируется образование размерами 1,4х0,7 см (рис. 1). СДПЖ-40 мм.рт.ст. Сократимость миокарда левого желудочка удовлетворительная. В перикарде имеется около 60 мл жидкости. Правые отделы сердца не увеличены.

Заключение. Левая атриомегалия. Митральный порок, недостаточность, регургитация 2 ст. Легочная гипертензия. Выраженное сгущение крови в левом предсердии. Возможен «свежий» тромб в полости левого предсердия.

Осмотр ЛОР-врача (02.09.2013г.): здоров. Осмотр стоматоло-



Рис. 1. Дооперационный снимок ЭхоКГ. Подозрение на «свежий» тромб левого предсердия.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

га (02.09.2013г.): здоров. Осмотр невропатолога (13.09.2013г.): резидуальная энцефалопатия, гидроцефальный синдром.

Решением консилиума, проведенного в составе заместителя директора д.м.н. Абзалиева К.Б., проф. Миербекова Е.М., Досмаилова Н.С. и врачей отдела, было: учитывая объективные данные и результаты проведенного обследования, ребенку по неотложным показаниям необходима операция в объеме тромбэктомии из левого предсердия, пластики митрального клапана в условиях искусственного кровообращения (ИК), кровяной кардиоплегии и умеренной гипотермии.

25.09.2013г. была произведена операция: пластика митрального клапана в условиях ИК, кровяной кардиоплегии и умеренной гипотермии.

Протокол операции. После 4-кратной обработки операционного поля йодповидоном произведена продольная стернотомия. Гемостаз. Вскрыт перикард с выкраиванием заплаты. Аорта не расширена. Сердце увеличено в размерах за счет левого предсердия. Раздельная канюляция аорты и верхней полой вены. Начато ИК. На параллельном ИК канюлирована нижняя полая вена. Зажим на аорту. Кровяная кардиоплегия в корень аорты. Вскрыты правое предсердие и межпредсердная перегородка. Межпредсердная перегородка через прокладки подшита к краю грудины. При ревизии: в полости левого предсердия тромба (образования) не отмечается; между устьями правых легочных вен на задней стенке левого предсердия имеется фиброзное утолщение размерами 1,5х1,0 см; митральный клапан: створки незначительно фиброзно изменены, фиброзное кольцо умеренно дилятировано, отмечается недостаточность III ст. Задняя створка припаяна к межжелудочковой перегородке, малоподвижна, передняя створка пролабирует в полость левого предсердия на 0,3-0,4 мм (рис. 2). Для создания хорошей коаптации далее произведена пластика задней створки, створка продольно рассечена от комиссуры до комиссуры (около 2,5-2,8см) и непрерывным швом (пролен 6/0) вшита вставка из аутоперикарда (3,0х1,4х0,7см) (рис. 3, 4, 5, 6). Следующим этапом фиброзное кольцо укреплено полоской из аутоперикарда длиной до 4 см, притянув переднюю створку к задней (рис. 4, 6). Гидравлическая проба показала удовлетворительную замыкательную функцию клапана. Митральный клапан свободно пропускает буж №16 (расчетный размер 15,8). Шов на межпредсердную перегородку. При ревизии трехстворчатого клапана: створки тонкие, подвижные. Подшиты миокардиальные электроды. Профилактика воздушной эмболии. Снят зажим с аорты. Сердечная деятельность восстановилась самостоятельно, в последующем возникла фибрилляция, которая была снята одним разрядом электродефибриллятора. После стабилизации гемодинамики конец ИК. Деканюляция. Редкие швы на перикард. Грудная клетка ушита наглухо с оставлением дренажей в правой плевральной полости и переднем средостении. Асептическая повязка.

Послеоперационные данные ЭхоКГ (26.09.2013 г.): митральный клапан: диаметр фиброзного кольца — 1,9 см. систолический градиент 4 мм.рт.ст., площадь эффективного отверстия 3,4 см², регургитация 0-1 ст., левое предсердие - V=36 мл, ФВ ЛЖ-75%. Сократимость миокарда левого желудочка удовлетворительная. В полости перикарда жидкости нет.

ЭхоКГ перед выпиской (02.10.2013 г.): митральный клапан: створки уплотнены, движение задней створки не ограничено, регургитация 0-1 ст., систолический градиент 4 мм.рт.ст., сократительная функция миокарда левого желудочка удовлетворительная. ФВ ЛЖ-76%. В полости перикарда жидкости нет. В плевральных полостях экссудат в объеме 15 мл.

Пациент А. выписан из стационара на 8-е сутки после операции. Общее состояние удовлетворительное (рис. 7). Послеоперационная рана заживает первичным натяжением. Дренажи удалены. Контрольные анализы крови компенсированы.

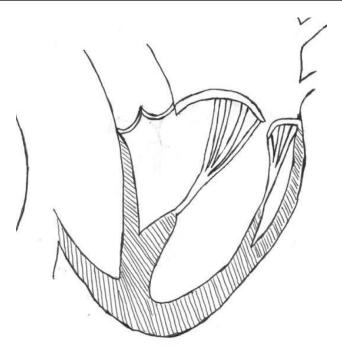


Рис. 2. Митральный клапан до хирургической коррекции: неполная коаптация створок с укорочением хордального аппарата задней створки в выраженной степени в зонах P1 и P2.



Рис. 3. Разрез задней створки митрального клапана от комиссуры до комиссуры вдоль фиброзного кольца

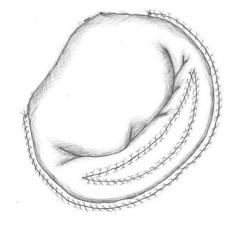


Рис. 4. Пластика задней створки митрального клапана заплатой из аутоперикарда. Укрепление фиброзного кольца полоской из аутоперикарда

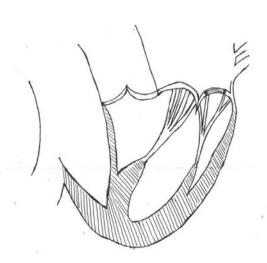


Рис. 5. Митральный клапан после хирургической коррекции: полная коаптация створок достигнута за счет увеличения площади задней створки и укрепления фиброзного кольца

#### Литература

- Бокерия Л.А., Подзолков В.П., Хасан Али и др. «Врожденная патология клапанов сердца у 411 детей» // Бюлл. НЦССХ РАМН, сердечно-сосудистые заболевания – 2006, Т.7. – №10 – С.7.
- Бондаренко И.Э. «Отдаленные результаты хирургического лечения врожденной недостаточности митрального клапана» // Дис. ... к.м.н., М.1995г.
- Brian K, William P, Pippa Simpson et al. Mitral valve replacement in children: predictors of long-term outcome // Ann Thorac Surg 2003 – Vol.76 – P.853-859.
- El ad Eraez, Kanter K, Elizabeth Isom, Williams W. Mitral valve replacement in children // J of Heart Valve Disease 2003 – Vol.12 – P.25-30.
- Hetzer R, Eva B. Maria Delmo Walter, Hiiber M et all. Modified surgical technicues and long-term outcome of mitral valve reconstruction in 111 children // Ann Thorac Surg 2008 – Vol.86. – P604-613
- Stellin G, Padalino M, Milanesi O. et al. Repair of congenital mitral valve dysplasia in infants and children: is it always possible? // Eur O Cardiothorac Surg 2000 – Vol.18 – P.74-82.

7.

#### Түйін

Мақалада 4 жастағы науқастың туа біткен митралды қақпақша жетіспеушілігін аутоперикардпен жамау тәсілін қолданып, оны табысты пластикалаудың клиникалық жағдайы баяндалған.

Өзекті сөздер: туа біткен митральды жетіспеушілік, пластика, аутоперикард.

#### Summary

There has been described a clinical case of the successful repair of the mitral valve in its congenital insufficiency with use of the autopericardial patch in 4 year old child.

Key words: congenital mitral insufficiency, repair, autopericardium.



Рис. 6. Фотоснимок (со стороны анестезиолога). Задняя створка митрального клапана со вшитой вставкой из аутоперикарда. Полная коаптация створок. Гидравлическая проба: хорошая замыкательная функция клапана.



Рис. 7. Пациент A, 4-х лет, 7-е сутки после операции. Общее состояние удовлетворительное. Послеоперационная рана заживает первичным натяжением. Дренажи удалены. Контрольные анализы крови компенсированы. Пациент выписан из стационара на 8-е сутки.

### The influence of inflammatory mediators' level in the blood to the reanimation days of patients undergoing coronary artery bypass surgery

Mahmudov R.M., Mammadov V.Sh., Sadigov T. G.
The Ministry of Health of the Republic of Azerbaijan, Central Hospital of Oil Workers, Baku

Key words: Coronary artery bypass surgery, reanimation days, inflammatory mediators

#### Introduction

The role of inflammatory mediators in the pathogenesis of cardiovascular system diseases was shown in numerous studies(1). The role of C-reactive protein which belongs to the family of pentraxin was studied completely within the clinical course of cardiovascular and inflammatory reactions. But unlike the C-reactive protein the other member of pentraxin family pentraxin 3(PTX3) has been studied in recent years (2,3). For the first time PTX3 was detected in endothelial cells in 1990(4,5). During the atherosclerosis, inflammation, myocardial infarction and vascular injuries PTX3 level increases in the blood plasma (6). Unlike the C-reactive protein, PTX3 level reaches peak level in a short period of time (7). The increase of PTX3 level in the blood of patients with ischaemic heart disease (IHD) causes the damage area of myocardium to be greater (8). The results of research conducted by Sousa and his contributors showed that the sharp increase of PTX3 level in the blood increases cytokine secretion and tissue inflammation as well as death cases(9).

During the vascular injuries the level of tumor necrosis factor also increases in the blood. TNF $\alpha$  belongs to a group of cytokines and is synthesized by endothelium, plain muscle cells, myocardium, macrophage, fibroblast, nervous tissue and adipocyte. Its synthesization in TNF $\alpha$  tissues accelerates the formation of inflammatory process, stimulates migration of monocytes and phagocytosis from endothelial layer(10). Studies show that, in the patients who have much aterosclerotic plaque load, the quantity of TNF $\alpha$  becomes more in the blood plasma after percutaneous transluminal coronary angioplasty. The results of research conducted by Bose and his contributors on 24 patients having significant stenosis of saphenous grafts showed that the quantity of TNF $\alpha$  is more in the patients who have much plaque load. In addition, the results of the study showed that the use of apparatus which prevent distal embolism during the angioplasty of stenoses in saphenous grafts decreases the quantity of TNF $\alpha$  and stent restenosis in the blood plasma (11). But in the patients undergoing coronary artery bypass surgery the influence of inflammatory mediators' level to the reanimation period of patients was not learned. For this reason we decided to learn the effect of inflammatory mediators' level in the blood to the postoperative reanimation period of patients having coronary artery bypass surgery.

#### Material and methods

For this purpose 92 patients between the age of 44-73 with stable stenocardia of IHD II-III functional class were examined in the Central Hospital of Oil Workers. Corornary artery bypass surgery was performed on the patients involved in the study. Postoperative term of stay in reanimation was recorded in all patients who involved in the examination For this purpose, according to the duration of stay in the intensive care unit patients were divided into 3 groups. I group patients stayed in the intensive care unit for 2 two days, II group patients for 2-4 days, III group patients stayed 5 and more days. Also, in a blood sample taken from patients before and after 8, 24 hours of coronary artery bypass surgery (Central Hospital of

Oil Workers, GenLab laboratory, Human, ELISA kit) PTX3, TNF $\alpha$  levels have been studied. "Statistics"-computer packet has been used for conducting the statistical analysis of the results

#### Results of the study

The analysis of received results showed that, in the patients with stable stenocardia there is a mutual relation between the duration of stay in intensive care unit after artery coronary bypass surgery and TX3, TNF  $\alpha$  levels in the blood. This relation showed itself much more in the PTX3 level in a blood sample taken 24 hours after surgery. So that, in the patients whose reanimation period is up to 2 days the PTX3 level in the blood after surgery was on average 594,0 pq/ml, in the patients whose reanimation period is 3-4 days the PTX3 level in the blood was on average 766,9 pq/ml (p<0,05), in the patients whose reanimation period is more than 5 days the PTX3 level in the blood was on average 849,0 pq/ml (p<0,05). The interaction between the length of stay in intensive care unit and PTX3 level in the blood was shown in Figure 1.

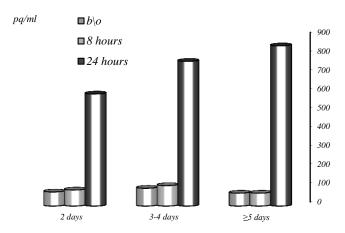


Figure 1. Mutual relation between the duration of stay in intensive care unit and PTX3 level in the blood.

This relation showed itself in TNF $\alpha$  level. Thus, the patients whose TNF $\alpha$  level is 400,14 pq/ml 24 hours after surgery stayed in reanimation up to 2 days, patients whose TNF $\alpha$  level is 490,23 pq/ml(p<0,05) stayed in reanimation for 3-4 days, patients whose TNF $\alpha$  level is 515,88 pq/ml stayed in renimation for 5 days and more. The mutual relation between the term of stay in intensive care unit and TNF $\alpha$  level in the blood was shown in Figure 2.

#### Discussion

As it can be seen there is a positive correlative relation between the increase of PTX3 and TNF $\alpha$  levels in the blood of patients with stable stenocardia undergoing coronary artery bypass surgery and the term of stay in intensive care unit. This relation is observed more in PTX3 and TNF $\alpha$  levels in a blood sample taken 24 hours

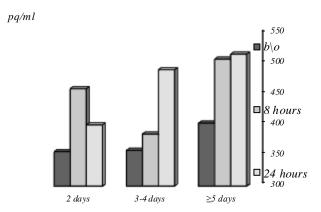


Figure 2. The mutual relation between the term of stay in intensive care unit and  $\text{TNF}\alpha$  level in the blood

after coronary artery bypass surgery. The analysis of obtained results showed that the PTX3 level in the blood of patients staying in reanimation up to 2 days is 172,9 pq/ml(p<0,05) compared to the patients who stay in the intensive care unit and it is 255 pq/ml (p<0,05) and less in comparison with the patients staying for 5 days and more. Also in the patients staying in reanimation up to 2 days the TNFa level in the blood 24 hours after surgery is 90.1 pq/ml (p<0,05) compared to the ones who stay for 3-4 days and it is 115,7 pq/ml (p<0,05) and less in compariosn with the patients staying for 5 days and more.

There is a limited number of information in a literature related to the research which we conduct. But in the research conducted by Ferratini and his contributors the similar results were obtained. So the study results indicated that the increase of PTX3 level in the blood is associated with the postoperative complications which can occur in the patients undergoing valve and coronary artery bypass surgery during early rehabiliation and within the period of 1 year (12). In research conducted by us it was revealed that PTX, TNF $\alpha$  levels in the patients undergoing coronary artery bypass surgery are connected with the increase of reanimation days. But its investigation in a larger group of patients will help to study this relation much more .

#### References

1) P. Libby, P. M. Ridker, and G. K. Hansson, "Inflammation in atherosclerosis. From pathophysiology to practice," Journal of the American College of Cardiology, vol. 54, no. 23, pp. 2129–2138, 2009.

2) M. Introna, V. Vidal Alles, M. Castellano et al., "Cloning of mouse ptx3, a new member of the pentraxin gene family expressed at extrahepatic sites," Blood, vol. 87, no. 5, pp. 1862–1872, 1996.

3) C. Garlanda, B. Bottazzi, A. Bastone, and A. Mantovani, "Pentraxins at the crossroads between innate immunity, inflammation, matrix deposition, and female fertility," Annual Review of Immunology, vol. 23, pp. 337–366, 2005.

4) F. Breviario, E. M. D'Aniello, J. Golay et al., "Interleukin-1- inducible genes in endothelial cells. Cloning of a new gene related to C-reactive protein and serum amyloid P component," Journal of Biological Chemistry, vol. 267, no. 31, pp. 22190–22197, 1992.

5) G. W. Lee, T. H. Lee, and J. T. Vilcek, "TSG-14, a tumor necrosis factor- and IL-1-inducible protein, is a novel member of the pentaxin fa-

mily of acute phase proteins," Journal of Immunology, vol. 150, no. 5, pp. 1804–1812, 1993.

6) G. D. Norata, C. Garlanda, and A. L. Catapano, "The long pentraxin PTX3: a modulator of the immunoinflammatory response in atherosclerosis and cardiovascular diseases," Trends in Cardiovascular Medicine, vol. 20, no. 2, pp. 35–40, 2010.

7) G. Peri, M. Introna, D. Corradi et al., "PTX3, a prototypical long pentraxin, is an early indicator of acutemyocardial infarction in humans," Circulation, vol. 102, no. 6, pp. 636–641, 2000.

8) M. Salio, S. Chimenti, N. D. Angelis et al., "Cardioprotective function of the long pentraxin PTX3 in acute myocardial infarction," Circulation, vol. 117, no. 8, pp. 1055–1064, 2008.

9) D. G. Souza, A. C. Soares, V. Pinho et al., "Increased mortality and inflammation in tumor necrosis factor-stimulated gene- 14 transgenic mice after ischemia and reperfusion injury," American Journal of Pathology, vol. 160, no. 5, pp. 1755–1765,2002.

10)Carswell EA, Old LJ, Kassel RL, Green S, Fiore N, Williamson B (1975). "An endotoxin-induced serum factor that causes necrosis of tumors". Proc. Natl. Acad.Sci. U.S.A. 72 (9): 3666

11)Bose D, Leineweber K, Konorza T, Zahn A, Bröcker-Preuss M. Mann K. Haude M. Erbel R. Heusch G. Department of Cardiology, University of Essen Medical School, Hufelandstrasse 55, 45147 Essen, Germany. American Journal of Physiology. Heart and Circulatory Physiology [2007, 292(5):H2295-9]. DOI: 10.1152/ajpheart.01116.2006

12) <u>Ferratini M, Ripamonti V, Masson S, Grati P, Racca V, Cuccovillo I,</u> et.al. Pentraxin-3 predicts functional recovery and 1-year major adverse cardiovascular events after rehabilitation of cardiac surgery patients. <u>J Cardiopulm Rehabil Prev.</u> 2012 Jan-Feb;32(1):17-24. doi: 10.1097/HCR.0b013e31823be0f4.

#### Summary

The influence of inflammatory mediators' level in the blood to the reanimation days of patients undergoing coronary artery bypass surgery

Mahmudov R.M., Mammadov V.Sh., Sadikhov T. Q. The Ministry of Health of the Republic of Azerbaijan, Central Hospital of Oil Workers, Baku

Key words: Coronary artery bypass surgery, reanimation days, inflammatory mediators

Patients undergoing coronary artery bypass surgery the influence of inflammatory mediators' level to the reanimation period of patients was not learned. For this reason we decided to learn the effect of inflammatory mediators' level in the blood to the postoperative reanimation period of patients having coronary artery bypass surgery. For this purpose 92 patients between the age of 44-73 with stable stenocardia of IHD II-III functional class were examined in the Central Hospital of Oil Workers. As it can be seen there is a positive correlative relation between the increase of PTX3 and TNFα levels in the blood of patients with stable stenocardia undergoing coronary artery bypass surgery and the term of stay in intensive care unit. This relation is observed more in PTX3 and TNF $\alpha$  levels in a blood sample taken 24 hours after coronary artery bypass surgery. In research conducted by us it was revealed that PTX, TNF $\alpha$  levels in the patients undergoing coronary artery bypass surgery are connected with the increase of reanimation days. But its investigation in a larger group of patients will help to study this relation much more .

## Оптимизация защиты донорского органа на этапе органной аллотрансплантации от живого донора

Султанов Э.Ш., Зайналов А.К, Пазилов С.Б., Оразгалиев Т.Б., Бетирова Д.Ш., Санатов С.С., Таждинов Д.Б., Ерманов Т.Н., Балабеков А.Г.

Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова

Аннотация. В данной публикации отражены результаты проведенных мероприятий, направленных на защиту от реперфузионной травмы донорской почки сопровождаемых на этапах ее трансплантации. Обращая внимание на скорость кровотока и давление в просвете сосудистого русла в зависимоти от артериального давления реципиента на этапах донорской аллотрансплантации использована профилактика реперфузионной травмы с применением раствора сбалансированного согласно градиента температуры и градиента вязкости. Исследование проведено после получения донорских почек у 23 живых органных доноров. Определена важность клинических исследований, подтверждающих значимость использования профилактики реперфузионной травмы при трансплантации донорских почек реципиентам.

Оптимальным методом лечения пациентов с хронической почечной недостаточностью является гетеротопическая аллотрансплантация донорской почки и результат от такого лечения напрямую зависит от качества получения и самого качества полученной донорской почки [1, 2, 7, 8, 14, 15, 16]. Источником донорских почек подлежащих трансплантации реципиентам могут являться живые и трупные доноры. В случае использования живого донора качество получаемых донорских почек и соответственно результат трансплантации являются более оптимальным по сравнению с трансплантацией при получении донорской почки от маргинального донора. Отличие результатов трансплантации в зависимости от полученной донорской почки у живого или асистолического донора объясняется различной длительностью и интенсивностью воздействия повреждающих факторов сопровождающихся на всем протяжении времени как при их получении, консервации, так и при их трансплантации [3, 8, 9, 12, 14, 16]. Интенсивность ишемического повреждения паренхимы почек вследствие тепловой ишемии при получении ее от органного донора имеет различную выраженность, и зависит от интенсивности и продолжительности ишемии [3, 5, 6, 8, 12].

Важным моментом на этапах получения донорских почек остается обеспечение их защиты и сохранение в них метаболических процессов и сохранение этого условия напрямую зависит от сохранности в просвете их сосудистого русла кровотока. Снижение кровотока в донорских почках или его утрата приводит к присутствию в микроциркуляторном русле коркового вещества стаза и полнокровия, или к образованию фибриновых тромбов, и эти последствия приводят к развитию дистрофических изменений преимущественно в эпителии извитых канальцев или некротических процессов структур почки [1,2, 5, 11, 13, 16].

Гипотермическая фармакохолодовая консервация донорской почки после ее получения от потенциального органного донора, предусматривает первоначальную ее отмывку от крови консервирующими растворами близких по ионному составу к внутриклеточной жидкости – растворы Колинза, Сакс, НИИТиИО-2, Росса и Маршалла, Бредшнайдера. Несмотря на вышеперечисленные мероприятия, меры направленные на консервацию донорского органа имеют свои специфические особенности, так как задача по отмывке органа от крови ложится

на консервирующие растворы имеющие избыточную вязкость [1, 2, 4, 10].

#### Целью настоящего исследования

явилось подтверждение значения использования раствора с наименьшей вязкостью с адаптированным градиентом температуры при трансплантации донорской почки для профилактики реперфузионой травмы.

#### Материал и методы

Проведено общее обследование и обследование лучевыми методами сосудов почек у 25 живых органных доноров, оценка противоишемической защиты 23 донорских почек на этапе донорской аллотрансплантации реципиенту произведенных в 2012 году в отделе трансплантации органов и тканей ННЦХ им. А.Н. Сызганова. Донорские почки получены у 23 живых органных доноров путем нефроуретерэктомии и консервации для целей аллотрансплантации реципиентам с терминальной хронической почечной недосточностью находящихся на заместительной почечной терапии в течение от нескольких месяцев до 4-х лет. Из обследованных 25 живых органных доноров нефроуретерэктомия для целей донорской аллотрансплантации реципиентам произведена у 23 пациентов, у остальных 2-х пациентов расцененных донорами нефроуретерэктомия не производилась в связи с анатомическим строением артериальной ножки и в связи с положительной реакцией по данным индивидуальной совместимости "cross-math". Возраст донора колебался в пределах от 18 до 63 лет. Лучевые методы исследования у органных доноров предусматривали рентген эндоваскулярную графию или исследование при помощи мультиспиральной компьютерной томографии. Противоишемическую защиту органа подлежащего изъятию производили путем сохранения кровотока в сосудах почек при получении почки до этапа непосредственной нефроуретерэктомии, путем минимизации интраоперационной травмы и времени самого хирургического вмешательства, а также путем введения в сосудистое русло изъятой почки на этапе консервации последовательностей растворов с наименьшей вязкостью. На этапе непосредственно аллотрансплантации почки и предстоящей реперфузии кровотоком реципиента при формировании сосудистых соустий производилось вытиснение перфузата из сосудистого русла донорской почки и заполнение сосудистого русла 0,9% физиологическим раствором имеющего в своем составе Гепарин в соотношении 10/1 при этом температура вводимого раствора соответсвовала 20 - 25 градусам по Цельсию, что соответствовало среднему показателю градиента температуры этапа консервации почки и температурным диаппазоном в сосудистом русле у реципиента.

Аллотрансплантация почки производилась на подвздошные сосуды реципиента при этом выбор наружной или внутренней подвздошной артерии зависел от диаметра сосуда и кровена-полненности в его просвете.

Основными клиническими критериями качества выполнявшихся мероприятий с использованием 0,9% физиологического раствора имеющего в своем составе Гепарин в соотношении 10/1 для создания переходящего градиента температуры от этапа консервации почки до этапа аллотрансплантации почки были начало экскреторной функции после непосредственной трансплантации и дальнейшее сохранение этих параметров с долгосрочным адекватным функционированием.

Результаты исследования: как указывалось ранее аллотрансплантации 23 донорских почек полученных от органных доноров сопровождались разным температурным градиентом на этапе реперфузии после формирования сосудистых соустий, и в зависимости от температурного градиента 14 аллотрансплантаций почки выполнены с использованием 0,9% физиологического раствора имеющего в своем составе Гепарин в соотношении 10/1 для целей создания переходящего градиента температуры от этапа консервации почки до этапа аллотрансплантации и 9 аллотрансплантаций почек выполнены без использования условия переходящего градиента температуры.

Результаты исследования полученные при трансплантации согласно клинических данных у реципиентов получивших донорские почки с использованием 0,9% физиологического раствора имеющего в своем составе Гепарин в соотношении 10/1 для целей создания переходящего градиента температуры от этапа консервации почки до этапа аллотрансплантации были такими: начало экскреторной функции после трансплантации донорской почки было непосредственным, гидробалланс и мочевыделение коррегировались с первых суток после трансплантации в 80 % наблюдений, в остальных наблюдениях этой группы – 20 % коррекция гидробалланса и мочевыделения отмечалась в сроки до 5 суток, необходимости в заместительной почечной терапии гемодиализом у этой группы реципиентов не было. Дальнейшее сохранение адекватности гидробалланса и мочевыделения в сроки от 6 месяцев до 1 года отмечено у 100 % реципиентов получивших донорскую почку этой группы.

Результаты исследования полученные при трансплантации согласно клинических данных у реципиентов получивших донорские почки стандартным методом, то есть без использования условия - создания переходящего градиента температуры от этапа консервации почки до этапа аллотрансплантации были такими: начало экскреторной функции после трансплантации донорской почки было непосредственным в 4 случаях, в остальных 5 случаях этой группы реципиентов выявилась отсроченная мочевыделительная функция трансплантированной почки. Гидробалланс и мочевыделение коррегировались с первых суток после трансплантации в 6 наблюдениях, в 2 наблюдениях этой группы коррекция гидробалланса и мочевыделения отмечалась в сроки до 5 суток и в одном случае необходимым явилось проведение заместительной почечной терапии гемодиализом. Дальнейшее сохранение адекватности гидробалланса и мочевыделения в сроки от 6 месяцев до 1 года отмечено у 8 пациентов получивших донорскую почку этой группы.

Заключая результаты клинических данных в вышеуказанных группах реципиентов перенесших аллотрансплантацию почки с использованием 0,9% физиологического раствора имеющего в своем составе Гепарин в соотношении 10/1 для целей создания переходящего градиента температуры от этапа консервации почки до этапа аллотрансплантации и реципиентов перенесших аллотрансплантацию почки без использования условия

переходящего градиента температуры выявлены различные результаты.

Таким образом несмотря на общепринятые концепции при аллотрансплантации почки действительно необходимо создание условий для целей создания переходящего градиента температуры от этапа консервации почки до этапа аллотрансплантации, так как разная степень градиента температур перед реперфузией кровотока реципиента в сосудистое русло трансплантируемой почки влечет изменения, развивающиеся в структурах почки провоцирующих в последующем нефропатию различной степени выраженности.

#### Литература:

- 1. Н.А. Онищенко, М.Ю. Шагидулин. Консервация органов и тканей //Трансплантология под редакцией В.И. Шумакова. МИА, Москва.. 2006. С. 65–67.
- 2. И.М. Ильинский, Е.И. Рябоштанова, Л.В. Белецкая, А.Г. Куприянова, В.В. Северин, В.В. Тырин. Патоморфология трансплантированных органов //Трансплантология под редакцией В.И. Шумакова. МИА, Москва., 2006. С. 505–506.
- 3. Д.В. Цветков, А.В. Шаршаткин, И.А. Милосердов, Я.Г. Мойсков. Некоторые факторы, влияющих на выживаемость почечных трансплантатов.
- 4. В.И. Шумаков, Е.Ш. Штейнгольд, Н.А. Онищенко. Консервация органов. М. Москва., 1975, 252 с.
- 5. Н.А. Онищенко. Термические методы консервации органов. Факторы, ограничивающие допустимые сроки их применения. // Трансплантология и искусственные органы. 1995, 3-4. С. 71-74.
- 6. Н.А. Онищенко, А.А. Лубяко. Противоишемическая защита миокарда кардиоплегическими растворами //Вестник АМН СССР. 1985, 4. С. 40–47.
- 7. В.А. Зайденов. Гистологическое и иммуноморфологическое исследование аллотрансплантированных почек в раннем послеоперационном периоде. Автореф. Дис. ... канд. мед. Наук. М. 1997. 28 с.
- 8. A. Bodenham, G.R. Park. Care of multiple organ donor. Intensive Care Med., 1989, vol.15, p.340-348.
- 9. C.E. Nygaard, R.N. Townsend, D.L. Diamond, Organ donor.management and organ outcome: A 6 year review from a level I trauma center. J. Trauma, 1990, vol. 30, p. 728 735.
- 10. G. Benoit, J. Hammondi, J. Bellang, et al., Surgery ex situ in kidney transplantation. Ann. Urol., 1998, vol.22. №6, p. 452-454.
- 11. G.E. Brannen, W.H.. Bush, R.J. Correa, et.al. Microvaskular management of multiple renal arteries in transplantation. J. Urol., 1982, vol 128, №1, p.112-115.
- 12. H.O. Andersen, P. Holm, B.F. Hansen et al. Relative importance, of ischemic injury on the development of transplant arteriosclerosis in rabbit aortic allografts // Transplantation. 1995. 60. № 7. P. 631 –
- 13. K. Sibley. Histopatology of chronic rejection // Late graft loss/ed. Touraine J.L., Traeger J., Betuel H. et al.- Dordrecht/Boston/London. 1997. p. 13-23.
- 14. R.A. Fisher, J.W. Alexander, Management of the multiple organ donor. Clinic. Transplant.. 1992. vol. 6. 328-335.
- 15. R.C. Mackersie, O.L. Bronsther, S.R. Shackford, Organ procurement in patients wiyh fatal head injuries. The fate of the potential donor. Ann. Surg., 1991, vol.213, suppl. 2,p. 143-150.
- 16. W.A. Baumgartner, Evaluation and management of the heart donor. In: Heart and Heart Lung Transplantation. Ed.: W.A. Baumgartner, B.A. Reitz, S.C.Achuff. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1990, p. 86-102.

