

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



№ 2 (47) 2016

ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

ВЕСТНИК ХИРУРГИИ
КАЗАХСТАНА

BULLETIN OF SURGERY
IN KAZAKHSTAN

АЛМАТЫ /ALMATY

БАС РЕДАКТОР

Баймаханов Б.Б.,
М.Ф.Д., профессор

**БАС РЕДАКТОРДЫҢ
ОРЫНБАСАРЫ**

Медеубеков У.Ш.,
М.Ф.Д., профессор

РЕДАКЦИЯ АЛҚАСЫ

Сейсембаев М.А., д.м.н., профессор;
Жураев Ш.Ш., д.м.н., профессор;
Миербеков Е.М., д.м.н., профессор;
Абзалиев К.Б., д.м.н., профессор;
Ильясова Б.С., д.м.н., профессор;
Ижанов Е.Б., д.м.н.;
Баимбетов А.К., доктор PhD;
Ширтаев Б.К., к.м.н.;
Мурадов М.И., к.м.н.;
Шахметова К.С., к.м.н.;
Енин Е.А.

РЕДАКЦИЯ КЕҢЕСІ

Susumu Eguchi (Япония);
Wojciech Polak (Голландия);
Remzi Emiroglu (Турция);
Bulent Oktay (Турция);
Tamer Turan (Турция);
Jeong Tae Kim (Корея);
Владимир Вишневский (Россия);
Иван Стилиди (Россия);
Олег Руммо (Беларусь);
Hannu Kuokkanen (Финляндия);
Ho-Seong Han (Корея);
Mehmet Habera (Турция);
Мигеррамали Мамедов (Азербайджан);

N.J. Lygidakis (Греция).

**Журнал ҚР ақпарат, мәдениет және спорт
Министрлігінде тіркелген.**
**«Қазақстан хирургиясының хабаршысы» ҚР
ФБМ ғылым және білім саласындағы бақылау
комитеті ұсынған ғылыми еңбектің негізгі
нәтижелерін жариялау үшін ұсынатын ғылыми
баспалар тізбесі енгізілген.**

Тіркеу нөмірі 5564-Ж.

Журналдың иесі – «А.Н. Сызганов атындағы
Ұлттық ғылыми хирургия орталығы» АҚ.

Баспаның мекен-жайы:
050004, Алматы қ., Желтоқсан көш. 62,
тел. 7(727) 2795306

<http://jsk.kz>, e-mail: info@jsk.kz

Әрленим және беттеу:
«ДАНИЛЕНКО» ЖК-де дайындалған,
Алматы қ., Чайковский көш. 23-3,
тел. 7(727) 2780172

Таралымы – 500 дана

**Жарияланатын мақалалардың мазмұнына
авторлар жауапты.**

ҚАЗПОЧТА жазылу индексі – 75327

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Баймаханов Б.Б.,
д.м.н., профессор

**ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА**

Медеубеков У.Ш.,
д.м.н., профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Сейсембаев М.А., д.м.н., профессор;
Жураев Ш.Ш., д.м.н., профессор;
Миербеков Е.М., д.м.н., профессор;
Абзалиев К.Б., д.м.н., профессор;
Ильясова Б.С., д.м.н., профессор;
Ижанов Е.Б., д.м.н.;
Баимбетов А.К., доктор PhD;
Ширтаев Б.К., к.м.н.;
Мурадов М.И., к.м.н.;
Шахметова К.С., к.м.н.;
Енин Е.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Susumu Eguchi (Япония);
Wojciech Polak (Голландия);
Remzi Emiroglu (Турция);
Bulent Oktay (Турция);
Tamer Turan (Турция);
Jeong Tae Kim (Корея);
Владимир Вишневский (Россия);
Иван Стилиди (Россия);
Олег Руммо (Беларусь);
Hannu Kuokkanen (Финляндия);
Ho-Seong Han (Корея);
Mehmet Habera (Турция);
Мигеррамали Мамедов (Азербайджан);

N.J. Lygidakis (Греция).

**Журнал зарегистрирован в Министерстве
информации, культуры и спорта РК.**

**Журнал включен в перечень научных
изданий, рекомендуемых Комитетом
по контролю в сфере образования и науки**

МОН РК

Регистрационный номер: 5564-Ж.

**Владелец журнала - АО «Национальный научный
центр хирургии имени А.Н. Сызганова».**

Адрес редакции:

050004, г. Алматы, ул. Желтоксан, 62,
тел. 7 (727) 2795306

<http://jsk.kz>, e-mail: info@jsk.kz

Дизайн и верстка:

ИП «ДАНИЛЕНКО»,
г. Алматы, ул. Чайковского, 23-3,
тел. 7 (727) 2780172

Тираж – 500 экз.

**Ответственность за содержание
публикуемых материалов несут авторы.**

Подписной индекс КАЗПОЧТЫ – 75327

ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГИЯ ХАБАРШЫСЫ

ВЕСТНИК ХИРУРГИИ КАЗАХСТАНА

BULLETIN OF SURGERY IN KAZAKHSTAN

EDITOR IN CHIEF

Baimakhанов Б.Б.,
dr. med., prof.

**DEPUTY
CHIEF EDITOR**

Medeubekov U.Sh.,
dr. med., prof.

EDITORIAL BOARD

Seisembayev M.A., dr. med., prof.;
Zhurayev Sh.Sh., dr. med., prof.;
Myierbekov Ye.M., dr. med., prof.;
Abzaliev K.B., dr. med., prof.;
Ilyasova B.S., dr. med., prof.;
Izhanov Ye.B., dr. med.;
Baimbetov A.K., PhD;
Shirtayev B.K., can.med.;
Muradov M.I., can.med.;
Shakhmetova K.S., can.med.;
Yenin E.A.

EDITORIAL COUNCIL

Susumu Eguchi (Japan);
Wojciech Polak (Holland);
Remzi Emiroglu (Turkey);
Bulent Oktay (Turkey);
Tamer Turan (Turkey);
Jeong Tae Kim (Korea);
Vladimir Vishnevsky (Russia);
Ivan Stiliidi (Russia);
Oleg Rummo (Belarus);
Hannu Kuokkanen (Finland);
Ho-Seong Han (Korea);
Mehmet Habera (Turkey);
Migerramali Mamedov (Azerbaijan);

N.J. Lygidakis (Greece).

**The journal is registered with the Ministry of
Information, Culture and Sports of the
Republic of Kazakhstan.**

**The "Bulletin of Surgery in Kazakhstan" is
included in the list of scientific publications
recommended by the Committee for Control of
Education and Science, Ministry of Education
and Science of Kazakhstan.**

Registration number: 5564-Ж

**The owner of the journal - JSC "National scientific
center of surgery named after A.N. Syzganov"**

Editorial address:

62, Zheltoksan street, Almaty, 050004
tel. 7 (727) 2795306

<http://jsk.kz>, e-mail: info@jsk.kz

Design and lead out:

«ДАНИЛЕНКО» SP,
23, Tchaikovsky street, apt.3, Almaty,
tel. 7 (727) 2780172

Edition – 500 copies.

**The authors are responsible for the content of
published materials.**

Subscript index of KAZPOST – 75327

<p>Ү.Ш. Медеубеков, А.Б. Тугаров Ұлы оташының алғаш қалыптасуы (академик А.Н. Сызгановтың туғанына 120 жылдығына арналған) 5</p> <p>ДИАГНОСТИКА ЖӘНЕ ЕМДЕУ</p> <p>Абдрашев Е.Б., Измагамбетова Ш.С., Абдиев Н.М., Алиев А.К. Ахалазия кардиясының перорал эндоскопиялық миотомияның алғашқы тәжірибелесі 13</p> <p>Енин Е.А., Байырханова А.О., Адильгиреева Л.Х., Семёнова Ю.М. Тәжірибелік пролиферативті витрео- ретинопатия жағдайында 5-фто- руацилмен байытылған хитозан қабықшасын интровитреальды еңгізуіндің антиогенез белсенділігіне әсері 18</p> <p>Рагимова Ш.И. Оталы-анестезиологиялық қауіпі жоғары науқастардың гастро- дуоденальды қанау кезіндегі глютатионға антиоксидантты әсері мен диагностикалаудың заманауи тәсілдері 24</p> <p>ХИРУРГИЯ</p> <p>Баймаханов Б.Б., Чорманов А.Т., Куандыков Т.К., Ибрагимов Р.П., Садықов Ч.Т., Исаев Д.А., Галлямов М.Г., Ли Д.Ю. Алматы қаласының көпсалалы клиникалық аурұханасы жағдайында бүйректі транспланттатудың талдауы 31</p> <p>Төлеутаев Р.М., Железнев С.И., Абзалиев К.Б., Ракиев Б.А., Ким Ю.А., Ибрагимов Т.Ю. Миксоматозды дегенерация жағдайында митраль қақпашасының пролапс кезіндегі хирургиялық ем- деу нәтижелері 38</p> <p>Абдуллаев Д.С., Алыбаев Э.У., Сыдыгалиев К.С., Алыбаев М.Э. Артериомезенте риалды компрес- сия асқазанның ойықжара ауруымен араласуы, оны диагностикалау және хирургиялық емдеу 46</p>	<p>Медеубеков У.Ш., Тугаров А.Б. Начало становления великого хирурга (к 120-летию со дня рождения академика А.Н. Сызганова) 5</p> <p>ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ</p> <p>Абдрашев Е.Б., Измагамбетова Ш.С., Абдиев Н.М., Алиев А.К. Первый опыт пероральной эндоскопической миотомии при ахалазии кардии 13</p> <p>Енин Е.А., Байырханова А.О., Адильгиреева Л.Х., Семёнова Ю.М. Влияние интравитреального введе- ния хитозановой плёнки, насыщен- ной 5-фторурацилом, на активность ангиогенеза в условиях эксперимен- тальной пролиферативной витрео- ретинопатии 18</p> <p>Рагимова Ш.И. Современные методы диагностики и антиоксидантный эффект глютатиона при гастродуоденальных кровотечениях у больных с высоким операционно-анесте- зиологическим риском 24</p> <p>ХИРУРГИЯ</p> <p>Баймаханов Б.Б., Чорманов А.Т., Куандыков Т.К., Ибрагимов Р.П., Садықов Ч.Т., Исаев Д.А., Галлямов М.Г., Ли Д.Ю. Анализ трансплантаций почек в условиях многопрофильной клинической больницы Алматы 31</p> <p>Төлеутаев Р.М., Железнев С.И., Абзалиев К.Б., Ракиев Б.А., Ким Ю.А., Ибрагимов Т.Ю. Результаты хирургического лечения при пролапсе митрального клапана на фоне миксоматозной дегенерации 38</p> <p>Абдуллаев Д.С., Алыбаев Э.У., Сыдыгалиев К.С., Алыбаев М.Э. Артериомезентериальная компрес- сия в сочетании с язвенной болез- ниью желудка, диагностика и хирург- ическое лечение 46</p>	<p>Medeubekov U.Sh., Tugarov A.B. Outset of great surgeon's formation (on academician A.N. Syzganov's 120th anniversary) 5</p> <p>DIAGNOSTICS AND TREATMENT</p> <p>Abdrashev Y. B., Izmagambetova Sh. S., Abdiyev N. M., Aliyev A.K. First experience of peroral endoscopy myotomy of achalasia 13</p> <p>Enin E.A., Baiyrkhanova A.O., Adilgireeva L.X., Semenova Y.M. Influence of intravitreal introduction of chitosan film, saturated with 5-fluorouracil, on activity of angiogenesis in the conditions of experimental proliferative vitreoretinopathy 18</p> <p>Ragimova Sh.I. Modern methods of diagnosis and the antioxidant effect of glutathione with gastroduodenal bleeding in patients with high operative and anesthetic risk 24</p> <p>SURGERY</p> <p>Baimakhanov B.B., Chormanov A.T., Kuandikov T.K., Ibragimov R.P., Sadykov Ch.T., Issayev D.A., Gallyamov M.G., Li D.Yu. Analysis of kidney transplantation in the multi-disciplinary hospital of Almaty 31</p> <p>Toleutaev R.M., Zheleznev S.I., Abzaliev K.B., Rakishev B.A., Kim J.A., Ibragimov T.J. Results of surgical treatment of mitral valve prolapse with myxomatous degeneration 38</p> <p>Abdullaev D.S., Alybaev E.U., Sydygaliev K.S., Alybaev M.E. Arterio mesenteric duodenal compression in conjunction with gastric ulcer, diagnostic and surgery treatment 46</p>
---	--	---

<i>Сафарова Л.Ш.</i>	<i>Сафарова Л.Ш.</i>	<i>Sapharova. L.Sh.</i>
Диффузды-улы зобты хирургиялық емдеудің үзак мерзімді нәтижелері	Отдаленные результаты хирургического лечения диффузно-токсического зоба	Long-term results of surgical treatment diffuse toxic goiter.
<i>Ширинов З.Т., Надиров Р.С.</i>	<i>Ширинов З.Т., Надиров Р.С.</i>	<i>Shirinov Z.T., Nadirov R.S.</i>
Бауыр кистасының диагностикасы мен хирургиялық едеу тәсілдерін жетілдіру	Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения кист печени	Improving the diagnosis and surgical treatment of liver cysts
ТӘЖІРИБЕДЕН АЛЫНГАН ЖАҒДАЙ		
СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ		
<i>Ибадильдин А.С., Палтушев А.А.</i>	<i>Ибадильдин А.С., Палтушев А.А.</i>	<i>Ibadildin A.S., Paltushev A.A.</i>
Бауыр абцессінің кіші инвазивті емі туралы ең алғашқы тәжірибе	Первый опыт миниминвазивного лечения абсцесса печени	First experience of minimally invasive treatment of liver abscess.
ОРТАЛЫҚ ТЫНЫСЫ		
ОРТАЛЫҚ ТЫНЫСЫ		
<i>«Қолайлы клиникалық тәжірибе» GCP бойынша семинар-тренинг</i>	<i>Семинар-тренинг по GCP «Надлежащая клиническая практика»</i>	<i>Training on GCP «Proper clinical practice»</i>
<i>«Жүрек фибрилляциясы өзгеруінің күрделі формаларын малоинвазивті емдеу» мастер-классы</i>	<i>Мастер-класс «Малоинвазивное лечение сложных форм мерцательной аритмии»</i>	<i>Master Class «Minimally invasive treatment of complex forms of atrial fibrillation»</i>
ХИРУРГЫ ЕСКЕ АЛУ		
ПАМЯТИ ХИРУРГА		
<i>Профессор Шарипов Қайтпас Шарипұлы</i>	<i>Профессор Шарипов Кайтпас Шарипович</i>	<i>Professor Kh. Sharipov.</i>
IN MEMORY OF SURGEON		

НАЧАЛО СТАНОВЛЕНИЯ ВЕЛИКОГО ХИРУРГА (к 120-летию со дня рождения академика А.Н. Сызганова)

Медеубеков У.Ш., Тугаров А.Б.

ННЦХ им. А.Н.Сызганова, г. Алматы, Казахстан

Пензенский государственный университет, г. Пенза, Россия

Аннотация

Как известно, особенности исторической эпохи, социокультурной среды, экономических и политических процессов в обществе проявляются в жизни отдельного человека, и во многом определяют её. Становление академика Александра Николаевича Сызганова (1896-1980) - известного хирурга, основателя и первого директора Казахского научно-исследовательского института клинической и экспериментальной хирургии Министерства здравоохранения Казахской ССР (1945-1975) - во многом было определено событиями первой четверти XX века в России: Первой мировой войной, Февральской и Октябрьской революциями, Гражданской войной и голодом в Поволжье.

В статье авторы осуществляют концептуализацию и актуализацию событий детства, юности и молодости академика А.Н. Сызганова, связанных с его жизнью в Арске и Казани. Показано, что социокультурные обстоятельства влияли на отношения в родительской семье Сызгановых, на содержание начального и, прежде всего, гимназического образования, которое он получил в начале XX века. Особым периодом становления А.Н. Сызганова стала учёба на медицинском факультете Казанского университета и первые годы его научно-педагогической и хирургической деятельности в этом университете.

Авторы обращают особое внимание на участие А.Н. Сызганова в 1918-1919 годах в Гражданской войне в России и в медицинских обследованиях пострадавших от голода в Поволжье 1921-1922 годов. Завершается Казанский период жизни А.Н. Сызганова его переездом с семьёй на работу в медицинский институт г. Алма-Ата в 1934 году и началом активной научной деятельности в Казахстане, участием в организации системы здравоохранения страны.

Ұлы оташының алғаш қалыптасуы

(академик А.Н. Сызгановтың туғанына 120 жылдығына арналған)

Ұ.Ш. Медеубеков, А.Б.Тугаров

А.Н. Сызганов атындағы ҰФХО, Алматы қ., Қазақстан

Пенза мемлекеттік университеті, Пенза қ., Ресей

Андратта

Белгілі жайт, қоғамдағы тарихи дәүірдің, әлеует-мәдени ортасының, экономикалық және саяси үрдістердің ерекшеліктері әр түлғаның өміріне ықпалын тигізеді және де көптеген жағдайда оны айқындаиды. Атақты хирург, Қазақ КСР Денсаулық сақтау минстрлігінің Қазақ клиникалық және эксперименталды хирургиясы ғылыми-зерттеу институтының негізін қалаушы және оның тұнғыш директоры (1945-1975), тағдыры мен өмір жолы белгілі ғалым - академик Александр Николаевич Сызгановтың (1896-1980) алғаш қалыптасу жолы Ресейде XX ғасырдың алғашқы кезеңінің оқиғаларына: Бірінші дүниежүзілік соғысқа, Ақпан мен Қазан революцияларына, Азаматтық соғыс және Волга өзенінің жағалауындағы елді-мекендерінде орын алған ашаршылық байланысты болған.

Авторлар мақалада академик А.Н. Сызгановтың Арск және Қазандағы өмір суруіне байланысты, оның балалық, бозбала мен жастық шақтарына тұжырымдама жасап, сол кезеңдердің өзектілігін көрсетеді. Сызгановтардың отбасында ата-анасының үйіндегі қарым-қатынастарына, XX ғасырдың басында оған бастауыш білім беру, кейін гимназиядада оқытуда әлеумет тұрғысынан мәдени жағдайлары әсерін тигізгендігі көрсетілген. А.Н. Сызгановтың тұлға, ғалым ретінде қалыптасуының ерекше кезеңі Қазан университеттінің медицина факультетінде оқып, білім алғандағы және атальыш университеттінде оның ғылыми-педагогикалық пен хирургиялық қызмет етуінің алғашқы жылдары болып табылады.

Авторлар А.Н. Сызгановтың 1918-1919 жылдары Ресейдегі Азаматтық соғысина қатысуы және 1921-1922 жылдарында Волга өзенінің жағалауындағы елді-мекендерінде орын алған ашаршылықтан зардал шеккендердің денсаулықтарын медициналық тексеру шараларын жүргізгендігін аса маңызды назар аударады. А.Н. Сызгановтың өміріндегі Қазан мерзімі 1934 жылы аяқталады: сол кезде ол Алматы қаласына отбасымен жер аударып, Алматы медицина институтына жұмысқа орналасып, Қазақстанда белсенді ғылыми қызметінің басталуымен жалғасады, ол елдегі денсаулық сақтау жүйесін үйімдастыруға жан-жақты қатысады.

ОБ АВТОРАХ

Медеубеков Улугбек Шалхарович – заместитель председателя правления по научно-клинической деятельности АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова», д.м.н., профессор. e-mail: medeubek@mail.ru

Тугаров Александр Борисович, д.ф.н., профессор, декан факультета педагогики, психологии и социальных наук Педагогического института им. В.Г. Белинского ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет» e-mail: fssr@bk.ru

Ключевые слова:

А.Н. Сызганов, хирургия, медицинское образование, научно-педагогическая и врачебная деятельность

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Медеубеков Ұлықбек Шалқарұлы-А.Н. Сызганов атындағы ұлттық ғылыми хирургия орталығы АҚ Басқарма тәрагасының ғылыми-клиникалық қызметтер жөніндегі орынбасары, м.ғ.д., профессор. e-mail: medeubek@mail.ru

Тугаров Александр Борисович – философия ғылымдарының докторы, профессор, В.Г. Белинский атындағы педагогика, психология және қоғамдық ғылым институтының деканы. e-mail: fssr@bk.ru

Түйін сездер

А.Н. Сызганов, хирургия, медициналық білім беру, ғылыми-педагогикалық және дәрігерлік қызмет.

**Outset of great surgeon's formation
(on academician A.N. Syzganov's 120th anniversary)**

ABOUT THE AUTHORS

Medeubekov Ulugbek Shalkharovich –
Deputy Chairman of the management
Board on scientific and clinical work
of JSC «A.N. Syzganov National
Scientific Centre of Surgery», doctor
of medical sciences, professor.
e-mail: medeubek@mail.ru
Tugarov Alexander Borisovic –
D.ph.sc., professor. Dean of the
faculty of pedagogy, psychology and
social sciences Pedagogical Institute
named after V.G. Belinsky, Penza
State University.
e-mail: fssr@bk.ru

Medeubekov U.Sh., Tugarov A.B.

NSCS named after A.N.Syzganov, Almaty, Kazakhstan
Penza State University, Penza, Russia

Summary

Peculiar features of a certain historical period, social and cultural environment, economic and political processes in the society are known to be manifested in the life of an individual, largely determining it. The formation of academician Alexander Nikolayevich Syzganov (1896-1980), a famous surgeon, founder and first director of the National Center of Surgery (1945-1975), was largely determined by the events of the first quarter of the XX century in Russia – World War I, February and October revolutions, Civil war and the famine in the Volga region.

In the given article the authors carry out conceptualization and actualization of academician A.N. Syzganov's childhood, adolescence and early adulthood events, related to his life in Arsk and Kazan. Social and cultural circumstances are shown to have affected the relations in the Syzganovs' family, the content of the primary and, above all, gymnasium education he received at the beginning of the XX century. Studying at the medical faculty of Kazan University and early years of his research, educational and surgical activity at this university became a peculiar period of A.N. Syzganov's formation.

The authors pay special attention to A.N. Syzganov's participation in the Civil War in Russia in 1918-1919 and in medical examinations of famine victims in the Volga region in 1921-1922. In 1934 A.N. Syzganov together with his family moved to work in the medical institute in Alma Ata and began his dynamic scientific activity in Kazakhstan, participating in the organization of the country's health care system, and it marks the end of Kazan period in his life.

Keywords:

A.N. Syzganov, surgery, medical education, research, educational and medical activities

**А.Н. Сызганов
(1896-1980 гг.)**



В этом году исполняется 120 лет со дня рождения талантливейшего хирурга, общественного деятеля, заслуженного деятеля науки Казахской ССР, видного организатора здравоохранения, педагога и ученого, основателя и первого директора Казахского научно-исследовательского института клинической и экспериментальной хирургии Министерства здравоохранения Казахской ССР, академика Александра Николаевича Сызганова.

Академик А.Н. Сызганов внес неоценимый вклад в развитие медицинской науки, подготовку высококвалифицированных кадров и охране здоровья населения Казахстана. Его отличали многогранность, постоянное стремление к осво-

ению и внедрению новых методов диагностики и лечения тяжелейших заболеваний, преданность делу своей жизни.

Александр Николаевич Сызганов в конце своей жизни много размышляет о судьбе, о своём долгом пути, подводит итоги жизни. Однако до последних дней жизни, не щадя себя, упорно работает, торопится успеть завершить начатые научные труды.

12 января 1977 г. в письме своей сестре Варваре Николаевне Александр Николаевич Сызганов пишет: «Работаю, т.к. иначе жить не могу. В этом месяце выходит из печати ещё одна моя научная монография. Многие «курят мне фимиам», стараются превратить меня в музейный экспонат. Но ничего из этого у них не выйдет. Я ещё имею силы для активной работы».

Из письма А.Н. Сызганова сестре в декабре 1979 г.: «Я креплюсь, заставляю даже себя работать, вернее – дорабатывать то, что не успел завершить. Удастся ли, - не знаю».

Всего за два месяца до своей смерти академик Александр Николаевич Сызганов подвёл черту, философски сделав вывод, определив главный итог своей жизни. Из письма А.Н. Сызганова от 8 августа 1980 года: «Вот и пришёл конец моей жизни, жизни очень сложной, трудной. Но я считаю, что прожил свою жизнь как честный человек».

Но было и начало жизни. Были в его жизни то, что называется начала. Немецкий философ Г. Гегель в «Науке логики» (1812-1816 гг.) отмечал, что

вещи ещё нет, когда она начинается, но в начале, содергится не только её «ничто», но уже и её «бытие». Другими словами, в начале чего-либо, в том числе и в начале жизни отдельного человека, проявляется его бытийная характеристика, его сущность. Гегель пишет по этому поводу: «Начало само есть становление, но, говоря о начале, мы имеем в виду дальнейшее движение» [1:224].

Далее Гегель уточняет, что это бытие «есть столь же и всеобщее» [1:421]. Таким образом, в жизни и через жизнь отдельного человека проявляется в уникальном виде и своеобразной форме «всеобщее», т.е. универсальные характеристики исторической эпохи, социокультурной среды, политических и экономических реальностей. Проявляется то, что принято называть «социальное время».

У жизни человека есть начало. Но в жизни каждого человека есть и начала, т.е. те места, те события, те обстоятельства, которые в значительной мере, если не детерминируют, то способствуют формированию содержания жизни этого человека, его становлению как субъекта социального действия. Такими началами жизни А.Н. Сызганова стали периоды жизни и учебы в уездном городе Арск, гимназии г. Казани и медицинском факультете Казанского университета.

Фамилия Сызганов, скорее всего, восходит к названию слободы Сызган. Данное название сложилось где-то в середине XVII века, когда слобода стала называться по речке Сызган (Сызганке) (правый приток р. Инзы). В татарском языке «сыза» - это овраг, балка, в которую стекает талая вода. Компонент «ган» («канн») в ряде языков употребляется со значением «канал, русло». Отсюда - «сызган», или «овражное русло».

Дата рождения Николая Прокопьевича Сызганова, отца Александра Николаевича, не известна, но, благодаря личной записи его жены, точно известна дата его смерти – «3 июля 1925 года в 8 часов вечера в г. Арске».

О матери А.Н. Сызганова - Пелагее Михайловне - известно немного. Прежде всего, известно, что она была «законная жена» Николая Прокопьевича Сызганова, т.е. они были «оба православного вероисповедания» и женаты церковным браком.

Девичья фамилия Пелагеи Михайловны - Шаталова, так она писала о себе до брака – «П.М. Шаталова». Известно, что мать А.Н. Сызганова умерла, по письменному свидетельству младшей дочери Варвары, «2 мая 1927 года в 11 часов 15 минут».

В 1890 году в Арском уезде Казанской губернии (в южной части современного города Арска), для «Симбирской губернии отставного фельдфебеля села Жабина» Николая Прокопьевича Сыз-



Рис.1
Семейное фото
Сызгановых.
Слева Николай
Прокопьевич (отец),
справа Андрей
Прокопьевич
(дядя Александра)
Уездный город Арск,
начало 1890-х гг.

ганова, работавшего в должности «управляющего имением» был построен дом [2].

В этом доме 4 (16) августа 1896 года у Николая Прокопьевича Сызганова и его жены Пелагеи Михайловны родился второй по счету ребёнок - сын Александр. Всего в семье Сызгановых родилось 9 детей, из них: 6 сыновей и 3 дочери.

К вопросу о социальном происхождении А.Н. Сызганова. Распространено мнение, что его мать принадлежала к крестьянскому сословию, поскольку в конце XIX века, владелец небольшой пекарни и лавки при ней, кем был М. Шаталов - дед А.Н. Сызганова по материнской линии, постоянно проживавший в г. Казани, вполне мог принадлежать к крестьянскому сословию.

Интересно, что по личному делу А.Н. Сызганова, работавшему уже в г. Алма-Ате, в 1935 году в г. Казань был послан запрос с просьбой выдать дополнительную справку-свидетельство о его социальном происхождении. Свидетельство за № 2353 от 6 мая 1935 года было получено, и в последующем А.Н. Сызганов в автобиографии и личных листках по учёту кадров о своем происхождении писал коротко - «из крестьян» [3].



Рис.2
Фото П.М. Сызгановой
(матери Александра).
Уездный город Арск, вто-
рая половина 1890-х гг.

Рис.3

Фото родового дома семьи Сызгановых.
Уездный город Арск,
1890 г.



А.Н. Сызганов, как и его родители, братья и сёстры, был православного вероисповедания. Обнаружен листок бумаги, на котором карандашом написано поздравление А.Н. Сызганова с днём Ангела. Поздравление датировано: «сентябрь 1920 г.» и подписано: «Твои Отец и Мать, сестра и брат» [4].

В сентябре по новому стилю в православном календаре установлена только одна дата дня именин Александра как дата дня Ангела - 12 сентября (30 августа по церковному календарю). В этот день Русская Православная церковь совершает память святителя Александра Патриарха Константинопольского, память преподобного Александра Свирского и отмечает перенесение

мощей святого благоверного великого князя Александра Невского [5].

Обращает на себя внимание тот факт, что в письмах и поздравительных открытках, начиная с гимназического возраста и до конца жизни, А.Н. Сызганов обращался к родным и близким ему людям, используя прописную (заглавную) букву «Т» в слове «Твой» как знак вежливости и уважения. В свою очередь, родители, братья и сёстры А.Н. Сызганова в детстве и позднее называли его и обращались к нему «Саня».