# Анализ деятельности приемного отделения ГКБ №5 г. Алматы по оказанию экстренной помощи больным с патологией челюстно-лицевой области

Садыков Б.Н., д.м.н., главный врач ГКБ №5, Аханов С.А., к.м.н., заведующий приемным отделением

#### Актуальность проблемы

Воспалительные процессы и травмы челюстно-лицевой области (ЧЛО) относятся к социально значимым болезням. Если воспалительные процессы указанных областей находятся на первом месте по обращаемости больных (1), то второе место занимают травмы (2). Гнойно-воспалительные процессы и их осложнения являются факторами риска для развития и обострения сердечнососудистой патологии, ряда аллергических и инфекционных болезней, заболеваний эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта и соединительной ткани и пр. Лечебно-профилактическая помощь таким пациентам должна быть оказана безотлагательно, своевременно, качественно и круглосуточно, независимо от территориальной подчиненности.

В г. Алматы такую круглосуточную медицинскую службу осуществляют врачи приемного отделения ГКБ №5.

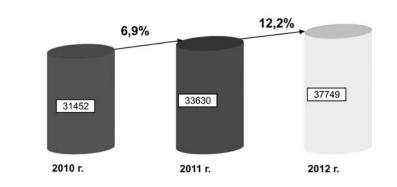
В задачу врачей приемного отделения также входит госпитализация плановых больных с доброкачественными новообразованиями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями, ЧЛО, невритом и невралгией тройничного нерва и т.д.

В целях координации лечебнопрофилактической работы, улучшения преемственности в обслуживании больных врачи приемного отделения извещают органы управления здравоохранения и некоторые другие органы обо всех чрезвычайных ситуациях, связанные с поступившими больными.

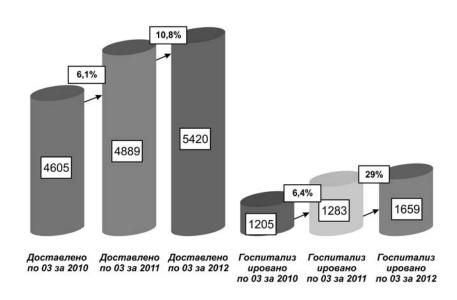
Анализ основных количественных показателей работы приемного отделения за 2010-2012 гг. В таблице приведены показатели работы приемного отделения в сравнении за 2010-2012 г.г. (в это число входит обращений больных по заболеваниям и ЛОР органов).

По сравнению с предыдущими годами число госпитализированных в 2012 году (диаграмма 1) увеличилилось на 7,4% (12 718 больных), а число обратившихся больных (диаграмма 2) выросло на 12,2% (37 749 больных). Увеличение количество обращений связываем с ростом населения г. Алматы и области, притоком больных из других регионов РК, приезжих из других стран. Также за счет увеличение обращаемости по амбулаторным случаям. Амбулаторные случаи такие, как острый гнойный периостит, пародонтальный абсцесс, не осложненные случаи затрудненного прорезывания зуба мудрости направляются к

Сравнительная характеристика обращений за 2010 - 2012 гг.



Сравнительная характеристика больных доставленных по скорой медицинской помощи и госпитализированных в ГКБ №5



нам. Так, например, за 2012 год только с обострением хронического периодонтита обратилось 1125 больных, эти случаи амбулаторные. Врачи частных клиник не хотят лечить пожилых людей, инвалидов, не обеспеченных слоев населения, студентов, детей, безработных. Другой причиной роста заболеваемости является позднее обращение больных за медицинской помощью, что приводит, в том числе к утяжелению процесса.

В связи с введением в январе 2010 года Единой национальной системы здравоохранения РК, на 62% увеличилось число госпитализации на плановые оперативные вмешательства. Больные стали поступать на лечение из всех регионов Казах-

Таблица 1. Показатели работы приемного отделения ГКБ №5 за 2010-2012 г.г.

Nº		год обрац	% соотн.		
п/н	Общая группа больных	2010	2011	2012	в сравн.
1.	Обратилось всего	31 452	33 630	37 749	+12,2
	Госпитализировано	11 521	11 837	12 718	+7,4
2.	из них в экстренном порядке	9 934	10 011	10 125	+1,1
	в плановом порядке	1 510	1 712	2 784	+62
3.	Доставлено по скорой медицинской помощи	4 605	4 889	5 420	+10,8
J.	из них госпитализировано	1 205	1 283	1 659	+29,3
4.	Направлено из поликлиник г. Алматы	4 985	5 657	7 250	+28
5.	Направлено из др. учреждений	692	772	895	+15,9
6.	Самообращений	21 862	23 084	24 184	+4,7

Таблица 2. Основные нозологические формы заболеваний больных, госпитализированных в ЧЛО ГКБ №5 г. Алматы за 2010-2012г.г.

Nº	Нозологические формы	год обра	щения болі	ьных	% соотн.
п/н	Позологические формы	2010	2011	2012	в срав.
1.	Одонтогенная флегмона и аденофлегмона	285	312	352	+12,8
2.	Одонтогенный абсцесс	3 326	3 425	3 575	+2,8
3.	Неодонтогенный абсцесс	1 112	1 250	1 371	+11
4.	Одонтогенный остеомиелит	1 374	1 452	1 526	+5
5.	Медиастинит	3	3	4	+33,3
6.	Одонтогеный гайморит	268	282	312	+10,6
7.	Заболевания слюнных желез	98	115	143	+14,7
8.	Перелом нижней челюсти	1 527	1 630	1 725	+5,8
9.	Перелом скуловой кости и дуги	214	251	276	+9,9
10.	Перелом верхней челюсти	14	21	32	+33.3
11.	Раны ЧЛО	2 921	3025	3 126	+3,3

стана, что повлияло на рост общего числа госпитализированных больных. Отмечаем как положительный факт возможность свободного выбора лечебного учреждения для получения высокоспециализированной помощи населением. В этой связи в больнице осуществлен ряд мероприятий, связанных с использованием интернет-технологий и формированием базы данных, содержащих сведения для формирования электронной карты больного и т.д.

В 2012 г., по сравнению с предыдущими годами увеличилась обращаемость по скорой медицинской помощи на 10,9% (5420 больных), из них госпитализировано 1659 больных, что на 29% было выше предыдущих лет. В 2010 г. по скорой медицинской помощи доставлено 4605 больных, из них были госпитализированы 1205 больных, а в 2011г. было доставлено 4 889 больных, госпитализировано 1 283 (диаграмма 3).

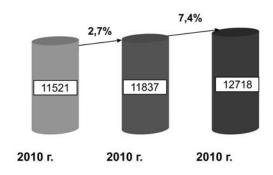
Число обратившихся больных в порядке самообращения (диаграмма 4) за 2010г. и 2011 г., соответственно, составило 21 862 и 23084 человек, а в 2012 году этот показатель увеличился на 4,7% (24 184 больной).

Основные нозологические формы по воспалительным процессам, травмам и другим нозологиям ЧЛО приведены в таблице 2, по которым можно заметить рост почти по всем указанным заболеваниям, за исключением одонтогенного и неодонтогенного абсцесса, болезни слюнных желез, пере6лома верхней челюсти.

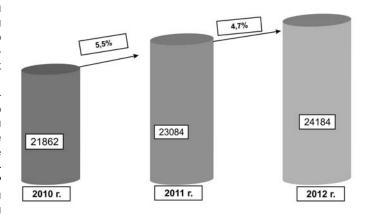
Обращение с одонтогенными гнойно-воспалительными процессами ЧЛО увеличилось на 12,8%. Необходимо отметить, что больные с прогрессирующим течением флегмон ЧЛО имели, как ярко выраженное местное проявление, так и общую клиническую картину. Чаще наблюдалось вовлечение в процесс нескольких анатомических пространств, с подъемом температуры тела до  $40^{\circ}$  и более, с увеличением лейкоцитов в периферической крови до  $12,0-16,0-10^{\wedge}/л$ , СОЭ 50 мм/ч, с резким сдвигом нейтрофилов влево.

В то же время после перенесенных острых инфекционных

Сравнительная характеристика госпитализаций за 2010 - 2012 гг.



Сравнительная характеристика больных обратившихся в приемное отделение ГКБ №5 самостоятельно



заболеваний и при сопутствующей патологии (сахарный диабет, гипотиреоз, болезни сердечнососудистой системы, почек, печени) местные симптомы гнойно-воспалительных процессов нарастали постепенно. Выраженность общих реакций организма не соответствовала вирулентности инфекционного процесса, в частности его распространенности, объему поражения тканей.

Для одонтогенных гнилостно-некротических флегмон, в возникновении которых ведущая роль принадлежит облигатным и факультативным анаэробам, характерным являлось быстрое развитие заболевания с резко выраженной интоксикацией организма, что оказывает реальную угрозу распространения гноя не только на смежные анатомические области, но и также в полость черепа, средостению. Так, у 3 больных одонтогенный гнойно-воспалительный процесс осложнился медиастинитом.

Во всех случаях был соблюден принцип гнойной хирургии – «ubi pus, ibi evacuo» - вскрытие гнойного очага с удалением «причинного зуба» и с дренированием или диализом раны, назначением комплексной консервативной терапии.

Назначение антибактериальной терапии в приемном отделении осуществлялось с учетом обобщенных литературных данных изучения чувствительности возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний к антибиотикам. Согласно чему к препаратам выбора первого ряда относятся ампициллин, пенициллин, ванкомицин, амоксициллин, эритромицин, бисептол и т.д. При назначении антибактериальных препаратов больным с флегмонами анаэробного характера ориентировались на сводные данные В.В. Теца (3) (метронидазол и его производные, левомицетин, пенициллин, ампициллин, цефокситин, тетрациклин и клиндамицин и т.д.). При тяжелом течении заболевания антибиотики применяли в ударных дозах и только парэнтерально.

Далее, на этапе стационарного лечения антибактериальную терапию проводили с учетом результата бактериологического исследования и его чувствительности к антибактериальным препаратам. При гнойно-воспалительных процессах в приемном отделении взято 111 проб на флору и чувствительности к антибиотикам, при патологиях гортаноглотки взято 485 проб.

В 2012 г. количество травм ЧЛО в целом увеличилось на 4,9%. С переломом нижней челюсти в 2010г. и 2011г., соответственно, пролечились 2 921 и 3025 человек, а в 2012 г., с этим диагнозом были доставлены 3 126 человек, что выше предыдущих показателей на 3,3%.

С переломом скуловой кости и дуги пролечились 214 больных в 2010г. и в 2011г. – 251 больной. В 2012г. с этим диагнозом было госпитализировано 276 больных, рост числа больных составил 5,8% и т.д.

Обращает внимание рост числа больных с рвано-ушибленными, резанными, колотыми, укушенными и т.д. ранами ЧЛО. Внимания заслуживают раны сообщающиеся с полостью рта, с отсроченной вторичной хирургической обработкой, обширные раны лица и раны, с образованием дефекта на лице и в связи с чем проводилась пластика местными тканями. С целью профилактики развития воспалительного процесса указанная категория больных лечилась стационарно.

Среди контингента стационарных больных превалирует группа трудоспособного возраста от 25 до 50 лет. У части больных, имелись сочетанные соматические заболевания (печени, почек, сердечнососудистой и эндокринной системы, крови), что утяжеляет течение основного заболевания и увеличивает продолжительности койко-дня. При наличии указанных выше заболеваний, особенно сахарного диабета пребывание в стационаре увеличивается на 8.6±1.05 дней больше.

Связь с другими лечебно-профилактическими учреждениями. Работа приемного отделения тесно связана с работой стационарных отделений больницы и кафедр, базирующихся в клинике, при необходимости сложные и тяжелые больные консультируются заведующими отделениями, заведующими кафедр госпитальной хирургии и усовершенствования врачей. Врачи приемного отделения оказывают специализированную

медицинскую помощь по вызову в других лечебных учреждениях города нетранспортабельным больным с патологией челюстно-лицевой области. Согласно приказу №33 по инфекционному контролю, на все инфекционные заболевания подаются экстренные извещения в городскую дезинфекционную станцию. Согласно форме №60 передано извещений по 19 осложнениям, по эпидемическому паротиту – 10, по факту укуса домашними животными или дикими грызунами – 190, введено антирабического иммуноглобулина 1 770 мл, антирабической вакцины 647 доз.

При нарушениях целостности кожных покровов, при огнестрельных ранениях и ожогах вводилась АДСМ-2 266 доз, ПСС – 1 700 доз.

Анализ работы дневного стационара, подразделения приемного отделения ГКБ №5 за 2012 год. Дневной стационар при приемном отделении был образован в январе 2010 года на 5 коек. Роль специализированных дневных стационаров в условиях нынешнего времени бесспорна, поскольку койко-место дневного стационара менее затратно, а в тоже время освобождаются койки в круглосуточном стационаре для больных, нуждающихся в продолжительном лечении. Данная форма лечении без отрыва от производства удобна и по мнению больных.

В 2012 году по государственному заказу в дневном стационаре приемного отделения было пролечено 247 пациентов, количество проведенных койко-дней составил  $0.81\pm1.262$  дня. Из них больных по ЛОР патологий было 242 больных, по заболеванию ЧЛО — 5 больных. Больные на лечении в дневном стационаре находились исключительно с гнойно-воспалительными процессами по следующим нозологиям: острый синусит — 16; хронический синусит — 83; острый отит — 22; хронический отит — 37; хронический ларингит — 14; острый кохлеарный неврит — 5; острый перикоронорит — 2; фурункул лица — 3.

#### Выводы

Подводя итоги проделанной лечебно-профилактической работы по основным показателям можно заключить, что уровень заболеваемости населения г. Алматы по ЧЛО не снижается, потребность по неотложной помощи из года в год возрастает.

В сложившиеся ситуации и с учетом результатов функционирования отделения по оказанию неотложной помощи, можем сказать, что на переднем фланге лечебно-профилактической работы отделения стоит врач — челюстно-лицевой хирург, который оказывает первичную специализированную и высокоспециализированную помощь населению. В этой связи перед нами возникает необходимость реализации следующих задач:

- 1. Осуществление регулярного последипломного совершенствования квалификации врачей челюстно-лицевых хирургов приемного отделения, пополнение штата сотрудников приемного отделения отвечающими современным требованиям конкурентоспособными молодыми специалистами.
- 2. Подготовка квалифицированных специалистов среднего, младшего медицинского персонала для обеспечения работы челюстно-лицевых хирургов в приемном отделении.
- 3. На основании анализа причин и факторов возникновения заболеваний ЧЛО у больных, проходящих через приемное отделение, разработка методологических подходов по снижению заболеваемости совместно с амбулаторным звеном здравоохранения и внедрение современных технологий, способствующие повышению качества первичной специализированной и высокоспециализированной помощи.

#### Список использованной литературы:

- 1. Дмитриева Н.А. Гнойно-воспалительные осложнения челюстно-лицевой области, структура их возбудителей и возможные пути профилактики: Дис ... канд. мед. наук. - М., 1993.-111с.
- 2. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. М. Медицина.-1996.-687с.
- 3. Тец В.В. Микроорганизмы и антибиотики. СПб. КЛЕ Т.-2006.-128 с.- пятый выпуск.

# Прогнозирование развития гнойно-септических осложнений после реконструктивно-восстановительных вмешательств на толстой кишке

Бойко В.В., Шевченко А.Н., Лыхман В.Н., Маметкулыев Б.Р, Балтаев М.А., Москаленко А.В., Клименко В.П., Багиров Н.В.

Харьковский национальный медицинский университет.

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

Резюме. Исследованы некоторые механизмы действия предлагаемого лечения, включающего интраоперационное эндолимфатическое введение антибактериальных препаратов и прогностические критерии оценки его эффективности. Изучалась активность гидролитических ферментов в плазме и форменных элементах крови больных. Больные были разделены на две группы: основную составили 17 больных, получивших интраоперационное введение антибактериальных препаратов эндолимфатически, в контрольную группу вошли 15 больных, получивших в послеоперационном периоде стандартную антибиотикотерапию. Значения коэффициентов, отражающих сбалансированность в системе протеиназа-ингибитор а также коэффициентов, отражающих активность энергетических процессов в плазме периферической крови пациентов можно использовать в качестве прогностических критериев развития гнойно-септических осложнений течения послеоперационного периода после реконструктивновосстановительных операций на толстой кишке.

Ключевые слова: реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке, активность гидролитических ферментов, прогностические критерии развития гнойносептических осложнений.

Проблема профилактики послеоперационных гнойных осложнений в абдоминальной хирургии до настоящего времени остается актуальной. Это в значительной степени связано с тем, что с возрастанием числа сложных операций с применением современных технологий увеличивается объем и продолжительность оперативных вмешательств, повышаются травматичность тканей и кровопотеря, которые способствуют развитию послеоперационных инфекционных осложнений [3]. Несмотря на повышение техники оперативных вмешательств и внедрение системы профилактических мероприятий, частота послеоперационной раневой инфекции при операциях на органах брюшной полости продолжает оставаться высокой. Так, число послеоперационных гнойных осложнений в плановой абдоминальной хирургии составляет 6-8%; при этом, если при «чистых» операциях гнойные осложнения развиваются в 0,8-2%, то при «загрязненных» или контаминированных количество нагноений ран увеличивается до 20% [3 - 9]. Большое число (68%) послеоперационных гнойно-септических осложнений наблюдается при хирургических вмешательствах на толстой кишке [6]. Наиболее тяжелым осложнением в абдоминальной хирургии является перитонит, частота развития которого колеблется от 3 до 70%, а летальность при этом достигает 20% [4,5,10].

При операциях на толстой кишке гнойно-септические осложнения развиваются сравнительно чаще, чем при операциях на других органах брюшной полости — желудке, желчных путях [1]. Это связано с техническими трудностями формирования анастомоза из-за анатомических особенностей строения толстой кишки (неровность поверхности, малая толщина стенки, особенности кровоснабжения), а также высокой микробной

обсемененностью просвета толстой кишки. Если ранее вопрос о целесообразности применения антибиотиков с профилактической целью в абдоминальной хирургии широко дискутировался, то в настоящее время большинство исследователей пришли к выводу о необходимости и важности применения данного метода [1,2,4,7]. Сегодня антибактериальная профилактика послеоперационных инфекционных болезней – обычная часть хирургической практики при чисто—загрязненных операциях, а также при некоторых чистых процедурах [5].

Под профилактическим применением антимикробных препаратов в хирургии следует понимать предупреждение послеоперационных инфекционных осложнений путем дооперационного (периоперационного) назначения лекарственных средств, обладающих широким спектром антимикробного действия, охватывающих предполагаемые возбудители в оперируемом органе и операционной ране (по завершении оперативного вмешательства) и обеспечивающих создание концентраций в тканях, достаточных для подавления инфицирующей микрофлоры [8]. Нейтрофильные гранулоциты и моноциты, являющиеся основными в количественном отношении клеточными популяциями в периферической крови человека, в настоящее время принято рассматривать как важное звено в единой функциональной системе противоопухолевой защиты организма Найдена их тесная взаимосвязь с патогенезом злокачественного роста и выраженной дисфункции у онкологических больных, заключающейся в снижении их фагоцитоза и хемотаксиса. С другой стороны, нейтрофилам принадлежит главная роль при уничтожении внеклеточных пиогенных микроорганизмов [3, 6, 9, 10]. Определение активности протеолитических ферментов и их ингибиторов в крови больных предлагается использовать в качестве дополнительных тестов, характеризующих степень активации клеток, участвующих в иммунном ответе, а также для контроля эффективности проводимого лечения.

#### Материалы и методы

Для выяснения некоторых механизмов действия предлагаемого лечения, включающего интраоперационное эндолимфатическое введение антибиотиков и выявления прогностических критериев оценки эффективности его действия мы изучали активность гидролитических ферментов в плазме и форменных элементах крови больных основной группы. У пациентов контрольной группы антибиотикотерапия проводилась по традиционным методикам.

Больные были разделены на две группы: основную составили 17 больных, получивших интраоперационное введение антибиотиков эндолимфатически, в контрольную группу вошли 15 больных, получивших в послеоперационном периоде стандартную антибиотикотерапию. В обеих группах в 32 случаях колостомы были сформированы после обструктивных резекций толстой кишки по поводу опухолевых поражений.

Исследована кровь больных до и после выполнения реконструктивных операций. У 7 больных контрольной группы в

послеоперационном периоде отмечались различные гнойносептические осложнения (свищи, нагноения послеоперационной раны), поэтому мы разделили эту группу на две подгруппы; больные, которые закончили лечение без осложнений, и больные, которые имели осложнения. В плазме определяли: гемоглобинолитическую активность катепсина Д, общую антитриптическую активность — (АТА) и активность кислотостабильных ингибиторов — (КСИ), уровень молекул средней массы — (МСМ), активности кислой (КФ) и щелочной (ЩФ) фосфатаз.

#### Результаты и их обсуждение

В плазме крови больных основной группы до начала лечения было отмечено увеличение активности катепсина Д в 1,8 раза по сравнению с показателем у здоровых лиц. Активность КСИ достоверно не отличалась от контрольных значений, при

Таблица 1. Изменения показателей протеолитической активности плазмы крови больных основной группы.

Показатели		Катепсип Д (нМ/мл)	АТА (мг.трипс./ мл)	КСИ (мг.трипс./ мл)	Коэф. Кат.Д/ АТА	Коэф. Кат.Д/ КСИ
Здоровые доноры		107,7±5,2	4,1±0,5	0,4±0,08	25,6±3,6	241,9±22,4
Больные основной группы	До лечения	186,4±7,2 <sup>1,3</sup>	4,8±0,45 <sup>1,3</sup>	0,44±0,07 <sup>3</sup>	4,1±3,3¹	568,6± 27,5 <sup>1,2,3</sup>
	После лечения	120,3±4,7 <sup>2,3</sup>	4,3±0,5 <sup>3</sup>	0,39±0,06 <sup>1,3</sup>	26,3±3,7 <sup>3</sup>	311,7± 33,1 <sup>1,2,3</sup>

Примечание: 1 - достоверно по отношению к значениям у здоровых доноров; 2- достоверно по отношению к значениям в 1-ой подгруппе, 3 - достоверно по отношению к значениям во 2-ой подгруппе.

Таблица 2. Изменения показателей гидролитической активности плазмы крови больных основной группы.

Показатели		МСМ (усл. ед.)	КФ (нмоль/с.л)	ЩФ (мккаг/л)	Коэф. КФ/ ЩФ
Здоровые доноры		0,22 ±0,03	111,5±17,5	1,0 ±0,1	104,9 ±8,3
Больные основной	До лечения	0,29 ±0,03 <sup>1,3</sup>	69,1±7,7 <sup>1,3</sup>	1,6 ±0,1 <sup>1,3</sup>	49,7 ±5,3 <sup>1,3</sup>
группы	После лечения	0,24 ±0,02 <sup>2,3</sup>	97,6 ±11,3 <sup>2,3</sup>	1,1 ±0,1 <sup>2</sup>	87,6 ±8,5 <sup>2,3</sup>

#### Примечание:

- 1 достоверно по отношению к значениям у здоровых доноров;
- 2 достоверно по отношению к значениям в 1-ой подгруппе;
- 3 достоверно по отношению к значениям во 2-ой подгруппе.

Таблица 3. Изменения показателей протеолитической активности плазмы крови больных контрольной группы.

Показатели		КатепсинД (нМмл)	АТА мг.трипсипн/ мл	КСИ (мг. трип- син/мл)	Коэф. Кат. Д/ ATA	Коэф. Кат. Д/ КСИ
Контрольная группа	До лечения	195,3±8,5 <sup>1,3</sup>	5,0±0,3 <sup>1,3</sup>	0,33±0,07 <sup>3</sup>	36,5 <sup>1</sup> ±4,6	629,5±29,8 <sup>1,3</sup>
(без осложнений (1 подгруппа)	После лечения	129,6±4,2 <sup>1,3</sup>	4,7±0,3	0,37±0,05	29,4±3,1 <sup>3</sup>	387,5±24,7 <sup>1,3</sup>
Контрольная группа	До лечения	259,6±8,4 <sup>1,2</sup>	7,5±0,6 <sup>1,3</sup>	0,87±0,05 <sup>1,2</sup>	34,4±3,1 <sup>1</sup>	1011,4±37,3 <sup>1,2</sup>
(с осложнениями 2 подгруппа)	После лечения	179,6±7,2 <sup>1,2</sup>	5,4±0,4 <sup>1</sup>	0,4±0,05	33,7±3,8 <sup>1,2</sup>	609,2±25,6 <sup>1,2</sup>

Примечание: 1 - достоверно по отношению к значениям у здоровых доноров:

- 2- достоверно по отношению к значениям в 1-ой подгруппе;
- 3 достоверно по отношению к значениям во 2-ой подгруппе.

этом АТА была увеличена на 20% относительно показателя у здоровых лиц. Коэффициенты кат. Д/АТА и кат. Д/КСИ, характеризующие взаимоотношения в системе протеиназа-ингибитор, в плазме крови больных основной группы были соответственно в 1,5 и 2,3 раза выше, чем у здоровых лиц (табл 1). Активность кислой фосфатазы и коэффициент КФ/ЩФ в плазме крови больных этой группы были в 1,4 и 2,1 раза ниже, чем у доноров, активность ЩФ была повышена в 1,5 раза. Показатель эндогенной интоксикации молекулы средней массы были повышены в плазме крови больных основной группы на 62%. В плазме крови больных контрольной группы, которые не имели осложнений, до начала лечения активность катепсина Д была повышенной в 1,8 раза по сравнению со здоровыми донорами. Изменение активности ингибиторов было разнонаправленным: активность АТА превышала контрольные значения на 22%, а КСИ, напротив, была ниже на 29%. В этой связи коэффициенты

кат. Д/АТА и кат. Д/КСИ превышали показатели у здоровых лиц в 1,5 и 2,4 раза соответственно (табл 2). Активность кислой фосфатазы и коэффициент соотношения КФ/ ЩФ в плазме крови больных этой подгруппы 2 группы были на 36% и в 2 раза соответственно ниже показателей у здоровых лиц, а активность щелочной фосфатазы, напротив, выше на 60%. Концентрация молекул средней массы в плазме крови этих больных превышала контрольные величины на 67%.

В целом показатели гидролитической активности в плазме крови больных основной группы и подгруппы (без осложнений) из контрольной группы достоверно не отличались друг от друга.

Так активность катепсина Д была в 2,4 раза выше, чем у здоровых лиц. При этом отмечалось повышение активности ингибиторов протеаз: АТА была на 78%, а КСИ - в 2,2 раза выше нормативных показателей. В этой связи коэффиценты кат.Д/АТА и кат.Д/КСИ были на 36% и в 4 раза выше, чем у здоровых доноров. Активность кислой фосфатазы в плазме крови этих больных была в 2,4 раза ниже, а щелочной, напротив, в 2,6 раза выше нормативных значений. При этом, коэффициент КФ/ЩФ снизился в 6,2 раза (табл. 2). Очевидно, что уже до начала лечения в плазме крови больных двух подгрупп контрольной группы имелись выраженные отличия. Так, КСИ в плазме крови больных 2 подгруппы, т.е. имевших осложнения, был достоверно в 2,8 раза выше, чем у больных 1 подгруппы (закончивших лечение без осложнений). Коэффициент кат. Д/КСИ в 1 подгруппе в этой связи был на 60% ниже, чем у больных 2 подгруппы. В 2,8 раза у больных 1 подгруппы был выше коэффициент КФ/ЩФ. Уровень МСМ в подгруппе больных, имевших осложнения.

Таблица 4. Изменения показателей гидролитической активности плазмы крови больных контрольной группы.

Показатели		МСМ усл. ед.	КФ нмоль/с.л	ЩФ (мккат/л)	Коэф. КФ/ЩФ	
Контрольная группа	До лечения	0,34±0,03 <sup>1,3</sup>	71,6±7,3 <sup>1,3</sup>	1,8±0,2 <sup>1,3</sup>	42,6±4,7 <sup>1,3</sup>	
без осложнений (1-подгруппа)	После лечения	0,27±0,02 <sup>1,3</sup>	81,9±6,7 <sup>3</sup>	1,4±0,2 <sup>1</sup>	59,9±5,8 <sup>1,3</sup>	
Контрольная группа с осложнениями	До лечения	0,42±0,07 <sup>1,2</sup>	42,2±3,9 <sup>1,2</sup>	2,4±0,6 <sup>1,2</sup>	14,4±1,5 <sup>1,2</sup>	
(2-ая подгруппа)	После лечения	0,39±0,06 <sup>1,2</sup>	55,7±5,9 <sup>1,2</sup>	1,7±0,3	46,2 ±4,8 <sup>1,2</sup>	

был изначально выше на 26,5%, чем у больных, которые закончили лечение без гнойно-септических осложнений.

Поскольку показатели в плазме крови больных основной группы и 1 подгруппы контрольной группы до начала лечения достоверно не отличались друг от друга, то эти показатели, а именно: коэффициенты кат. Д/КСИ и КФ/ЩФ. а также МСМ можно считать прогностическими критериями развития гнойно-септических осложнений. После проведенного лечения в плазме крови больных основной группы отмечена нормализация всех исследуемых показателей. В плазме крови больных контрольной группы, которые закончили лечение без осложнений, имелась выраженная тенденция к нормализации многих исследуемых показателей. Так, активность катепсина Д после лечения снижалась на 30,7%, однако оставалась на 24,7% выше, чем у здоровых лиц и больных основной группы. Активность ингибиторов достоверно не отличалась от показателей у здоровых лиц, коэффициенты кат. Д/АТА и кат. Д/КСИ снизились на 30% и 63% соответственно относительно показателей до начала лечения, но оставались на 14% и 55% соответственно выше, чем у здоровых доноров. Активность кислой фосфатазы в этой подгруппе больных после лечения имела выраженную тенденцию к нормализации, однако, оставалась на 28,3% ниже, чем у здоровых лиц.

Активность щелочной фосфатазы после лечения снизилась на 23% и была на 30% выше нормативных показателей. Коэффициент КФ/ЩФ увеличился на 30%. но оставался сниженным на 37%. Уровень МСМ после лечения снизился на 21% относительно фона и оставался на 38% выше значений у здоровых доноров.