Начальное образование А.Н. Сызганов получил в г. Арске. Городское население в Российской Империи было сравнительно невелико, большинство населения составляли сельчане. По переписи 1897 года горожане составляли в Казанской губернии - только 7% населения. Тем не менее, городские школы начального типа играли важную роль в системе народного образования, были важным фактором социального развития [6:3].

По информации известных краеведов г. Арска Александр Николаевич Сызганов «получил образование в Арской приходской школе» [7]. Действительно, согласно школьной реформе 1864 года, в г. Арске в 1867 году было образовано двухклассное приходское училище. В 1884 году в России были принятые «Правила о церковно-приходских школах», по которым создавались одноклассные (2-х годичные) и двухклассные (с начала XX века - 3-х годичные) начальные училища (церковно-приходские школы). Мы предполагаем, что А.Н. Сызганов учился в г. Арске в двухклассном приходском училище, в котором изучали закон Божий, церковное пение, письмо, арифметику, чтение и историю.

В начале XX века в г. Арске не было гимназии, и своё образование А.Н. Сызганов продолжил в губернской Казани, регулярно навещая родительский дом. Дополнительным подтверждением его учёбы в гимназии г. Казани является поздравительная открытка с днём Ангела семье от сына Владимира Сызганова, старшего брата А.Н. Сызганова (сентябрь 1912 г.). В частности, в ней он поздравляет с «дорогим именинником маму, Симу, Лёлю и Варю», т.е. брата и сестёр (из личного архива В.Н. Сызгановой). Таким образом, скорее всего, в тот момент Александра Николаевича в г. Арске не было потому, что он учился в г. Казани.

Казань в начале XX века была самым крупным городом Поволжья. Её население к 1917 году увеличилось по сравнению с 1897 годом более, чем в полтора раза, и составило 206,6 тысячи человек. Остальные города Казанской губернии, в том числе Арск, намного уступали Казани и по

Рис.4

Семейное фото.

Слева Н.П. Сызганов,
отец Александра,
справа – П.М. Сызгано-
ва, мать Александра,
в центре - дочь отца от
первого брака Лина,
на руках у родителей:
сыновья Александр и его
старший брат, Владимир.
Уездный город Арск,
1898 г.



**Рис.5 Семейное фото
Сызгановых.**

В верхнем ряду стоят:
мать Пелагея Михайлов-
на, дочь отца Лина, её
сын, и Александр.

В нижнем ряду сидят:
старший брат Владимир
и отец Николай
Прокопьевич.
г. Казань, не позднее
1915 г.



численности населения, и по промышленному потенциалу [8].

В истории гимназий Казанской губернии до 1917 года различаются три этапа, в том числе III этап - (1900 - 1917 годы) - расцвет гимназического образования, развитие общественной и частной инициативы в области гимназического образования [9:5]. Именно на этот этап развития гимназического образования в Казанской губернии приходится время учёбы А.Н. Сызганова (год окончания гимназии - 1915).

С конца XIX века в Казанской губернии работали три мужских учебных заведения среднего образования - Первая, Вторая и Третья Казанские гимназии [10:189]. Мы предполагаем, что А.Н. Сызганов учился в Первой Казанской мужской гимназии. По мнению сотрудника Национальной Академии Республики Татарстан Г. Рафиковской «для многих Первая Казанская мужская гимназия была лишь начальной ступенью обучения, ведь многие её выпускники стали студентами Казанского университета» [11].

Казань выступает как начало становления молодого А.Н. Сызганова, прежде всего, потому, что в этом городе шло формирование учёного-врача, связанное с учёбой, а позднее работой на медицинском факультете Казанского университета.

В 1915 году, после окончания гимназии, А.Н. Сызганов поступил на медицинский факультет Казанского университета, а в июне 1922 года успешно сдал «установленные государственные испытания» и получил, как записано в удостоверении № 947, «право врачебной практики на всей территории РСФСР и союзных Советских Республик» [12].

Медицинский факультет («врачебное отделение или отделение медицинских наук») Казанского Его Императорского Величества университета существовал с 1814 года. Сформировавшиеся на нём в XIX - начале XX веков научные медицинские школы представляют собой не только научно-исторический, но и социокультурный феномен.

К моменту поступления А.Н. Сызганова на медицинский факультет казанская хирургическая научная школа имела, начиная со второй половины XIX века, уровень ведущих европейских школ. После 1917 года в создании новой системы высшего медицинского образования и советской медицинской науки участвовали многие учёные. В частности, большой известностью в г. Казани в те годы пользовались имена профессоров А.В. Вишневского и В.С. Груздева, которых А.Н. Сызганов считал своими учителями.



Рис.6
Фото из семейного архива.
Гимназист
Александр Сызганов.
г. Казань, 1914 (15) г.

Медицинский факультет Казанского университета (с 1 декабря 1930 г. - Казанский государственный медицинский институт) подготовил специалистов, которые по праву считались основоположниками советской медицины. Это - академики и члены-корреспонденты АН СССР А.А. Баев, К.М. Быков, А.Д. Сперанский, Н.Г. Колесов, Б.И. Лаврентьев, Н.А. Миславский, В.Н. Терновский, академики АМН СССР В.М. Аристовский, А.В. и А.А. Вишневские, В.И. Иоффе и др. К этому числу видных учёных казанской медицинской школы и принадлежал А.Н. Сызганов.

Вместе с тем, учёба А.Н. Сызганова на медицинском факультете казанского университета совпала с самыми драматичными событиями в истории России первой четверти XX века. Медицинский факультет Казанского университета пережил все потрясения Первой мировой войны, Февральской и Октябрьской революций 1917 года в России, Гражданскую войну, голод и разруху. После событий октября 1917 года острая потребность в медицинских кадрах повлияла на



Рис.7
Семейное фото.
Братья и сестры А.Н. Сызганова с мужьями и женами.
Александр сидит крайний слева. Сестра Варвара со своей дочерью (стоит на стуле) - вторая справа.
г. Казань, 1928 г.

Рис.8

Коллективное фото.

Студенческий хирургический кружок медицинского факультета Казанского университета.

В среднем ряду сидят справа налево профессора: В.С. Груздев, В.Н. Парин, Н.А. Геркен и П.А. Глушков. Внизу на земле справа сидит студент А.Н. Сызганов. г. Казань, 1921г.



ужесточение режима вузовской подготовки, что было оформлено соответствующим декретом Советского правительства о милитаризации медицинских факультетов [13].

Именно в это трудное время начиналась научная деятельность А.Н. Сызганова, шло его становление как хирурга и учёного.

В годы Гражданской войны в Советской России территория Казанской губернии дважды становилась ареной боевых действий. В 1918 году, ещё будучи студентом III курса, А.Н. Сызганов состоит в рядах Рабоче-крестьянской Красной Армии и принимает участие в боях с «белыми» под Казанью и Сарапулом, работает в коммунистическом летучем санитарном отряде партизанской группы В.М. Азина [14].

В.Н. Сызганова рассказывала, что со слов её брата А.Н. Сызганова, он, будучи студентом, был мобилизован в РККА и исполнял обязанности военврача у военачальника В.М. Азина (1895-1920). Причиной участия А.Н. Сызганова в Гражданской войне, скорее всего, стала упоминавшаяся нами ранее милитаризация медицинских факультетов.

В семье Сызгановых известна история о том, что герой Гражданской войны, командир Арской группы войск 2-й Армии Восточного фронта РККА (31.08.-17.09.1918г.), участник освобождения г. Казани от белочехов и белогвардейцев (10.09.1918г.), командир 2-й Сводной (Железнодорожной) дивизии (17.09.-8.12.1918г.) В.М. Азин отпустил студента А.Н. Сызганова доучиваться на врача в г. Казань за то, что тот быстро, за одну ночь, под угрозой утром быть расстрелянным, вылечил его от сильнейшей простуды [15].

После участия в Гражданской войне А.Н. Сызганов продолжил учёбу на медицинском факультете университета. Вероятно, что участие А.Н. Сызганова в Гражданской войне началось после освобождения частями РККА г. Казани в начале

сентября 1918 года, длилось до лета 1919 года и повлияло на срок обучения в университете.

Известно, что голодомор 1921-1922 годов в Поволжье захватил и территорию Татарской АССР. Ситуация была усугублена засухой. Зимой 1922 года голод достиг особенно больших масштабов. Пустели целые деревни, участились случаи трупоедства и людоедства. К голодомору добавилась эпидемия тифа. Общие людские потери составили в 1921-1922 годах в Татарии около полумиллиона человек [8].

В такой экономической и социально-политической обстановке жил и продолжал своё обучение в университете А.Н. Сызганов. По воспоминаниям его сестры он, являясь студентом старших курсов медицинского факультета, принимал участие в медицинском освидетельствовании на территории Татарии лиц, совершивших трупоедство или людоедство.

Таким образом, этот период жизни выступает как начало становления А.Н. Сызганова благодаря двум важным жизненным обстоятельствам: его участию в Гражданской войне и в медицинских обследованиях пострадавших от голода в Поволжье 1921-1922 годов.

Но поскольку студент А.Н. Сызганов проявил в годы обучения заметный интерес к науке и хирургической практике, после окончания учебы он был оставлен ассистентом на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии Казанского университета (с 1922 по 1926 гг.). С 1926 года А.Н. Сызганова, как талантливого специалиста, перевели на клиническую работу сначала ассистентом пропедевтической, а затем госпитальной хирургических клиник университета, возглавляемых выдающимся хирургом – профессором В.Л. Боголюбовым. В 1933 году А.Н. Сызганову присваивается звание приват-доцента, а в 1934 году он утверждается в звании профессора.

Уже в эти годы Александр Николаевич начал активно заниматься исследованиями по изучению лимфатической системы почек и почечных оболочек у человека, которые он продолжил в Казахстане, куда он поехал в марте 1934 года. Его работа о коллатеральном лимфообращении оказалась одной из первых в мире и была опубликована в Алма-Ате в виде монографии в 1940 году.

Казанский период научно-педагогической и хирургической деятельности А.Н. Сызганова заслуживает своего отдельного и более подробного документального исследования и изложения, который, как мы надеемся, будет описан в планируемой к выходу в свет книге о жизни и деятельности академика А.Н. Сызганова.

Кроме того, период жизни в Казани воспринимается как начало становления академика А.Н. Сызганова также благодаря важным событиям его семейной жизни. Из рассказа сестры А.Н. Сызганова следует, что где-то в середине 1920-х годов у него была любовь к одной девушке, но её отец не хотел и слушать о каком-то «врачишке» и запретил дочери встречаться с ним. А.Н. Сызганов в порыве отчаяния сделал предложение и женился на подруге этой девушки - Ольге. Жили они в г. Казани, но брак длился недолго (пол-года или немногим дольше) и затем они развелись.

В 1932 (1933) году женой А.Н. Сызганова стала Татьяна Сергеевна Сызганова, урождённая Вельховер, (1905-1979гг.), дочь врача-микробиолога, директора Казанской бактериологической лаборатории.

В науке имя С.Т. Вельховера (1885-1942) неразрывно связано с именем А.Л. Чижевского, основоположника космической биологии и гелиобиологии («био-астрономический эффект Чижевского-Вельховера») [16]. У Татьяны Сергеевны был сын Александр, 1931 года рождения, от предыдущего брака с ученым-генетиком, будущим академиком АН СССР А.А. Баевым.

Уже упоминавшиеся письма, написанные академиком А.Н. Сызгановым в 1977-1980 годах, содержат в себе мысли, которые следует воспринимать как завещание потомкам и будущим поколениям хирургов:

«...я доживаю свою сложную и напряжённую жизнь хирурга, стараюсь закончить свои некоторые научные труды, направленные на благо наших людей. ... эти мои труды направлены на борьбу с злокачественными опухолями и на некоторые тяжёлые травмы.» (из письма А.Б. Тугарову, 1980 г.).

«...при правильном отношении к труду найдёт интересную жизнь». (из письма сестре, 1977 г.).



Рис.9
Семейное фото.
А.Н. Сызганов с женой
Татьяной Сергеевной.
г. Алма-Ата, 1970-е гг.

« Я прожил свою жизнь неплохо. Я считаю такой путь (учёного – авт.) самым интересным. Наука, если ей отдаваться всем своим существом, приносит огромное моральное удовлетворение» (из письма сестре, 1980 г.).

«Посылаю Тебе следующее: фотокарточки, письма нашего отца, серебряную рюмку; пусть хранят её наши потомки на память о том, кто их создал. ...Пусть всё это будет напоминать нашим потомкам о том, что мы «были» (из письма сестре, 1980 г.).

Работой в Казанском университете завершается период начала становления хирурга и учёного А.Н. Сызганова.

Впереди был его переезд в г. Алма-Ату в марте 1934 года с женой Татьяной Сергеевной и её сыном.

Впереди была защита докторской диссертации в Учёном совете Казанского государственного медицинского института в марте 1936 года.

Впереди были годы заведования кафедрой в Казахском государственном медицинском институте.

Впереди было создание в апреле 1945 года в г. Алма-Ате Института клинической и экспери-



Рис.10
Фото из семейного архива.
Младшая сестра
А.Н. Сызганова Варвара.
г. Казань,
конец 1930-х гг.

ментальной хирургии Министерства здравоохранения Казахской ССР и директорство в нём до 1975 года.

Впереди было звание академика Академии наук Казахской ССР, присвоенное 30 ноября 1954 года.

Впереди были многочисленные государственные награды.

Впереди была внезапная смерть Александра Баева, которого он считал своим сыном, в возрасте 35 лет. Впереди была смерть любимой жены и последний, самый тяжёлый период его жизни - период одиночества, онкологического заболевания и ухода из жизни 8 октября 1980 года.

Впереди был некролог, подписанный руководителями советского Казахстана Д.А. Кунаевым, Б.А. Ашимовым, Н.А. Назарбаевым и др., в котором о А.Н. Сызганове говорилось, что «скончался видный учёный, крупный организатор здравоохранения Казахстана».

Впереди было начало бессмертия: Национальный научный центр хирургии, который с 1980 года носит его имя; улица «Академика Сызганова» в Горном Гиганте г. Алматы; мемориальная доска на

доме № 131 по улице Тулебаева - в квартире № 8 на последнем, третьем этаже этого дома он жил многие годы до своей смерти.

Впереди была бережно сохраняющаяся более 35 лет память о том, что сделал хирург и учёный А.Н. Сызганов на земле Казахстана.

Всё это было ещё впереди...

А 10 декабря 1919 года студент медицинского факультета Казанского университета пишет младшей сестре Варваре Николаевне: «Здравствуй, Варя! Письмо от тебя получил и рад ему. Пиши вообще чаще о том, как идёт ваша жизнь. Вы всё зовёте на Рождество, не знаю, как придётся. Я и сам то собираюсь, да грехи-то, не знаю, пустят ли? ... Твой брат Саня».

От авторов:

В течение последних двух лет идёт кропотливая работа и готовится к изданию биографическая книга авторов У.Ш. Медеубекова и А.Б. Тугарова «Жизнь честного человека», посвящённая различным периодам личной жизни и творческой деятельности академика А.Н. Сызганова.

Литература

1. Гегель. Энциклопедия философских наук. Том 1. Наука логики. – М.: «Мысли», 1975. – 452 с.
2. См: «Выпись из метрической книги, часть первая, о родившихся, за 1907 год».
3. Ссылка на <http://kze.docdat.com/docs/204/index-9797.html>.
4. Из личного архива В.Н. Сызгановой.
5. Ссылка на <http://idrp.ru/imeniny-aleksandra-lib734>.
6. Суходoev H.C. Начальное образование в городах Казанской губернии во второй половине XIX - начале XX вв. / автореф. дисс....к. ист. н . – Казань, 2002. – 18 с.
7. История Арского края: методическое пособие. / составители: Гарифуллина В.В., Ибрагимова Э.Р., Халимова З.Г. – Арск, 2011. – С.4.
8. Татаро-монголы и их история: учебное пособие. - С.25. // <http://www.tatar-mongol.ru>.
9. Паравина М.Н. Гимназическое образование в Казанской губернии во второй половине XIX - начале XX вв. / автореф. дисс....к. ист. н . – Казань, 2006. – 16 с.
10. История Казани в документах и материалах. XIX век. Книга 4: Образование: высшее, среднее, начальное / под ред. Загидуллина И.К. – Казань: Таткнигоиздат, 2012. – 784 с.
11. Рафикова Г. Первой Казанской мужской гимназии - 240 лет // Гасырлар авазы - Эхо веков. – 1998. – № 1/2. - 9 <http://archive.gov.tatarstan.ru>
12. Ссылка на <http://alumni.kaznmu.kz/wp-content/uploads/2012/06/>.
13. Ерегина Н.Т. Подготовка медицинских кадров в высшей школе России в 1917 - начале 1950-х гг. / автореф. дисс.... д. ист. н . - СПб, 2010. – 45с.
14. А.Н. Сызганов // Проблемы хирургии. - Алматы, 1984.
15. Ссылка на <http://vp-biblioteki.ru.html>; <http://enc.permculture.ru>.
16. Краткий справочник по космической биологии и медицине. - М., 1967.

II. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПЕРОРАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИОТОМИИ ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

УДК:616.329-089

Абдрашев Е.Б., Измагамбетова Ш.С., Абдиев Н.М., Алиев А.К.

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

ОБ АВТОРАХ

Ерлан Байтөреевич Абдрашев – заведующий отделением эндоскопии и функциональной диагностики ННЦХ им. А.Н. Сызганова
e-mail: erlan_abdrashev@mail.ru

Аннотация

Впервые метод пероральной эндоскопической миотомии при ахалазии кардии внедрил профессор Харухиро Иное в 2008 году. С тех пор сообщается о выполнении около 5000 операции ПОЭМ. Представляем первый клинический случай самостоятельного выполнения данной операции в условиях ННЦХ им. А.Н. Сызганова.

Ключевые слова:

Ахалазия кардии, пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ), внутривспенная оперативная эндоскопия, нижний пищеводный сфинктер.

Ахалазия кардиясының перорал эндоскопиялық миотомияның алғашқы тәжірибелі

Абдрашев Е.Б., Измагамбетова Ш.С., Абдиев Н.М., Алиев А.К.

А. Н. Сызганов атындағы ұлттық ғылыми хирургия орталығы, Алматы, Қазақстан

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Ерлан Байтөреұлы Әбдірашев – А.Н.Сызганов атындағы ҰФХО эндоскопия және функциялық диагностика бөлімшесіндегі менгерушіci
e-mail: erlan_abdrashev@mail.ru

Аңдатпа

2008 жылы Жапон профессоры Харухиро Иное алғаш рет ахалазия кардиясының перорал эндоскопиялық миотомия операциясын енгізді. Сол уақыттан бері дүниежүзінде 5000 астам ПОЭМ орындалды. Бұл операцияны А.Н. Сызганов атындағы ҰФХО мекемесінде орындалған алғаш клиникалық тәжірибелі ұсынамыз.

Түйін сөздер

Кардия ахалазиясы, перорал эндоскопиялық миотомия, күкішшілік эндоскопиялық хирургия, төменгі өңеш сфинктері.

First experience of peroral endoscopy myotomy of achalasia

Abdrashev Y. B., Izmagambetova Sh. S., Abdiyev N. M., Aliyev A.K.

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

ABOUT THE AUTHORS

Yerlan B. Abdrashev - head of the department of endoscopy and functional diagnostics NSCS n/a.
A.N. Syzganov
e-mail: erlan_abdrashev@mail.ru

Summary

The first peroral endoscopy myotomy in the treatment of achalasia was introduced by Japanese Professor Haruhiro Inoue in 2008. Since 2008, in the world about 5000 of POEM was done. We present the first case report of independent performance of POEM in terms of NSCS by A.N. Syzganov's.

Keywords:

Achalasia, peroral endoscopy myotomy (POEM), intraluminal endoscopy surgery, lower esophageal sphincter.

Актуальность

Ахалазия кардии (АК) - это хроническое нервно-мышечное заболевание пищевода, обусловленное отсутствием рефлекторного раскрытия кардии при глотании и сопровождающееся нарушением перистальтики и снижением тонуса грудного отдела пищевода.

В литературе данное заболевание обозначается также как кардиоспазм, френоспазм, хиатоспазм, идиопатическое (кардиотоническое) расширение пищевода, мегазофагус и др. Впервые заболевание было описано в 1672 году.

Согласно статистике, заболеванием страдает 1 человек из 100 тысяч. Наиболее часто ахалазия пищевода встречается в возрасте 40-50 лет. Ахалазия пищевода у детей – довольно редкое явление и составляет примерно 3,9% среди всех случаев заболеваний. Женщины, как правило, страдают данным заболеванием в несколько раз чаще мужчин.

Литературный обзор

Причины возникновения АК до конца не установлены. Считается, что АК возникает вследствие рассогласования нервных регуляторных механизмов, отвечающих за перистальтические движения пищевода и рефлекторное раскрытие его нижнего сфинктера при подходе к нему пищевого комка. АК возникает у пациентов любого возраста и развивается постепенно. Пациентов беспокоит срыгивание только что съеденной пищей без признаков ее переваривания. Появление загрудинной боли. Характер самый разнообразный: от разлитой боли в грудной клетке до точно указываемого больным места. АК проводится несколькими инструментальными методами. 1. Рентгеноскопия пищевода с использованием контрастного вещества (сульфат бария), который имеет типичные признаки данного заболевания: задержка контраста в пищеводе, расширение просвета пищевода, отсутствие нормальных перистальтических сокращений пищеводной трубы, сужение терминального отдела пищевода («пламя свечи»). Чувствительность метода составляет 58-95%, а специфичность до 95%. 2. При эзофагоскопии – выявляются следующие признаки: ослабление перистальтики и расширение пищевода, чаще всего наличие непереваренных пищевых масс в просвете. Чувствительность данной процедуры составляет 29-70%, специфичность - 95%. 3. Эзофагеальная манометрия (пищеводная манометрия) дает возможность диагностировать отсутствие или неполной релаксации нижний пищеводный сфинктер (НПС) в момент глотания, повышенное давление в области НПС, повышенное внутрипищеводное давление в

промежутках между глотаниями, различные нарушения перистальтики грудного отдела пищевода (от акинезии до эпизодов спастических сокращений). Чувствительность метода составляет 80-95%, специфичность - 95%. Для стадирования АК используется Чикагская классификация основанная на манометрии.

При I типе ахалазии кардии (классическая ахалазия) в 100% влажных глотков отсутствует любая перистальтика грудного отдела пищевода. При II типе отсутствует нормальная перистальтическая волна сокращения, однако наблюдается равномерное спастическое сокращение умеренной интенсивности по всей длине пищевода от верхнего до нижнего пищеводного сфинктера (*panesophageal pressurization*) более чем в 20% влажных глотков. III тип характеризуется отсутствием нормальной перистальтической волны, наличием отдельных эпизодов перистальтики в дистальном отделе пищевода или преждевременными спастическими сокращениями (дистальный эзофагоспазм), зарегистрированными более чем в 20% влажных глотков.

На сегодняшний день известны несколько методов лечения АК. К консервативному методу лечения относятся: применение лекарственных средств, способствующие релаксации нижнего пищеводного сфинктера. Эндоскопические инъекции ботулинического токсина - метод интрамурального введения в НПС ботулотоксина или склерозантов (1% раствор тетра децилсульфата натрия, 5% раствор этаноламина олеата, 5% раствор морруата натрия, 1% раствор этоксисклерола) с помощью эндоскопической иглы. Ботулотоксин вводят в дозе 50-100 ЕД непосредственно в область НПС. Необходимы повторные процедуры введения препарата. Стоит отметить, что только 30% пациентов после данной процедуры не испытывают дисфагии (подобное лечение показаны больным, которым невозможно проведение кардиодилатации и кариомиотомии). Метод баллонной дилатации – это проведение кардиодилатации с помощью баллонного дилататора под эндоскопическим контролем, раздувание баллона до 1,5 атм (1,5 см) с экспозицией до 5 минут. Данный метод противопоказан в следующих ситуациях:

- некорrigируемое нарушение свертываемости крови;
- сопутствующее варикозное расширение вен пищевода или структура пищевода;
- неэффективность трехкратного проведения процедуры;
- наличие в анамнезе перфорации пищевода после кардиодилатации;
- наличие сопутствующих заболеваний, которые существенно повышают риск хирургиче-

ского лечения (риск перфорации пищевода при кардиодилатации). Вероятность перфорации пищевода при пневмокардиодилатации составляет около 3%. Однако эти методы эффективны и дают стойкий функциональный результат при первой степени тяжести АК. В более выраженных стадиях приносят лишь временное облегчение. К хирургическому методу относится операция Геллера с фундопликацией по Ниссену и эзофагофундографией, суть которой заключается в лапароскопическом рассечении циркулярного слоя мышц абдоминального отдела пищевода и кардиального отдела желудка. Существенным недостатком данной операции является ограниченность лапароскопического доступа, что дает возможность провести миотомию (рассечение мышц) лишь на уровне абдоминального отдела пищевода и кардиального сфинктера без рассечения циркулярных мышц н/з пищевода, что в свою очередь в послеоперационном периоде может привести к рецидиву дисфагии, которая по данным различных авторов составляет в 7–50% случаев. На сегодняшний день получил мировое признание эндоскопический метод лечения АК – пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ). Данное вмешательство на пищеводно-желудочном переходе у человека впервые выполнено 8 сентября 2008г. профессором Харухиро Иноуэ из Центра болезней пищеварения при Северной больнице университета Шова г. Йокогама, Япония. Клинические исследования этого метода показали высокую эффективность в сочетании с низкой вероятностью развития тяжелых осложнений. Операция проводится с минимальной инвазией, что обеспечивает быстрое восстановление в послеоперационный период. Методика заключается в эндоскопическом формировании канала в подслизистом слое пищевода и рассечением внутреннего циркулярного мышечного слоя пищевода и мышц кардиального отдела желудка в зоне повышенного тонуса.

Материалы и методы

Для проведения данного оперативного лечения нами было использовано:

1. Видеоэндоскопическая стойка с гастроскопом (Olympus GIF Q150).
 2. CO₂ инсуфлятор (MEDIVATORS ENDO Stratus).
 3. Электро-хирургический блок для эндоскопических операций (Olympus EUS 40).
 4. Эндоскопический нож Triangular tip knife (Olympus KD-640L).
 5. Эндоскопические иглы (Olympus).
 6. Щипцы для коагуляции типа Coagrasper (Olympus).
 7. Устройство для клипирования с набором клипсов (Olympus).
 8. Дистальные эндоскопические колпачки (Olympus).
- Пациентка Ч., 25 лет, в течении последних 3-х лет предъявляла жалобы на дисфагию, загрудинные боли, отмечала регургитацию съеденной пищи через несколько часов после приема пищи, потеря массы тела до 20 кг. При рентгеноскопии пищевода с контрастом отмечалось расширение просвета пищевода и затруднение прохождения барииевой взвеси через НПС, в виде симптома «мышиного хвоста», в желудке отсутствовал газовый пузырь.
- При ЭГДС – имелось расширение просвета пищевода вдвое, с содержанием пищевых масс, слизистая пищевода покрыта тонким фибринозным налетом, кардиальный жом резко спазмирован, гастроскоп проходит с усилием. Эзофагиальная манометрия не проводилась ввиду отсутствия необходимого оборудования. На основании данных рентгеноскопии с контрастированием и ЭГДС, пациентке был выставлен диагноз: Ахалазия кардии II-III степени.
- Несколько раз производилась баллонная дилатация, которая не дала положительного эффекта. После предоперационного обследования и подготовки, проведена ПОЭМ в условиях общей анестезии. Оперативное вмешательство проводилось с инсуфляцией CO₂, так как углекислый газ быстрее всасывается тканями и легче переносится, чем пневмoperitoneum, особенно, если произойдет такое грозное осложнение, как перфорация стенки пищевода. На первом этапе

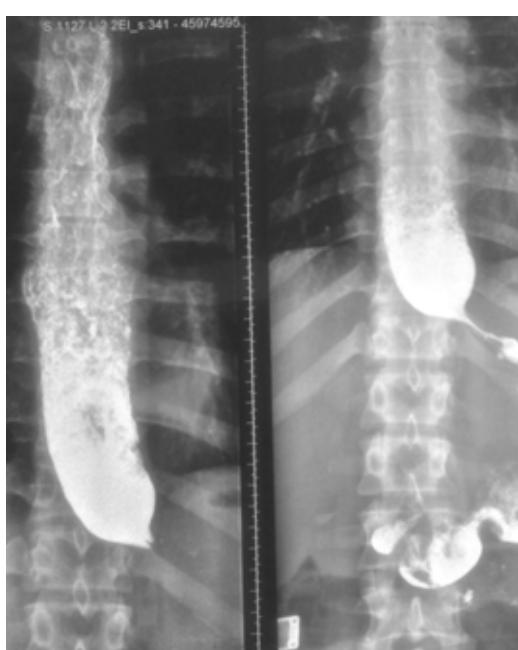
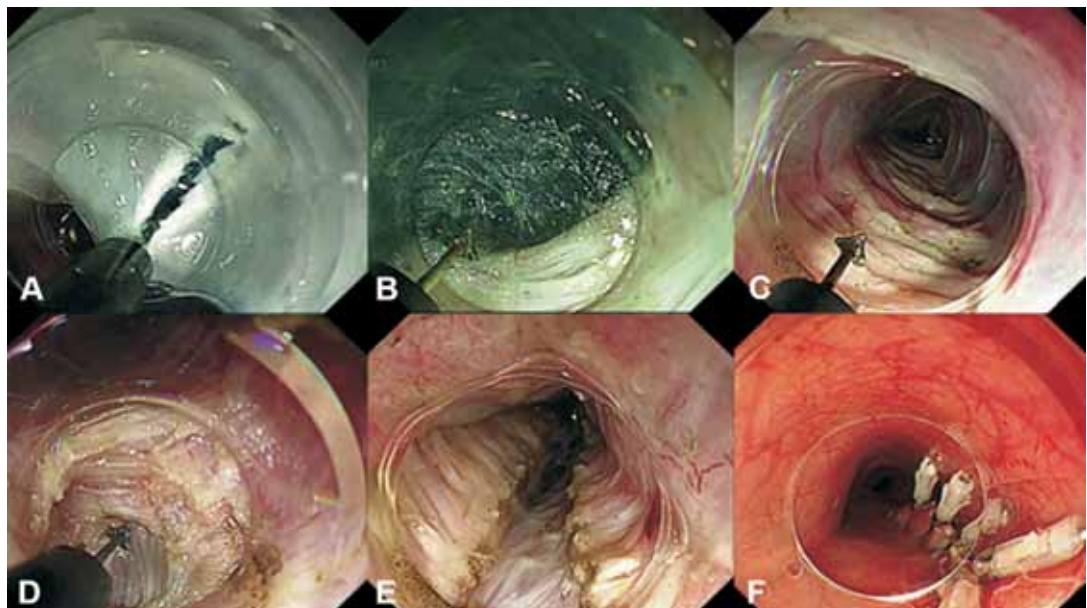


Рис. 1.