В подгруппе больных контрольной группы, у которых возникли осложнения гнойно-септического характера, после лечения коэффициент кат. Д/КСИ имел тенденцию к снижению, однако оставался в 2 раза выше, чем у больных основной группы и в 1,6 раза выше, чем у больных подгруппы (без осложнений). Коэффициент кат. Д/АТА в плазме крови этих больных не изменялся и оставался на 33% выше, чем у больных основной группы. После лечения в плазме крови больных, окончивших лечение с осложнениями, коэффициент КФ/ЩФ оставался на 84% и 30% ниже, чем у больных основной группы и подгруппы (без осложнений). Не изменялся уровень МСМ у этих больных после лечения, и он был на 86% и 41% больше, чем у больных сравниваемых групп соответственно (табл. 4).

Таким образом, значения коэффициентов, отражающих сбалансированность

в системе протеиназа-ингибитор (кат. Д/АТА и кат. Д/КСИ), а также коэффициентов, отражающих активность энергетических процессов (КФ/ЩФ) в плазме периферической крови пациентов можно использовать в качестве прогностических критериев развития гнойно-септических осложнений течения послеоперационного периода после реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке.

#### Литература

- 1. Ананьев В.С., Кулушев В.М., Залит Н.Ю. Иммунологическая коррекция препаратом Галавит у больных колоректальным раком. Рос. биотерапевтич. журн. 2006; 2 (3): 68–72.
- 2. Винницкий Л.И., Бунятян К.А., Инвиева Е.В., Никода В.В. Особенности иммунного статуса у хирургических больных в послеоперационном периоде. Аллергология и иммунология. 2001; 2 (2): 36.
- 3. Гришина Т.И. Клиническое значение нарушений иммунитета при хирургических вмешательствах. Обзор литературы. Андрология и генитальная хирургия. 2000; 2: 14—16.
- Нифантьев О.Е., Пац А.С., Давыдова Н.И. Реконструктивные и восстановительные операции на толстой кишке // Хирургия, № 10, 1994. С. 35-36.
- Рудин Э.П. Отдаленные результаты лечения восстановительно-реконструктивных операций у больных с колостомой //Хирургия, №4,1986. С.59-62.
- 6. Станулис А.И., Гришина Т.И., Гольдберг А.П. и др. Клиникоиммунологическая эффективность применения Галавита в ходе комплексной послеоперационной терапии у больных с распространенными формами острого перитонита. В кн.: Галавит. Клиническое использование и механизмы действия. М., 2002; С. 45–48.
- Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П. Иммунодефицит в хирургической гастроэнтерологии. Вестник хир. гастроэнтерологии. 2008; 2: 40–46.
- 8. Шевола Д., Дмитриева Н. Антибиотикопрофилактика в медицинскойпрактике. М., 1999. 128 с.
- Scevola D., Marone P. Flora intestinale e salute dalla microbiologia alia clinica. Milano, 2000. P. 120.
- Schimpff S.C. Infections in the Cancer Patient Diagnosis, Prevention and Treatment // Mandel, Douglas and Bennet's Principles and Practice of Infectious Disease /Eds: G.L.Mandell, J.E.Bennett, R.Dolin. 4-th ed., 2005. P.2666 - 2675.

Predicting the development of septic complications after reconstructive operations on the colon

Kharkiv national medical university.

State Institution "Institute of General and Emergency Surgery V.T Zaitseva of NAMS of Ukraine."

Boyko V.V., Shevchenko, A.N., Lyhman V.N., Mametkulyyv B., Baltaev M.A.,

Moskalenko A.V., Klimenko V.P., Bagirov N.V.

Summary. Investigated some of the mechanisms of action of the proposed treatment, including intraoperative endolymphatic introduction of antibacterial drugs and prognostic criteria for evaluating its effectiveness. We studied the activity of hydrolytic enzymes in the plasma and formed elements of the blood of patients. The patients were divided into two groups: primary comprised 17 patients who received intraoperative administration of antibacterial agents endolymphatically in the control group consisted of 15 patients who received a standard postoperative antibiotic therapy. The values of coefficients reflecting the balance in the protease-inhibitor as well as factors that reflect the activity of energy processes in the peripheral blood plasma of patients can be used as prognostic criteria for the development of septic complications during the postoperative period after reconstructive operations on the large intestine.

Keywords: reconstructive surgery on the colon, activity of hydrolytic enzymes, prognostic criteria for the development of septic complications.

## Результаты лечения острой спаечной кишечной непроходимости

Евтушенко Д.А.

Харьковский национальный медицинский университет ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины»

Резюме. Профилактика спаечного процесса одна из ведущих задач практической хирургии. Количество больных острой спаечной кишечной непроходимостью (ГСКН) составляет 3,5% общего числа хирургических больных в стационаре. За последние 20 лет частота возникновения ГСКН увеличилось в 1,9 раза.

Прооперировано 92 больных ОСКН, среди них 58 мужчин и 34 женщины. Впервые госпитализированы в связи с ОСКН 22,1% больных, во второй - 23,8%, 51,9% - больные, госпитализированы более двух раз. У 38 (41,3 %) больных в анамнезе более 1 лапаротомии.

Оперативное лечение выполнялось в случаях неэффективности консервативной терапии. Изучены результаты следующих видов оперативного лечения ОСКН: тотальный висцеролиз выполнено 52 (56,5%) больным, частичный висцеролиз - 29 (31,6%) больным, 11 (11,9%) больным дополнительно наложен обходной спаечные конгломераты межкишечный анастомоз в связи с невозможностью разъединения спаечного конгломерата.

Спаечный процесс локализуется в зоне оперативного вмешательства. После ургентных оперативных вмешательствах в связи с ОСКН у 19,6% больных наблюдался рецидив ОСКН. Улучшение результатов лечения этой группы больных заключается в уменьшении травматичности оперативного вмешательства, то есть предпочтение отдавать локальному висцеролизу и бережному отношению к тканям, при необходимости наложение обходного спаечные конгломераты межкишечного анастомоза, а также с целью профилактики спайкообразования использование барьерных средств.

#### Введение

Профилактика спаечного процесса одна из ведущих задач практической хирургии. Вследствие развития новых технологий, в последние годы активно разрабатываются и внедряются в клиническую практику различные барьерные противоспаечные средства. С одной стороны, эти препараты разделяют раневые поверхности на время, необходимое для регенерации травмированной брюшины, предупреждает их консолидацию, склеиванию фибрином и спайкообразованию, с другой стороны, травмированная брюшина покрывается защитным слоем, который способствует ее регенерации. Количество больных острой спаечной кишечной непроходимостью (ГСКН) составляет 3,5% общего числа хирургических больных в стационаре. За последние 20 лет частота возникновения ГСКН увеличилось в 1,9 раза.

По данным Международного общества изучения спаек (International Adhesion Society) послеоперационный спаечный процесс в брюшной полости является самым частым осложнением абдоминальных хирургических вмешательств. По поводу спаечной болезни ежегодно в хирургических отделениях лечится 1% прооперированных ранее больных, у 50% из которых развивается острая кишечная непроходимость с послеоперационной летальностью от 10 до 15 %.

По данным литературы, у 55-70% пациентов, после абдоминального хирургического вмешательства развивается спаечный процесс в брюшной полости, способен привести к такому грозному осложнению, как острая спаечная кишечная непроходимость (В.М. Тимербулатов и др., 2002; А.Г. Бебуришвилы и др., 2007; D. Menzies et al., 2006). Рецидивы ОСКН после адгезиолизиса составляет 20,3 - 71,0% больных. Послеоперационная летальность у больных ГСКН колеблется в пределах от 13 до 60%.

Острая спаечная кишечная непроходимость разрешается у 52,0 - 69,8% больных путем консервативного лечения. При хирургическом лечении ОСКН сохраняется угроза рецидива спаечной болезни брюшины и ОСКН.

К настоящему времени до конца не решен вопрос этиопатогенеза спайкообразования, отсутствуют эффективные средства профилактики возникновения спаек, в связи, с чем отсутствуют стандартные подходы к лечению ОСКН.

#### Цель и задачи

Изучить результаты лечения больных ОСКН в отдаленном периоде в зависимости от объема висцеролиза.

#### Материалы и методы

Прооперировано 92 больных ОСКН, среди них 58 мужчин и 34 женщины. Впервые госпитализированы в связи с ОСКН 22,1% больных, во второй - 23,8%, 51,9% - больные, госпитализированы более двух раз. У 38 (41,3 %) больных в анамнезе более 1 лапаротомии.

Оперативное лечение выполнялось в случаях неэффективности консервативной терапии. Изучены результаты следующих видов оперативного лечения ОСКН: тотальный висцеролиз выполнено 52 (56,5%) больным, частичный висцеролиз - 29 (31,6%) больным, 11 (11,9%) больным дополнительно наложен обходной спаечные конгломераты межкишечный анастомоз в связи с невозможностью разъединения спаечного конгломерата.

При выявлении в брюшной полости выраженного спаечного процесса и конгломерата из воспаленных и инфильтрированных кишечных петель локализованных на уровне средних отделов тонкой кишки тотальный висцеролиз было выполнить невозможно. Поэтому после локального висцеролиза тонкой кишки на протяжении 1 м от связки Трейца мобилизовали участок тонкой кишки выше инфильтрата на 15см. Выделяли на поперечноободочной кишке участок 4см и накладывали еюнотрансверзоанастомоз бок в бок на уровне tenia libera с использованием линейного сшивающего аппарата, таким образом, чтобы тонкая кишка располагалась вдоль оси поперечноободочной кишки. Тонкую кишку до анастомоза интубировали трансназальным зондом. После интубации кишки зону анастомоза дополнительно укрывают пластиной Тахокомба узловыми викриловыми швами с целью изоляции ее от брюшины (Пат.Украины № 76766).

При анализе результатов оперативного лечения ОСКН в оценке распространенности спаечного процесса мы использовали нами разработанную классификацию:

I ст. местные изменения - спаечные сращения (СС) на одном участке или сегменте органа,

II ст. - регионарные изменения - в перипроцесс вовлечены смежные органы в пределах одного этажа;

III ст. - распространенные изменения - распространение СС

в пределах двух этажей брюшной полости;

IV ст. - тотальные изменения - СС выявляются по всей брюшной полости. Чаще всего встречались больные с II и III степенями распространения СС (табл. 1).

Таблица. 1 Распределение больных в зависимости от распространения спаек

Степень распространенности спаек	Количество больных		
	Абс.	%	
I	12	7,7	
II	42	45,6	
III	31	33,7	
IV	7	13,0	
Bcero	92	100	

Отдаленные результаты лечения больных ОСКН проанализированы в сроки до 5 лет.

#### Результаты исследований и их обсуждение

В отдаленном послеоперационном периоде рецидив ОСКН возникло у 18 (19,6%) больных. Консервативными мероприятиями удалось разрешить ОСКН у 11 (11,9%) больных. Прооперировано 7 (7,6%) повторно в связи с ОСКН.

Рецидив ОСКН в течение первого года после первой операции наблюдался у 10 (10,9%) больных, в течение второго года - у 5 (5,4%), в период 3 -5 лет - у 3 (3,3%).

У 54 больных с I и II ст. распространенности спаечных сращений выполняли тотальный висцеролиз. Локальный висцеролиз применялся при III и IV ст. распространенности спаечных сращений, 13 больным дополнительно наложен обходной спаечные конгломераты межкишечный анастомоз в связи с невозможностью разъединения спаечного конгломерата. Отдаленный послеоперационный период осложнился ОСКН у 9 (9,8%) больных.

Из полученных данных видно, что при III и IV ст. распространенности спаечных сращений отдаленные результаты локального висцеролиза лучше чем тотального.

Таким образом, спаечный процесс локализуется в зоне оперативного вмешательства. После ургентных оперативных вмешательств в связи с ОСКН у 19,6% больных наблюдался рецидив ОСКН. Положительный результат при консервативного лечения ОСКН не дает уверенности в отсутствии вероятности рецидива ОСКН. Основной причиной неудовлетворительных результатов хирургического лечения является рецидив спаечной болезни брюшины. Улучшение результатов лечения этой группы больных заключается с одной стороны в уменьшении травматичности оперативного вмешательства, то есть предпочтение отдавать локальному висцеролизу и бережному отношению к тканям, при необходимости наложение обходного спаечные конгломераты межкишечного анастомоза, а также с целью профилактики спайкообразования использование барьерных средств.

#### Литература

- Баранов Г.А. Отдаленные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости /Г.А. Баранов, М.Ю. Карбовский// - Хирургия — 2006 - № 7 — с.56-60.
- Власов А.Л. Результаты анализа 64 случаев ранней спаечной непроходимости кишечника /А.Л. Власов, З.А. Хабибуллина, Д.В. Перископов/ / Башкортостана- 2003 № 4 С.
- 3. Воробьев А.А. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек / А.А. Воробьев, А.Г. Бебуришвили. Волгоград: Гос. учреждение «Издатель», 2001. 240 с.
- Лапароскопические реконструктивные вмешательства в колопрок тологии / Луцевич О.Э., Галламов Э.А., Толстых М.П. и др // Актуальные вопросы колопроктологии: Материалы 2-го съезда колопроктологов России.—Уфа, 2007.—С. 589— 590
- Липатов В.А. Спаечная болезнь брюшины как полиэтиологическое мультифакториальное заболевание / В.А. Липатов, А.Д. Мясников. // Сборник материалов Российской научной конференции с международным участием «Медико — биологические аспекты мультифакториальной патологии». В 2 — х томах.— Курск: КГМУ, 2006. — Том 1. — С. 324 — 329.
- A comparative study of postoperative adhesion formation after laparoscopic vs open cholecystectomy / Polymeneas G, Theodosopoulos T, Stamatiadis A, Kourias E// Surg Endosc – 2001 – № 15 – P. 41-43.
- Adhesions: pathogenesis and prevention panel discussion and summary. / L.Holmdahl, B.Risberg, D.E.Beck et al. // Eur.J.Surg. — 1997. — № 577. — P.56 — 62.
- Boys F. The prophylaxis of peritoneal adhesions. / Boys F. // Br J Surg — 2002. — Vol.89, №1. — P.50 — 56.

The results of treatment of acute adhesive intestinal obstruction Yevtushenko DA

Prevention of adhesions is one of the leading problems of practical surgery. The number of patients with acute adhesive intestinal obstruction (AAIO) is 3.5 % of the total number of surgical patients in the hospital. Over the past 20 years, the frequency of occurrence of the SDCS increased by 1.9 times.

AAIO operated on 92 patients, including 58 men and 34 women. First hospitalized for AAIO 22.1 % of patients in the second - 23.8 %, 51.9 % - patients who are hospitalized for more than two times. In 38 (41.3 %) patients with a history of more than 1 laparotomy.

Surgical treatment was performed in cases of failure of conservative therapy. The study involved the following types of surgery AAIO: total vistserolis performed 52 ( 56.5% ) patients , partial vistserolis - 29 ( 31.6 % ) patients , 11 ( 11.9 % ) patients additionally imposed bypass adhesions conglomerates intestinal anastomosis in connection with the impossibility of separation of adhesions conglomerate.

Adhesions localized to the area of surgery. After urgent surgical interventions in connection with AAIO in 19.6 % of patients had recurrence AAIO. Improved results of treatment of these patients is to reduce the trauma of surgery , i.e. to give preference to local vistserolis and respect to tissues , as appropriate overlay bypass adhesions conglomerates intestinal anastomosis and to prevent the use of adhesion barrier means.

## Сравнительная характеристика методов хирургического лечения больных с эхинококкозом печени

к.м.н. Бабабейли Э.Ю. Нахичеванская Республиканская Больница, Азербайджан. Медицинский Факулътет Коджаэлъского Университета, Турция

Аннотация. Представлены результаты лечения 102 больных с эхинококкозом печени. Выделены две группы больных: основная - 36 пациентов и сравнительная - 66 пациентов. Ведение пациентов основывалось на разработанном алгоритме диагностики и лечения больных с эхинококковыми кистами печени. В основную группу лечения включены чрескожная пункция и дренирование эхинококковых кист печени под ультразвуковым наведением. В группе сравнения выполнены хирургические вмешательствас трансабдоминальным доступом. После проведения обзорного ультразвукового исследования (УЗИ) выбирается траектория движения инструмента, которая может быть линейной или «ломаной». Применялась техника ПАИР-ПД, Д-ПАК для дренирования кисты, при этом использовали метод стилет-катетер.

Ключевые слова: ПАИР-пункция-аспирация-ирригация, Д-ПАК-двухэтапно-пункционно-аспирационная-кататеризация.

#### Введение

В настоящее время общепризнано, что основным и наиболее эффективным в лечении больных с эхинококковыми кистами печени (ЭКП) остается хирургический метод [1, 2]. Вместе с тем в последнее десятилетие традиционному оперативному методу лечения больных с ЭКП появилась альтернатива, основанная на малоинвазивных технологиях, заключающаяся в чрескожной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии под УЗ наведением [3,4,6]. В последние десятилетия отмечается бурный рост малоинвазивной хирургии брюшной полости и ее становление как самостоятельного направления в медицине. В последнее время значительно вырос интерес к проблеме лечения паразитарных кист печени, что обусловлено появлением современной диагностической аппаратуры и минимальноинвазивных хирургических методов.[5,7,8] В связи с этим большинство исследователей считают методом выбора в лечении данной патологии чрезкожное пунктирование или дренирование кист под контролем ультразвука и компьютерной томографии с последующим введением в ее полость склерозирующих веществ. В качестве склерозантов применяются 96% этиловый спирт, его смесь с йодом, этоксисклерол в объеме, равном 1/4 объема аспирированной жидкости. В настоящее время остается актуальным вопрос о применении современных миниинвазивных технологиий в лечении паразитарных кист печени. Следует отметить, что до настоящего времени возможность лечения кист печени пункционными способами остается предметом многочисленных дискуссий [5,7,8]. Одним из основных аргументов общих хирургов против выполнения минимально инвазивных вмешательств под контролем УЗИ при эхинококке печени является расположение кисты поверхностно, подкапсульно, внепеченочно, близко к магистральным сосудам и протокам в ткани печени и вне ее. Хирурги традиционного направления настаивают на большой лапаротомии в таких случаях. Специалисты, имеющие большой опыт минимально инвазивного лечения эхинококка под УЗ, придерживаются противоположного мнения. Именно лапаротомия и традиционные методы удаления паразитарной кисты в указанных случаях еще более чреваты осложнениями и нерадикальным выполнением операции! А закрытая эхинококкэктомия под УЗ наведением, наоборот, полностью исключает повреждение магистральных сосудов и протоков, позволяет провести радикальную девитализацию паразита и удалить его из печени независимо от его расположения в глубине ткани или поверхностно [5,7,8,9].

#### Цель исследования

заключалась в улучшении результатов хирургического лечения больных с эхинококкозом печени.

#### Материал и методы исследования

Проанализированы результаты лечения 102 пациентов с паразитарными кистами печени, которым были выполнены различные по объему оперативные вмешательства под ультразвуковым контролем за период с 2004 по 2012 гг. Все пациенты находились на стационарном лечении в хирургическом отделениях Нахичеванской Республиканской Больницы и Медицинского Факулътета Коджаэлъского Университета. Всего было прооперировано 77 (75 %) женщин и 25 (25%) мужчин с паразитарными кистами размером от 4 до 12 см в диаметре. У данной категории пациентов, учитывая тотальное поражение органа, для достижения максимального эффекта от манипуляции, пункции подвергались кисты наибольших размеров. Из них 85(83%) это кисты правой доли печени и 17(17%) в левой. Традиционное хирургическое лечение проведено 66 (65%) пациентам с гидатидозным эхинококкозом печени. Возраст больных от 16 до 79 лет, из них женщин —48 (73%), мужчин — 18 (27%). Одиночные паразитарные кисты печени наблюдались в 44 случаях (67%), две и более — в 22(33%), размеры варьировали от 2.0 до 12.0 см в диаметре. Первичный эхинококкоз был выявлен у 61(92%) больных, рецидив — у 4 (6%), резидуальный — у 1 (2%) больного.

При хирургических вмешательствах производили эхинококкэктомию 46 (70%), резекцию пораженной части печени 12 (18%), правостороннюю гемигепатэктомию 5 (8%), марсупиализацию 3 (4%). У 9 (14%) больных одновременно с операцией на печени были выполнены эхинококкэктомия из брюшной полости , холецистэктомия -7(11%) ,спленэктомия- 2 (7,7%). При проведении операции соблюдали принципы антипаразитарности. применяя различные сколексоцидные растворы для обработки остаточной полости, а также надежно отграничивали эхинококковую кисту марлевыми тампонами от брюшной полости. Для антипаразитарной обработки эхинококковых кист применялся 30% раствор хлорида натрия с экспозицией 10-12 минут, а также 80% глицерин с экспозицией 8-10 минут, спиртовый раствор йода 5% с экспозицией 8-10 минут. После эхинококкэктомии свободные части фиброзной капсулы иссекали, остаточная полость дренировалась трубками с широким просветом, края ложи кисты сводились узловыми швами. Недостатками данного вида операции являются длительное закрытие остаточной полости кисты, возникновение гнойных и желчных свищей.

Анализ результатов хирургического лечения пациентов с эхинококкозом печени показал отсутствие специфических

ранних послеоперационных осложнений (РПО) у больных, которым была выполнена «идеальная эхинококкэктомия». Наибольшее количество послеоперационных осложнений наблюдалось у больных, которым произведены эхинококкотомия и резекция печени.

При анализе результатов традиционного хирургического лечения эхинококкоза печени установлено, что осложнения общего характера наблюдались у 3 больных (5%), а местные осложнения 18 (27%). Причиной развития в 2 (3%) наблюдениях экссудативного плеврита послужило поддиафрагмальное расположение эхинококковой кисты и наличие сращений фиброзной капсулы с диафрагмой. Показаниями к повторной операции у 5 (8%) пациентов послужили внутреннее кровотечение и подпеченочный абсцесс. Средняя длительность пребывания в стационаре в группе сравнения составила 16,6±5,4 койко-дня. В ходе проведенного исследования нами проанализированы отдаленные результаты лечения. К рецидивам нами были отнесены случаи повторного заболевания в сроки до 3 до 5 лет, после перенесенного оперативного вмешательства. Более поздние рецидивы, расценивались как реинвазия эхинококка. Среди 66 оперированных больных случаев рецидивного эхинококкоза было 4(6%), что согласуется с данными В.А. Вишневский (2003) и Б.И. Альперовича (2010) [1,2].На основании анализа результатов хирургического лечения пациентов с эхинококкозом печени, следует отметить, что до настоящего времени традиционный хирургический метод лечения остается основным. Данное оперативный способ рекомендуется при больших эхинококковых кистах печени с множественными дочерними пузырями, при поверхностно расположенных кистах с риском разрыва, при осложненных кистах, при кистах, сдавливающих жизненно важные органы. В основной группе леченых чрескожной пункцией и дренированием эхинококковых кист печени под ультразвуковым наведением выполнена 36 больным (основная группа) с ЭКП в возрасте от 16 до 79 лет. Мужчин было12 (33%), женщин — 24 (67%). Средний возраст больных составил 43,4±1,8 года.Размеры эхинококковых кист в основной группе варьировали от 3,5 до 10 см. У 27(75%) больных было поражение правой доли, у 6 (25%) — левой. Рецидивная форма эхинококкоза печени установлена у 3 (8%). У 7 (19%) пациентов эхинококковые кисты были с признаками нагноения. Оперативные вмешательства под ультразвуковым наведением выполнялись под местной анестезией или внутривенным потенцированием. После проведения обзорного ультразвукового исследования выбирается траектория движения инструмента, которая может быть линейной или «ломаной». Применялась техника PAIR-PD (puncture, aspiration, injection, reaspiration, percutaneous drainage) [6]. Для дренирования кисты использовали метод стилет-катетер. После попадания в полость ЭКП стилет извлекали, а дренаж фиксировали к коже. Использовали изогнутые дренажные катетеры 12-18 Fr, а также типа «свиной хвост». Через катетер производили максимальную аспирацию содержимого кисты. Далее полость неоднократно промывали раствором NaCl (30%). Интраоперационных осложнений не было. В раннем послеоперационном периоде у одного пожилого пациента развилась правосторонняя нижнедолевая пневмония, еще в одном наблюдении произошло нагноение остаточной полости. В наших наблюдениях у 8 больных с нагноившейся ЭКП достигнута полная эвакуация хитиновой оболочки во время выполнения манипуляции. Сроки полной эвакуации хитиновой оболочки при нагноившихся формах ЭКП в среднем составили 16,3±2,4, а в остальных случаях — 22,2±3,4 дня. Средний срок пребывания больных в стационаре при чрескожных вмешательствах составил 13±2,1 койко-дня. Летальных исходов в данной группе больных не было.

Показанием к удалению дренажа считали освобождение полости кисты от остатков хитиновой оболочки, прекращение отделяемого и инволюции остаточной полости. У 12 пациентов (33%) катетер удален на 6–8-е сутки после операции в стационаре. Остальные больные были выписаны с наличием

катетера и систематически проходили ультразвуковое обследование. На 30-35-е сутки после пункционно-аспирационной эхинококкэктомии катетеры удалены у всех пациентов. Все пациенты 3 недели до и 6 недель после чрезкожного дренирование получали альбендазол в дозе 10 -15мг / кг массы тела. Для профилактики рецидива препарат назначали, как правило, одним курсом продолжительностью 28 дней. В отдельных наблюдениях проводили либо непрерывный курс 56-60 дней, либо 3 последовательных курса по 28 дней с межкурсовым интервалом 7-10 дней. Для лечения первичных и рецидивных кист назначали не менее 3 курсов по 28 дней. На основании оценки отдаленных результатов (6 месяцев — 5 лет) применения чрескожной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии под УЗ наведением удовлетворительный результат был отмечен у всех пациентов. Данных за рецидив заболевания не обнаружено. Все кисты были успешно вылечены с помощью чрезкожного дренажа и заполнения полости 95% этанолом. После прокола устанавливается давление в полости кисты. В начальный момент процедуры после пункции полости кисты эвакуируется 30-40 мл жидкости и полость заполняется антипаразитарным препаратом 20-30% раствор NaCl, 1% раствором йодфиксонал 1%, или 95% этанолом.

Преимуществом данного метода является гибель эндоцист в полости кисты. Если не получается достичь нужного эффекта по данным гистологических и бактериологических анализов то процедура промывания продолжается до достижения желаемого успеха.

После 8 месяцев проводились повторное ультразвуковое обследование на которых выявилось, прогрессирующее уменьшение размеров кисты с  $7.5 \pm 2.9$  см до  $3.2 \pm 1.5$  см (р < 0.001). УЗИ показало, высокую гетерогенность и эхогенность в полости кисты. Повторное УЗИ через полтора года показало отсутствие эхогенного материала.

Несмотря на это, чрескожное дренирование была принято в качестве безопасной процедуры в лечении эхинококкоза печени, долгосрочные клинические результаты пока не выявлены. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 2,1  $\pm$  0,7 (диапазон 1-4) дней, и пациенты наблюдались в течение 43-62 месяцев (в среднем 54  $\pm$  5,4 месяца). Максимальный диаметр кисты уменьшился с 7,5  $\pm$  2,9 см до 3,2  $\pm$  15 см (р <0,001). Ультразвуковое обследование показало, высокую эхогенность и гетерогенность в полости кисты, и уничтожение в полости кисты эхогенного материала .

#### Заключение

Методы малоинвазивных вмешательств имеют большое преимущество перед традиционными операциями: малая травматичность, ранняя активизация больных, снижение количества послеоперационных осложнений, уменьшение пребывания пациентов в стационаре. Особое значение малоинвазивные технологии приобретают в лечении ЭКП у пожилых больных, страдающих тяжелыми сочетанными заболеваниями, высоком операционном риске. В то же время считаем, что ошибочно преувеличивать значимость этих методов, как основного пособия, при лечении больных с данной патологией. На современном этапе развития хирургии возникает необходимость в переосмыслении и унификации тактики при применении традиционных вмешательств, с учетом внедрения в практику новых технологий. Накопленный нами опыт использования пункционноаспирационной эхинококкэктомии позволяет рекомендовать данный метод лечения к более широкому применению по строго обоснованным показаниям, а также при дальнейшем совершенствовании техники операций и её инструментального обеспечения. Мы заключаем, что чрезкожное дренирование является безопасным методом лечения неосложненной эхинококковой кисты. Он имеет более низкую заболеваемость и низкая стоимость по сравнению с традиционными хирургическием методами.

#### Литература

- 1. Вишневский В.А., Кубышкин В.А., Чжао А.В., Икрамов Р.З. Операции на печени. Руководство для хирургов. М.: МИКЛОШ, 2003. 155 с.2. 2.Альперович Б.И. Хирургия печени /М.: ГЭОТАР Медиа, 2010. 352 с.
- 3. Гаврилин А.В., Кунцевич Г.И., Вишневский В.А. и др. Пункционный метод лечения эхинококковых кист печени род контролем ультразвукового исследования. Москва, Хирургия — 2002;8:39-46
- 4. Бабабейли Э.Ю., Джейранов Ф.Дж., Абдуллаев А.А.,и др. Дренированный метод лечения эхинококковых кист печени под контролем ультразвукового исследования: Баку, Здоровье -2004, №3,с. 18—19.
- 5. Smego RA Jr, Bhatti S, Khaliq AA, Beg MA: Percutaneous aspiration injection-reaspiration drainage plus albendazole or mebendazole for hepatic cystic echinococcosis: a meta-analysis. Clin Infect Dis 2003, 37:1073-1083
- 6. Иванов В.А.Пункционные малоинвазивные вмешательства под контролем ультразвуковой томографии: Учеб. пособие. М.: РУДН, 2008. 130 с.
- 7.Бабабейли Э.Ю., Джифтчи Э., Бабабейли Н.Э.Минииниазывные и малотравматичные методы лечении эхинококкоза печени. Хирургия.Ваку-2012, №1 (29), с: 69–74.
- 8.Бабабейли Э.Ю., Джифтчи Э., Бабабейли Н.Э. Пункция и катетеризация эхинококковых кист.// Хирургия.Ваку-2012, №4 (32), с: 48–53.
- 9. Filice C, Brunetti E, Bruno R, Crippa FG. Percutaneous drainage of echinococcal cysts (PAIR-puncture, aspiration, injection, reaspiration): results of a worldwide survey for assessment of its safety and efficacy. GUT 2000;47: 157.

Surgical treatment of patients with hepatic echinococcosis Bababeyli E.Y.

Summary: To determine the efficacy and success of percutaneous aspiration irrigation and reaspiration (PAIR) in the management of hepatic hydatidosis. Previously surgical operation was the only accepted treatment for hydatid liver cysts. Recently percutaneous management has become more preferable because of its low morbidity rate and lower cost. Results of treatment of 102 patients with hepatic echinococcosis during the period of 2004- 2012 years are presented. Two groups of patients were allocated: the 36 patients, and comparison group -66 patients. Management of patients was based on the developed algorithm of diagnostic and treatment of hepatic echinococcosis. The basic group treatment consisted of transcutaneous puncture and drainage of hydatid hepatic cysts under ultrasound directing. In the comparison group performed surgery interferences using transabdominal access. All patients had signs and symptoms of a hepatic mass caused by the cysts, which had a prominent fluid component that appeared anechoic or hypoechoic, with marked enhancement of back wall echoes. PAIR using hypertonic saline is very effective and safe with proper precautions

Keywords: Percutaneous aspiration irrigation and reaspiration PAIR, puncture-aspiration-injection-reaspiration-sclerosing.

## Использование Гидроксиэтилкрахмала в интенсивной терапии острого панкреатита

Н.М.Умралиев

Городская многопрофильная больница АО «Талап» Уральск

Одним из основных звеньев патогенеза острого панкреатита является гиповолемия и связанные с ней нарушения макро - и микрогемодинамики. Снижение объема циркулирующей крови за счет секвестрации жидкости влечет за собой выраженные нарушения микроциркуляции во внутренних органах. Циркуляторная недостаточность приводит к спланхнической ишемии с развитием синдрома кишечной недостаточности.

#### Цель исследования

Изучить влияние инфузии раствора гидроксиэтилкрахмала на кровоток в гастрогепатодуоденальной зоне и компенсацию волемических показателей у больных с острым панкреатитом.

#### Материалы и методы

Исследование проводилось у 35 пациентов, поступивших в реанимационное отделение с диагнозом острый панкреатит. Средний возраст пациентов 48±6,4 лет. 1-я группа – 15 пациентов, поступивших в отделение интенсивной терапии в первые сутки от начала заболевания. которым при ультразвуковом исследовании брюшной полости был установлен диагноз – острый отечный панкреатит. 2-я группа - 20 пациентов, поступивших в отделение интенсивной терапии в первые сутки от начала заболевания, которым по данным ультразвукового и/или лапароскопического исследования брюшной полости был установлен диагноз острого деструктивного панкреатита. Всем больным проводили комплексную интенсивную терапию согласно принятому в клинике протоколу. Инфузионную терапию начинали с инфузии 1200 мл 0,9% раствора NaCl. В качестве объемзамещающего компонента инфузионной терапии использовали Рефортан 6%-1000 мл/сут. В исследовании контролировались параметры центральной гемодинамики (АПК «Реодин», НТЦ Медасс, Россия); состояние водных секторов организма (АПК «АВС-01», НТЦ Медасс, Россия), регионарный кровоток (TONOCAP, Datex, Дания). В течение всего времени исследования контролировались показатели клинического и биохимического анализов крови, показатели гемостаза.

#### Результаты

Практически все гемодинамические показатели у пациентов первой группы находились в пределах физиологической нормы или незначительно от нее отличались. Значения сердечного индекса (СИ) и ударного объема (УО) у пациентов второй группы были значительно ниже нормальных значений. Индекс общего периферического сопротивления (ОПСС) в обеих группах не выходил за пределы физиологической нормы, хотя и был несколько выше у пациентов второй группы. Аналогично можно описать данные по частоте сердечных сокращений, эти параметры также незначительно отличались от возрастной физиологической нормы у пациентов первой группы, а во второй группе частота сердечных сокращений превышала норму на 10-15%. Сердечный индекс у пациентов 1-я группы, после инфузии 1200 мл физиологического раствора возрастал на 6,5%, а

введение 500 мл 6% раствора ГЭК приводило к его увеличению на 67%, по отношению к исходным данным. У пациентов 2-й группы аналогичная политика инфузионной терапии приводила к возрастанию СИ на 24,7% соответственно после окончания первого этапа (инфузия NaCl 0,9% - 1200 мл). Прирост сердечного индекса после введения 500 мл 6% гидроксиэтилированного крахмала составил 131,4%. Ударный объем (УО) претерпевал следующие изменения: после инфузии физиологического раствора он возрастал на 20,1% у пациентов первой группы и на 14,5% во второй группе. Введение 500 мл 6% раствора ГЭК увеличивало УО на 46,7% в первой группе по отношению к исходным данным, тогда как во второй группе прирост составил 92,3%. В течение двух часов после окончания инфузии Рефортана показатели СИ и УО оставались относительно на том же уровне, что и на третьем этапе, а через 6 часов после окончания инфузии в первой группе имелась незначительная тенденция к снижению СИ и УО на 21,2 и 11,4% соответственно. Во второй группе снижение СИ составило 25,6%, а УО 28,5%, однако изменения показателей не выходили за границы физиологических значений. Динамика ОПСС на фоне проводимой терапии у пациентов обеих групп имела тенденцию к снижению на 19,8% у пациентов 1-й группы и на 13,7% у пациентов 2-й группы. На последнем этапе исследования отмечалось некоторое увеличение ОПСС, однако показатели ОПСС были ниже исходных в обеих группах. На фоне проводимой инфузионной терапии отмечалось уменьшение частоты сердечных сокращений у пациентов обеих групп на 10 и 13% соответственно. Анализ баланса водных секторов показал, что исходно в группе 2 были значительно снижены: объем циркулирующей плазмы на 20,1% и объем интерстициальной жидкости на 22,8%. После инфузии кристаллоидных растворов отмечалось незначительное увеличение этих показателей, а после инфузии раствора Рефортана объем циркулирующей плазмы повышался на 14%, причем этот эффект сохранялся в течение 6-8 часов на фоне продолжающейся интенсивной терапии. При анализе биохимических показателей отмечалось исходное увеличение уровня амилазы в 2 и более раза, что характерно для деструктивных панкреатитов. На фоне проводимой комплексной терапии к 3-4 суткам лечения показатели возвращались в полосу физиологических значений. Не было отмечено повышения уровня амилазы на фоне введения раствора Рефортана. Изменения показателей свертывающей системы не претерпевали значимых изменений в ходе проводимой инфузионной терапии. Ни в одном случае не было отмечено аллергических реакции на введение Рефортана.

#### Заключение

Применение препаратов гидроксиэтилкрахмала в составе инфузионной терапии больных с гиповолемией оказывает положительное действие на системную гемодинамику, нормализует микроциркуляцию, улучшает реологические свойства крови, способствует быстрому устранению волемических нарушений, не вызывает побочных эффектов, аллергических реакций.

Положительное влияние на системную гемодинамику, поддержание волемического эффекта сохраняется в течение 6—8 часов.

Литература 1. Молчанов И.В., Буланов А.Ю., Шулутко Е.М. Некоторые аспекты безопасности инфузионной терапии.// Клиническая анестезиология и реаниматология. 2004.

- 2. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С. 3. Орлов Б.Б., Цыденджапов Е.Ц. Панкреонекроз: актуальные вопросы классификации, диагностики и лечения, 2000.

УДК 616.33:616.342-001

### Разрывы 12- перстной кишки от желудка. Случаи из практики

А.Б. Байжаркинова¹, К.Е. Ергалиев², Т.А. Джаркенов³ ЗКГМУ им. М.Оспанова¹,³, ОВП №2 кафедра интернатуры Республика Казахстан и железнодорожная больница² г. Актобе К.м.н.¹,², д.м.н.³

Аннотация: Проведен анализ результатов хирургического лечения 2-х больных с повреждениями двенадцатиперстной кишки, причиной которых закрытая травма живота, у одного с забрюшинным повреждением 12- перстной кишки, во втором случае -внутрибрюшинное. Оба больных оперированы, осложнений не было. Обсуждены в этой статье вопросы диагностики и хирургической тактики, во время операции особенности ревизии брюшной полости при забрюшинном разрыве 12-перстной кишки как уникальные случаи из практики. Проведен анализ результатов хирургического лечения по литературным данным следующих авторов: Чирков Р.Н., Абикулов М.М., Дубровин И.А, Абакумов М.М., Владимирова Е.С., Береснева Э.А., Евдокимов В.Н., Керимова Е.С. К примеру П. А. Иванов А. В. Гришин описывают, что у 61 больного с повреждениями двенадцатиперстной кишки, причиной которых у 24 было колото-резаное ранение живота, у 7 огнестрельное ранение, у 26 — закрытая травма живота, у 4 — повреждение кишки при эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Все больные оперированы. Осложнения наблюдались у 32 (52,5%) больных, умер 21 пациент. летальность составила 34,4%. В первые сутки от тяжелой сочетанной травмы, шока, кровопотери умерли 7 больных, пережили острый период травмы 54 пациента, в том числе 28 после открытой травмы, 26 после закрытой и 4 после повреждения двенадцатиперстной кишки при ЭПСТ. Обсуждены вопросы диагностики и хирургической тактики, особенности интраоперационной ревизии. Значительная часть неблагоприятных исходов обусловлена гнойными осложнениями за счет прогрессирующей забрюшинной флегмоны, травматическим панкреатитом, пневмонией, которые могут привести к смерти больного и при состоятельных швах двенадцатиперстной кишки. Поэтому важное значение имеют адекватные вскрытие, санация и дренирование инфицированных участков забрюшинной клетчатки с использованием двухпросветных дренажей и аспирационно-промывного лечения. Эффективной мерой профилактики несостоятельности швов и травматического панкреатита служат декомпрессия через зонд с постоянной аспирацией дуоденального содержимого в послеоперационном периоде. Подавление панкреатической и дуоденальной секреции с помощью применения октреотида значительно улучшает результаты хирургического лечения.

Значительная часть неблагоприятных исходов обусловлена гнойными осложнениями за счет прогрессирующей забрюшинной флегмоны, травматическим панкреатитом, пневмонией, которые могут привести к смерти больного и при состоятельных швах двенадцатиперстной кишки. Поэтому важное значение имеют адекватные вскрытие, санация и дренирование инфицированных участков забрюшинной клетчатки с использованием двухпросветных дренажей и аспирационно-промывного лечения. Эффективной мерой профилактики несостоятельности швов и травматического панкреатита служат декомпрессия через зонд с постоянной аспирацией дуоденального содержимого в послеоперационном периоде. Подавление панкреатической и дуоденальной секреции с помощью применения октреотида значительно улучшает результаты хирургического лечения.

#### Целью

данной статьи является описание уникальных клинических случаев из многолетней хирургической практики, анализ и обобщение литературных данных по проблемам диагностики и хирургического лечения забрюшинного и внутрибрюшинного разрывов 12-перстной кишки от желудка.

#### Актуальность

заключается в том, что до настоящего времени проблема своевременной диагностики и адекватного хирургического лечения разрывов 12-перстной кишки является недостаточно изученной, о чем свидетельствует высокая летальность при закрытых повреждениях этого органа. По сводным статистическим данным смертность по этой травме составляет — 45%.

На современном этапе удельный вес травм 12-перстной кишки (ДПК) составляет 1,2% - 1,7% [2,3] и не превышает 10% всех травматических повреждений органов брюшной полости. Травмы органов брюшной полости представлены закрытыми, открытыми, изолированными, сочетанными и комбинированными повреждениями 12-перстной кишки. Наиболее тяжело протекают разрывы 12 -перстной кишки от желудка и встречается в 3-4 раза реже, чем ее неполный разрыв.

Низкие показатели частоты повреждения обусловлены анатомическими особенностями 12-перстной кишки, состоящей из трех отделов: верхняя часть (pars superior), нисходящая часть(pars descendens), нижняя часть(parsinferior), в частности, сравнительно небольшими размерами, топографическим расположением, защищенностью мышцами брюшной стенки и соседними органами спереди,телами позвонков сзади. В верхней горизонтальной части (pars superior ДПК) длиной до 3-4 см. диаметром до 4-х см на 3/4 окружности покрыта брюшиной относительно подвижна (в одном из двух случаев встретился изолированный разрыв, именно в этой части с кровоизлиянием в брыжейку (mesocolon).

По литературным данным разрывы двенадцатиперстной кишки обычно не бывают изолированными, [1,3] чаще повреждается в сочетании с ободочной кишкой и другими органами (47,5%).

Изолированные повреждения двенадцатиперстной кишки [4] в силу её глубокого положения чрезвычайно редки, вместе с тем плотное основание, на котором расположена кишка, ограниченная подвижность благоприятствуют ее повреждению. Механизм закрытой травмы (ДПК) зависит от силы и направления удара, а также от степени плотности наполнения пищей 12-перстной кишки. Чаще кишка повреждается при прямой травме (падение с высоты, удар в живот), при этом в большинстве случаев повреждается внутрибрюшной отдел кишки.

Особенности клинического течения при внутрибрюшинном разрыве двенадцатиперстной кишки уже вскоре после закрытой травмы возникает клиника «острого живота». Позже, когда содержимое 12 -перстной кишки, обладающее способностью вызывать некроз окружающих тканей, проникает в свободную брюшную полость, симптомы внутрибрюшной катастрофы становятся очевидными. Быстрота и степень нарастания этих

симптомов зависят от величины разрыва двенадцатиперстной кишки, степени наполнения ее в момент травмы, скорости распространения содержимого в забрюшинном пространстве и проникновения его в брюшную полость. Симптоматика изолированных повреждений двенадцатиперстной кишки во многом зависит от сохранности париетальной брюшины. Клиническая картина открытых повреждений мало отличается от таковой при закрытых ее разрывах: шок, кровотечение, перитонит.

Повреждение забрюшинно расположенных отделов двенадцатиперстной кишки, нередко сопровождаются возникновением гематомы, которая очень быстро приводит к осложнению: флегмоне забрюшинной клетчатки.

Сразу после травмы клиника забрюшинного повреждения 12-перстной кишки укладывается в картину шока. Симптомы раздражения брюшины при забрюшинном разрыве могут появиться уже через 8-16 ч. [5] жидкое содержимое и газ при этом распространяются в забрюшинном пространстве вдоль правой большой поясничной мышцы и по правому боковому каналу. Боли, которые при этом появляются, могут симулировать клиническую картину повреждения правой почки. При забрюшинном повреждении 12-перстной кишки в раннем периоде диагностика трудна: неопределенного характера боли, локализующиеся чаще в правой половине живота, правом подреберье и правой поясничной области. По литературным данным определенную помощь в диагностике забрюшинного повреждения двенадцатиперстной кишки может оказать наличие ссадин, кровоподтеков, сглаженность контуров или припухлость в области поясницы (гематома) [6]. При пальпации живота нередко удается определить припухлость в области задней брюшной стенки или правой подвздошной области за счет спускающейся гематомы. Через 18—36 часов после травмы в правой паховой области и мошонке начинает появляться зеленоватое окрашивание кожи за счет пропитывания подкожной жировой клетчатки желчью. Может быть одно - или двухразовый стул типа мелены за счет попадания в полость разорванной двенадцатиперстной крови. Симптомы перитонита проявляются спустя некоторое время.

Отсутствие напряжения брюшной стенки при нечетко локализованных болях в животе обусловливает необходимость внимательного наблюдения за такими больными, особенно если они получили травму в алкогольном опьянении.

Необходимо отметить, что ранение двенадцатиперстной кишки представляет большую опасность, так как химическая активность ее секрета (ферментов) нередко приводит к резкой интоксикации и развитию тяжелого перитонита.

С закрытыми повреждениями двенадцатиперстной кишки пострадавшие поступали в крайне тяжелом состоянии, большинство их в состоянии шока. Больные предъявляют жалобы на значительные боли в эпигастрии, правом подреберье, правой половине и нижних отделах живота. При позднем обращении появляются: вздутие живота, парез кишечника, сопровождающийся тошнотой и рвотой. У всех больных выраженная тахикардия, сухой язык, регидность мыщц передней брюшной стенки и симптом раздражения брюшины. Ухудшение общего состояния больного, нарастание интоксикации вынуждают хирурга прибегнуть к лапароскопии или диагностической лапаротомии. По мере распространения содержимого двенадцатиперстной кишки и крови в брюшной полости боли нарастают, наблюдаются слабость, жажда, тошнота, иногда бывает рвота с примесью крови. Отмечаются бледность кожных покровов, заторможенность или, наоборот, возбуждение. Нарастают тахикардия, лейкоцитоз. В анализах лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево. При лабораторном исследовании обращают внимание на ранний лейкоцитоз и повышение амилазы в моче (свыше 256 ед. по Вольгемуту) через 8—10 часов после травмы. В некоторых случаях интрамуральная гематома двенадцатиперстной кишки может симулировать высокую тонкокишечную непроходимость из-за частичной обтурации просвета кишки гематомой. По литературным данным при подозрении на повреждение двенадцатиперстной кишки рекомендуют гастродуоденоскопию, которая позволяет выявить даже небольшие ее разрывы, хотя при инсуфляции газа растягиваются размеры разрыва.

Ввиду редкости закрытых травматических отрывов 12-перстной кишки от желудка приводим наши случаи наблюдения. С 1964 по 2009 годы во время работы в хирургических отделениях железнодорожных больниц г.г. Гурьева и Актобе были в 3-х случаях разрывов 12-перстной кишки (в разные годы).

Самый первый случай с разрывом 12- перстной кишки от желудка 1965г. был в гор. Гурьеве ( ныне г.Атырау) у молодой девушки, пострадавшей при ДТП, которая упала с мотоцикла (по докладу дежурного хирурга разрыв сочетался с политравмой), поэтому по дежурству он вызвал старших коллег, которые больную оперировали (с участием большим опытом хирурга - зав отделением). К сожалению, через несколько часов после операции этот случай закончился летальным исходом, т.к. у пострадавшей была сочетанная травма, не совместимая с жизнью.

Два других случаев с разрывами 12- перстной кишки от желудка были оперированы в железнодорожной хирургической клинике города Актобе, где базировалась в 1977-1978 годах кафедра госпитальной хирургии АкГМИ (зав. кафедрой, д.м.н., ныне профессор, академик НАН РК Н.И.Изимбергенов, который в тот момент был в командировке).

Больной Г. 58 лет - участник ВОВ доставлен на скорой помощи через трое суток после травмы в хирургическую клинику железнодорожной больницы г. Актобе. Жалобы при поступлении на боли в животе, после травмы появилось вздутие на 2-3-ие сутки. Со слов больного (по дороге пятницу ночью с ресторана домой был избит 2-мя неизвестными лицами), травму получил в алкогольном опьянении, обратился только в понедельник к концу рабочего дня за врачебной помощью. При поступлении в нашу дежурную клинику состояние тяжелое за счет интоксикации. Пострадавший с избыточным весом, в полусидячем положении - одышка. Видимые слизистые и кожные покровы бледные. Язык сухой, пульс 98-100 ударов в 1", слабого наполнения и напряжения. Дыхание частое, поверхностное. Тоны сердца приглушены, АД 110/60 мм.рт.ст. Признаков перелома ребер нет. Живот увеличен и вздут, резко напряжен, в акте дыхания не участвует. При пальпации болезненость в эпигастральной области, мышечное напряжение во всех отделах, печеночная тупость сохранена, в отлогих местах притуплении нет. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Мондора и др.- положительные. На передней поверхности и поясничной области живота признаков наружных повреждений нет. При обзорной рентгеноскопии и графии брюшной полости под диафрагмой и над печенью свободного газа нет. При анализе крови гемоглобин 78%, лейкоцитов 14200, палочкоядерных - 4%, сегментоядерных - 87%, лимфоцитов -10%, моноцитов -1%, СОЭ-50 мм. в час. Анализ мочи: следы белка, другой патологии не выявлено. Осмотрен больной доцентом и рекомендовано экстренное оперативное лечение. Предоперационная подготовка проведена в реанимационном отделение. Под эндотрахеальным наркозом с применением релаксантов произведена верхне-срединная лапаротомия (бригада врачей: анестезиолог В.М. Абашин, хирург А.Б.Байжаркинова и два ассистента - субординаторы). По вскрытии брюшной полости выпота нет. При ревизии в области 12-перстной кишки в верхней горизонтальной части (pars superior), имеется забрюшинная гематома с переходом на брыжейку поперечной ободочной кишки, «ad ocullis» других повреждении не было. В проекции пилорического отдела желудка и горизонтального отдела 12-перстной кишки брюшина имбибирована зеленым оттенком коричневого цвета жидкостью. В области (pars superior), сделана мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру, при этом выделилось темно-зеленовато коричневого цвета густая жидкость в количестве 20 мл., которая аспирирована.

При этом установлен диагноз: полный забрюшинный (циркулярный) поперечный разрыв 12-перстной кишки ближе к луковице (bulbus duodeni) от желудка и имеется забрюшинная гематома, которая переходит в сторону брыжейки толстой кишки. Соединяя желудок с 12- перстной кишкой и освежив края ран, наложен анастомоз «конец в конец» двухрядными швами по правилам, начиная с задней губы непрерывным с захлесткой швом Мультановского и переходя на переднюю губу скорняжным швом по методу Шмидена и В.М.Святухина. Затем наложен передний впередиободочный желудочно-кишечный анастомоз (гастроэнтеранастомоз по Вельфлера-Николадони) с межкишечным соустьем (энтероэнтероанастомозом) по – Брауну со швами Прибрама между приводящей и отводящей петлями на расстоянии 15-20см от гастроэнтеранастомоза для устранения развития осложнения «порочного круга». На длинной приводящей петле с межкишечным анастомозом потому, что гематома переходила на брыжейку толстой кишки, и обходя последнюю наложен передне-передний гастроэнтероанастомоз. Оставлен дренаж в забрюшинном пространстве. Дренирование брюшной полости (в подпеченочной и правой подвздошной областях). Учитывая 3-х дневной давности травму живота (перитонит) и полный забрюшинный разрыв 12- перстной кишки от желудка нужно было идти на «выключение» и наложить передне-передний гастроэнтероанастомоз, но удачное соединение по типу Бильрот- I и в послеоперационном течении дал эффективным результат.

Назогастральный зонд удален через трое суток. В послеоперационном периоде были явления пареза и клиника анастомозита, после проведенного адекватного консервативного лечения, устранены. Больному проведено дезинтоксикационная терапия: растворы антибиотиков через верхние дренажи в брюшную полость и внутримышечно, парэнтеральное питание солевыми и белковыми препаратами улучшило состояние. Проведено лечение витаминами и препаратами для стимуляции иммунитета. В соответствующие сроки удалены забрюшинные и внутрибрюшинные дренажи. Кожные швы сняты на 12-13 сутки, заживление «регргіта». Больной выписан в удовлетворительном состоянии домой на долечивание и диспансерное наблюдение в условиях поликлиники. Ближайшие и отдаленные результаты хорошие, сейчас больной на заслуженном отдыхе, активный, хотя его возраст за девяносто.

Второй случай был при зав. кафедрой общей хирургии профессоре д.м.н.В.И.Савицком: внутрибрюшной разрыв передней стенки 12 перстной кишки от желудка с аналогичной клиникой перфоративной язвы, был тоже в г. Актобе в, у студента (У.20 лет) железнодорожного техникума. Из анамнеза: в послеобеденное время он подтягивался на турнике, в это время, (его друг «случайно» нанес кулаком прямой удар в живот) появились боли в животе. Больного сразу в течении одного часа после травмы доставили в хирургическое отделение железнодорожной клинической больницы. В этом случая при рентгенологическом исследовании воздух был над печенью в виде «серпа», т.е сразу верифицирован диагноз закрытый внутрибрюшинный разрыв 12 перстной кишки от желудка. С участием хирурга из узловых железнодорожных больниц при операции верхне-срединной лапаротомии оказался неполный внутрибрюшинный разрыв передней стенки 12 перстной кишки от желудка размером 1,5х2см. Больной после санации брюшной полости и ушивания разрыва передней стенки 12 перстной кишки от желудка, дренирования брюшной полости и соответствующего лекарственного лечения быстро поправился, выписан на амбулаторное лечение. От воинской службы временно был отстранен. Наблюдения этого пациента показали через «Н»ое время, наш «бывший пострадавший» - железнодорожник, сейчас работает инженером на железной дороге, жалоб нет при периодическом медосмотре.

#### Выводы:

- 1. Закрытые повреждения 12- перстной кишки трудно диагностируются как до операции так и интраоперационно и сопровождаются тяжелыми осложнениями и высокой летальностью.
- 2.Во время операции особое значение придаем тщательной ревизии забрюшинного пространства. Показанием к которой является наличие одного из важных признаков, каковыми являются эмфизема, забрюшинная гематома и имбибирование зеленой окраской жидкостью ткани брюшины в области 12- перстной кишки.
- 3.Тактика оперативного вмешательства зависит от сроков после получения травмы, а также от уровня повреждения 12 перстной кишки.

#### Литература

- 1. Абакумов М.М., Владимирова Е.С., Береснева Э.А., Евдокимов В.Н. Особенности диагностики и хирургического лечения повреждений двенадцатиперстной кишки. Вестн хир 1989; 2: 116—120.
- 2. Mansour M.A., Moore J.B., Moore E.T. et al. Conservative management of combined pancreatoduodenal injurs. Am J Surg 1989; 158: 531—535.
- 3.Bugnon P.Y., Bouennger-Bugnon, Cautier-Benoit. Ruptures traumatiques du duodenum chez 1 adulte. J Chir Paris 1991; 128: 1: 30—33.
- 4. Сайдаковский Ю.А., Папст А.И., Юрмин Е.А. Диагностика и хирургическая тактика при закрытых повреждениях забрюшинного отдела двенадцатиперстной кишки. Вестн хир 1992; 7—12: 386—389
  - 5.Лохвицкий С.В., Садакасов Э.Ж. Хирургия 1993 №11 стр.45-50.
- 6. Давлетшин Н.Н., Измайлов Г.А., Кочнев С.Г. и др. Хирургия повреждений двенадцатиперстной кишки. Казан мед журн 1997; 4: 290—292.
- 7. Сенько В.П., Бобохидзе Г.А., Харитонов В.Н. Повреждения двена-дцатиперстной кишки. Вестн хир 1998; 1: 62.
- 8. Уракчеев Ш.К. Хирургическая помощь при повреждениях двенадцатиперстной кишки. Вестн хир 1998; 3: 72—75.
- 9.Абакумов М.М., Лебедев Н.В.,Малырчук В.И.Диагностика и лечение повреждении живота. Хирургия№ 6.2001. стр. 24-28.
- 10.Иванов П.А., Гришин А.В. Хирургическая тактика при травме 12- перстной кишки , хирургия 2004 №12 стр. 28-34
- 11. Чирков Р.Н., Абикулов М.М., Дубровин И.А. Клинико- морфологическое обоснование хирургического лечения пострадавших с разрывами 12- перстной кишки при закрытой травме живота. Хирургия № 8 стр. 12-14.
- 12.Ефимов Н.П.,Баева И.Ю.,Березина Т.Е.,Волков М.Ю., хирургия. 2009№5. cmp.57-59
- 613www.allsurgery.ruabdominalnaya\_travmapovrezhdeniya\_zheludka.html, 2012a.

#### Резюме:

Закрытые повреждения 12- перстной кишки, т.е разрывы 12- перстной кишки от желудка встречаются крайне редко, об этом свидетельствуют литературные данные. Клиника забрюшинных разрывов отличается от внутрибрюшинных разрывов, что приведены на примерах (двух случаев из нашей практики). Оперативное лечение при забрюшинном разрыве 12- перстной кишки от желудка трех- дневной давности было выполнено после предоперационной подготовки, так как была клиника разлитого перитонита и интоксикации. Во время лапаротомии при ревизии, хотя не было перитонита, были соответствующие затруднения поиска забрюшинного разрыва 12- перстной кишки от желудка. Только при тщательной ревизии с мобилизацией стенки 12-перстной кишки ближе к луковице (bulbus duodeni) верхней имбибирование содержимым в горизонтальной части брюшиные переходом кровоизлияния в брыжейку (mesocolon) дали возможность интраоперационно поставить диагноз и наложить анастомозмежду желудком и12- перстной кишкой «конец в конец». На длинной приводящей петле с межкишечным анастомозом по Брауну потому, что гематома переходила на брыжейку толстой кишки, и обходя последнюю

наложен передне-передний гастроэнтероанастомоз. При внутрибрюшинном разрыве передней стенки 12-перстной кишки диагноз выставлен до операции с помощью рентген обследования. Оперативное лечение с хорошим результатом в одном и другом случаях.

Summary: damage 12-duodenum, i.e. breaks 12-duodenum from the stomach are extremely rare, illustrated by literature data. Clinic of retroperitoneal gaps differs from intraperitoneal breaks that are shown in the examples (two cases from our practice). Operative treatment for break of 12-duodenum from the stomach three days old was made after preoperative preparation, because the clinic spilled peritonitis and intoxication. During the audit, although laparoscopy had peritonitis, were the difficulties finding retroperitoneal rupture 12 duodenum from the stomach. Only with a thorough audit in raising walls 12-duodenum toward the bulb (bulbus duodeni) top imbibirovanie content in the horizontal part of the brûšinys transition of bryzejku hemorrhage (mesocolon) were given the opportunity to make a diagnosis and intraoperative anastomozmeždu stomach duodenal gut i12 "end-to-end" to the long ...

#### Түйіні:

Жабық түрде алған 12- иелі ішектің жарақаты, яғни ос ішектің асқазаннан жыртылып үзілуі операцияға дейін отаның

кезінде де диагнозын анықтау қиын, ол туралы әдебиетте де жазылған. Іш нердесінен тыс зақымдалған мен іш перденің ішінен үзілуінің клиника көрсеткіші айырықша (ол туралы тәжірибеден алынған екі мысалдар келтірілген)Іш пердесінен тыс зақымдалған үш күннен асқандықтанота алдынан дайындыұ жүргізілді, себебі ішке жайылған перитониттің клиникасы болды. Лапаротомия кезінде перитонит бөлісі болмағанмен жарақатты табу қиынға соқты, тек іш перденің түсі өзгерілгеніне, әрі 12-иелі ішекті Кохер әдісіменірігенге байланысты ғана зақым алған жер табылды.Асқазаннан шығатын (bulbus duodeni) жоғарғы жерінде қанталаған жері(mesocolon) шажырқай майға таралғандықтан ота жасағанда тоқішектің үстінен жүргізіп асқазанмен ащы ішек аралығына алдыңғы гастроэнтероанастомоз салынды қосымша Браун анастомозымен. Асқазан мен үзілген 12 –иелі ішектің шеті жалғанып тігіс салынды. Іш перде арқылы 12 иелі ішектің жарақаты рентген жерттеумен отаға дейін диагнозы анықталды. Екі отада сәтті болғаны мәлім.

Ота жасаған кезде арнайы мән беретін әдістің бірі іш пердесінен тыс кеңістіктерді ұқыпты қарап шығу. Оның нақты көрсеткіші эмфизема, брюшинадан тыс қанталау, іш қуысының 12- иелі ішектің аймағындағы тіндері жасыл түске боялуы.

Ота жасаудың тактикасы 12- иелі ішектің жарақат алған мерзіміне және жараның көлеміне байланысты болады.