Рентгеноскопия с барием до операции

Рис. 2.

Этапы ПОЭМ:
 А – Разрез слизистой.
 В – подслизистая диссекция с созданием туннеля.
 С – сформированный туннель между слизистой и мышечной оболочкой.
 D, E – миотомия.
 F – закрытие слизистой входа в туннель (рисунок взят с журнала GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY Volume 83, No. 6 : 2016).



операции, на расстоянии 25 см от резцов был рассечен слой слизистой оболочки длиной около 2,0 см для входа в подслизистое пространство, затем был сформирован туннель между слизистой оболочкой и мышечным слоем пищевода. Далее начиная с 30 см от передних резцов была произведена миотомия циркулярного слоя мышц до уровня 1,5-2 см ниже пищеводно-желудочного перехода. Во время рассечения мышц кардии произошла перфорация слизистой оболочки субкардиального отдела желудка, которая была герметично клипирована эндоскопическими

клипсами. Общая длина миотомии составила 12 см. Заключительный этап операции заключался в герметичном клипировании разреза слизистой оболочки пищевода длиной 2,0 см.

Результаты и обсуждения

Продолжительность операции составила около 210 минут. Во время операции возникли осложнения в виде подкожной эмфиземы и карбоксиперитонеума, которые самостоятельно разрешились на 4-е сутки.

На 5-е сутки после оперативного лечения проведено рентгеноскопическое исследование пищевода с контрастированием, при котором отсутствовала задержка контраста в кардиальном сегменте пищевода, что доказало успешность проведенной лечебной эндоскопической миотомии.

На 5-е сутки пациентка начала принимать жидкую пищу, при этом вышеуказанных жалоб не наблюдалось.

Выписана на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение. Эндоскопический контроль рекомендован через 1 месяц.

Заключение

Основным преимуществом ПОЭМ является его высокая эффективность в сочетании с малоинвазивностью и безопасностью, которых недостаточно при консервативном и хирургическом методах лечения. Данный вариант миотомии можно выполнять на большем протяжении пищевода, которое ограничено при хирургическом методе лечения, что свидетельствует о его высокой эффективности. ПОЭМ продемонстрировал

Рис.3.
Контрольная рентгено-
скопия с барием.



практический 100 %-ю безопасность для пациента не только с точки зрения риска инфицирования и перфорации пищевода, но и с точки зрения нарушения гемодинамики, респираторных и метаболических расстройств. Согласно мировой статистике, всего в мире проведено около 5000 подобных вмешательств, во время которых ни одна из операций не привела к развитию серьезных осложнений, таких как медиастинит или перитонит. Безусловно, такие вмешательства

должны выполняться в специализированных клиниках командой высокопрофессиональных эндоскопистов, владеющих методикой выполнения ПОЭМ и с соответствующим оборудованием. Таким образом, внутривидное эндоскопическое лечение АК является высокоэффективным и безопасным, а также экономически выгодным за счет снижения койко-дней, уменьшения лекарственных затрат и быстрого восстановления трудоспособности пациентов.

Литература

1. Inoue H, Minami H, Kobayashi Y, et al. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia. *Endoscopy* 2010;42:265-71.
2. Inoue H, Sato H, Ikeda H, et al. Per-oral endoscopic myotomy: a series of 500 patients. *J Am Coll Surg* 2015;221:256-64.
3. Li QL, Zhou PH. Perspective on peroral endoscopic myotomy for achalasia: Zhongshan experience. *Gut Liver* 2015;9:152-8.
4. Ramchandani M, Reddy DN, Darisetty S, et al. Peroral endoscopic myotomy for achalasia cardia: treatment analysis and follow up of over 200 consecutive patients at a single center. *Dig Endosc. Epub* 2015 May 27.
5. Stavropoulos SN, Modayil RJ, Friedel D, et al. The International Per Oral Endoscopic Myotomy Survey (IPOEMS): a snapshot of the global POEM experience. *Surg Endosc* 2013;27:3322-38.
6. Kumbhari V, Khashab MA. Peroral endoscopic myotomy. *World J Gastrointest Endosc* 2015;7:496-509.
7. Eckardt VF. Clinical presentations and complications of achalasia. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2001;11:281-92, vi.
8. Khashab MA, Kumbhari V, Kalloo AN, et al. Peroral endoscopic myotomy: a 4-step approach to a challenging procedure. *Gastrointest Endoscopy* 2014;79:997-8.
9. Bechara R, Ikeda H, Inoue H. Peroral endoscopic myotomy: an evolving treatment for achalasia. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2015;12:410-26.
10. Li QL, Chen WF, Zhou PH, et al. Peroral endoscopic myotomy for the treatment of achalasia: a clinical comparative study of endoscopic full-thickness and circular muscle myotomy. *J Am Coll Surgery* 2013;217:442-51.
11. Stavropoulos SN, Modayil R, Friedel D. Per oral endoscopic myotomy for the treatment of achalasia. *Curr Opin Gastroenterol* 2015;31:430-40.

References

1. Inoue H, Minami H, Kobayashi Y, et al. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia. *Endoscopy* 2010;42:265-71.
2. Inoue H, Sato H, Ikeda H, et al. Per-oral endoscopic myotomy: a series of 500 patients. *J Am Coll Surg* 2015;221:256-64.
3. Li QL, Zhou PH. Perspective on peroral endoscopic myotomy for achalasia: Zhongshan experience. *Gut Liver* 2015;9:152-8.
4. Ramchandani M, Reddy DN, Darisetty S, et al. Peroral endoscopic myotomy for achalasia cardia: treatment analysis and follow up of over 200 consecutive patients at a single center. *Dig Endosc. Epub* 2015 May 27.
5. Stavropoulos SN, Modayil RJ, Friedel D, et al. The International Per Oral Endoscopic Myotomy Survey (IPOEMS): a snapshot of the global POEM experience. *Surg Endosc* 2013;27:3322-38.
6. Kumbhari V, Khashab MA. Peroral endoscopic myotomy. *World J Gastrointest Endosc* 2015;7:496-509.
7. Eckardt VF. Clinical presentations and complications of achalasia. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2001;11:281-92, vi.
8. Khashab MA, Kumbhari V, Kalloo AN, et al. Peroral endoscopic myotomy: a 4-step approach to a challenging procedure. *Gastrointest Endoscopy* 2014;79:997-8.
9. Bechara R, Ikeda H, Inoue H. Peroral endoscopic myotomy: an evolving treatment for achalasia. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2015;12:410-26.
10. Li QL, Chen WF, Zhou PH, et al. Peroral endoscopic myotomy for the treatment of achalasia: a clinical comparative study of endoscopic full-thickness and circular muscle myotomy. *J Am Coll Surgery* 2013;217:442-51.
11. Stavropoulos SN, Modayil R, Friedel D. Per oral endoscopic myotomy for the treatment of achalasia. *Curr Opin Gastroenterol* 2015;31:430-40.

II. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

УДК 617.735 – 616 – 092.9

ВЛИЯНИЕ ИНТРАВИРЕАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ХИТОЗАНОВОЙ ПЛЁНКИ, НАСЫЩЕННОЙ 5-ФТОРУРАЦИЛОМ, НА АКТИВНОСТЬ АНГИОГЕНЕЗА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ВИТРЕОРЕТИНОПАТИИ

ОБ АВТОРАХ

Енин Е.А.¹ –

зав. лабораторией патоморфологии с прозектурой, цитологией и группой электронной микроскопии

e-mail:enin66@mail.ru

Байырханова А.О.² –

докторант PhD

Адильгиреева Л.Х.¹ –

к.м.н., с.н.с., врач патологогнатом

Семенова Ю.М.² –

к.м.н., завуч кафедры

офтальмология, доцент кафедры

Общая хирургия

Енин Е.А., Байырханова А.О., Адильгиреева Л.Х., Семенова Ю.М.

¹Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г. Алматы

²Государственный Медицинский Университет г. Семей

Аннотация

Цель. Оценить влияние хитозановой пленки, насыщенной 5-фторурацилом на активность ангиогенеза в условиях экспериментальной пролиферативной витреоретинопатии.

Материалы и методы: Исследование было проведено на десяти взрослых кроликах (20 глаз), породы «шиншилла» весом 2,5 – 4,0 кг. С целью формирования экспериментальной ПВР использовалась аутогема (0,4 мл). Глаза животных были разделены на 4 группы: I и II основные - 10 правых глаз (5 глаз - имплантация ХП насыщенной 5-фторурацилом (5-ФУ) и 5 глаз - ХП без 5-ФУ), I и II контрольные - 10 левых глаз (без имплантации пленки). На 31-е сутки после операции глазные яблоки кроликов энуклеировали и подвергали морфофункциональному анализу.

Результаты: Методом микроскопии определено количество иммунопозитивных клеток на 100 исследуемых клеток: в 1 основной группе 24 активные клетки; во 2 основной – 17; в I и 2 контрольных – 5 и 4 соответственно. В полуточных препаратах 1 основной группы отмечаются участки сосудов, эндотелиальные клетки набухшие, ядра их гиперхромные, с большим количеством нежнодисперсного хроматина, расположенного циркулярно по внутренней оболочке ядра. В некоторых полях зрения видны спавшиеся сосуды, просветы с начальными явлениями облитерации. Во 2 основной группе количество сосудистого компонента по сравнению с 1 основной группой уменьшено примерно на 15-20%. В контрольных группах отмечается разрастание грубоволокнистой соединительной ткани. Эндотелиальные клетки сосудов уплощенные, ядра содержат небольшое количество мелкогранулярного хроматина, расположенного диффузно.

Заключение. Таким образом, на основании данных морфофункционального исследования, а именно определения индекса пролиферативной активности эндотелиальных клеток в сочетании с анализом полуточных срезов, доказано, что эндотелиальная пролиферация выше в 1 основной группе, менее выражена во 2 основной группе и низкая в контрольных группах.

Тәжірибелік пролиферативті витреоретинопатия жағдайында 5-фторурацилмен байтылған хитозан қабықшасын интровитреальды енгізуудің ангиогенез белсенділігіне әсері

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Енин Е.А.¹ –

Прозектур, цитология және электрондық микроскоп тобымен патоморфологиялық зертхана менгерушісі

e-mail:enin66@mail.ru

Байырханова А.О.² –

докторант PhD

Адильгиреева Л.Х.¹ –

Медицинағылымдардың кандидаты, патологогнатом, дәрігері Семёнова Ю.М.² –

Медицинағылымдардың кандидаты, Офтальмология кафедрасы оку ісінің менгерушісі, Жалпы хирургия кафедрасының доценті

Енин Е.А., Байырханова А.О., Адильгиреева Л.Х., Семенова Ю.М.

¹А.Н.Сызганов атындағы хирургия үлгіттің ғылыми орталығы, Алматы қ.

²Мемлекеттік Медициналық университет, Семей қ.

Аннадта

Мақсаты. Тәжірибелік пролиферативті витреоретинопатия жағдайында 5-фторурацилмен байтылған хитозан қабықшасын интровитреальды енгізуудің ангиогенез белсенділігіне әсерін бағалау.

Материалдар мен әдістер: Зерттеу он үлкен, салмағы 2,5 - 4,0 кг құрайтын «шиншилла» тұқымының қояндарына (20 көз) жүргізілді. Тәжірибелік ПВР алу шүйін аутогема (0,4 мл) қолданылды. Жануарлардың көздері 4 топқа бөлінді: I және II негізгі - 10 оң көз (5 көз – 5-фторурацилмен(5-ФУ) байтылған ХК имплантацияланған және 5-ФУ-сіз ХК имплантацияланған, I және II бақылау топтары - 10 сол көз (қабықша имплантациясыныз). Операциядан кейінгі 31-тәуілкіт қояндардың көз алмаларын энуклеация жасап, морфофункционалдық талдау жүргіздік.

Нәтижелері: Микроскопия әдісімен 100 талдауға алынған жасушалар ішінен иммунопозитивті жасушалар анықталды: 1-негізгі топта 24 белсенді жасуша; 2-негізгі топта – 17; 1 және 2 бақылау топтарында – 5 және 4 сәйкесінше. 1-негізгі топтың жартылай жілішке препараттарында эндотелиальды жасушалар ісінген, ядролары гиперхромды, ядроның ішкі қабықшасы бойымен айнала орнасқан кеп мөлшердегі жұмсақдисперсті хроматині бар тамырылар аймактар байқалады. Кейір көру аймалында санылаулары бастапқы облитерация белгілерімен бос қан тамырылар байқалады. 2-негізгі топта 1-негізгі топпен салыстырында тамырыңың компонент шамамен 15-20%-ға азайған. Бақылау топтарында қатылыштықты дәнекер тінінің өсіу байкалады. Тамырлардың эндотелиальды жасушалары тығызыдалған, ядроларында диффузды орналасқан аздаған майдагрануляры хроматині бар.

Қорытынды. Сонымен, морфофункционалдық зерттеулер нәтижесіне қарап, дәлірек айтқанда, эндотелиальды жасушалардың пролиферативті активтілік индексі мен жартылай жілішке кесінділердің талдауын қоса алғанда эндотелиальды пролиферация 1-негізгі топта жоғары, ал 2-негізгі топта аса жоғары емес және бақылау топтарында төмен екені дәлелденді.

Түйін сөздер
пролиферативті витреоретинопатия, ангиогенез, хитозан, 5-фторурацил.