### Желчекаменная болезнь: клиника, диагностика, лечение

Жалимбетова И.К., Аманжулов Р.К., Ахметгалиев Г.Г., Кенжебаев Т.Т., Жайшев К.К. ТОО «Куаныш» г.Актобе, ОБ ЗКО г.Уральск

Желчнокаменная болезнь (холелитиаз) - заболевание, связанное с нарушением обмена холестерина и билирубина. в результате чего образуются конкременты (камни) в желчном пузыре (холецистолитиаз) и/или в желчных протоках (холедохолитиаз). Это заболевание по распространенности находится на третьем месте после сердечно - сосудистой патологии и сахарного диабета. Чаще встречается в экономически развитых странах у лиц, работа которых связана со стрессовыми ситуациями и ведущих малоподвижный образ жизни. Причиной развития холелитиаза являются: 1) изменения состава желчи и застой желчи (дисхолия), воспалительные процессы, моторно-тонические нарушения желчевыделения (дискинезия); 2) эндокринные нарушения: сахарный диабет; гипотиреоз (недостаточная секреция гормонов щитовидной железы); нарушение обмена эстрогенов, при различных гинекологических заболеваниях, прием противозачаточных гормональных средств, беременность. Происходит нарушение сократительной функции желчного пузыря, застой желчи; 3) Нарушение холестеринового обмена: атеросклероз,подагра,ожирение.

При повышении уровня холестерина создаются условия для формирования камней; 4) Гипербилирубинемия — повышение уровня билирубина с увеличением его содержания в желчи: гемолитическая анемия; 5) Наследственная предрасположенность; 6) Голодание, нерегулярное питание вызывают нарушение нормальной функции желчного пузыря; 7) Избыточное употребление богатой животными жирами, холестерином пищи. Это способствует сдвигу реакции желчи в кислую сторону, что ведет к формированию камней.

Симптомы желчнокаменной болезни зависят от расположения камней, их размеров, активности воспаления, а также от поражения других органов пищеварения. При выходе камней из желчного пузыря и продвижении их по желчным протокам возникает приступ желчной колики. Провоцируют приступ погрешности в питании, особенно злоупотребление жирной пищей, вибрация, стрессовые ситуации. Боль внезапная, резкая в верхней половине живота, в области правого подреберья, отдает в правую лопатку, правое плечо. Часто боль при желчнокаменной болезни сопровождается тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения, сухостью во рту. Беспокоит кожный зуд. Возможно появление желтушности склер и кожных покровов, потемнение мочи и обесцвечивание кала. Длительность болевого приступа от нескольких минут до нескольких часов, боль стихает самостоятельно или после обезболивания. Симптомы желчной колики не всегда имеют классический вариант проявления, они часто могут напоминать другие заболевания: правостороннюю пневмонию, острый аппендицит, особенно при не типичном его положении, абсцесс печени, почечную колику при мочекаменной болезни, острый панкреатит. Может проявляться холецистокардиальным синдромом, когда боли в сердце являются единственным симптомом желчнокаменной болезни.

Диагноз ставится на основании данных: 1) УЗИ органов брюшной полости — основной и наиболее эффективный метод диагностики желчнокаменной болезни. Выявляет наличие камней в желчном пузыре, утолщение стенок желчного пузыря, его деформацию, расширение желчных протоков. Основными его преимуществами являются неинвазивность (нетравматичность), безопасность, доступность и возможность многократного проведения; УЗИ - абсолютно безболезненное исследование с точностью диагностики желчекаменной болезни до 98%. В

развитых странах УЗИ стало скрининговым исследованием. то есть проводится раз в год всем без исключения гражданам: 2) Рентгенологическое исследование брюшной полости – для выявления рентгенпозитивных карбонатных камней; 3) Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (при подозрение на наличие камней в желчных протоках); 4) В спорных случаях применяют магнитно-резонансную холангиографию, она позволяет точно оценить состояние желчевыводящих путей благодаря двух- и трехмерным изображениям; компьютерную томографию. Кроме того, необходимы следующие исследования: 1) Общий билирубин и его фракции, трансаминазы. Исследуют для оценки функционального состояния печени; 2) Липидограмма. Определяют уровень холестерина, триглицеридов. При их повышении необходимо проводить терапию направленную на снижение этих показателей, для профилактики камнеобразования. Обязателен осмотр хирурга – для выбора

Лекарственные препараты по растворению желчных камней стоят очень дорого и требуют многолетнего непрерывного приёма. После его окончания конкременты будут образовываться вновь, так как не устранены причины камнеобразования - нарушение обмена холестерина, инфекции желчевыводящих путей и др. Вдобавок медикаментозное лечение препаратами, растворяющими камни, бывает эффективно только в половине случаев, у больных с так называемыми рентгенонегативными камнями (невидимыми при рентгеновском исследовании). Оно совсем не даёт результата при пигментных камнях диаметром более 1,5 см и кальцифицированных (рентгенопозитивных). Единственным радикальным способом лечения желчнокаменной болезни является удаление больного желчного пузыря. В настоящее время разработана специальная методика лапароскопической хирургии (операция выполняется с помощью нескольких проколов брюшной стенки) при местном обезболивании. Она малотравматична, и пациент может вставать уже в день операции. Немаловажен и косметический эффект - отсутствие швов на теле.

РЕЗЮМЕ. Жалимбетова И.К., Аманжулов Р.К., Ахметгалиев Г.Г., Кенжебаев Т.Т., Жайшев К.К. ТОО «Куаныш» г.Актобе, ОБ ЗКО г.Уральск. Желчекаменная болезнь: клиника, диагностика, лечение. В настоящее время распространение желчекаменной болезни в развитых странах мира приобретает эпидемический характер, что связано с повышением благосостояния населения и увеличением потребления жирной и тяжелой пищи. Основными причинами данного заболевания являются метаболические нарушения, воспалительные процессы и застой желчи. В настоящее время единственно эффективным методом лечения является хирургический метод.

ТҰЖЫРЫМ. Жалимбетова И.К., Аманжулов Р.К., Ахметеалиев Г.Г., Кенжебаев Т.Т., Жайшев К.К. «Куаныш» ЖШС, Ақтобе қ., Орал қ. ОА БҚО. Өт-тас ауруы: клиникасы, диаеностикасы, емдеу. Қазіргі таңда әлемдегі жоғары жамыған елдің арасында аталған сырқат кең таралуда. Оған себебші болатын қалықтын әлауқатынын жоғарлап, тағамға майлы және ауыр тамақтарды жиі пайдалану. Соңдықтан, организмде метаболиялық бұзылыстар туып, қабыну процестер дамып өттің іркілісі байқалады. Ең тиімді еміне ота жасау әдісі жатады. УДК: 617.576. 616-089.168.15

## Физиотерапия и медицинская реабилитация больных после травм конечностей

М.И.Мурадов ННЦХ им.А.Н.Сызганова, г.Алматы, МЗ РК

Восстановление многогранной функции кисти после реконструктивных операций на ее функционально важных анатомических образованиях остается одной из актуальных проблем современной медицины. Неудовлетворительные результаты лечения травм кисти, при условии качественно выполненной операции, все еще составляют 20-40% /1,2,3/. Результаты лечения больных с патологией кисти в 50% зависит от полноценной и трудоемкой реабилитации. Данное обстоятельство подтверждает мнения многих авторов о необходимости дальнейшего совершенствования реабилитационной терапии с применением новейших достижений науки /4,5,6/.

Целью данной работы явилась разработка протокольной схемы реабилитации больных после реконструктивно-восстановительных операций на кисти.

Материалы и методы исследования.

В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии НЦХ им.А.Н.Сызганова у 298 отслежены результаты хирургического лечения острой травмы и ее последствиями с последующей реабилитацией за период 2005-2010 годы. Лиц мужского пола пролечено 214 пациента, женского — 84, из них 92% пациентов молодого, трудоспособного возраста (18 - 27 лет). Бытовые травмы имела место у 58,9% больных, производственные травмы — 37,2% пациентов, уличные —3,9% пострадавших. Повреждение правой кисти и пальцев выявлено у 70% пациентов, левой — у 30%.

Для объективного анализа результатов лечения и оценки его эффективности были отобраны больные с похожими травмами и выполненными им типичными хирургическими вмешательствами. Из них:

- 1 Восстановление нервов, сухожильно-связочного аппарата кисти и пальцев при острой травме 161 пациент
- 2 Восстановление нервов, сухожильно-связочного аппарата кисти и пальцев при последствиях травмы 107 больных
- 2 Устранение дефектов, деформаций тканей кисти транспозицией лоскута 23 пациента
- 3 Устранение дефектов, деформаций тканей транспозицией лоскута с восстановлением нервов, сухожильно-связочного аппарата кисти и пальцев 7 больных

Реабилитационная терапия у всех больных с травмой кисти включала в себя следующие этапы: 1) медикаментозное лечение; 2) физиолечение; 3) иммобилизации и разработки пальцев кисти.

Медикаментозная терапия была направлена на профилактику нагноения и снижения остроты послеоперационных воспалительных процессов. За 1 час до операции и в течение 3-7 суток, в зависимости от течения раневого процесса, больному назначали антибиотики широкого спектра действия. Первые трое суток — обезболивающая и антигистаминная терапия. Независимо от наличия отека, нестероидные противовоспалительные препараты назначались в течение 5 дней. Стимуляцию репаративных процессов восстановленных тканей проводили при помощи актовегина. Для профилактики рубцово-спаечного процесса с 5 суток назначали рассасывающую терапию (алоэ, лидаза, стекловидное тело), витамины «А», «Е».

Физиотерапевтическое лечение. Для предупреждения послеоперационного отёка и улучшения трофики тканей, купирования болей параллельно с медикаментозной терапией с 3-5 суток, в зависимости от течения раневого процесса, назначали курс магнитотерапии. Длительность очередного сеанса увеличивалась с 5 до 20 мин в течение 10 дней. При выраженном болевом синдроме на область предплечья назначали диодинамические токи (5-6 сеансов продолжительностью 10-12 минут). Через 2 недели после операции назначали 10 сеансов электрофореза с рассасывающими препаратами. Далее проводилась ультразвуковая терапия (10 сеансов) с гормональными мазями. После заживления ран назначали теплые ванночки (38-40°) с морской солью, 10-15 сеансов по 20-25 минут. Через 4 недели - парафиновые или озокеритовые аппликации 10 сеансов по 30 минут через день. При наличии контрактур тепловые физиопроцедуры делали со специальными укладками для создания усилия в противоположном контрактуре положении. Электростимуляция мышц кисти и предплечья – по 10 сеансов с перерывом в 30 дней в течение 5-6 месяцев.

Массаж пальцев, кисти и предплечья выполнялся после прохождения тепловых процедур. Назначался с 5 недели повторный курс ультразвука с витаминами «Е», гидрокортизоновой мазью. Грязелечение назначали через 6-8 недель.

Иммобилизация и разработка пальцев. Впервые сутки после операции производили гипотермию на кисть и предплечье с возвышенным положением конечности. На 3-5 сутки после регрессии отека и болей у пациентов с восстановленными сухожилиями сгибателей пальцев кисти применяли метод контролируемых движений пальца за счет нагрузки на сухожилия мышц-антагонистов. Кисть фиксировали тыльной гипсовой лонгетой от кончиков пальцев до средней трети предплечья. Сгибание в лучезапястном суставе было до 30°, сгибания в пястно-фаланговых суставах – 70° и в межфаланговых суставах - физиологическое. К ногтевой пластинке и по направлению физиологической оси сгибания пальца в области запястья к бинту фиксировали эластическую резиновую тягу-держалку. В течение 1 минуты пациент начинал активное разгибание пальца по методике "Four Fours". ежедневно увеличивая длительность упражнения на 1 мин в течение 3 недель с момента наложения тяг. Через 4 недели добавляли дозированное активное и пассивное сгибание пальца, с постепенно возрастающей нагрузкой. Защита сухожильного анастомоза от полной и многократной нагрузки продолжалась еще 4-6 недель.

Так же выполняли упражнения проприоцептивного тренинга - написание алфавита, тонкие моторные навыки, специфические профессиональные упражнения. Выполняли программу "Four Fours" для 4-6 недели - 4 разгибательных движения пальцами (стремление разогнуть пальцами до 180°), 4 пассивных сгибательных движения пальцами, 4 активных сгибательных движения, 4 раза ежечасно.

Упражнения на возвращение силы и выносливости (блоковые аппараты, поднятие и удержание легких грузов и др.) начинали с 8-12 недели Координационные движения, поочередное касание подушечками II, III, IV, V пальцев подушечки I пальца, постепенно увеличивая скорость упражнения.

Повторные курсы реабилитационной терапии выполняли 4 раза в год. Процедура состояла из применения рассасывающих препаратов, электрофореза, ультразвука, парафина (озокери-

та), ЛФК, массажа.

В каждом конкретном случае сочетание в применении различных схем реабилитации было индивидуальным. В то же время во всех случаях придерживались общих методических правил: систематичность занятий, постепенность нарастания нагрузки, длительность занятий, индивидуализация, эмоциональность занятий, регулярный учет эффективности.

#### Результаты и их обсуждение

Оценка отдаленных результатов восстановительных операций на кисти осуществлялась не раньше 12 месяцев после оперативного вмешательства. Оценку результатов реконструкции кисти осуществляли на основании восстановления ее функции.

Хороший результат получен у 245(82,1%) больных – у пациентов имелось восстановление активного захвата кистью предметов различной величины, координации и дифференциации движений, разведения и сведения, сгибания и разгибания пальцев, а так же восстановление температурной и тактильной чувствительности до нормостезии.

Удовлетворительный результат 52(17,4%)— восстановление активного захвата кистью небольших предметов, с маленьким весом; ограничение координации и дифференциации движений в виде неполной амплитуды; восстановление чувствительности до гипостезии.

Неудовлетворительный результат получен у 1(0,5%) пациента после аутосухожильной пластики глубоких сгибателей всех пальцев, аутонервной пластики ветвей срединного и локтевого нервов через 3 года с момента травмы.

Таким образом, полученные нами результаты комплексного восстановительного лечения после оперативного вмешательства свидетельствуют об эффективности используемой разработанной схемы реабилитации.

#### Список литературы

- Артыков К.П., Курбанов У.А., Раджабов А.М. Микрохирургическая аутотрансплантация тканей //Проблемы микрохирургии. I (V) Международный симпозиум. Тезисы докладов. 19-20 декабря 2001 г. С.5-6.
- Аникин Ю.В., Кикория Н.Г. Профилактика и лечение послеожоговых и послеоперационных рубцов //Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.
   №4.- 2004. - С. 35-36.
- Белоусов А.Е. Рубцы как глобальная проблема пластической хирургии //Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. М., №4. - 2004. - С.- 41-42.
- Каюмходжаев А.А. Пути улучшения непосредственных результатов микрохирургической аутотрансплантации

- //Восстановительные и органосберегающие технологии главный путь развития хирургии. Материалы конференции. М.- 2004.-С.77.
- Stevenson T.R. Reconstruction for lower extremity trauma /The unfavorable result in plastic surgery. Avoidance and treatment/ Ed/R.M. Goldwyn, Cohen M.N..-3 ed., Lippincott Williams@ Wilkins, 2001.-P. 842-843.
- Thordarson D.B. Congenital crossover fifth toe correction with soft tissue release and cutaneous Z-plasty //Foot. Ancle. Int.-2001. –Jun.-Vol. 22.-N6.-P. 511-2.

Физиотерапия и медицинская реабилитация больных после травм конечностей

М.И. Мурадов

ННЦХ им. А.Н. Сызганова, МЗ РК

В данной статье на примере оценки результатов эффективности реабилитационной терапии у 298 больных показано, что результаты комплексного восстановительного лечения в различные периоды после оперативного вмешательства свидетельствуют об эффективности используемой разработанной схемы реабилитации.

Қол-аяқтың жарақаттарынан кейінгі науқастардың физиоемі және медициналық оңалту

А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық Хирургия Ғылыми Орталығы, Қазақстан, Алматы

Бұл мақалада 298 науқастың мысалында реабилитациялық терапияның тиімді нәтижелерінің бағасы көрсетілген. Операциядан кейінгі әртүрлі уақытта комплексті қалпына келтіру емі, шығарылған протоколды схемалы реабилитацияны қолданудың тиімділігі куәландырылады.

Physiotherapy and medical rehabilitation of patients after extremities injuries

M.I. Muradov

National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganova, Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

In this article, the example of evaluating the effectiveness of rehabilitation therapy in 298 patients showed that the results of a comprehensive rehabilitation treatment during various periods after operation demonstrated how effective use of rehabilitation schemes developed УДК 616.62-002.2-289

## Новые подходы к хирургическому лечению лейкоплакии мочевого пузыря

Малих М.А., Медеубеков У.Ш., Каимбаев А.И., Романова С.А., Куаншалиева Ж.Е.

В последние годы отмечается неуклонный рост числа пациенток с различными формами дизурии. Стойкие расстройства мочеиспускания у женщин являются частыми проявлениями хронических воспалительных процессов нижних мочевых путей [1]. Особого внимания заслуживает увеличение количества больных с сохраняющимися расстройствами мочеиспускания, несмотря на нормализацию анализов мочи и прекращение бактериурии [2].

При цистоскопии и биопсии измененной слизистой мочевого пузыря у пациенток, страдающих хроническим циститом, по данным разных авторов, в 56-82% случаев выявляется плоскоклеточная метаплазия эпителия с различной степенью ороговения, представленная очагами белесоватого налета, четко отграниченными от неизмененной слизистой (А.М. Романенко, 1985, И.А. Клименко, 1986, А.Ф. Возианов и соавт., 1994, О.Б. Лоран и соавт., 2008) [1, 3, 4]. Клиницисты объединяют все формы плоскоклеточной метаплазии эпителия термином «лейкоплакия». Точной статистики распространенности и заболеваемости лейкоплакии мочевого пузыря не существует.

В свете современных исследований лейкоплакия представляет собой патологический процесс, который характеризуется нарушением основных функций многослойного плоского эпителия: отсутствием гликогенообразования и возникновением ороговения - которые в норме отсутствуют [А.М. Романенко, 1985, И.А. Клименко, 1986, Д.Г. Курбатов, 1999, A. Lopez-Beltran, 2002, P. Steven Petrou, 2003, K.W. Pinkstaff et al., 2003]. Исторически в качестве причин развития плоскоклеточной метаплазии рассматривались дефекты эмбрионального развития слизистой мочевого пузыря, роль специфической инфекции (туберкулеза, сифилиса), гиповитаминоз витамина А. В последнее время наиболее вероятными теориями происхождения лейкоплакии мочевого пузыря являются воспалительная, гормональный дисбаланс (влияние эстрогенов) [5], результат термического, химического воздействия; нарушение микроциркуляции в стенке мочевого пузыря [6, 7], а также разрушение нормального гликозаминогликанового слоя уротелия под воздействием урогенитальной инфекции (Ch. trachomatis, U. urealiticum, N. gonorrhoeae, M. genitalium, Tr. vaginalis, Herpes simplex I, II) [1, 5, 81.

Наиболее спорным и принципиально важным остается вопрос о принадлежности лейкоплакии слизистой оболочки мочевого пузыря к предраку. Одни авторы считают, что лейкоплакия не склонна к малигнизации (Д.И. Головин, 1982, И.А. Клименко, 1986, В.Н. Прилепская, 2003). Другие полагают, что она может трансформироваться в рак, поэтому больные с лейкоплакией нуждаются в тщательном длительном наблюдении (R. Benson и соавт., 1982, А.М. Романенко, 1985, И.А. Клименко, 1986, А. Staack, 2006, H. Schlechte et al., 2006).

Клиническими проявлениями лейкоплакии мочевого пузыря являются стойкая дизурия, императивные позывы к мочеиспусканию, поллакиурия и хроническая уретральная боль в сочетании или изолированно с хронической тазовой болью. Выявлено, что при цистоскопии у 63,6-100% пациенток со стойкой дизурией, хронической тазовой болью обнаруживается плоскоклеточная метаплазия эпителия слизистой оболочки мочевого пузыря, локализованная в шейке мочевого пузыря и мочепузырном треугольнике (F.C. Burkhard, N. Blick, U.E.

Studer, 2004).

Лейкоплакия мочевого пузыря - хроническое заболевание, при котором клетки переходного эпителия, выстилающие полость мочевого пузыря, замещаются клетками плоского эпителия

Возникают участки, покрытые ороговевающим эпителием, который, в отличие от переходного, не защищает стенки мочевого пузыря от активного воздействия компонентов мочи, что вызывает хроническое воспаление. Лейкоплакия мочевого пузыря является также предраковым состоянием, а это значит, что в отсутствие качественного лечения способна перерождаться в рак.

Заболевание встречается у женщин гораздо чаще, чем у мужчин, благодаря особенностям строения женского мочеиспускательного канала, из-за чего мочевой пузырь более доступен для инфекции, которая, как выяснилось, играет ведущую роль в возникновении лейкоплакии мочевого пузыря. В настоящее время проводятся как экспериментальные, так и клинические исследования по изучению возможностей использования средств квантовой электроники для диагностики, профилактики и лечения урогинекологических заболеваний. Эти возможности определяются в целом *b*-свойствами лазерного излучения и его биологическими эффектами, реализуемыми в тканях организма.

Под внутривенной или спиномозговой анестезией проводится плазменная вапоризация (ПВ) участка лейкоплакии с помощью резектоскопа фирмы «Олимпус», в биполярном режиме с использованием физиологического раствора (9%). В результате ПВ наступает полное выпаривание участка лейкоплакии мочевого пузыря (ЛМП), с хорошей коагуляцией сосудов, без образования струпа. В результате чего сокращается послеоперационная катетеризация мочевого пузыря, сокращается послеоперационный период ведения больного, наступает более быстрое восстановление трудоспособности больного, и меньший процент рецидивов.

До настоящего времени не существует алгоритма диагностики лейкоплакии мочевого пузыря. Не выработана единая тактика лечения в зависимости от стадии процесса. Не существует единого мнения о тактике хирургического лечения лейкоплакии мочевого пузыря, что приводит к появлению новых вопросов общетеоретического и практического значения, требующих разрешения. Плазменная вапоризация впервые используется как метод выбора эндоскопического лечения ЛМП, будет доказана высокая эффективность ПВ в лечении ЛМП.

Будет создана последовательная схема диагностики и лечения ЛМП, а также разработана оптимальная схема реабилитации больных. Предполагаемые научные результаты имеют характер фундаментальных знаний с последующим практическим применением в урологии.

Совершенствование эндоскопических технологий, применение новых принципов коагуляции измененных тканей позволяют расширить варианты методов лечения лейкоплакии мочевого пузыря. Метод бесконтактной аргоноплазменной коагуляции в последнее время все шире используется хирургами различных специальностей для девитали-зации поверхностных патологических процессов и остановки капиллярных кровотечений. Однако применение этого метода в эндоурологических вмеша-

тельствах пока не изучено.

Основным принципом действия АПК является термическое воздействие тока высокой частоты, подаваемого на ткань с помощью потока ионизированной аргоновой плазмы. Аппаратура для АПК включает источник газа аргона и источник тока высокой частоты. Гибкий зонд-аппликатор сконструирован таким образом, что в канал подачи аргона вмонтирован высокочастотный электрод. При определенном уровне высокочастотного напряжения и достаточно малом расстоянии от тканей в потоке аргона образуется электропроводящая плазма (аргоно-плазмен-ная дуга). В этом случае между зондом-аппликатором и тканью начинает протекать высокочастотный ток, вызывающий коагуляцию тканей за счет их нагрева. Глубина коагуляции зависит от длительности воздействия, режима аппарата и установленной мощности. В соответствии с физическими условиями процесса струя плазмы автоматически направляется от коагулированных участков к измененным или кровоточащим тканевым зонам в пределах диапазона аппликации, где имеется наименьшее сопротивление току. Благодаря этому достигается равномерная, автоматически ограничиваемая коагуляция как по глубине, так и по плоскости. Аргоноплазменная коагуляция позволяет удалять измененную слизистую оболочку мочевого пузыря, не травмируя более глубокие слои стенки и не затрагивая собственную пластинку и мышечный слой. Нагревание ткани, очаг гипертермии в лейкоплакической бляшке способствует не только удалению измененного эпителия, но и гибели патогенных микроорганизмов в субэпителиальных слоях.

Под общей анестезией после обработки наружных половых органов растворами антисептиков в мочевой пузырь вводится универсальный уретро-цистоскоп. Мочевой пузырь наполняется 5% раствором глюкозы объемом 150-250 мл. В рабочий канал цистоскопа устанавливается электрод электрохирургического скальпеля «Электропульс C-350 PЧ». Применялся искровой режим коагуляции, торцевой или боковой поток газа. Электрод подводился к участку измененной слизистой мочевого пузыря. В режиме потока аргона 0,7-1,0 л/мин при параметрах искровой коагуляции 75-85 Вт током высокой частоты 440 кГц с частотой повторения импульсов 2080 кГц проводилась точечная коагуляция всей измененной поверхности длительностью до 2 секунд на каждую точку. Общая длительность операции находилась в прямой зависимости от площади измененной слизистой мочевого пузыря. После завершения коагуляции установка катетера в мочевой пузырь не требовалась. В послеоперационном периоде всем пациенткам назначалась антибиотикотерапия, симптоматическое лечение.

Особенностью аргоноплазменной коагуляции в жидкой среде является достижение девитализации измененной слизистой мочевого пузыря с контролируемой минимальной глубиной коагуляционной поверхности и адекватное купирование капиллярного кровотечения, что минимизирует риск интраопера-ционного кровотечения и исключает необходимость послеоперационного дренирования мочевого пузыря.

Отсутствие плотных межклеточных контактов в метаплазированном плоском эпителии слизистой мочевого пузыря, активное слущивание поверхностного слоя клеток приводят к проникновению мочи в подслизистый слой, раздражению рецепторов слизистого и подслизистого слоя, формируя частое и болезненное мочеиспускание. Уже в раннем послеоперационном периоде за счет деструкции функционально неполноценного метаплазированного эпителия и частичной денервации слизистой оболочки мочевого пузыря отмечается увеличение среднеэффективного объема мочевого пузыря, урежение эпизодов мочеиспускания, уменьшение болевого симптома в надлонной области.

Формирование более глубокого слоя деструкции измененной слизистой путем резекции или коагуляции, что приводит к рубцовой деформации стенки мочевого пузыря в результате репарационных процессов и медленному восстановлению функции мочевого пузыря.

Формирование рыхлого коагулированного слоя измененной слизистой мочевого пузыря позволяет в более короткий срок полностью отторгнуться струпу и создать более благоприятные условия для эпителизации поверхности за счет относительно адекватного качества микроциркуляции зоны коагуляции. Это позволяет восстановить функциональность слизистой оболочки мочевого пузыря через 1,5 месяца после проведенного хирургического лечения и улучшить качество жизни пациенток с лейкоплакией мочевого пузыря.

Таким образом, применение плазменной вапоризации по данным современных исследователей, является наиболее эффективным и оптимальным способом лечения лейкоплакии мочевого пузыря.

#### Список литературы:

- 1. Лоран О.Б., Зайцев А.В., Годунов Б.Н., Каприн А.Д., Давидьянц А.А. //Урол. и нефрол. – 1997. – №6. – С.7-14.
- 2. Загребина О.С.Этиологическое значение Ureaplasma urealiticum в развитии воспалительных процессов половых и мочевых органов у женщин: Дисс. ... канд. мед. наук М., 2001. С. 8-20, 130-136
- 3. Parsons C. Lowell. //Contemp.urol. 2003. Feb. P.22-31. 4Романенко А.М., Клименко И.А., Кудрявцев Ю.В., Хазан П.Л // Consilium Medicum Прил.Урология. – 2002. – C.5-9.
- 5. Астапов А.И. Трансуретральная электровапоризация в комплексном лечении женщин страдающих хроническим циститом: Дисс. ... канд. мед. наук — М., 2003
- 6. Гвоздев М.Ю. Транспозиция дистального отедла уретры в оперативном лечении и сексуальной реабилитации женщин, страдающих хроническим циститом: Дисс. ... канд. мед. наук М., 2000. С.18.
- 7. Страчунский Л.С., Рафальский В.В., Сехин С.В., Абрарова Э.Р //Урология. – 2002. – №2. – С.8-14.
- 8. Яковлев С.В. //Consilium medicum. 2001. Т.3. №7. С.300-
- 9. Косова И.В. Роль урогенитальных инфекций в этиологии циститов и необструкутивных пиелонефритов у женщин: Дисс. ... канд. мед. наук М., 2005.
- 10. Burkhard FC, Blick N, Studer UE "Urinary urgency, and chronic urethral and/or pelvic pain in females. Can doxycycline help?" //J Urology, 2004
- 11. Patelli E, Mantovani F, Catanzaro M, Pisani E "Urgency-frequency syndrome in women: interstitial cystitis and correlated syndromes" //Arch Ital Urol Androl. 1999; Dec; 71(5): 317-20.
- 12. Смирнов Д.С. «Особенности диагностики и лечения больных с лейкоплакией мочевого пузыря» Авт. дисс. СПб, 2007.
  - 13. Okamura K, Ito K, Suzuki Y, Shimoji T «Histological study»

УДК 640.24.124-12.54/12

## Қуық асты бездің қатерсіз гиперплазиясы бар науқастарды дәрілік заттармен емдеу тиімділігін бағалау

Алчинбаев М.К., Абдильманов К.М., Мансурова И.Б., Маскутов К.Ж., Надирбаев Г.Е., Абдиев Г., Конысбаев Ш.Б. Б.О. Жарбосынов атындағы Урология Ғылыми Орталығы

#### Маңыздылығы

Егде жастағы ер адамдардың ең жиі кездесетін урологиялық ауру қуық асты бездің қатерсіз гиперплазиясы (ҚАБҚГ) болып табылады. О.Б. Лоран ақпараттары бойынша (2009) 80 жоғары жасты ер адамдардың 80% бұл ауруға шалдығады. Пушкарь Д.Ю. өз жұмыстарында 50 жастан жоғары ер адамдардың 36% қатерсіз гиперплазияға шалдығатынын айтады. Денсаулық сақтау жүйесінде осы аурулар шығынды болып саналады, сол науқастардың өздеріне қатты қаржылық қиыншылықтар туғызады. 50 жастан жоғары ер адамдардың ең жиі кездесетін 10 түрлі созылмалы аурулардың бірі ҚАБҚГ – ол гендерлі баяу үдейтін ауру, қант диабетінің 2 типі және артериалды гипертензиясы анықталған уақытта, негізгі аңғарым анықталған уақыттан бастап, бір жыл ішіндегі қатерлі нәтиженің пайда болу қауптілігі жоғары деп есептелінеді. ҚАБҚГ бойынша оперативтік ем 50 мен 80 жас аралығындағы науқастардың 30% көрсетілген. Бірақ соңғы жылдары қуық асты бездің қатерсіз гиперплазиясының емінде дәрілік затпен емдеу өз орнын тауып отыр. Ол, бір жағынан дәрігердің де, науқастың да оперативтік емнен бас тарту мақсатымен жүргізіліп отыр, онымен қатар қазіргі кезде несеп шығару бұзылыстарының патогенезі туралы жаңа мәліметтер анықталып жатқандықтан.

Денсаулық сақтау жүйесінде ҚАБҚГ бар науқастар емінің төлемақысы стационарлық емнің, науқастар зерттеуінің және дәрілік емнің бағасынан құралып отыр. Мысалы, Англияда ҚАБҚГ бар науқастар еміне бір жылға жұмсалатын қаражат саны 80 млн.  $\pounds$ , ол соманың жартысы дәрілік емге жұмсалады. АҚШ соңғы жылдары ҚАБҚГ емінің консервативті әдісіне жұмсалатын қаражат саны көбеюде, олардың жалпы бағасы 4 трлн. \$ (1998 жылмен салыстырғанда екі есе көбейген).

Осы уақытқа дейін ҚАБҚГ кезіндегі несеп шығару бұзылыстары патогенезінде классикалық түсініктер басым болды, олар механикалық инфравезикалды бөгет және детрузордың екіншілік құрылым-қызметтік өзгерістері болатын (компенсация, декомпенсация). Соңғы 20 жыл ішінде үрпі ішілік қысымның жоғарылауы жайында айтарлықтай жаңа мәліметтер алынды. Оны қуық мойынын және артқы үрпіні механикалық қысылумен түсіндіру мүмкін емес екендігі анықталды. А-адренорецепторлардың белсенділігіне байланысты жоғарлауы сияқты бөгеттің динамикалық компоненті анықталып отыр. Ирритативті белгелердің пайда болуының да басқа түсіндірмелері анықталды. Оларды тікелей бөгетпен байланыстырмай қуықтың біріншілік тұрақсыздық белгілерімен байланыстырады.

Аурудың басқа да тереңдетілген патогенетикалық механизмдері анықталғандықтан, консервативтік емге көзқарас өзгерді. Строцкий А.В. мәліметтері бойынша (2010) ҚАБҚГ бар науқастардың 20% бен 27% аралығында дәрілік заттар қабылдауына тәуелді. Мамандардың бөлігі дәрілік заттармен емдеу оперативтік емге дейінгі кезең ретінде қабылдап отыр. Оның үстіне дәрілік заттар өндірушілері консервативті емді барлық несеп шығару бұзылыстарының алғашқы белгілерінде, жоғарғы несеп жолдары зақымданбаған және асқынулары жоқ науқастарға, оперативтік емге түпкілікті және салыстырмалы қарсы көрсеткіштері бар барлық науқастарға, онымен қоса

оперативтік емнен әр түрлі себептермен уақытша немесе емірдің аяғына дейін бас тартқан науқастарға жүргізу ұсынады.

ҚАБҚГ бар науқастарға консервативті ем жүргізу көрсеткіштері:

- IPSS жалпы баллдары 8 көп немесе 19 төмен жағдайында;
- QOL 3 балл:
- Qmax 15 жоғары емес және 5 төмен емес мл/с;
- Несеп шығару көлемі 100 мл аз емес;
- Қалдық зәр мөлшері 150 мл көп емес;
- Қосалқы ауруларына байланысты оперативтік емге қарсы көрсеткіштердің болуы;
- Әлеуметтік себептер, науқастың оперативтік емнен өздігінен бас тарту.

Консервативтік ем жургізуге қарсы көрсеткіштер:

- Қуық асты без рагы күмәнданғанда;
- Төменгі несеп жолдарының белсенді сатыдағы қабыну аурулары;
  - Нейрогенді бұзылыстар.

2009 жылдың қараша айынан ҚАБҚГ бойынша IV Халықаралық кеңес беру комитетінің ұсыныстарына сәйкес дәрілік емнің негізгі топтарына келесілер жатады: а-адреноблокаторлар, 5-а-редуктаза тежегіштері, табиғи өсімдік заттары және олардың құрамдастырымдары. Бұл мәселеге арналған мәліметтер база негізінде жүргізілген плацебобақыланған рандомизирленген зерттеулер жатыр.

1 кесте – Қуық асты бездің аденомасының дәрілік емінің тиімділігі бойынша әр түрлі зерттеулердің нәтижелері

Зерттеу	Қатысушы саны	Зерттеу ұзақтығы	Клиникалық үдемелілігі, жағдай/100 науқас	Плаце- бомен салыстыр- ғандағы жақсару, %	р
TRIUMPH	70 000	1,9 жыл	2,1	66	0,001
MTOPS	4325	2 жыл	2,7	49	0,003
SMART	3270	1,7 жыл	2.5	51	0,005
PREDICT	1097	8 ай	2,4	53	0,002

Едәуір нақтылы зерттеу Ұлыбритания мен Нидерландта жүргізілген TRIUMPH зерттеуі анықталды.

Сонымен, ҚАБҚГ бар науқастардың дәрілік емінің тиімді схемасын анықтау қазіргі уақытта өзекті мәселе болып табылады.

#### Құрал мен әдістер

Бұл жұмыста біз 274 ер адамдарды зерттедік. Науқастардың орташа жасы 61,2±9,4 жыл. Екінші кестеде науқастардың жасқа байланысты талдауы көрсетілді.

Бұл зерттеуге енгізу критерийлері ультрадыбыстық зерттеу арқылы анықталған қуық асты безінің құрылымындағы гиперплазия түйіндері және уродинамикалық зерттеу арқылы анықталған айықын емес инфравезикалды бөгет белгілері болды.

Науқастарды зерттеу жолдарына келесілер жатады:

- жалпы клиникалық қан және несеп анализдері;
- IPSS және МИЭФ-5 сұрақнамалары;

2 кесте – ҚАБҚГ бар науқастарды жасына қарай бөлу

Жасқа бөлу топтары		Науқастар саны		
		%		
51-60	51	18,6		
61-70	77	28,2		
71-80	118	43,0		
80 жоғары	28	10,2		
Барлығы	274	100		

- қуық асты без сөлінің бактериологиялық зерттеуі;
- тестостерон деңгейін анықтау;
- қуық асты бездің ультрадыбыстық зерттеуі;
- уродинамикалық зерттеулер;
- қуық асты бездің тік ішек арқылы қарау.

Науқастар әр қолданған дәрілік затқа байланысты бірнеше топқа бөлінді. Біздің зерттеуімізде әр түрлі топ дәрілері қолданылды, және де олардың құрамдастырылған емдеу схемалары да зерттелді.

3 кесте - қабылдаған дәрілік затына байланысты науқастарды бөлу

Топ	Науқастар саны	Орта жасы (ж.)	Топтық қысқаша анықтамасы
T1	54	66,4±4,3	Тамсулозин (Омник Окас) 0,4 мг 1 рет тәулігіне
Ф1	51	67,0±4,9	Финастерид 5 мг 1 рет тәулігіне
П1	49	65,8±5,3	Пермиксон 160 мг 2 рет тәулігіне
Т+Ф	47	64,3±4,9	Құрамдас ем: Финастерид 5 мг/тәул. оған қоса Тамсулозин 0,4 мг/тәул
Ф+П	37	66,5±4,1	Құрамдас ем: Финастерид 5 мг/тәул. оған қоса Пермиксон 160 мг 2 рет тәулігіне
Т+П	36	67,2±6,1	Құрамдас ем: Тамсулозин 0,4 мг/ тәул. оған қоса Пермиксон 160 мг 2 рет тәулігіне

Ем ұзақтығы 3 ай құрады. Бақылау зерттеулері 30, 60 және 90 күннен кейін жүргізілді.

Жүргізілген зерттеу жұмысы жергілікті Биоэтикалық комитетінің негіздеріне сәйкес болды.

Алынған мәліметтердің статистикалық сараптамасы Стьюденттің t-критериі арқылы жүргізілді, онымен қоса мәліметтердің сараптамасы Microsoft Excel және Statgraphics 5.1 жадыларында жүргізілді.

#### Зерттеу нәтижелері мен талқылау

Алынған нәтижелер ауру ұзақтығы, қуық асты без көлемі, қалдық зәр мөлшері, максималды және орташа несеп шығару жылдамдығы, IPSS межелігі бойынша мәліметтер сияқты негізгі критерийлер бойынша бағаланды.

Жүргізілген зерттеу келесі мәліметтер берді.

4 кесте – Емге дейінгі негізгі көрсеткіштер (орташа мәндері)

Көрсеткіштер	Топ
Поростиштер	нәтижелері
Ауру ұзақтығы, ай	24,6±7,5
Қуақы асты без көлемі, см <sup>3</sup>	53,9±5,3
Қалдық зәр мөлшері, мл	117,2±15,1
Несеп шығару максималды жылдамдығы, мл/сек	5,3±0,7
Несеп шығару орташа жылдамдығы, мл/сек	4,9±0,8
IPSS, балл	22,5±3,4

Бұл зерттеуде дәрілік заттарды қабылдаған науқастар монотерапия ретінде және кешенді ем ретінде бақыланды.

5 кесте — Монотерапия ретінде емінен кейінгі негізгі көрсеткіштер (орташа мәндері) (30 күннен кейін)

Көрсеткіштер	Топтар			
Ауру ұзақтығы, ай	T1	Ф1	П1	
Қуақы асты без көлемі, см <sup>3</sup>	49,9±5,3	39,5±3,2*	42,5±3,5	
Қалдық зәр мөлшері, мл	75,2±5,1**	98,5±5,5	102,3±5,7	
Несеп шығару максималды жылдамдығы, мл/сек	9,7±0,3**	5,9±0,7	5,5±0,5	
Несеп шығару орташа жылдамдығы, мл/сек	7,2±0,4*	5,3±0,9	5,1±0,5	
IPSS, балл	14,5±3,8*	19,1±2,3	20,4±2,7	

<sup>-</sup> р ≤ 0,03 емге дейінгі көрсеткіштермен салыстырғанда

5 кестені талдай отырып, Омник Окас қабылдаған науқастар тобында уродинамикалық көрсеткіштер және IPSS нәтижелерінің жақсарғанын көреміз, бірақ бұл топта қуық асты без көлемінің кішіруін көрмедік.

6 кесте – Кешенді емінен кейінгі негізгі көрсеткіштер (орташа мәндері) (30 күннен кейін)

Көрсеткіштер	Топтар		
Ауру ұзақтығы, ай	Т+Ф	П+Ф	Т+П
Қуақы асты без көлемі, см³	31,2±5,1*	37,2±3,1*	38,4±3,3
Қалдық зәр мөлшері, мл	72,1±5,5*	88,9±4,5	76,6±5,1*
Несеп шығару максималды жылдамдығы, мл/сек	9,2±0,3**	8,3±0,5	9,1±1,5*
Несеп шығару орташа жылдамдығы, мл/сек	7,5±1,3**	6,9±0,7	7,1±0,9*
IPSS, балл	14,9±3,9*	16,2±2,2	15,2±2,8*

<sup>-</sup> р ≤ 0,05 емге дейінгі көрсеткіштермен салыстырғанда

Соңғы кесте мәліметтеріне сүйенсек, біз әр түрлі кешенді емнің тиімділігі жайында тұжырымға келе аламыз.

Алынған мәліметтер бойынша ең тиімді ем схемасы Омник Окас пен финастеридтің құрамдастығы болды. Бұл дәрілерді қабылдаған уақытта без өлшемдерінің нақты кішіреюін және уродинамикалық көрсеткіштердің нақты жақсаруын көреміз. Алынған мәліметтер нақтылығы емге дейінгі көрсеткіштерімен салыстыра жүргізіледі. Онымен қоса Омник Окас пен пермиксон қабылдаған науқастар тобында, пермиксон мен финастерид қабылдаған науқастар тобымен салыстырғандағы, уродинамикалық көрсеткіштері біршама жақсы.

Сонымен алынған мәліметтер Омник Окас дәрілік заты қолдану тиімділігінің жоғары екені монотерапия ретінде және құрамдас зат ретінде де көрсетті. Монотерапия ретінде қолдану науқастардың уродинамикалық көрсеткіштерге әсер етіп, едәуір өмір сапасын жоғарлатуға мүмкінідік береді.

Омник Окастың 5-а-редуктаза тежегіштерімен құрамдас қолданған кезде, қуық асты бездің көлемінің кішіреюіне және уродинамиканың жақсаруына әкеледі.

#### Резюме

К наиболее распространенным урологическим патологиям у пациентов пожилого возраста относится доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). На начальных стадиях заболевания основным методом лечения является консервативная терапия. Поиск наиболее эффективных и улучшающих качество жизни пациентов препаратов является основной целью всех современных исследователей в урологии.

#### Summary

The most common urological pathologies in the elderly is benign prostatic hyperplasia (BPH). In the initial stages of the disease the primary method of treatment is medical therapy. Finding the most effective and improve patient quality of life of drugs is the main goal of all modern researchers in urology.

<sup>\*\*</sup> р  $\leq$  0,04 Ф1 мен П1 топтар мәндерімен салыстырғанда

<sup>\*\*</sup> р ≤ 0,03 Ф+П топтар мәндерімен салыстырғанда

### Оценка эффективности оперативного лечения обтурационной формы мужского бесплодия

Мухамеджан И.Т.

АО «Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова»

В основу работы положены результаты исследования 45 пациентов находившихся на лечении в НЦ урологии в период с 2012 года по август 2013 гг. Средний возраст составил 31,2± 5,7 лет. Все пациенты включенные в исследование поступили с жалобами на отсутствие детей в браке без использования контрацептивов. Всем 45 пациентам с обструктивной азоспермией (нормальный объем, щелочную РН эякулята, нормальный объем яичек, сохраненный интратестикулярный кровоток, нормальный уровень ФСГ) тестикулярную биопсию осуществляли в процессе микрохирургической реконструкции семявыносящих путей в качестве первого этапа.

Методом случайного отбора (рандомизации) мы разделили всех пациентов на 2 группы:

Пациенты с МБ которым проведена операция вазоэпидидимоанастомоз «бок в бок» или «конец в бок», n=15

Пациенты с МБ которым проведена операция «триангуляционный» вазоэпидидимоанастомоз по Goldstien n=30

После проведения полного комплекса обследования, первой группе пациентов (n=15) проведена операция вазозпидидмоанастомоз по типу «бок в бок» или «конец в бок» с использованием микрохирургической техники под бинокулярным увеличением оптическим аппаратом «Carl Zeiss».

Суть операции заключалось в следующем:

- при операции «бок в бок», семявыносящий проток без пересечения подводят к придатку в месте предполагаемого анастомозирования. После рассечения стенок семявыносящего протока и придатка между ними формируют анастомоз на интубаторе, который выводят через придаток и кожу мошонки наружу. Однако при таком варианте исключается значительная часть функционального семявыносящего протока. Интубатор удаляют на 7—10-й день после операции.

- при операции «конец в бок», семявыносящий проток отсекают у хвоста придатка в косопоперечном направлении. Уровень пересечения протока зависит от обнаруженных в нем изменений. На проксимальный участок пересеченного протока накладывают кетгутовую лигатуру, и культю обрабатывают 5% спиртовым раствором йода. В дистальный конец семявыносящего протока проводят интубатор (леску с оплавленным концом) по направлению к уретре на 10—15 см; что позволяет дополнительно убедиться в его хорошей проходимости. Косо срезанный дистальный конец протока рассекают на интубаторе на протяжении 0,8—1 см. Расправленный конец семявыносящего протока подводят к разрезу на придатке, где обнаружены сперматозоиды. Свободный конец интубатора надевают на иглу, через разрез в придатке и далее через ткань его выводят на поверхность придатка проксимальнее будущего анастомоза, а затем через ткани на кожу мошонки. Атравматической иглой накладываем 4—6 швов.

Все пациентам проводили антибактериальную, витаминотерапию и гормонокорригирующую терапию с учетом выявленных нарушений.

Первый контроль эякулята проводили через 1 мес, в дальнейшем — через 3-6-12 мес. Из 15 прооперированных больных в первый месяц на контрольной спермограмме были обнаружены сперматозоиды у 5-х пациентов ( 33,3%).

В последующем, через 3 месяца количество пациентов с наличием сперматозоидов в эякуляте не менялось и составляло 5 пациентов. Через 6 месяцев после операции сперматозоиды были обнаружены только лишь у 3-х пациентов (20%) после. Данные представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, динамика изменений в спермограмме имеет тенденцию к уменьшению количества сперматозоидов в эякуляте в после операционном периоде пропорционально времени после операции. Уменьшение количества сперматозоидов в эякуляте, вплоть до полного исчезновения сперматозоидов по нашему мнению связано с рубцовыми изменениями в послеоперационной ране и обтурации или несостоятельности анастомоза, ввиду технических особенностей операции. Чем дольше времени проходит после операции, тем меньше количество сперматозоидов в эякуляте. Также, можно отметить, что если беременность у жены не наступает в первые 6 месяцев после операции, целесообразно использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Таким образом, эффективность оперативного лечения вазоэпидидмоанастомоз по типу «бок в бок» или «конец в бок» с использованием микрохирургической техники составляет 33,3% в первые 6 месяцев с

Таблица 1. Результаты контрольного обследования пациентов с МБ первой группы

Результаты спермограммы	Сроки обследования					
	До операции	Через 1 месяц	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев	
Азооспермия	15	10	10	12	13	
Астенозооспермия	-	5	5	-	-	
Олигозооспермия	-	-	-	3	2	
Bcero n=15	15	15	15	15	15	

уменьшением до 20% после 6 месяцев после операции.

Второй группе пациентов (n=30) после прохождения всех видов обследования и уточнения диагноза, проведена операция «триангуляционный» вазоэпидидимоанастомоз по Goldstien с использованием микрохирургической техники под бинокулярным увеличением оптическим аппаратом «Carl Zeiss». Суть операции заключалось в следующем: при операции «триангуляционный» вазоэпидидимоанастомоз, техника выполнения во многом аналогична вазоэпидидимоанастомозу, только несколько легче из-за большего размера сопоставляемых структур. Семявыносящий проток отсекают у хвоста придатка в косопоперечном направлении. Уровень пересечения протока зависит от обнаруженных в нем изменений. Проверяем его проходимость. Намечаются места наложения швов. В дистальный конец семявыносящего протока проводят интубатор. Под микроскопом выделяем канальца в придатке, после чего производим разрез на последнем. Также отмечаем места вколов иглы. Через намеченные точки проводятся иглы. Используется шовный материал 8/0-10/0 викрил. После ушивания одной полуокружности семявыносящего протока зона анастомоза переворачивается на 180 градусов и накладываются швы с противоположной стороны. Этапы операции представлена на рисунке.

Пациенты второй группы также, в ближайшем послео-

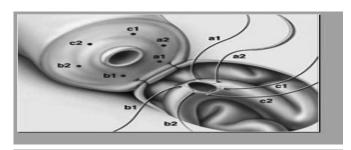






Рисунок. Этапы операции микрохирургического триангуляционного вазоэпидидимоанастомоза

Таблица 2. Результаты контрольного обследования пациентов с МБ второй группы после операции триангуляционного вазоэпидидимоанастомоза.

Результаты спермограммы	Сроки обследования					
	До операции	Через 1 месяц	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев	
Азооспермия	30	17	17	19		
Астенозооспермия	-	13	13	9	7	
Олигозооспермия	-	-	-	2	4	
Bcero n=30	30	30	30	30	30	

перационном периоде получали лечение лидазой по 64 ЕД подкожно ежедневно, 15—20 инъекций на курс, или другими биогенными стимуляторами, препятствующими образованию грубой рубцовой ткани. Проводили антибактериальную, витаминотерапию и гормонокорригирующую терапию с учетом

выявленных нарушений.

Контрольное обследование проводили через 1 мес, в дальнейшем — через 3-6-12 месяцев после операции. Из 30 прооперированных больных в первый месяц на контрольной спермограмме были обнаружены сперматозоиды у 13-и пациентов (43,3%). Через 3 месяца количество пациентов с наличием сперматозоидов в эякуляте не менялось и составляло 13 пациентов. Через 6 месяцев после операции сперматозоиды были обнаружены у11-и пациентов (37%). У 9-х (30%) была астенозооспермия, и у 2-х (7%) пациентов была олигозооспермия после операции триангуляционного вазоэпидидимоанастомоза. Только лишь 11 пациентов смогли пройти контрольное обследование через 1 год, у остальных пациентов срок операции не превышал 6 месяцев. Данные представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, у пациентов второй группы, которым проведена операция вазоэпидидимоанастомоз триангуляционным способом, показатели спермограммы лучше чем в группе 1. Конечно, отмечается уменьшение количества пациентов у которых в послеоперационном периоде выявили сперматозоиды в эякуляте. Изменения в спермограмме носили как количественные, так и качественные изменения.

Заключение. Эффективность оперативного лечения обструктивной формы мужского бесплодия после операции

вазоэпидидмоанастомоз по типу «бок в бок» или «конец в бок» составляет 33,3%. Через 6 месяцев после операции сперматозоиды были обнаружены только лишь у 20% с использованием традиционной микрохирургической техники. Эффективность оперативного лечения триангуляционного вазоэпидидимоанастомоза по M. Goldstien с использованием микрохирургической техники составляет 43,3% в первые 6 месяцев. Положительный результат анализа эякулята на наличие сперматозоидов имел тенденцию к уменьшению, и составил 37% больных после 6 месяцев после операции. Уровень общей (естественной и ассистированной) беременностей в группе пациентов которым проведена

операция триангуляционного вазоэпидидимоанастомоза по М. Goldstien, был отмечен в 43,3% по сравнению с 33,2% после традиционных вазоэпидидимоанастомозов конец-в-конец и конец-в-бок.

# Об эффективности LIFT – операции при свищах прямой кишки

Н.К.Ерболатов Атырауский филиал ТОО «Медикер»

Хирургическое лечение экстрасфинктерных свищей прямой кишки при хроническом парапроктите остается наиболее актуальной проблемой колопроктологии. Несмотря на совершенствование оперативной техники, высоким остается процент рецидивов и анальной недостаточности. Многие из существующих способов оперативного лечения сложных параректальных свищей, несмотря на хорошие результаты, полученные авторами, являются технически сложными и остаются не совершенными для их широкого применения. Число предлагаемых хирургических методик и их модификаций продолжает расти, используются различные технологии: латексные лигатуры, установка обтуратора Fistula Plug (Cook Medical), пломбировка клеевыми композициями, способ хирургического лечения свищей прямой кишки с видеоподдержкой VAAFT (Vid-eo Assisted Anal Fisula Treatment) [1]. Несмотря на это рецидив при экстрасфинктерных свищах прямой кишки сохраняется на уровне 4,7 до 33 %, а также анальной инконтиненции, отмечаемой в 5-83 % после предпринятых оперативных вмешательств [1, 2]. Новый и очень многообещающий метод лечения свищей прямой кишки предложен 2007 году тайским хирургом Арун Rojanasakul (отделение колопроктологии университета Чулалонгкорн, Бангкока), с полным излечением до 94%, без нарушения инконтиненции [2, 3]. В настоящий момент этот метод лигирование свищевого хода в межсфинктерном слое (The Ligation of Intersphincteric Fistula Tract – LIFT) – новый метод хирургического лечения транс и экстрасфинктерных свищей набирает популярность во всем мире. Во время операции рассекаются ткани над межсфинктерным слоем (рис 1)., выделяется свищ (рис 2). Затем свищевой ход пересекается и перевязывается проксимально и дистально. (рис 3). При этом не происходит повреждения анальных сфинктеров, травма окружающих прямую кишку тканей настолько минимальна, насколько это в принципе возможно. За период марта 2012 по июнь 2013 г. в клинике МЦ ТОО «Медикер-Атырау» прооперировано 5 больных (4 взрослых, 1 ребенок) с экстра- и транссфинктерными свищами прямой кишки. Возраст больных от 7 до 57 лет. Длительность заболевания от 2-х до 6 лет. Все больные перенесли ранее от 2-х и более операции (вскрытие парапроктита, иссечение свищей). Больные поступали в плановом порядке с сформированными параректальными свищами. Проводилось ректоскопия, зондирование свищевого хода, для определения свища по отношению к сфинктеру. Предоперационная подготовка заключалась в однодневном очищении кишечника, санации свищевого хода раствором бетадина и введением 1 г. цефтриаксона внутривенно непосредственно перед операцией. Всем взрослым больным проведена операция LIFT под перидуральной анестезией, у ребенка под внутривенной анестезией. Операция выполнялась следующим образом: после девульсии ануса определялась место расположение внутреннего отверстия путем введения смеси раствора бриллиантового зеленного и перекиси водорода. Для ориентира, в свищ вводиться пуговчатый зонд или катетер. Дугообразный разрез проводился на расстоянии 1,0- 1,5 см от анального отверстия. Тупо обнажается межсфинктерное пространство, на дне раны ориентируясь на зонд выделяется свищиевой ход. Свищ разобщается, прошивается и перевязывается, проксимально -максимально

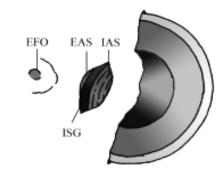


Рис. 1

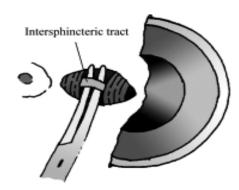


Рис. 2

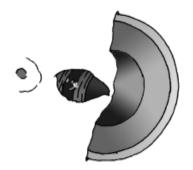


Рис. 3

ближе к слизистой. Основная рана ушивается наглухо. Свищ выскабливаем через наружное отверстие, оставляем открытым. Результаты: Больные выписаны на 4-5 сутки после операции. Швы сняты амбулаторных на 7 сутки, послеоперационные раны зажили первичным натяжением, наружные отверстия свищей — вторичным натяжением. Наблюдение за оперированными в течение от 1 года до 6 месяцев, рецидива свищей и нарушения инконтиненции не выявило.

#### Выводы

Положительные результаты, после LIFT – операции (лигирование свищевого хода в межсфинктерном слое), по данным опубликованных рандомизированных исследовании зарубежных авторов [3, 4] и собственные наблюдения позволяют рекомендовать данную операцию при хирургическом

лечении экстра- интрасфинктерных свищей прямой кишки.

### Список литературы

Malik AI, Nelson RL. Surgical management of anal fistulae: a systematic review. Colorectal Dis 2008; 10: 420-430

Rojanasakul A, Pattanaarun J, Sahakitrungruang C, Tantiphlachiva K. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract. Journal of the Medical Association of Thailand

[2007, 90(3):581-586]

Rojanasakul A .LIFT procedure: a simplified technique for fistula-inano. Colorectal Division, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. Techniques in Coloproctology [2009, 13(3):237-240]

P. Sileri, L. Franceschilli, G. P. Angelucci, S. D'Ugo, G. Milito, F. Cadeddu, et all. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) to treat anal fistula: early results from a prospective observational study. Techniques in Coloproctology, December 2011, Volume 15, Issue 4, pp 413-416.

УДК 614.29

# Использование стандартов JCI в профилактике вторичной инфекции после эндопротезирования тазобедренных суставов

Кусумжанова Д.К., Карибаева Б.Д. Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

Ежегодно в мире выполняется до 400-500 тыс эндопротезирований тазобедренных суставов. При этом инфекции в хирургии составляют до 25% всех нозокомиальных инфекций. Развитие осложнения приводит к увеличению сроков госпитализации в 2 раза и в 5 раз - стоимость лечения [1]. Многочисленные исследования показали, что периоперационная антибиотикотерапия перед эндопротезированием тазобедренного сустава, имеет большое значение в профилактике инфекционных осложнений [2].

Проведение аккредитации по стандартам Международной Объединенной Комиссии JCI основано на качественной оценке медицинских услуг, оказываемой медицинской организацией, посредством применения индикаторов, одним из которых является оценка применения антибиотика в дооперационном периоде [3].

### Цель работы

- внедрение мониторинга и оценки эффективности использования антибиотиков в течение одного часа до хирургического вмешательства пациентам, готовящимся к эндопротезированию тазобедренного сустава.

### Материалы и методы

В рамках внедрения в больнице международных стандартов JCI и управления качеством медицинской помощи через экспертизу, в больнице разработан и внедрен «Лист оценки периоперационного применения антибиотиков при эндопротезировании тазобедренного сустава». Чек-лист содержал информацию о пациенте, необходимую для мониторинга: возраст, пол, клинический диагноз, сопутствующие заболевания, аллергологический анамнез, дату поступления в стационар и дату проведения операции, группу антибиотика и наименование препарата с указанием дозы и формы введения, а так же исход заболевания.

Был проведен мониторинг 20 медицинских карт пациентов травматологического отделения, которым по различным показаниям выполнено тотальное замещение тазобедренного сустава. При этом, основную часть составили пациенты с переломами шейки бедренной кости 70% (14), с коксартрозом 3-4 степени с контрактурой - 25% (5) и с деформирующим артрозо-артритом тазобедренного сустава - 5% (1). В возрастной категории преобладали пациенты старше 80 лет - 45% (9), от 60 до 80 лет - 35% (7) и пациенты от 40 до 50 лет - 20% (4). Женщин было вдвое больше (65%), чем мужчин (35%).

Мониторинг включал оценку соблюдения алгоритма назначения антибиотика в течение одного часа до хирургического вмешательства.

### Результаты

Экспертиза показала, что периоперационная профилактика проведена 20 пациентам препаратом цеф III по следующей схеме: 1,0 в/м за 1 час до разреза, затем через 6 часов в то же день, в той же дозировке, в/м. В дальнейшем так же по 1,0 в/м

2 раза в день в течение 5 суток. Эффективность применения антибиотика оценена по клинико-лабораторным данным пациентов: контроль температуры тела 2 раза в день ежедневно, определение количества лейкоцитов крои и СОЭ на 2-е сутки после операции, развившиеся инфекционные осложнения.

Длительность наблюдения за пациентами с момента окончания операции до выписки из стационара в среднем составила 11 койко/дней с исходом заболевания – улучшение. Клинических случаев послеоперационных осложнений не установлено.

### Заключение

Таким образом, первичный скрининг применения антибиотиков до оперативного вмешательства показал, что данный метод профилактики инфекционных осложнений проводится всем пациентам и приводит к повышению качества лечения и безопасности пациента после операции эндопротезирования тазобедренного сустава.

### Список литературы:

- Сахаровский Ю.В., Сидорова Г.В., Рябов М.П., Иванов В.Р. Эндопротезирование как метод лечения дегенеративнодистрофических заболеваний и последствий повреждений тазобедренных суставов// Бюлл. Вост-Сиб. научного центра СО РАМН. - 2004.-№6. - С. 199-200.
- Вырва О.Е., Бурлака В.В., Малык Р.В., Озеров К.И. Инфекционные осложнения тотального эндопротезирования тазобедренного сустава // Ортопедия, травматология и протезирование.- 2011.- № 3.- С. 60-67.
- Международная аккредитация Joint Commission International, 4e издание, 2011 год.

В статье приведены данные внедрения в практику больницы листа оценки периоперационного применения антибиотиков при эндопротезировании тазобедренного сустава согласно международным стандартам качества и безопасности больничных услуг JCI и с целью профилактики инфекционных осложнений.

Ключевые слова: эндопротезирование тазобедренного сустава, профилактика осложнений, лист контроля, международные стандарты JCI.

Жамбас буындарын эндопротездеуден кейін қайталама инфекциялардың алдын алуда ісі стандарттарын қолдану

Құсымжанова Д.К., Кәрібаева Б.Ж.