Influence of intravitreal introduction of chitosan film, saturated with 5-fluorouracil, on activity of angiogenesis in the conditions of experimental proliferative vitreoretinopathy

Enin E.A., Baiyrkhanova A.O., Adilgireeva L.X., Semenova Y.M.

¹JSC National scientific center of surgery of A.N. Syzganov, Almaty

²Semey State Medical University, MHSD KR

Abstract

Purpose. To estimate the influence of chitosan film saturated with 5-fluorouracil on activity of angiogenesis in conditions of an experimental proliferative vitreoretinopathy.

Materials and methods. Research has been conducted on ten adult rabbits (20 eyes), breeds "chinchilla" weighing 2,5 - 4,0 kg. For the purpose of formation of experimental PVR has been used an autogema (0,4 ml). The eyes of an animals have been divided into 4 groups: I and II main - 10 right eyes (5 eyes - implantation of ChF saturated with 5-fluorouracil (5-FU) and 5 eyes - ChF without 5-FU), I and II control - 10 left eyes (without implantation of a film). At 31st day after operation the eyeballs of rabbits were enucleated and subjected to the morfofunktional analysis.

Results: By the method of microscopy was determined the quantity of immunopositive cells on 100 studied cells: in 1 main group 24 active cells; in 2 main - 17; in 1 and 2 control - 5 and 4 respectively. In semi-thin preparations of the 1 main group there was noted a sites of vessels, endothelial cells was swollen, their nuclear was hyperchromic, with a large amount of gentlydispersed chromatin located circularly on internal cover of a nuclear. In some fields of vision the collapsed blood vessels, gleams with the initial phenomena of an obliteration are visible. In the 2nd main group the quantity of a vascular component in comparison with 1 main group is reduced approximately at 15-20%. In control groups growth of coarse-fibered connective tissue is noted. The endothelial cells of vessels are flattened, the nuclears contain a small amount of smallgranular chromatin located diffuse.

Conclusion. Thus, on the basis of data of morfofunktional research, it is proved that the endothelial proliferation is higher in 1 main group, is less expressed in the 2nd main group and low in control groups.

ABOUT THE AUTHORS

Enin E.A.¹ –
Laboratory chef of a patomorfology
with prozekture, cytology
and group of electronic microscopy
e-mail:enin66@mail.ru

Baiyrkhanova A.O.² –
PhD candidate
Adilgireeva L.X.¹ –
candidate of medical science,
doctor pathologist
Semenova Y.M.² –
candidate of medical science,
director of studies of department
ophthalmology, associate professor of
General surgery chair

Keywords

proliferative vitreoretinopathy,
angiogenesis, chitosan,
5-fluorouracil.

Введение

ПВР рассматривают как типовой патологический процесс внутри глаза, характеризующийся местным рубцеванием, как средством ликвидации альтерации тканей, протекающий при таких заболеваниях, как отслойка сетчатки, гемофтальм, травма, диабет [1].

Среди инвалидности по зрению ПВР составляет 2-9%, причем 84-89% страдающих этим заболеванием – лица трудоспособного возраста, что обуславливает её социальную значимость [2].

Хирургическое вмешательство является единственным радикальным методом лечения ПВР, и осуществляется как правило в несколько этапов [3]. При отсутствие лечения слепота наступает в 100% случаев [4]. Одной из основных причин неудачного хирургического лечения отслоек сетчатки является прогрессирование ПВР в послеоперационном периоде и наблюдается в 2,2-29,4% случаев [5,6,7,8]. Рецидивы отслойки сетчатки по причине прогрессирования ПВР составляют от 2,2 до 20,0% [6,7,9,10,11].

На современном этапе лечения ПВР, начались новые тенденции применения антипролиферативных агентов на различных носителях-имплантатах, используемых во время интравитреальных вмешательств. Широкое применение получили препараты, действие которых направлено на ингибицию формирования рубцовой ткани. В частности: цитостатики. Известным представителем данной группы препаратов является 5-фторурацил (5-ФУ) [12].

В последние годы возрастает интерес специалистов к препаратам на основе хитина и хитозана, который полностью разрушается и усваивается организмом, обладает противовоспалительным действием, улучшает процессы регенерации клеток и тканей [13-15].

Имплантаты на основе хитина и хитозана обладают биосовместимостью, гипоаллергенностью, являются нетоксичными и биодеградируемыми продуктами, существенно увеличивают восстанавливающие свойства раневого микрокружения, полностью восстанавливают микрососуды тканей в области дефекта, блокируют процессы дезорганизации и гиперпродукции коллагеновых волокон, способствуют формированию функциональной сосудистой системы [13, 14].

Неоваскуляризация является неотъемлемой частью процесса пролиферации и играет важную роль в механизмах заживления раны. Также важное значение имеет последующая редукция новообразованных сосудов. В нашем исследовании мы сравнивали выраженность ангиогенеза в предлежащих тканях после интравитреальной имплантации хитозановой пленки с 5-фторурацилом и без него.

Определение Ki-67 является высокоинформативным способом определения индекса пролиферативной активности вследствие экспрессии протеина Ki-67, так как последний выявляется только в пролиферативной фазе клеточного цикла (G1).

Цель

Сравнить в эксперименте наблюдаемые группы по индексу пролиферативной активности эндотелиальных клеток.

Материалы и методы

Исследование было проведено на десяти взрослых кроликах (20 глаз), породы «шиншилла» весом 2,5 – 4,0 кг. С целью формирования экспериментальной ПВР использовалась аутогема (0,4 мл) [16]. Глаза животных были разделены на четыре группы (таблица1).

Операция «Частичная витрэктомия. Интравитреальное введение аутогемы и ХП с 5-ФУ и без» производилась на базе отдела моделирования и экспериментальной терапии и вивария ЦНИЛ КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова. Аналгетический и спазмолитический эффекты достигались путем внутримышечной инъекции 0,1-0,4 мл ветеринарного препарата Ксилавет, 3-кратной инстилляции инокaina.

Методика интравитреального введения полимерного имплантата в эксперименте: после наложения векорасширителя производилась отсепаровка конъюнктивы в 5 мм от лимба. Склеротомия длиной 1,0 мм в проекции плоской части цилиарного тела на 1 ч. копьем 19G. После частичной передней витрэктомии выполнялась имплантация ХП, размером 1 x 8 мм, насыщенной 5-ФУ в заданной дозировке (0,1мл), в стекловидное тело при помощи пинцета. Из ушной вены животного при помощи инъекционной иглы и 2 мл шприца набиралась кровь в объеме 0,4 мл и вводилась интравитреально через склеротому. На склеру и конъюнктиву накладывался узловой шов (10,0). В конъюнктивальную полость инстилировали антибиотик.

На 31 сутки после операции всем кроликам была проведена эвтаназия в соответствии с «Конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей», принятой Советом Европы «Страсбург, Франция, 1986 г.) и Директивой Со-

вета 86/609 EEC от 24.11.1986 г. «По согласованию законов, правил и административных распоряжений стран-участниц в отношении защиты животных, используемых в экспериментальных и научных целях». Глазные яблоки всех кроликов были энуклеированы и подвергнуты морфофункциональному исследованию с изготовлением гистологических препаратов на базе АО национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г. Алматы.

Энуклеированные глазные яблоки фиксировали в 10 % растворе нейтрального формалина, промывали проточной водой, вырезали, производя маркировку анатомических структур. Продвигали в аппарате с закрытым контуром Excelsior ES Thermo Scientific, заливали парафин. Выполняли серии гистологических срезов 4 – 5 микрон на ротационном микротоме Sakura Accu-Cut SRM с последующей их окраской в аппарате Gemini AS Thermo Scientific гематоксилином и эозином. Параллельно брались кусочки для полутонких срезов с последующей фиксацией в 2,5% растворе глютаральдегида с постфиксацией в 1,0% растворе четырехокиси осмия, с заключением в эпоксидную смолу эпон. Окраска Азур II, основной фуксин, метиленовый синий. Иммуногистохимическое исследование, определение индекса пролиферации Ki 67 производили на аппарате Bench Mark Ultra, Ventana. При выборе антител для иммуногистохимического исследования руководствовались тем, что пролиферативная активность является одним из ведущих факторов пролиферативно-регенераторного процесса. Использовали моноклональные антитела к протеину Ki-67 (Ventana). Система визуализации Ventana. Препараты изучали под микроскопом фирмы Leica DM4000, с последующим фотографированием камерой Leica DFC320. Определяли количество иммунопозитивных клеток в 10 РПЗx400.

Исследование было одобрено этическим комитетом Государственного Медицинского Университета г. Семей.

Таблица 1.
Распределение глаз по группам

Вид операции	Группа	Количество глаз	Сроки энуклеации
OD – Частичная витрэктомия. Интравитреальное введение 0,4 мл аутогемы, ХП с 0,1 мл 5-ФУ.	I Основная	5 глаз	31 сутки
OS – Частичная витрэктомия. Интравитреальное введение 0,4 мл аутогемы.	I Контрольная	5 глаз	31 сутки
OD – Частичная витрэктомия. Интравитреальное введение 0,4 мл аутогемы, ХП	II Основная	5 глаз	31 сутки
OS – Частичная витрэктомия. Интравитреальное введение 0,4 мл аутогемы.	II Контрольная	5 глаз	31 сутки

Группа наблюдения	Количество активных клеток в 10 РПЗ X 400	
	N	%
1 основная	24	24
1 контрольная	11	11
2 основная	22	22
2 контрольная	10	10

Примечание: *различия между группами были статистически значимы ($p \leq 0,05$)

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета программы SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) версия 20.0 для Windows (лицензия ГМУ г. Семей). Для проверки гипотезы о связи двух количественных признаков использовался критерий Хи квадрат по Пирсону. Статистически высоко значимыми считали различия при $p \leq 0,01$, значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты

Полуколичественный анализ по определению числа иммунопозитивных клеток на 10 РПЗx400 показал преобладание активных клеток в 1 основной группе, меньшее количество - во 2 основной группе, в 1 и 2 контрольных группах количество активных клеток составило 11 и 10 соответственно (таблица 2). При исследовании контрольных групп в некоторых полях зрения пролиферативная активность эндотелиальных клеток отсутствует.

Из таблицы видно, что разница между 1 и 2 основными группами по количеству активных клеток статистически не значима, уровень значимости $p > 0,05$. При сравнении основных и контрольных групп различия статистически значимы, $p < 0,05$.

В исследуемых полутонких препаратах 1 основной группы в предлежащих к участку введения аутогемы и имплантата тканях отмечались участки сосудов капиллярного и синусоидного типа, расположенные компактно в соединительнотканной строме. Просветы большинства сосудов несколько расширены, эндотелиальные клетки набухшие, вдаются в просвет сосудов, ядра их гиперхромные, с большим количеством нежнодисперсного хроматина, расположенного циркулярно по внутренней оболочке ядра. При иммуногистохимической реакции к белку Ki-67 отмечается выраженная ядерная экспрессия в части эндотелиальных клеток сосудов преимущественно капиллярного типа (Фото 1). В некоторых полях зрения видны спавшиеся сосуды, просветы с начальными явлениями облитерации, в которых определяются единичные, прерывисто расположенные местами пролиферирующие эндотелиальные клетки (фото 2).

Во 2 основной группе количество сосудистого компонента в области введения аутогемы

и имплантата по сравнению с первой группой уменьшено примерно на 7-10%. Просветы отдельных сосудов расширены, эндотелиальные клетки четко расположены на базальной мембране, умеренно вдаются в просвет, ядра гиперхромные, хроматин мелкозернистый, расположен по внутренней поверхности ядерной оболочки (фото 3). В некоторых полях видны сосуды со спавшимися просветами, где отмеча-

Таблица 2.
Сравнение групп по индексу пролиферативной активности эндотелиальных клеток (Ki 67)

Фото 1.
Ядерная экспрессия протеина Ki-67 в эндотелии вновь образованных сосудов. ИГХ Ki-67 УвХ400

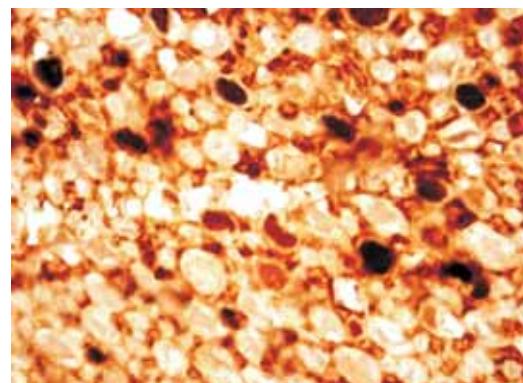


Фото 2.
Полутонкий срез - пролиферация эндотелиальных клеток в отдельных сосудах капиллярного типа, с фокусами начальной облитерации. Окраска Азур II, основной фуксин, метиленовый синий. УвХ1000.

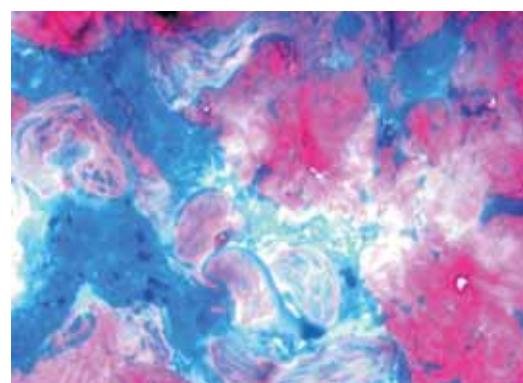


Фото 3.
Просвет капилляра выстлан эндотелиальными клетками с гиперхромными ядрами в которых виден нежно дисперсный хроматин. Полутонкий срез Окраска Азур II, основной фуксин, метиленовый синий. УвХ1000.

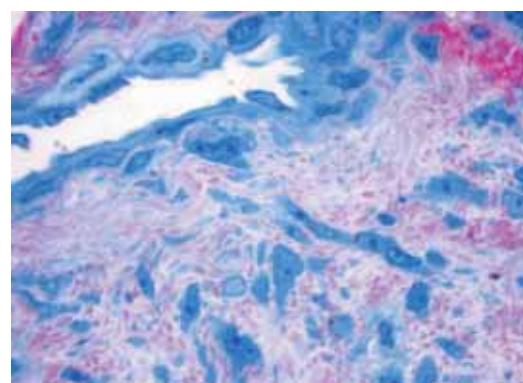


Фото 4.

Ядерная экспрессия протеина Ki-67 в эндотелии вновь образованных сосудах. ИГХ Ki-67 УвХ400

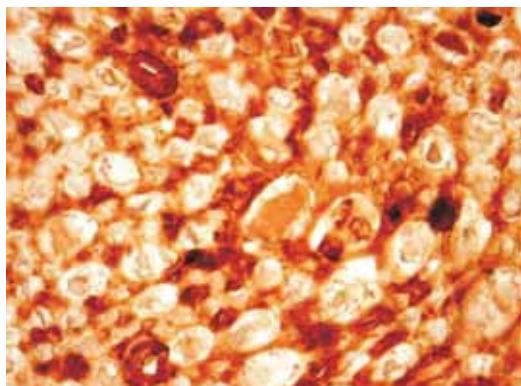


Фото 5.