Мақалада JCI аурухана қызметтерінің сапасы мен қауіпсіздігі халықаралық стандарттарына сәйкес және инфекциялық асқынулардың алдын алу мақсатында жамбас буындарын эндопротездеу кезінде антибиотиктерді операциядан кейін қолданудағы бағалау парағын аурухана тәжірибесіне енгізу деректері келтірілген.

Түйін сөздер: жамбас буындарын эндопротездеу, асқынулардың алдын алу, бақылау парағы, JCI халықаралық стандарттары.

### Реконструктивные операции у больных раком молочной железы

Абдукаримова Д.Х. Алматинский онкологический центр

Специализированное лечение рака молочной железы (РМЖ) продолжает оставаться трудной и многофакторной задачей, стоящей перед современной онкологией. Данные статистических исследований последних лет показывают неуклонный рост заболеваемости и смертности от этой патологии в разных странах. В Казахстане в 2011 году РМЖ занял І место среди всех локализаций, причем показатель заболеваемости составил 21,3 на 100 тыс. населения, а темп прироста – 3,6% по отношению к предыдущему году [1]. Благодаря совершенствованию методов лучевой и лекарственной терапии появилась возможность выполнения органосохраняющих операций. В тех ситуациях, когда выполнение радикальной резекции противопоказано, пациентке производится радикальная мастэктомия, что является для женщины серьезной психологической травмой. В последние годы все большее значение уделяется вопросам качества жизни больных, их социальной и психологической реабилитации, в связи с чем возрастает значение реконструктивно-пластических операций при злокачественных новообразованиях молочной жепезы.

Подобного рода хирургические пособия после радикальной мастэктомии стали производиться сравнительно недавно, так как длительное время существовало мнение, что при перемещении тканей в область операционного поля и при их препарировании мобилизуются латентные опухолевые клетки, которые попадают затем в лимфо- и кровообращение. Кроме того, выдвигалось и такое предположение, что пересаженные ткани могут прикрыть рецидив, создав таким образом новую угрозу для жизни больной. Так, J. Petit и соавт. на основе анализа результатов операций 340 больных РМЖ установили, что выживаемость в сравниваемых группах достоверно не отличалась вне зависимости от того, производилась восстановительная операция или нет [2]. Вместе с тем, ряд авторов полагают, что при настоятельной просьбе больной даже в случае сомнительного или плохого прогноза нельзя отказать в проведении реконструкции молочной железы [3,4].

На данный момент существует достаточно много методик реконструкции молочной железы, но имеется два принципиальных подхода к реконструкции молочной железы: воссоздание контуров железы за счет эндопротезов либо - собственными тканями. Наиболее часто эндопротезирование проводится в 2 этапа. І этап заключается в мастэктомии с помещением под большую грудную мышцу тканевого экспандера. В течение нескольких месяцев производится растяжение экспандера и окружающих тканей. II этап - это замена экспандера на эндопротез. В случае установки экспандера возможно выполнение эндо-протезирования за один этап. Из ранних послеоперационных осложнений эндопротезирования необходимо отметить миграцию экспандера или протеза, длительную лимфорею, а также - инфекционные осложнения, приводящие иногда к необходимости удаления имплантата. К более поздним осложнениям относится формирование капсулярной контрактуры.

Существует определенный негативизм по отношению к имплантации силиконовых протезов, что связано с публикациями в американской прессе и дороговизной имплантатов. Проведенные исследования не выявили связи между установкой имплантатов и развитием РМЖ. Операция имплантации силиконовых протезов значительно проще в техническом плане

и менее травматична для больных, однако из-за невозможности создать птозированную молочную железу не всегда подходит для реконструкции. Часто возникает необходимость коррекции второй железы для воссоздания симметричности. Кроме того, в случае, если больной показано проведение в послеоперационном периоде лучевой терапии, установка силиконового имплантата нежелательна. Технически более сложной является реконструкция молочной железы с использованием собственных тканей. Пересадка торако-дорсального лоскута (ТДЛ) является надежным методом реконструкции, однако лишь в сочетании с силиконовыми имплантатами можно получить хороший эстетический результат, так как объем пересаживаемого лоскута невелик. К недостаткам ТДЛ следует отнести контраст кожи грудной стенки и спины, наличие рубца в донорской зоне, нередко с деформацией контура спины.

В настоящее время наиболее приемлемым большинство авторов признает реконструкцию молочной железы поперечным лоскутом на основе прямых мышц живота (ТRAM-лоскут). При этом, следует тщательно выбирать методику в зависимости от соматического состояния и возраста пациенток. Перемещенный лоскут (на одной или двух питающих ножках) не подвергается атрофии в условиях адекватного кровоснабжения, а при изменении массы тела динамично меняет объем, как любая другая область жировой клетчатки. Противопоказанием для реконструкции TRAM-лоскутом является наличие сопутствующих заболеваний: сахарного диабета, ожирения, хронических заболеваний сердечнососудистой системы и легких. С развитием микро-хирургии и широким внедрением ее в пластическую хирургию появилась возможность в один этап привнести на место утраченной молочной железы большие объемы тканей, по консистенции сходные с тканями молочной железы. Микрохирургическая техника позволила сделать более надежными традиционные методики перемещения лоскутов на питающей ножке [5].

Так, в последнее время используется методика перемещения лоскута на одной питающей ножке с наложением дополнительных анастомозов между сосудами лоскута и подмышечными сосудами - ТRAM-лоскут с дополни-тельным анастомозом («с подкачкой»). Эта методика позволяет добиться более надежного кровообращения лоскута. Свободный TRAM-лоскут (на микрососудистых анастомозах) не зависит от реципиентной зоны, его можно модели-ровать и располагать в различных вариантах, требуемых в конкретной операционной ситуации. Питающими сосудами этого лоскута являются нижние эпигастральные артерия и вена, которые анастомозируются с торакодорсаль-ными сосудами, сосудами, огибающими лопатку, или внутренними мам-марными сосудами. Использование свободного лоскута значительно уменьшает риск осложнений со стороны передней брюшной стенки (образование грыжи). Еще более совершенным методом реконструкции является использование DIEP-лоскута, позволяющее выделить нижние эпигастральные артерию и вену без мышцы.

Подводя итог вышесказанному, необходимо отметить, что реконструктив-ные операции, выполняемые у больных РМЖ, являются этапом реабилитации. При этом, важным моментом является тот факт, что выполнение данных хирургических вмешательств не влияет на сроки проведения адъювантной

терапии, а безрецидивная выживаемость больных РМЖ после радикальной мастэктомии с одномоментной реконструкцией не отличаются от выжива-емости пациенток без пластической операции. При этом, одномоментная реконструкция является наиболее предпочтительной как в техническом, так и в психологическом плане.

### Список литературы:

- 1 Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Д., Байпеисов Д.М. и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2011 год: статистические материалы. – Алматы, 2012. – 108 с.
- 2. Petit J.Y., Lehmann A., Griggio L. et al. Deux cents reconstructions mammaires totales faites a l'Institut Gustave-Roussy depuis 1976 // Ann. Chir. Plast. Esthet. 1985. Vol. 30(1). P.17-27.
- 3. Watts G.T. Reconstruction of the breast as a primary and secondary procedure following mastectomie for carcinoma // Br. J. Surg. 1976. Vol.63(10). P.823-5.
- 4. Cooper G.G., Webster M.H., Bell G. The results of breast reconst-truction following mastectomie // Br. J. Plast. Surg. 1984. Vol. 37(3). 369-72.
- 5. Grotting J.C., Vasconez L.O. Immediate breast reconstruction using the transverse abdominal island flap. In Bohmert: Breast Cancer, 1989. p. 205-12.

#### **РЕЗЮМЕ**

Реконструктивные операции у больных раком молочной железы

Абдукаримова Д.Х.

Алматинский онкологический центр

В настоящей работе представлен современный комплексный подход в лечении больных раком молочной железы. Освящен один из определяющих аспектов полноценного лечения,

которым является реконструкция утраченного органа. Приведены методики реконструктивных операций на молочной железе, их особенности, недостатки и преимущества.

Ключевые слова: рак молочной железы, реконструктивные операции.

ТҰЖЫРЫМ

Бас аурулардың реконструктивтық операциялар сүттің безінің рағымен

Абдукаримова Д.Х.

Алматы онкологиялық орталық

Осы жұмыста қазіргі кешенді тіл табу аурудың шипасында сүттің безінің рагымен ұсын. Бір алыстат органның қалпына келтір болып табыл толық шипаның айқындаушы аспекттерінен дәріптелген. Реконструктивтық операцияның әдістемелері сүттің безінің, оның өзгешелігінде, мін және артықшылықтар келтір.

Анықтаушы сөздер: сүт безі рағы, реконструктивтық операциялар.

SUMMARY

Reconstructive surgery in patients breast cancer

D.Abdukarymova

Almaty oncological center

In this paper we present a modern integrated approach in the treatment of patients with breast cancer. Consecrated one of the defining aspects of the full treatment, which is the reconstruction of the lost organ. Techniques of reconstructive breast surgery, their features, advantages and disadvantages.

Key words: breast cancer, reconstructive surgery.

### Принципы лечения диффузной фибрознокистозной мастопатии

Абдукаримова Д.Х. Алматинский онкологический центр

Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия (ДФКМ) в настоящее время является основной причиной обращаемости женского населения в лечебные учреждения. При этом, данные статистики свидетельствуют, что добро-качественные заболевания молочных желез диагностируются у каждой 4-й женщины в возрасте до 30 лет и у 60% в возрасте после 40 лет, при том что половину всех клинических случаев составляет ДФКМ [1,2]. Первые описания клинических проявлений мастопатии относятся к 30-м годам XIX века (Cooper, 1829). Считается, что автором одного из первых классических определений мастопатии является Т. Velpean (1838), применивший при описании проявлений данного заболевания термин «хроническая индурация». Позже (1840) R. Brodi в своих работах предложил называть этот процесс «серозно-кистозной опухолью» молочной железы, a Shimmelbusch (1892) – «кистозной аденомой». Наиболее полно и разносторонне характеристика специфических процессов, происходящих в ткани молочной железы при мастопатии, дана в классическом определении ВОЗ, согласно которому мастопатия - это дисгормональный гиперпластический процесс, характеризующийся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений ткани молочной железы с ненормальным соотношением эпителиального и соединительнотканного компонентов [3]. Не вызывает сомнений факт, что повышенный интерес к изучению подобного состояния связан, во-первых, с высокой его встречаемостью и, во-вторых, с существованием мнения, что мастопатия является фоном для развития рака молочной железы, риск возникновения которого в данном случае возрастает в несколько раз [4].

Молочная железа – орган-мишень для множества стероидных гормонов. На ее ткань оказывают влияние половые стероиды (эстрогены и прогестерон), гормоны гипофиза, щитовидной железы и коры надпочечников. Поэтому любые изменения в эндокринной системе организма клинически могут проявляться симптомокомплексом мастопатии. Ведущая роль в возникновении ДФКМ отводится дисгормональным расстройствам, а именно относительной или абсолютной гиперэстрогенизации и прогестерондефицитному состоянию. Подобная ситуация приводит к отеку и гипертрофии внутридольковой соединительной ткани, а пролиферация протокового эпителия – к образованию кист. Вторым провоцирующим фактором является нарушение нормального уровня пролактина и возникновение состояния, называемого гиперпролактин-емией. К причинам, вызывающим гиперпролактинемию, относят увеличение числа пролактинсекретирующих клеток, повышенную секрецию тиреотропного гормона, применение некоторых лекарственных препаратов (обычно агонистов дофамина). Увеличение уровня пролактина приводит к нагрубанию, болезненности и отеку ткани молочной железы, преимущественно во второй фазе менструального цикла.

Вышеописанные клинические изменения, вне всякого сомнения, требуют специфической коррекции. В последнее время арсенал препаратов, применяемый при лечении ДФКМ очень широк. При мастопатии могут использоваться: средства, регулирующие деятельность щитовидной железы (при обнаружении сниженной или повышенной функции), оральные контрацептивы (как препараты, регулирующие менструальный цикл), препараты, устраняющие влияние эстрогенов на молоч-

ную железу, такие как Тамоксифен или Фарестон (применяются редко, только при выраженной гиперэстрогении и выраженном болевом синдроме), препараты прогестерона (Прожестожель и др.) — местно, препараты для улучшения функции печени (витамин А, Е, С, В, Эссенциале, Легалон, Карсил), фитопрепараты, такие как Мастодинон, Эдас и др. Кроме того, пациенткам рекомендуется также воздерживаться от больших количеств кофе, крепкого чая, шоколада, курения. Рекомендуется прием фруктов и овощей, растительной клетчатки [5,6]. Акцент необходимо сделать на то, что, несмотря на огромный выбор препаратов при лечении ДФКМ при назначении схем лечения необходимо руководствоваться этио-патогенетическим подходом, тогда успех гарантирован [7,8].

В заключение хотелось бы отметить, что высокая эффективность и хорошая переносимость современных препаратов, позволяющих добиться позитивных результатов лечения даже при использовании их в качестве монотерапии, позволили большинству женщин забыть о проявлениях такого широко распространенного заболевания, как ДФКМ.

### Список литературы:

- 1 Габуния М.С., Братик А.В., Олимпиева С.П. Факторы риска развития доброкачественных заболеваний молочной железы на фоне гинекологической заболеваемости // Маммология. 1998. №2. С.21-26.
- 2. Летягин В.П. Мастопатия // Современные аспекты лечения заболеваний молочных желез. Материалы науч.-практ. конф. М., 2004. C.23-27.
- 3.Коган И.Ю., Тарасова М.А., Мясникова М.О. Мастопатия: фиброзно-кистозная болезнь молочных желез (патогенез, диаеностика, лечение) // Учебно-метод. пособие. - СПб.: Изд-во «H-JI», 2008. — 52 с
- 4. Беспалов В.Г. Мастопатия и профилактика рака молочной железы // Terra Medica Nova. 2007. №1. С.44-47.
- 5. Балтиня Д. Консервативное лечение фиброзно-кистозной болезни молочной железы (мастопатии) // Вестник Росс. ассоц. акушеров-гинекологов. 1999. №3. С. 123-127.
- 6. Т.Т. Тагиева, А.И. Волобуев Применение мастодинона у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией // <u>Гинекология</u>. 2000 . <u>Т. 2, № 3</u> . C. 84-89 .
- 7. Баранов А.А., Щетнягина А.А. Йоддефицит и здоровье. М.: Пермь, 2000. с. 35.
- 8. Асриян Я.Б., Озерова ОЕ. Особенности состояния молочных желез при эндокринных формах бесплодия у женщин // Проблемы репродукции. 2009. Т. 15, №1. С. 100-103.

#### **РЕЗЮМЕ**

Принципы лечения диффузной фиброзно-кистозной мастопатии

Абдукаримова Д.Х.

Алматинский онкологический центр

В настоящей работе приведены основные принципы лечения диффузной фиброзно-кистозной мастопатии. Приведены классы препаратов, используемые в различных схемах лечения данного заболевания. При этом акцент сделан на этио-патогенетический подход, обеспечивающий системное и целенаправленное лечение этих пациенток.

Ключевые слова: молочная железа, диффузная фибрознокистозная мастопатия, лечение. ТҰЖЫРЫМ

Диффузиялық фиброзды-кисталы мастопатияның шипасының ұстанымдары

Абдукаримова Д.Х.

Алматы онкологиялық орталық

Осы жұмыста диффузиялық фиброзды-кисталы мастопатияның шипасының негізгі ұстанымдары келтір. Препараттың сыныптары, түрлі нобайларда айтылмыш ауруға шалдығудың пайдалан шипалары келтір. Бұл ретте акцент осы емделушінің жүйелі және тиянақты шипасын қамсыздандыр себептес тіл табуға деген алқындыр.

Анықтаушы сөздер: сүттің безі, диффузиялық фиброзды-

кисталы мастопатия, шипа.

SUMMARY

The principles of treatment of diffuse fibrocystic breasts D.Abdukarymova

Almaty oncological center

This paper presents the basic principles of treatment of diffuse fibrocystic breasts. Given classes of drugs used in the treatment of various schemes of the disease. The emphasis placed on the etiology, pathogenetic approach that provides systematic and targeted treatment of these patients.

Key words: breast, diffuse fibrocystic breast disease, treatment.

УДК: 616.65-006: 537.635: 616-073.756.8

### Магнитно- резонансная томография в диагностике рака простаты

Ахметова Г.Р.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

Рак предстательной железы (РПЖ) занимает второе место в структуре онкологической заболеваемости мужчин после рака легкого, и является социально-медицинской проблемой многих стран мира, включая Казахстан. Основные методы диагностики РПЖ включают пальцевое ректальное исследование простаты, определение уровня простат-специфического антигена (ПСА), трансректальное ультразвуковое сканирование (ТРУЗИ) и биопсию. Исследования проблемы ранней диагностики РПЖ показали, что причиной несвоевременной диагностики является не только поздняя обращаемость пациентов, но и недостаточная эффективность традиционных скрининговых методов исследования. Так, в последние годы важную роль в ранней, а также уточняющей диагностике патологии простаты (и прежде всего рака) приобрела магнитно- резонансная томография (МРТ) [1].

### Цель исследования

- оценка диагностической ценности MPT-исследования в диагностике РПЖ.

### Материал и методы

Было обследовано 20 мужчин в возрасте от 34 до 87 лет. Поводом для назначения МРТ во всех случаях явились отягощенная по РПЖ наследственность, повышенный уровень ПСА в крови и\или сомнительные данные УЗИ.

МРТ малого таза проведено на томографе мощностью магнитного поля 1,5 TI (SIEMENS, Magnetom Avanto). Протокол сканирования составлен согласно рекомендациям Российского онкологического центра им. Блохина (Москва) [2]. Стандартный протокол включал как Т2 взвешенные изображения (ВИ), позволяющие оценить детальную анатомию простаты, так и Т1 ВИ, где хорошо дифференцировались постбиопсийные участки и кровоизлияния, а также для последующей оценки постконтрастных изображений. Использовались также диффузионно-взвешенные изображения (ДВИ), значительно повышающие чувствительность МРТ в диагностике рака. Обязательно проводили динамическую МРТ с внутривенным введением магнитно-контрастных средств (МРКС). Была получена важная дифференциально-диагностическая информация о сроках и характере накопления препарата в нормальных и патологических тканях малого таза.

#### Результаты

Типичными для РПЖ изменениями является триада МР – критериев: появление на Т2 ВИ в периферической зоне железы очагов пониженной интенсивности на Т2 ВИ (на фоне гиперинтенсивной неизмененной периферической зоны); усиление сигнала данных очагов на диффузионно-взвешенных изображениях (вследствие нарушения нормальных процессов движения молекул воды в опухолевой ткани); а также раннее интенсивное контрастное усиление очагов (вследствие ангионеогенеза, характерного для злокачественных новообразований) на серии динамических постконтрастных Т1 ВИ – сканах [3].

В наших наблюдениях, триада признаков РПЖ была выяв-

лена у 11 (55%) пациентов, направленных с целью онкопоиска. Пункционная биопсия из обнаруженных на МРТ очагов выполнена у 7 из 11; во всех случаях получено гистологическое подтверждение аденокарциномы. На распространенность процесса на МРТ указывали нарушение целостности капсулы железы, облитерация прямокишечно-простатического угла, инфильтрация семенных пузырьков, увеличение лимфоузлов малого таза, а также наличие очагов деструкции в костях таза.

Заключение. Таким образом, МРТ обладает наилучшими возможностями среди современных методов визуализации в определении структуры ткани предстательной железы. Любое подозрение на рак является показанием к проведению МРТ (на томографе с мощностью магнитного поля не менее 1,5TI), с применением специального протокола, обязательно включающего ДВИ и динамическое контрастное исследование. Точность метода в выявлении РПЖ составляет 87,8%, а прицельная биопсия из выявленных на МРТ узлов повышает выявление рака в 1,8 раза.

### Список литературы:

- Томографические методы в диагностике заболеваний предстательной железы. / Шария М.А. // Медицинская визуализация.-2009.-№1-3.-С.48-59.
- Долгушин Б.И., Тюрин И.Е., Лукьянченко А.Б. и др. Стандарты РКТ и МРТ-исследований с внутривенным контрастированием в онкологии. – М.: РАМН им. Блохина, 2011.-C.23-27.
- 3. Burgener F.A., Meyers S.P. et al. Differential diagnosis in magnetic resonance imaging. Thieme, 2002.

Магнитно- резонансная томография в диагностике рака простаты

Ахметова Г.Р.

МРТ-диагностика проведена 20 больным с повышением уровня сывороточного ПСА. Триада признаков рака предстательной железы была выявлена у 11 (55%) пациентов, направленных с целью онкопоиска. Пункционная биопсия из обнаруженных на МРТ очагов выполнена у 7 из 11; во всех случаях получено гистологическое подтверждение аденокарциномы.

Ключевые слова: рак предстательной железы, MPTдиагностика, ПСА, онкопоиск, пункционная биопсия.

Түйін

Простата обыры диагностикасындағы магниттікрезонанстық томография

Г.Р. Ахметова

ПСА сарысу деңгейін жоғарылата отырып, 20 науқасқа МРТ-диагностика жүргізілді. Қуықасты безі обырының триада белгілері онкоіздеу мақсатымен жіберілген 11 (55%) емделушіде анықталды. 11-дің 7-уіне МРТ жасалып, анықталған ошаққа пункциялық биопсия жасалды; барлық жағдайларда да аденокарциноманың гистологиялық растауы алынды.

Түйін сөздер: қуықасты безі обыры, MPT-диагностика, ПСА, онкоіздеу, пункциялық биопсия.

# Рак молочной железы: роль клеточных биомаркеров в определении тактики лечения

Абдукаримова Д.Х. Алматинский онкологический центр

Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенной злокачественной опухолью у женщин. При этом, ежегодно от этого социально-значимого заболевания умирает 400 тыс. женщин, а выявляется более 1,5 млн. новых случаев [1]. Как и большинство других видов рака, РМЖ является гетерогенным заболеванием и определено несколько его подтипов. Эти подтипы традиционно определяются с помощью стандартных патологических критериев, включая морфологию клеток, инвазивный фенотип и хорошо зарекомендовавшие себя клинические маркеры, такие как маркеры альфа-рецепторов эстрогена (ERa), рецепторов прогестерона и HER2 уровень. При этом, по относительной экспрессии генов фенотипически они были обобщены в различные подтипы [2,3]. Эти паттерны экспрессии мРНК породили теперь известные подтипы РМЖ, каждый из которых обладает своими собственными четкими патологическими критериями и вариантами лечения [4].

До или после основного (хирургического) лечения больных РМЖ в программе комбинированного и комплексного лечения всегда встает вопрос об адекватной лекарственной терапии и тактике ведения этих пациенток. Поэтому, помимо химиотерапевтического лечения, ΕRα-положительные больные РМЖ получают антигормональные препараты в виде тамоксифена и ингибиторов ароматазы [5,6]. Тамоксифен является селективным модулятором рецепторов эстрогена, который конкурирует с эстрадиолом за связывание с ЕRa. В тканях молочной железы это конкурирование предотвращает образование комплекса ЕRα-опосредованной транскрипции, блокирующей эстрадиолуправляемую пролиферацию опухолевых клеток. В постменопаузе, ингибиторы ароматазы могут быть использованы для того, чтобы истощать уровень эстрадиола в сыворотке путем ингибирования фермента ароматазы, который отвечает за синтез периферийного эстрадиола. К сожалению, еще у значительной части пациенток, которые получают специфическую адъювантную терапию развиваются рецидивы [7]. Это означает, что проведенное лечение не оказывает действия, которого бы нам хотелось, что побуждает к поиску других схем лечения с учетом такого понятия, как «перекрестная резистентность» [8,9,10]. Поэтому, чтобы правильно подобрать схему лечения для определенного пациента (а это имеет первостепенное значение), необходимо определение дополнительных биомаркеров, что позволит индивидуализировать лечение и получить удовлетворительные отдаленные результаты.

Постепенно, в связи с появлением новых технологий, становится все более очевидным, что у опухоли существуют специфические характеристики, которые могут влиять на чувствительность к ЕRα-направленной терапии. Идентификация этих характеристик и последующий перевод их в клинический тест, который точно предсказывает чувствительность к лекарственным средствам, будет иметь большое значение в клинической практике и позволит индивидуализировать подход к каждому конкретному пациенту РМЖ. Іп vitro были описаны механизмы действия клеточных биологических маркеров, одна-ко связать применение этих методик в клиническом аспекте для того, чтобы классифицировать подгруппы пациентов с определением дифференциальной чувствительности к лекарственным препаратам, стало проблемой перед исследователями [11]. Применение этих клеточных биологических результатов в клинических

испытаниях до сих пор редко бывает успешной. Так, при поиске в PubMed по необходимым ключевым словам выявлено более 1000 пунктов. Но, к сожалению, подавляющее большинство этих биологических маркеров никогда не могут быть проверены на клинических образцах. Кроме того, если эти биомаркеры тестируются на клинических образцах, эти исследования часто страдают от методологических недостатков, делая низким уровень предсказания прогноза течения заболевания. [12]. Все эти данные заставляют специалистов, участвующих в разработке данной сложной проблемы онкологии, не останавливаться на достигнутом, продолжая порой неравную борьбу с этим недугом.

### Список литературы:

- 1 J. Ferlay, H.R. Shin, F. Bray et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008 //J. Int. Cancer. 2010. Vol.127. P. 2893-2917
- 2 C.M. Perou, T. Sorlie, M.B. Eisen et al. Molecular portraits of human breast tumours // Nature. 2000. Vol. 406. P. 747-752
- 3 T. Sorlie, C.M. Perou, R. Tibshirani et al. Gene expression patterns of breast carcinomas distinguish tumor subclasses with clinical implications // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 2001. Vol. 98. P.10869-10874
- 4 B. Weigelt, J.S. Reis-Filho. Histological and molecular types of breast cancer: is there a unifying taxonomy? // Nat. Rev. Clin. Oncol.. 2009. N 6. P.718-730
- 5 M. Colleoni, V. Bagnardi, N. Rotmensz et al. Increasing steroid hormone receptors expression defines breast cancer subtypes non responsive to preoperative chemotherapy // Breast Cancer Res. Treat.. 2009. Vol. 116. P.359-369
- 6 M.M. Regan, G. Viale, M.G. Mastropasqua et al. Re-evaluating adjuvant breast cancer trials: assessing hormone receptor status by immunohistochemi-cal **versus**extraction assays // J. Natl. Cancer Inst.. 2006 Vol. 98. P.1571-1581
- 7 Davies, J. Godwin, R. Gray et al. Relevance of breast cancer hormone receptors and other factors to the efficacy of adjuvant tamoxifen: patient-level meta-analysis of randomised trials // Lancet. 2011. Vol. 378. P.771-784
- 8 I. Vergote, F. Amant, K. Leunen et al. Metastatic breast cancer: sequencing hormonal therapy and positioning of fulvestrant // Int. J. Gynecol. Cancer (Official Journal of the International Gynecological Cancer Society). 2006. Vol.16 (Suppl 2). P.524-526
- 9 J. Wang, S. Jain, C.R. Coombes et al. Fulvestrant in advanced breast cancer following tamoxifen and aromatase inhibition: a single center experience // Breast J.. 2009. Vol. 15. P.247-253
- 10 C. Yoo, S.B. Kim, J.H. Ahn et al. Efficacy of fulvestrant in heavily pretreated postmenopausal women with advanced breast cancer: a pre-liminary report // J. Breast Cancer. 2011. Vol. 14. P.135-139
- 11 D.J. Hunter, M.J. Khoury, J.M. Drazen. Letting the genome out of the bottle-will we get our wish? // N. Engl. J. Med.. 2008. Vol. 358. P 105-107
- 12 K. Beelen, W. Zwart, S.C. Linn. Can predictive biomarkers in breast cancer guide adjuvant endocrine therapy? // Nature reviews. Clin. Oncol.. 2012. N 9. P.529-541

#### РЕЗЮМЕ

Рак молочной железы: роль клеточных биомаркеров в определении тактики лечения

Абдукаримова Д.Х.

Алматинский онкологический центр

В работе представлен современный взгляд на проблему диагностики и лечения больных раком молочной железы с учетом индивидуальных особенностей опухолей. Показано,

что первостепенную роль в успехе лечения этих больных имеет идентификация клеточных биологических маркеров и последующий перевод их в клинический тест, определяющий чувствительность к лекарственным препаратам.

Ключевые слова: рак молочной железы, клеточные биологические маркеры.

ТҰЖЫРЫМ

Сүттің безінің шаяны: торша биотаңбалағыштың рөлі шипаның тактикасының ұйғарымінде

Абдукаримова Д.Х.

Алматы онкологиялық орталық

Жұмыста диагностиканың және аурудың шипасының мәселесіне деген қазіргі назар сүттің безінің шаянымен есебімен томпақтың жеке өзгешеліктерінің ұсын. Көрсетілген, абзал рөл осы аурудың шипасының табысында торша биологиялық таңбалағыштың бірдейлестіруінде және кейінгі аударма олардың клиникалық тестке, шыдамсыздықты

дәрілік препараттарға айқындаушы.

Анықтаушы сөздер: сүт безі рағы, торша биологиялық таңбалағыштар.

SUMMARY

Breast cancer: the role of cellular biomarkers in determining treatment strategy D.Abdukarymova Almaty oncological center

This paper presents a modern approach to the problem of diagnosis and treatment of breast cancer patients based on individual characteristics of tumors. It is shown that the primary role in the success of the treatment of these patients is the identification of biological markers of cell and then transferring them to a clinical test that determines the sensitivity to drugs.

Key words: breast cancer, cellular biomarkers.

# Оценка эффективности применения глазных капель Катаксол в послеоперационной реабилитации пациентов с катарактой

Сулеева Б.О., Меерманова Ж.Б., Саурова Г.Ж., Жаксымуратова К.З. Кафедра офтальмологии АГИУВ, г.Алматы

Современную технологию лечения катаракты, а именно факоэмульсификацию с имплантацией ИОЛ, можно отнести к, так называемой, «бесстрессовой» хирургии. Спокойное течение после- операционного периода, без негативных субъективных ощущений — болей, покраснения, зрительного дискомфорта, встречается у значительного числа пациентов, как правило, у высококвалифицированных специалистов - до 92-98% случаев (1). Кроме того, гладкое течение послеоперационного периода наблюдается при соблюдении всех условий современного технологического процесса факоэмульсификации: использования качественных расходных материалов, адекватной оценке исходного состояния глаза пациента и медикаментозного сопровождения послеоперационного периода.

Тем не менее, в повседневной практике, особенно на этапах освоения техники ФЭК начинающими хирургами, а также несоблюдении всех рекомендаций, нередко встречаются различные осложнения, наиболее частым из которых является послеоперационное воспаление. Одним из осложнений послеоперационного воспаления, отражающимся на остроте зрения в отдаленном периоде, является вторичная катаракта. Об этом свидетельствует и частота лазерной дисцизии задней капсулы, которая достигает от 24 до 62 % случаев (2,3).

Хирургические методы профилактики, такие как механическая, вакуумная, криочистка задней капсулы, кортикальная разделительная гидродиссекция, введение внутрикапсульного кольца, выполнение дозированного капсулорексиса, выбор оптимального материала и дизайна ИОЛ, широко используются в офтальмохирургической практике (3,4).

Предложенные медикаментозные методы профилактики вторичной катаракты (фармацевтические и иммунологические) не нашли широкого применения в клинике из-за недостаточной эффективности, побочных отрицательных эффектов (5,7).

С целью медикаментозной профилактики послеоперационного помутнения задней капсулы хрусталика мы испытали препарат Катаксол (World Medicine Ophthalmics, Великобритания, регистрация в Казахстане – РК-ЛС-5-№019065). Как известно, действующее вещество Катаксола – азапентацен предохраняет сульфгидрильные группы хрусталика от окисления и способствует рассасыванию непрозрачных белков хрусталика. Обладает активирующим влиянием на протеолитические ферменты, содержащиеся в водянистой влаге передней камеры глаза. Препарат может применяться не только как профилактическое средство против прогрессирующей катаракты, но и как вещество, растворяющее непрозрачные протеины (1,5,8).

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 40 пациентов (20 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 58 до 72 лет с диагнозом артифакия. Острота зрения у всех пациентов после операции составляла от 0,7 и выше с коррекцией для дали. Все исследуемые пациенты имели после операции прозрачную заднюю капсулу хрусталика. В исследование были отобраны пациенты без наличия какой-либо сопутствующей глазной патологии и признаков тяжелых соматических заболеваний, осложняющих течение катаракты (сахарный диабет, ревматоидная патология и т.д.).

Все пациенты были разделены на 2 группы: основную и контрольную. В основной группе (20 пациентов) пациентам были назначены, наряду с общепринятым лечением, инстил-

ляции глазных капель Катаксол по 1–2 капли в оперированный глаз 4-5 раз в день в течение длительного времени (3-6 мес.). В контрольной группе (20 пациентов) в качестве профилактического средства были назначены инстилляции раствора таурина в таком же режиме.

Наблюдение за пациентами осуществляли посредством общепринятых офтальмологических исследований, включающих определение остроты зрения, биомикроскопию. Для изучения прозрачности и толщины задней капсулы хрусталика в динамике послеоперационного наблюдения проводились денситометрические исследования на анализаторе переднего отрезка глаза Pentacam ( Oculus GmbH, Германия), которые проводили через 6 дней после операции, затем - 1, 3 и 6 месяцев (6). Исследования проводили в условиях мидриаза после инстилляций 1,0% раствора тропикамида, добиваясь расширения зрачка не менее 6.5 мм в диаметре.

Результаты и обсуждение. В первой группе острота зрения на протяжении всего периода наблюдения оставалась без изменений у половины пациентов. У второй половины отмечалось повышение зрения на 0,1-0,2. При биомикроскопии не отмечалось признаков помутнения задней капсулы ни у одного больного.

В контрольной группе в 6 случаях отмечалось снижение зрения с 0,7 до 0,1 в сроки наблюдения от 2 до 6 месяцев. При биомикроскопическом исследовании выявлялось уплотнение и помутнение задней капсулы, появление шаров Эльшнига с периферии.

Результаты денситометрических исследований, у пациентов, получавших препарат Катаксол, по сравнению с контрольной группой, приведены в таблице № 2.

Динамика остроты зрения у пациентов с артифакией в основной и контрольной группе дана в таблице № 1

Таблица № 1.

	Острота зрения						
Группы	Исходная	Через 1мес.	Через Змес.	Через 6 мес.			
Основная	0,6± 0,03*	0,61±0,04*	0,67±0,07*	0,73±0,07*			
Контрольная	0,6±0,03*	0,56±0,04*	0,52±0,07**	0,44±0,06*			
Примечание: * достоверность по отношению к исходной остроте							
зрения ( *p<0,01)							

Таблица № 2. Динамика денситометрических данных плотности задней капсулы хрусталика у пациентов с артифакией.

Группы	Сроки наблюдения					
исследо- вания	Исходные данные (опт.ед.)	Через 1мес.	Через 3 мес.	Через 6 мес.		
Основная	8,0 ± 0,01	7,9 ± 0,01*	8,0 ± 0,01*	8,0 ± 0,01*		
Контрольная	8,0 ± 0,01	8,3 ± 0,01*	8,7 ± 0,01*	9,5 ±0,01*		

Примечание: \* достоверность по отношению к исходным данным ( \*p<0.01)

Как видно из таблицы, у пациентов основной группы не отмечено изменение показателей оптической плотности задней капсулы, что можно рассматривать как положительный эффект

профилактического лечения. В то же время в контрольной группе отмечено достоверное повышение оптической плотности толщины задней капсулы хрусталика - с 8,0 до 9,5 опт.ед. При дальнейшем наблюдении 6 пациентам контрольной группы по поводу вторичной катаракты была рекомендована лазерная дисцизия вторичной катаракты.

### Выводы:

Применение в послеоперационном периоде у пациентов с артифакией, наряду с общепринятым лечением, антикатарактальных глазных капель — Катаксол может способствовать сохранению прозрачности задней капсулы хрусталика и полученной в результате операции остроты зрения.

### Список литературы:

- Бикбов М.М., Акмирзаева А.А.// Методы профилактики и лечение послеоперационного помутнения задней капсулы хрусталика (обзор литературы). РМЖ.-Клин.офтальмол.-2009.- №3.- с.81.
- 2. Шленская О.В.,Салмина С.В.Катаракта вторичная после имплантации мягких интраокулярных линз МИОЛ.- Новости офтальмологии.-2008.

- Малюгин Б.Э. Медико-технологическая система хирургической реабилитации пациентов с катарактой на основе факоэмульсификации и имплантации интраокулярной линзы.-Авт.дисс....д.м.н..-М., 2002.-48с.
- Иошин И.Э., Егорова Э.В. Новые технологии в профилактике помутнений задней капсулы при экстракции осложненной катаракты с имплантацией ИОЛ.- Современные технологии хирургии катаракты.-М.- 2012.- с.84-89.
- Полунин Г.С. Эффективность медикаментозного лечения различных видов катаракт.- Офтальмология.-2001.- с.9-11
- Хоквин О., Полунин Г.С. Шаймпфлюг-фотографирование хрусталика.-Вестн.офтальмол.-1989.-т.105.-№ 6.-с.61-68.
- Sasaki K., Hockwin O. et al. Hidh hurdle of clinical trials to demonstrate efficacy of anticataractogenetic drags//Ophthalvologica/- 2000.-Vol.214.-№ 6.-P.390-398.
- Weide G., Kugelberg M. Posterior capsular opacification//Cataract Refract Surg.-2003/-Vol.29.-№8.-1556-1559.
- Резюме: В статье представлены данные исследования эффективности применения глазных капель Катаксол для профилактики вторичной катаракты в артифакичном глазу.
- Summary: The article presents research data the efficacy of eye drops kataksol of secondary cataract in pseudophakic eye.

# Опыт применения комбинированного препарата Тафазол в комплексном лечении острого и хронического риносинусита

С.Ж. Джандаев, Ж.У. Утарбаев, К.Б. Туралбаева АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Республика Казахстан

Больные с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух (ОНП) занимают второе место в структуре ЛОРзаболеваемости у взрослых и детей. Рост числа больных, страдающих острыми и хроническими синуситами, несостоятельность консервативных методов их терапии, ставят перед оториноларингологами много проблем, требующих разрешения. Одним из путей решения проблемы лечения синуситов, и, в частности, гайморита, на современном этапе является использование комплексных методов лечения. Основными клинико-функциональными нарушениями при синуситах являются отек слизистой полости носа и верхнечелюстных пазух с обструкцией выводного соустья, приводящие к ухудшению мукоцилиарного транспорта, увеличению вязкости и застою вырабатываемой слизи в синусе, что создает благоприятные условия для развития бактериальной флоры. Ведение пациентов с воспалительными заболеваниями полости носа включает в себя следующие основные направления:

- устранение блока соустья пазухи и отека слизистой оболочки
  - эвакуация гноя из пазух, при его наличии
  - восстановление функции мерцательного эпителия
  - адекватная антибиотикотерапия в стадии обострения
  - противовоспалительная терапия
  - аналгезирующая терапия
  - повышение сопротивляемости организма

Эффективность лечения во многом определяется комплексностью терапии, которая для большинства заболеваний дыхательных путей должна быть направлена на устранение отека слизистой оболочки. Ключевыми проблемами, как при остром. так и при хроническом воспалении околоносовых пазух являются местные признаки воспаления, изменение количества, качества и транспорта слизи в узких и сложных анатомических структурах, особенно в так называемом остиомеатальном комплексе (Пискунов Г.З. 2002). Поэтому в последние годы в симптоматическом лечении острых и хронических синуситов среди назальных препаратов местного применения большое внимание уделяется комбинированным средствам, которые обладают одновременно несколькими механизмами действия. На казахстанском фармацевтическом рынке сравнительно недавно появился новый современный комбинированный препарат Тафазол производства компании «World Medicine .».

Тафазол – противомикробный препарат который применяется в офтальмологической и ЛОР практике, обладающее тройным действием, не только противомикробным и бактериостатическим, но и сосудосуживающим и местноанестезирующим, то есть действует на все звенья воспаления слизистой полости носа. Содержит активные вещества - Натрия сульфацетамид, который обладает широким спектром противомикробного и бактериостатического действия, активен в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий (в т.ч. патогенных кокков, Escherichia coli), Clamydia spp., Actinomyces spp.; Цинка фенолсульфонат - оказывает антисептическое действие, развивающееся в зависимости от глубины проникновения альбуминатов, образующихся в результате коагуляции ионами цинка белков микроорганизмов, активен в отношении стафилококков, стрептококков; альфа-адреномиметик Нафазолина гидрохлорид, при местном применении оказывает сосудосуживающее действие; Лидокаина гидрохлорид - обладает местноанестезирующим действием, которое обусловлено блокадой вольтаж-зависимых натриевых каналов, что препятствует генерации импульсов в окончаниях чувствительных нервов и проведению болевых импульсов по нервным волокнам.

### Цель исследования

Целью исследования являлось определение клинической эффективности и безопасности применения комбинированного препарата «Тафазол» в комплексном лечении больных с острым и хроническим риносинуситом.

### Материалы и методы исследования

Нами проведено лечение 65 пациентов в возрасте от 18 лет с диагнозом острые и хронические риносинуситы. Больные распределены на две группы. У всех изучали анамнез, сопутствующие заболевания, данные риноскопии, рентгенографии придаточных пазух носа, общеклинического обследования. Комплекс лечения основной группы включал следующее: общая антибактериальная терапия (амоксиклав, перорально), назначали противовоспалительные средства, носовые солевые души, околоносовые пазухи промывали методом перемещения жидкости по Проетцу, при необходимости выполняли пункцию верхнечелюстных пазух и вакуум дренаж. «Тафазол» получили по 2 капли 3 раза в день в течении 7 дней. Контрольная группа вместо «Тафазола» принимала другие деконгестанты с традиционным действием.

### Результаты

Эффективность действия препарата оценивали по динамике клинических показателей: прекращение выделений из носа, восстановление носового дыхания, уменьшение болевого синдрома, снижение температуры тела, улучшение самочувствия; нормализации риноскопической картины; показателей инструментальных и лабораторных методов исследования.

Ведущие симптомы заболевания, например, заложенность носа, уменьшилась на вторые сутки от начала лечения, а на 3-и сутки полностью исчезла. Головная боль прекратилась на 3-4 сутки. Соответственно, улучшалась и риноскопическая картина, а также дренажная функция естественных соустий верхнечелюстных пазух. Происходило достоверное улучшение показателей функционального состояния слизистой полости носа. Выздоровление наступало на 5-6-е сутки. Тогда как в традиционной практике при местном использовании простых деконгестантов заложенность носа уменьшалась на 3-4-е сутки от начала лечения, а полностью исчезала на 5-6 сутки, выздоровление же наступало на 6-7-е сутки.

Результаты бактериологического исследования отделяемого носовой полости до и после проведения лечения больных позволяют говорить о местном антибактериальном эффекте «Тафазола» в отношении стафилококков (табл.1). В основной группе больных при повторном исследовании идентифицировали единичные штаммы микробов кишечной группы и не отмечали роста стафилококков, стрептококков и энтеробактерий. В контрольной группе наблюдали аналогичную тенденцию увеличения числа "стерильных" посевов, однако у 4 больных

из отделяемого ОНП по-прежнему высевались стафилококки.

	Количество больных				
Характер	До лечения		После лечения		
микрофлоры	Ос- нов- ная	Контроль- ная	Ос- нов- ная	Кон- трольная	
Staph. aureus	3	4	-	2	
Staph. epidermidis	5	7	-	2	
Str. haemolyticus	2	2	-	-	
Str. pneumoniae	1	-	-	-	
Enterobacter	3	1	-	-	
Pr. vulgaris	2	2	1	2	
E. coli	4	2	1	1	
Ps. aeruginosa	1	1	1	1	
Отсутствие роста	12	13	30	24	
Итого	33	32	33	32	

Определение обоняния с помощью ольфактометрического набора дало положительные результаты в среднем на 3-4 сутки. В эти сроки нормосмия наблюдалась у 85,4% пациентов

основной группы, в то время как в контрольной группе обоняние нормализовалось у 65% пациентов и лишь на 5-6 сутки лечения.

Результаты лечения оценивались как «хороший», «удовлетворительный», «без эффекта». «Хороший» результат лечения был получен в 86,9% случаев при применении комбинированных назальных капель. Во время всего курса лечения показана безопасность и хорошая переносимость «Тафазола». Сроки лечения больных были различными в зависимости от формы ринита и от объема проводимого комплексного лечения и в целом, оказались меньше на 2-3 койко-дня, чем у больных получающих традиционное лечение.

### Выводы

Таким образом, предложенный комплекс лечения больных с острым и хроническим риносинуситом, включающий применение топического назального препарата «Тафазол» является обоснованным и препарат может быть широко внедрен в клиническую практику, так как отмечается более быстрый регресс жалоб, симптомов заложенности носа, нормализации объема околоносовых пазух, что отражается в сокращении сроков, а также повышении эффективности лечения данной патологии.

УДК: 616.248:615.234

# Применение Сингуляра у больных аллергическим ринитом и бронхиальной астмой

Старцева Э.К., Давлетова Б.М. Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

Несмотря на значительный прогресс в лечении бронхиальной астмы (БА) и основные требования глобальной стратегии по лечению и профилактике БА (GINA) о том, что у большинства больных заболевание может и должно быть контролируемым, 74% пациентов, получающих постоянную терапию, продолжают ежедневно использовать средства неотложной помощи [1].

Исследования последних лет продемонстрировали противовоспалительный эффект антилейкотриеновых препаратов при БА, в том числе и дополнительный эффект при сочетании с ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС). Наиболее широко используются антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛР) - зафирлукаст, монтелукаст (Сингуляр). АЛР препятствуют развитию бронхоспазма и снижают количество воспалительных клеток в бронхоальвеолярной жидкости [2].

### Цель работы

 оценить эффективность применения АЛР у пациентов с сочетанием аллергического ринита и атопической БА.

### Материалы и методы

Под наблюдением находилось 60 больных (37 мужчин и 23 женщины) с разными формами и степенями тяжести атопической БА в сочетании с аллергическим ринитом, получавших лечение в аллергологическом центре больницы. Возраст пациентов варьировал от 18 до 60 лет.

При этом у 20 пациентов (1 группа) атопическая БА была легкой степени тяжести и развилась впервые в жизни, а у 40 пациентов (2 группа), которые страдали данным заболеванием в течение 2-х и более лет, была средней степени тяжести. Всем больным к уже имеющейся терапии (ИГКС - в 1 группе и комбинацией ИГКС и пролонгированных бронходилятаторов во 2 группе) был добавлен АЛР сингуляр в дозе 10 мг в сутки.

Наблюдение за группами больных проводилось в течение года. Оценивались клинические показатели, показатели спирографии, тест 6-минутной ходьбы и, как главный показатель, уровень контроля астмы по критериям GINA.

### Результаты и их обсуждение

Установлено, что в 1 группе больных с сочетанием аллергического ринита и атопической БА легкой степени тяжести после добавления сингуляра улучшились клинические показатели: уменьшились одышка, кашель, приступы удушья; не было обострений. Улучшились показатели спирографии: объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) — с 72±3,55% перед началом исследования и до 86±3,44%. Отмечался прирост и по тесту 6-минутной ходьбы с 454±28 м до 536±21 м. Выявлено, что уже через 4 месяца наблюдений у всех больных был достигнут полный контроль над заболеванием (100,0%), а в конце исследования у 6 больных были отменены ИГКС, осталась монотерапия сингуляром.

У пациентов 2 группы с БА средней степени тяжести после добавления сингуляра также наблюдались улучшения по всем показателям, но в меньшей степени: тест 6-минутной ходьбы увеличился с  $424\pm32$  м до  $508\pm26$  м, показатели спирографии приросли по ОФВ1с  $64\pm1,25$  до  $78\pm2,10$  %. Полный контроль в данной группе был достигнут через 6 месяцев наблюдения у 33 пациентов (82,5%), улучшение состояния - у 36 (90,0%).

#### Заключение

Исследование подтверждает тезис о том, что блокаторы лейкотриеновой системы могут использоваться в терапии любых форм бронхиальной астмы и как монотерапия для легкой астмы, и как дополнительная терапия к ИГКС и β2-агонистам пролонгированного действия при среднетяжелом течении заболевания.

Список литературы:

Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы/ под. ред. А.Г. Чучалина.- М.: Изд.дом «Атмосфера», 2007.- С. 193-209.

Клинические рекомендации по бронхиальной астме/ под. ред. А.Г. Чучалина.- М.: Изд. дом «Атмосфера», 2008.- С. 15-20. Lane S.J. Leucotriene antagonists in asthma and rhinitis /

Lane S.J. Leucotriene antagonists in asthma and rhinitis / S.J.Lane// Respir. med.- 1998.- Vol. 92.- P. 795-809.

Аллергиялық ринит және бронхылық астмасы бар науқастарға сингулярды қолдану

Старцева Э.К., Дәулетова Б.М.

Астманың жеңіл түрімен ауырған кезде астманы емдеуде терапияға демеу болатын (ингаляциялық кортикостероид және лейкотриенді жүйе блокаторлары) 2 препараттың және астманың ауырлығы орташа түрімен ауырған кезде 3 препараттың (ингаляциялық кортикостероид, ұзақ әсері бар β2-агонистер және лейкотриенді жүйе блокаторлары) сай келуі науқастардың көпшілігінде емнің негізгі мақсаты – ауруды толық бақылдауға қол жеткізуге мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: атопиялық бронхылық астма, аллергиялық ринит, лейкотриенді жүйе блокаторлары, сингуляр.

Application Of Singulair In Patients Allergic Rhinitis And Bronchial Asthma

Startseva E.K., Davletova B.M.

Found that the use in the treatment of asthma combining two drugs maintenance therapy (inhaled corticosteroids and leukotriene blockers system) with mild asthma and 3 preparations (inhaled corticosteroids,  $\beta$ 2-agonists, long-acting system and leukotriene blockers) at moderate allows a greater percentage of patients achieve basic the goals of therapy - to achieve full control of the disease.

Key words: atopic asthma, allergic rhinitis, leukotriene blockers system, singular.

### К 80-летию со дня рождения профессора Турара Койшигараевича Кукеева

15 декабря 2013 года исполняется 80 лет со дня рождения и 55 лет научно- педагогической деятельности известного казахского хирурга, заслуженного работника высшей школы, профессора Казахского Национального Медицинского университета им. С.Дж.Асфендиярова) Кукееву Турару Койшигараевичу.

Т.К.Кукеев родился в с.Ушарал Таласского района Жамбылской области. В 1952 году по окончании семи классов, с отличием закончил медицинское училище в г. Тараз и вне конкурса был зачислен на 1 курс лечебный факультет Казахского Государственного Медицинского института в г. Алматы, который закончил с отличием в 1958 году. Лидерские качества, отличная учеба были залогом того, что начиная со 2 курса Т.К.Кукеев стал Сталинским стипендиатом, членом комитета комсомола ВУЗа.

После окончания медицинского института, с отличием, в 1958 году он был направлен заместителем главного врача в Таласскую районную

больницу Жамбылской области, где совмещал эту работу с работой практического врача-хирурга. Профессор Брякин М.И. пригласил своего выпускника в аспирантуру.

По конкурсу он поступил в аспирантуру на кафедру своего учителя. Аспирант Кукеев Т.К. досрочно написал и защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, которая вскоре была подтверждена ВАКом СССР. С этого времени вся трудовая и научно-педагогическая деятельность Т.К.Кукеева неразрывно связана с кафедрой госпитальной хирургии, где он прошел все ступени: аспирант, ассистент, доцент, профессор, и по рекомендации своего учителя профессора Брякина М.И. стал заведующим этой кафедры.

Вместе со своим учителем профессором М.И.Брякиным, Т.К.Кукеев является одним из пионеров развития и становления сосудистой хирургии в Казахстане на научной основе. Под руководством М.И.Брякина, Т.К.Кукеевым в Казахстане с 1965 года стали выполнятся реконструктивно-восстановительные операции при окклюзионных заболеваниях артерий нижних конечностей: аорто-бедренное и подвздошно-бедренное шунтирование, аллопротезирование, резекция окклюзированного сегмента артерии с пластикой аутовеной и аллопротезом. Он внедрил в широкую практику такие сложные операции на кровеносных сосудах, как: резекция травматической аневризмы бедренной артерии с аутовенозной пластикой, операции при сложных гемангиомах бедра, ягодичной области, ранениях подвздошной и бедренной артерий, операция тромбинтимэктомии и эндартерэктомии при стенозирующих заболеваниях сосудов, операции при ПТФС.

При облитерирующем эндартериите Т.К.Кукеев стал широко, впервые в Республике применять поясничную и грудную симпатэктомию. Им опубликованы ряд наблюдений успешной антикоагулянтной и фибринолитической терапии при тяжелых илеофеморальных флеботромбозах и синдроме Педжета-Шреттера и продолжительной ремиссии при болезни Мондора.

Впервые в Казахстане Т.К.Кукеевым в 1967 году, вместе с профессором Брякиным, доцентом Г.Н.Андреевым выполнена



операция наложения спленоренального анастомоза при портальной гипертензии. Благодаря активной деятельности внедрены сложные ангиографические исследования: транслюмбальная аортография, артериография, восходящая и нисходящая флебография, диагностическая и лечебная лимфография для устранения последствий рожистого воспаления конечности.

Работая на кафедре госпитальной хирургии с 1958 года, Т.К.Кукеев внес неоценимый вклад в подготовке практических хирургов через субординатуру и интернатуру. Он является одним из организаторов интернатуры в РК и был первым руководителем хирургической интернатуры в АГМИ.

Профессор Т.К.Кукеев был в числе пионеров внедрения преподавания и издания учебных пособий по хирургии на государственном языке. Им подготовлены и изданы на государственном языке «Из-

бранные лекции по госпитальной хирургии», также он соавтор трех учебников по хирургии для 5 и 6 курсов, двух монографий, 15 учебно-методических пособий.

Активная врачебная и научно-педагогическая деятельность Кукеева Т.К. была по достоинству, высоко оценена Родиной. За заслуги в области хирургии Т.К.Кукеев в 1970 году Минздравом СССР награжден нагрудным знаком «Отличник здравоохранения СССР». За особые заслуги в организации и развитии неотложной и плановой сосудистой хирургии, подготовки хирургических кадров в РК он, решением Ученого совета НЦХ им. А.Н.Сызганова, в 1997 году избран «Почетным профессором» Национального Научного Центра Хирургии им. А.Н.Сызганова» Республики Казахстан.

В 1981 году указом Президиума Верховного Совета Казахской ССР Турару Койшигараевичу Кукееву присвоено почетное звание «Заслуженный работник Высшей школы Казахской ССР».

В 2002 году, общественность, администрация Жамбылской области с чувством глубокой признательности за развитие хирургической службы и в связи с 2000-летием г.Тараза, избрала профессора Т.К.Кукеева «Почетным гражданином Жамбылской области».

В 2011 году, на очередном Международном конгрессе хирургов РК Т.К.Кукеев стал обладателем Золотой медали ННЦХ им. акад. А.Н.Сызганова, также он обладатель золотой медали «Алтын Даригер» Национальной Ассоциации врачей и провизоров РК (2012 год), избран академиком общественной академии им. Куртка Табиба.

Профессор Т.К.Кукеев, свой богатый, жизненный опыт, практику поливалентного хирурга, педагогический талант и энергию продолжает отдавать своему важнейшему долгу жизни — подготовке научно-практических хирургов и врачебных кадров.

Заведующий кафедрой «Хирургические болезни №3», д.м.н., профессор А.С.Ибадильдин

### Михаил Израилевич Перельман

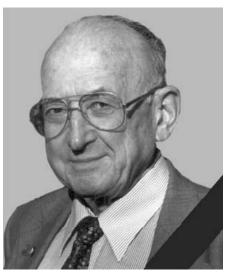
Михаил Израилевич Перельман — советский и российский хирург, известный своими научными работами в области торакальной хирургии, доктор медицинских наук, профессор, академик АМН СССР — РАМН, директор НИИ фтизиопульмонологии Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова.

Михаил Израилевич Перельман родился 20 декабря 1924 года в Минске в семье хирурга Израиля Моисеевича Перельмана (1892-1954) и врача Гиты Владимировны (1898-1989). В 1945 году закончил Ярославский медицинский институт с отличием. После окончания работал ассистентом на кафедрах нормальной, топографической анатомии, оперативной и госпитальной хирургии. Ярославского медицинского института. В 1947 году в 1-ом Московском медицинском институте защитил канди-

датскую диссертацию по теме: «Клинические и анатомические материалы к операции Лериша на бедренной артерии». С 1954 года работает ассистентом кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии 1-го Московского медицинского института, с 1955 по 1958 годы доцент по курсу хирургии туберкулеза легких на кафедре туберкулеза Центрального института усовершенствования врачей. С 1958 года руководитель отделения хирургии малого круга кровообращения НИИ экспериментальной биологии и медицины Сибирского отделения АН СССР (ныне Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е. Н. Мешалкина). В 1961 году в Томском медицинском институте защитил докторскую диссертацию по теме «Резекция легких при туберкулезе». С 1963 по 1981 годы Перельман работал на должности руководителя отделения грудной хирургии ВНИИ клинической и экспериментальной хирургии Минздрава СССР. В 1964 году ему присвоено звание профессора по специальности хирургия. С 1964 года консультант 4-го Главного управления при Минздраве СССР, в настоящее время – Медицинский центр Управления делами при Президенте Российской Федерации. Результатом многолетнего исследования стала монография «Хирургия трахеи». С 1981 года заведует кафедрой фтизиопульмонологии 1-го Моссковского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова. С 1988 года до конца жизни Михаил Израилевич Перельман также возглавлял НИИ фтизиопульмонологии этого вуза. До 2010 года был главным внештатным фтизиатром Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

М. И. Перельман провел более 3500 операции на органах грудной клетки, в основном на легких (рак, туберкулез, гнойновоспалительные заболевания). До последних лет жизни выполнял по 120 хирургических операции в год. Оперировал и за рубежом: в Болгарии, Германии, Франции, Монголии, Японии, Южной Корее, выступал с докладами и лекциями в 45 странах мира. Автор 24 монографий и книг, 32 глав в отечественных и зарубежных руководствах и книгах, 35 статей в энциклопедиях, 250 статей в центральных отечественных и зарубежных журналах, 350 публикаций приходится на статьи в книгах, сборниках, автор или консультант 9 научных и учебных фильмов. Научным руководителем либо консультантом подготовил 68 кандидатских и 25 докторских диссертаций.

М. И. Перельман был заместителем главного редактора «Медицинского реферативного журнала», членом редколлегии



многотомного издания «International Trends in General Thoracic Surgery», членом редколлегии «World J. Of Surgery». Главный редактор журнала «Проблемы туберкулеза и болезней легких», член редколлегий журналов «Пульмонология» и «Анналы хирургии». С 1969 по 1991 год был генеральным секретарём Всесоюзного общества хирургов. С 1971 года член Международного общества хирургов. Президент Российского общества фтизиатров. В 1980 году избран членом-корреспондентом, а в 1986 году – академиком Академии медицинских наук СССР по специальности «хирургия». Действительный иностранный член Академии медицинских наук Казахстана. Академик Российской академии медико-технических наук.

Ранние научные работы относятся к хирургии органов брюшной полости, вегетативной нервной системы, сердца и сосудов:

доступ к бедренной артерии через влагалище портняжной мышцы, комбинированный доступ при ущемленных флегмонозных и гангренозных бедренных грыжах, остеопластическая резекция коленного сустава, метод радикальности ваготомии при язвенной болезни, гипотермия для профилактики спинального паралича при пережатии аорты, лечение открытого Боталлова протока. Последующие работы в основном относятся к диагностике и хирургическому лечению заболеваний органов дыхания и средостения: хирургическое лечение туберкулеза легких и плевры, механический шов легочных сосудов, применение ультразвука для профилактики и лечения эмпием плевры, разработка игольно-струйного инъектора, аутотрансфузия крови, методика удаления медиастинально-интравертебральных опухолей, хирургическое лечение хилореи, операции на трахее и бронхах в условиях гипербарической оксигенации, аллотрансплантации легкого, новые оперативные доступы в хирургии органов дыхания.

Награды: Государственная премия СССР (1974), Государственная премия России (1997), премии Совета Министров СССР (1985), Правительства СССР (1991), Министерства здравоохранения СССР по онкологии (1976), Министерства высшего образования СССР (1979), имени Бакулева Академик медицинских наук СССР (1977), имени Пирогова (1978), имени Спасокукоцкого (1989), имени Герцена Академии творчества (1995), Золотая медаль Петровского (1999), заслуженный деятель науки Российской Федерации, 7 правительственных наград — Орден «Знак почета», «За заслуги перед отечеством - IV степени», Императорский Орден Святой Анны III степени (2011, Российский Императорский дом).

29 марта 2013 года Михаил Перельман скончался в Москве на 89-м году жизни, захоронен на Новодевичьем кладбище. 28 мая 2013 года в Москве открыли мемориал академику Михаилу Перельману. Автор скульптор Микаэль Согоян.

Михаил Израилевич Перельман – ученый с мировым именем, внесший свой вклад в практическую медицину, здравоохранение, основатель школы фтизиоторакальной хирургии, автор уникальных операций.

М. И. Перельман – пионер в развитии торакальной хирургии Республики Казахстан. Ученики-казахстанцы — доктора медицинских наук, профессора, заслуженные деятели науки, лауреаты государственных премий РК Л. Ц. Йоффе, А. А. Бейсебаев, С. А. Воронов, Г. Б. Ракишев, К. А. Чуваков и многие другие.