Между соединительноканальных волокон виден полнокровный сосуд с уплощенным эндотелием. Окраска Г и Э. Ув Х 200.

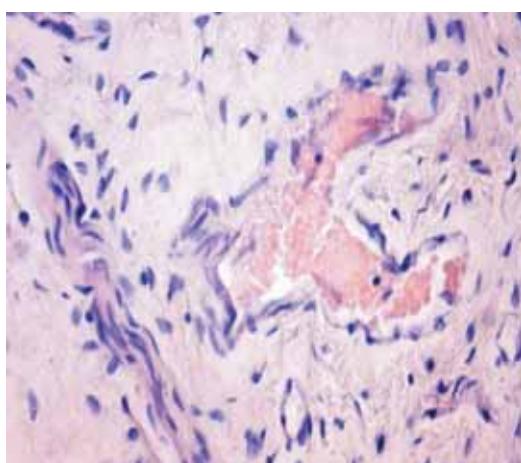
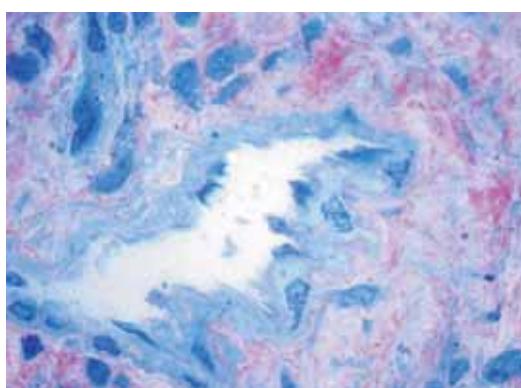


Фото 6.

Эндотелиальные клетки уплощены, ядра содержат не большое количество мелкогранулярного хроматина расположенного диффузно. Полутонкий срез Окраска Азур II, основной фуксин, метиленовый синий. Ув Х 1000.



ются единичные эндотелиальные клетки с признаками гиперхромии. При ИГХ реакции к белку Ki-67 выявляется умеренная ядерная реакция в части эндотелиальных клеток вновь образованных сосудов (фото 4).

В контрольных группах отмечается разрастание грубоволокнистой соединительной ткани, между которой видны небольшие скопления сосудов преимущественно капиллярного типа, с расширенными просветами, полнокровные (фото 5). Эндотелиальные клетки уплощенные, ядра содержат небольшое количество мелкогранулярного хроматина, расположенного диффузно (фото 6). При ИГХ исследовании на Ki-67 доля иммуноположительных клеток невелика, экспрессируются отдельные эндотелиальные клетки и то не во всех полях зрения.

Выводы

Таким образом, на основании данных комплексного морфофункционального исследования, активность эндотелиальных клеток при интравитреальном введении хитозановой пленки, насыщенной 5-фторурацилом, в условиях экспериментальной витреоретинопатии на 31 сутки после операции в 1 основной группе расценивается как умеренная, с участками редукции сосудов и небольшим количеством волокон рыхлой соединительной ткани. Во 2 основной группе с применением только хитозановой пленки активность эндотелиальных клеток умеренной степени выраженности, количественное различие с 1 основной группой несущественное. В контрольных группах пролиферативная активность эндотелиальных клеток низкой степени выраженной, в некоторых РПЗ отсутствует.

Сопоставляя данные исследования следует отметить, что применение хитозановой пленки, насыщенной 5-фторурацилом повышает пролиферативную активность эндотелиальных клеток.

Литература

1. Сосновский С.В., Бойко Э.В., Харитонова Н.Н. Обоснование и разработка системы количественной оценки тяжести пролиферативной витреоретинопатии. Офтальмохирургия. 2009. - №4. – С. 25.
2. Kochmala O.B., Zapuskalov I.V., Kriwocheina O.I., Dashko I.A. Хирургия отслойки сетчатки: современное состояние проблемы. Вестн. офтальмол. 2010. - №6. – С. 46-49.
3. Захаров В.Д. Витреоретинальная хирургия. Москва : Медицина, 2003. - 180 с.
4. Захаров В.Д., Шарипова Д.Н., Шацких А.В. Возможности лечения пролиферативной витреоретинопатии в свете современных аспектов ее этиологии и патогенеза. Офтальмохирургия. 2006. - №2. – С. 59-65.
5. Afrashi F., Erakgun T., Akkin C. et al. Conventional buckling surgery or primary vitrectomy with silicone oil tamponade in rhegmatogenous retinal detachment with multiple breaks. Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. 2004. – Vol. 242, №4. – P. 295-300.
6. Goezinne F., La Heij E.C., Berendschot T.T. et al. Incidence of redetachment 6 months after scleral buckling surgery. Acta Ophthalmol. 2010. – Vol. 88, №2. – P. 199-206.
7. Salicone A., Smiddy W.E., Venkatraman A., Feuer W. Management of retinal detachment when no break is found. Ophthalmology. 2006. – Vol. 113, №3. – P. 398-403.
8. Kon C.H., Asaria R.H., Occleston N.L. et al. Risk factors for proliferative vitreoretinopathy after primary

- vitrectomy: a prospective study. Br. J. Ophthalmol. 2000. – Vol. 84, №5. – P. 506-11.
9. Foster R.E., Meyers S.M. Recurrent retinal detachment more than 1 year after reattachment. Ophthalmology. 2002. – Vol. 109, №10. – P. 1821-27.
 10. Miki D., Hida T., Hotta K. et al. Comparison of scleral buckling and vitrectomy for retinal detachment resulting from flap tears in superior quadrants. Jpn. J. Ophthalmol. 2001. – Vol. 45, №2. – P. 187-191.
 11. Sharma Y.R., Karunanithi S., Azad R.V. et al. Functional and anatomic outcome of scleral buckling versus primary vitrectomy in pseudophakic retinal detachment. Acta Ophthalmol. Scand. 2005. – Vol. 83, №3. – P. 293-97.
 12. Asaria R.H.Y., Kon C.H., Bunce, C. et al. Adjuvant 5-fluorouracil and heparin prevents proliferative vitreoretinopathy: Results from a randomized, double-blind, controlled clinical trial. Ophthalmology. V. 108, Issue 7, 2001, P. 1179-1183.
 13. Кузовников В.В., Гарькавенко В.В., Чанчиков Д.Г. и др. Использование изделий медицинского назначения на основе хитозана в офтальмологии. Материалы международной конференции «Современные перспективы в исследовании хитина и хитозана». Ставрополь, 2008. С. 181-183.
 14. Лазаренко В.И., Большаков И.Н., Ильинков С.С. и др. Опыт применения изделий медицинского назначения «Бол-хит» и «Коллахит-бол» в офтальмологии. Российский офтальмологический журнал. 2009. - №4. – С. 21-24.
 15. Yang H. et al., Feasibility study of chitosan as intravitreous tamponade material. Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. 2008. – Vol. 246. P. 1095-97.
 16. Nassar K, Luke J, Luke M, Kamal M, Soliman MM, Grisanti S, Grisanti S. Effect of different fixative solutions on eyes with experimental proliferative vitreoretinopathy. Int J Exp Pathol. 2015. – Vol. 96, №2. – P. 103-10.

References

1. Sosnovskii S.V., Boiko E.V., Kharitonova N.N. Obosnovanie i razrabotka sistemy kolichestvennoi otsenki tyazhesti proliferativnoi vitreoretinopatii. [Justification and development of quantitative assessment system of proliferative vitreoretinopathy severity]. Oftal'mokhirurgiya [Ophthalmosurgery]. 2009, 4, pp. 25.
2. Kochmala O.B., Zapuskalov I.V., Krivosheina O.I., Dashko I.A. Khirurgiya otsloiki setchatki: sovremennoe sostoyanie problemy. [Surgery of retinal detachment: current state of a problem] Vestn. oftal'mol. [Messenger of ophthalmology]. 2010, iss. 6, pp. 46-49.
3. Zakharov V.D. Vitreoretinal'naya khirurgiya. [Vitreoretinal surgery]. Meditsina. [Medicin]. Moscow, 2003, 180 p.
4. Zakharov V.D., Sharipova D.N., Shatskikh A.V. Vozmozhnosti lecheniya proliferativnoi vitreoretinopatii v svete sovremennykh aspektov ee etiologii i patogeneza. [Possibilities of treatment of a proliferative vitreoretinopathy according to its modern aspects of etiology and pathogenesis]. Oftal'mokhirurgiya. [Ophthalmosurgery]. 2006. Iss. 2. pp. 59-65.
5. Afrashi F., Erakgun T., Akkin C. et al. Conventional buckling surgery or primary vitrectomy with silicone oil tamponade in rhegmatogenous retinal detachment with multiple breaks. Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. 2004. – Vol. 242, №4. – P. 295-300.
6. Goezinne F., La Heij E.C., Berendschot T.T. et al. Incidence of redetachment 6 months after scleral buckling surgery. Acta Ophthalmol. 2010. – Vol. 88, №2. – P. 199-206.
7. Salicone A., Smiddy W.E., Venkatraman A., Feuer W. Management of retinal detachment when no break is found. Ophthalmology. 2006. – Vol. 113, №3. – P. 398-403.
8. Kon C.H., Asaria R.H., Occleston N.L. et al. Risk factors for proliferative vitreoretinopathy after primary vitrectomy: a prospective study. Br. J. Ophthalmol. 2000. – Vol. 84, №5. – P. 506-11.
9. Foster R.E., Meyers S.M. Recurrent retinal detachment more than 1 year after reattachment. Ophthalmology. 2002. – Vol. 109, №10. – P. 1821-27.
10. Miki D., Hida T., Hotta K. et al. Comparison of scleral buckling and vitrectomy for retinal detachment resulting from flap tears in superior quadrants. Jpn. J. Ophthalmol. 2001. – Vol. 45, №2. – P. 187-191.
11. Sharma Y.R., Karunanithi S., Azad R.V. et al. Functional and anatomic outcome of scleral buckling versus primary vitrectomy in pseudophakic retinal detachment. Acta Ophthalmol. Scand. 2005. – Vol. 83, №3. – P. 293-97.
12. Asaria R.H.Y., Kon C.H., Bunce, C. et al. Adjuvant 5-fluorouracil and heparin prevents proliferative vitreoretinopathy: Results from a randomized, double-blind, controlled clinical trial. Ophthalmology. V. 108, Issue 7, 2001, P. 1179-1183.
13. Kuzovnikov V.V., Gar'kavenko V.V., Chanchikov D.G. i dr. Ispol'zovanie izdelii meditsinskogo naznacheniya na osnove khitozana v oftal'mologii. [Use of products of medical appointment on the basis of chitosan in ophthalmology] Materialy mezhd. konf. Sovremennye perspektivy v issledovanii khitina i khitozana. [Materials of international conference. Modern prospects in research of chitin and chitosan]. Stavropol', 2008, pp. 181-183.
14. Lazarenko V.I., Bol'shakov I.N., Il'enkov S.S. i dr. Opyt primeneniya izdelii meditsinskogo naznacheniya «Bol-khit» i «Kollaht-bol» v oftal'mologii. [Experience of application of products of medical purpose «Bol hit» and «Kollaht-bol» in ophthalmology] Rossiiskii oftal'mologicheskii zhurnal. [Russian Ophthalmology Journal] 2009. T.2. iss. 4. pp.21-24.
15. Yang H. et al., Feasibility study of chitosan as intravitreous tamponade material. Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. 2008. – Vol. 246. P. 1095-97.
16. Nassar K, Luke J, Luke M, Kamal M, Soliman MM, Grisanti S, Grisanti S. Effect of different fixative solutions on eyes with experimental proliferative vitreoretinopathy. Int J Exp Pathol. 2015. – Vol. 96, №2. – P. 103-10.

II. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

УДК 4200722994

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И АНТИОКСИДАНТНЫЙ ЭФФЕКТ ГЛЮТАТИОНА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

ОБ АВТОРАХ

Шабнам Ибрагим гызы Рагимова
- Азербайджанский медицинский
университет. лаборант кафедры
хирургических болезней № 3.
+994558575409. Shebnem Rehimli
(sh.rehimli@gmail.com)

Рагимова Ш.И.

Азербайджанский медицинский университет. Кафедра хирургических болезней № 3.

Аннотация

В данной статье изложены результаты лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, за период с 2011- 2015 гг.

Таким образом, полученные результаты ретроспективного анализа лечения пациентов с язвенными гастро-дуodenальными кровотечениями подтвердили результаты экспериментальной работы об эффективности внутривенного введения двукратно, с интервалом 4-5 часов, по 10 мл 5% раствора глюкозы и антиоксиданта-глутатиона, программируемого эндоскопического метаболического гемостаза. Данный вид гемостаза достоверно снижает уровень рецидивов кровотечения, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, с высоким и значительным операционно-анестезиологическим риском и тяжелой кровопотерей.

**Оталы-анестезиологиялық қауіп жоғары науқастардың гастродуоденальды қанау
кеңіндегі глутатионға антиоксидантты әсері мен диагностикаудың заманауи тәсілдері**

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Шабнам Ибрагим гызы Рагимова – Азербайджан медицинский университеттінің хирургиялық аурулар кафедрасының лаборантты. Байланыс шүйін: +994558575409. Shebnem Rehimli (sh.rehimli@gmail.com)

Рагимова Ш.И.

Азербайджан медицина университеті. № 3 хирургиялық аурулар кафедрасы.

Аннотата

Бұл мақалада асқазан және он екі елі ішек жараларының қанап асқынуы бар науқастарды емдеудің 2011-2015 жылғы нәтижелері көрсетілген. Осылайша, асқазан жарасы қан құйылу бар науқастарға ретроспективті талдау, 4-5 сағат аралықпен екі рет, көктамыршылік әкімшілігінің тиімділігін 5% глюкоза ерітіндісін 10 мл эксперименттік жұмыс нәтижелерін растады, және антиоксидант глутатион метаболикалық эндоскопиялық гемостазға бағдарламаланған. Гемостаздың бұл түрі әсіресе оталы-анестезиологиялық және ауыр қан кету қауіп бар қарт адамдарда қанаудың рецидивтерін тәмендедеді.

Modern methods of diagnosis and the antioxidant effect of glutathione with gastroduodenal bleeding in patients with high operational and anesthetic risks

ABOUT THE AUTHORS

Ragimova Shabnam Ibragymgyz
- Azerbaijan Medical University,
assistant chair of surgery to disease
number 3.

Ragimova Sh.I.

Azerbaijan Medical University. Chair of Surgical Diseases № 3.

Abstract

This article presents the results of treatment of patients with gastric ulcer and duodenal ulcer complicated by bleeding, for the period from 2011- 2015 biennium.

Thus, the retrospective analysis of patients with gastroduodenal ulcer hemorrhage confirmed the results of experimental work on the effectiveness of intravenous administration, twice, with intervals 4-5 hours, 10 ml of 5% glucose solution, and the antioxidant glutathione metabolic programmed endoscopic hemostasis. This type of hemostasis significantly reduces recurrent bleeding, especially in elderly individuals with high and significant operational and anesthetic risk and severe blood loss.

Keywords

antioxidant – glutathione,
recurrent gastroduodenal
ulcer bleeding, endoscopic
hemostasis.

Актуальность и введение

Несмотря на быстрые темпы развития медицины, возможности успешного консервативного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), количество больных с гастродуodenальными кровотечениями продолжает расти, число послеоперационных осложнений и летальность не имеют тенденции к снижению [1,4, 7, 11, 14].

Язвенные кровотечения встречаются у 10,0-20,0% от общего числа больных с язвенной болезнью [2, 3,9, 10, 12], из них 19,4-66,9% являются лица пожилого и старческого возраста [5, 6, 11, 13,15,17,18]. У большинства больных с острыми язвенными гастродуodenальными кровотечениями (ОЯГДК) выявлен язвенный анамнез – 54,2-71,2% [4, 6, 8, 11, 13,17,21] и длительность его составляет от 5 до 10,7 лет [4,6, 19, 20,23,25,26]. Высокий процент встречаемости «язвенного анамнеза» свидетельствует о том, что кровотечение характерно для более поздних стадий развития заболевания [4,21, 22, 24]. Особый контингент больных составляют лица с высоким операционно-анестезиологическим риском (OAP), пожилого и старческого возраста, с тяжелыми сопутствующими заболеваниями [20, 23], у которых послеоперационная летальность находится на уровне 18,9-25,5%[20, 21].

С появлением эндоскопических методов остановки кровотечения появилась возможность оперировать этих больных в отсроченном порядке после восполнения кровопотери и улучшения состояния [14, 15, 25]. При непереносимости операции эндоскопический гемостаз порой является единственным методом местного воздействия на источник кровотечения[14, 20].

Однако, несмотря на наличие множества современных методов эндоскопического гемостаза они не всегда эффективны и часто приводят к рецидиву кровотечения [17, 25].

При рецидиве геморрагии удельный вес успешных попыток повторного эндоскопического гемостаза составляет 25-50% [15, 20] и от 27 до 45% пациентов с рецидивом кровотечения после эндоскопического гемостаза нуждаются в хирургическом лечении [20, 21].

Приведенные неутешительные статистические данные побуждают к поиску надежных эндоскопических приемов, которые бы обеспечивали не только первичный гемостаз, но и предупреждали рецидивы язвенных гастродуodenальных кровотечений.

Материалы и методы исследования

В клинической части работы изложены результаты лечения 71 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, за период с 2011- 2015 гг. включительно. Больные были разделены на две группы. Основная группа составила - 39 больных. Контрольную группу вошли – 32 пациента. Среди пациентов мужчин было 47 (66,2 %), женщин – 24 (33,8%). Возраст больных колебался от 25 до 92 лет, из них 58,8% составляли лица старше 61 года.

Частота рецидивов кровотечений – наиболее значимый показатель, влияющий на результаты лечения. Частота рецидивов кровотечений была достоверно меньшей в первой группе, по сравнению со второй ($\alpha<0,05$) (рис. 1). Данные по частоте рецидивов кровотечения в группах больных представлены в Таблице 1.

У больных до 60 лет рецидивы кровотечения отмечались чаще в контрольной группе - у 3 (9,4%) пациентов, по сравнению с основной - у 2 (7,7%) пациентов.

Данные по частоте рецидивов кровотечения в возрасте старше 60 лет представлены в Таблице 2.

Среди пациентов пожилого и старческого возраста частота рецидивов кровотечения была достоверно ниже в основной группе, по сравнению с контрольной ($\alpha<0,05$) (рис. 3).

Группы, количество больных	Количество больных с рецидивом кровотечения	Проценты
Основная группа, п – 39	5	12,9%
Контрольная группа, п – 32	10	31,3%

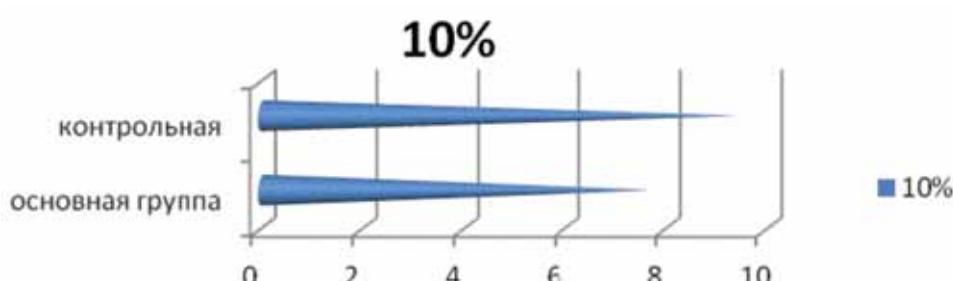


Таблица 1

Частота рецидивов кровотечения в группах

Рис.1

Частота рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений в группах. В каждой группе также оценивалась частота рецидивов кровотечения в зависимости от возраста пациентов.

Таблица 2

Частота рецидивов кровотечения в возрастной группе старше 60 лет

Группы, количество больных	Количество больных с рецидивом кровотечения	Проценты
Основная группа, п - 39	2	53,00%
Контрольная группа, п - 32	8	15,38%

Рис.2

Рецидивы кровотечения в группах лечения в возрасте старше 60 лет.

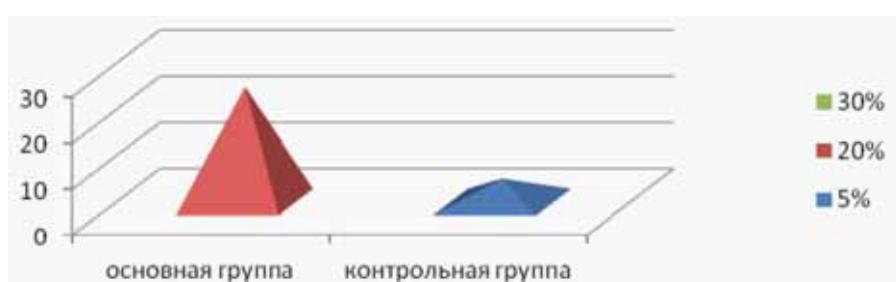
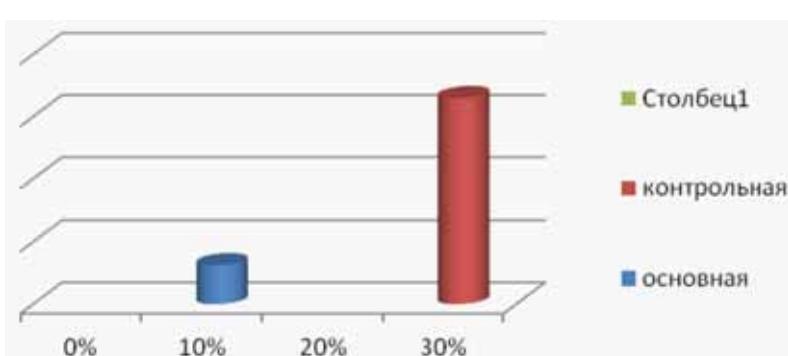


Рис. 3

Рецидивы кровотечения в группах при значительном и высоком операционно-анестезиологическом риске.



Все пациенты в возрасте до 60 лет выписаны ($a > 0,05$). Данные по летальности среди пациентов в возрастной группе старше 60 лет представлены в таблице 25 ($a > 0,05$). По данным ретро и проспективного анализа в клинической части нашего исследования выявлено достоверное снижение частоты рецидивов кровотечения при использовании программируемого эндоскопического гемостаза по оригинальной методике (с внутривенным введением двукратно, с интервалом 4-5 часов, по 10 мл 5% раствора глюкозы и антиоксиданта-глутатиона) среди пациентов старше 60 лет, со значительным и высоким операционно-анестезиологическим риском.

Не менее важно также, что отмечено достоверное снижение частоты рецидивов ОЯГДК при использовании программируемого гемостаза с внутривенно двукратно, с интервалом 4-5 часов, вводилось по 10 мл 5% раствора глюкозы и антиоксиданта - глутатиона в группе пациентов с состоявшимся кровотечением (Forrest II).

Более того, в работе доказано, что достоверно наименьшая частота рецидивов при вышеуказанной методике гемостаза (только с внутривенным введением двукратно, с интервалом 4-5 часов, вводилось по 10 мл 5% раствора глюкозы и антиоксиданта - глутатиона отмечена в группе больных с тяжелой кровопотерей, между тем среди пациентов с легкой и средней кровопоте-

рей такая закономерность не прослеживается. Мы попытались проанализировать полученные данные.

Во-первых, патогенез язвенного дефекта в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста, а также у пациентов с выраженной сопутствующей патологией (то есть, у больных со значительным и высоким ОАР) имеет следующие особенности. У данного контингента больных изначально отмечается истощение антиоксидантной системы с выраженным накоплением продуктов перекисного окисления липидов. Из-за кровотечения у больных пожилого и старческого возраста, особенно с выраженной сопутствующей патологией, быстро наступает декомпенсация всех систем организма, в том числе систем антиоксидантной защиты. В этих условиях стандартное воздействие на язвенный дефект методами традиционного гемостаза, несмотря на хороший непосредственный гемостатический эффект, оказывается недостаточным, поскольку условий для быстрого и полноценного «закрепления» успеха (в виде быстрого образования коллагеновых волокон и формирования окончательного гемостаза) у этого контингента больных нет. Возникает рецидив кровотечения, что в свою очередь в еще большей степени истощает антиоксидантные резервы организма и приводит к

Группы, количество больных	Количество больных с рецидивом кровотечения	Проценты
Основная группа, п – 16	1	6,25%
Контрольная группа, п – 24	8	33,00%

прогрессированию изъязвлений на слизистой ЖКТ. Возникает очередной рецидив кровотечения, и таким образом формируется «порочный круг», где каждый последующий рецидив кровотечения приводит к еще большему истощению вышеуказанных систем организма и многократным рецидивам ОЯГДК.

С другой стороны, у молодых больных, у которых системы гомеокинеза организма скомпрометированы в значительно меньшей степени, в большинстве случаев непосредственный гемостатический эффект, достигнутый методами традиционного гемостаза, оказывается достаточным для быстрого закрепления его коллагенообразованием в язвенном дефекте в кратчайшие сроки после манипуляции.

Методика же программированного гемостаза, в особенности с внутривенным введением двукратно, с интервалом 4-5 часов, по 10 мл 5% раствора глюкозы и антиоксиданта-глютатиона, оказывается неким «протезом» или «костылем», опираясь на который истощенный организм получает возможность все-таки закрепить гемостатический эффект наращиванием коллагена в язвенном дефекте. Ведь антиоксидант-глютатион достаточно быстро и эффективно приводит к торможению окислительных реакций, а глюкоза при последующем введении оказывается тем энергетическим (быстрым) субстратом, который в условиях антиоксидантной защиты ткани тяжелых больных используют для заживления язвенного дефекта в первые часы после первичного гемостаза.

В этом смысле, с учетом данных эксперимента, крайне важно «развести» во времени введение в ткани глюкозы и глютатиона, поскольку при совместном введении в целом, позитивный эффект на заживление дефекта повышается.

Исходя из вышесказанного, мы полагаем, что отсутствие достоверной разницы в частоте рецидивов кровотечения среди лиц младше 60 лет и с умеренным операционно-анестезиологическим риском обусловлено лучшими компенсаторными возможностями организма.

Во вторых, описанная гипотеза косвенно подтверждается еще и тем, что достоверно наименьшая частота рецидивов кровотечений в группе программируемого гемостаза с внутривенным введением двукратно, с интервалом 4-5 часов, по 10 мл 5% раствора глюкозы и антиоксиданта-глютатиона, по сравнению с другой группой

получена среди больных с состоявшимся кровотечением (ForrestII). Наоборот, среди больных с продолжающимся кровотечением (ForrestI) разница в частоте рецидивов оказалась несущественной в различных группах и находится в пределах статистических погрешностей.

Более того, эта закономерность, на наш взгляд, иллюстрирует очень важный факт: методика программированного гемостаза не имеет самостоятельного значения и может применяться лишь в комбинации с внутривенным введением двукратно, с интервалом 4-5 часов, по 10 мл 5% раствора глюкозы и антиоксиданта-глютатиона, поскольку непосредственный (первичный) гемостатический эффект у этой методики слабый. Однако, в дополнение к традиционному гемостазу, данная методика на порядок повышает эффективность эндоскопического лечения, в особенности у больных пожилого и старческого возраста, с сопутствующей патологией и высоким ОАР.

Таким образом, полученные результаты ретроспективного анализа лечения пациентов с язвенными гастродуodenальными кровотечениями подтвердили результаты экспериментальной работы об эффективности внутривенного введения двукратно, с интервалом 4-5 часов, по 10 мл 5% раствора глюкозы и антиоксиданта-глютатиона, программируемого эндоскопического метаболического гемостаза. Данный вид гемостаза достоверно снижает уровень рецидивов кровотечения, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, с высоким и значительным операционно-анестезиологическим риском и тяжелой кровопотерей.

Полученные закономерности демонстрируют следующие клинические примеры использования эндоскопического программируемого метода гемостаза.

Клинический пример №2: Больной Б., 43 лет, поступил в стационар 14.02.2014 в тяжелом состоянии с клинической картиной двусторонней пневмонии тяжелого течения. Госпитализирован в реанимационное отделение. На 7 сутки находящегося в стационаре у больного развилась клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения в виде рвоты с примесью крови.

АД - 115/70, пульс – 110 уд. в мин., отмечено снижение Нв до 46 г/л (при поступлении в стационар - 100 г/л).

При экстренной ЭГДС: в средней трети тела желудка по задней стенке выявлены 2 острые

Таблица 4

Частота рецидивов кровотечения при значительном и высоком операционно-анестезиологическом риске

язвы диаметром 1,0 и 0,5 см. Одна из язв с признаками продолжающегося кровотечения (T-1A).

Больному выставлена 3 (значительная) степень операционно-анестезиологического риска. У пациента высокий риск рецидива кровотечения в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии (двусторонняя пневмония), низким уровнем гемоглобина (46 г/л), локализацией язвенного дефекта на задней стенке желудка и продолжающимся кровотечением (P-1A).

Язва обколота 1% раствором этоксисклерола в объеме 4 мл, достигнут первичный гемостаз. Начато программируемое эндоскопическое лечение по разработанной методике с внутривенным введением двукратно, с интервалом 4-5 часов, по 10 мл 5% раствора глюкозы и антиоксиданта-глютатиона) Кратность гемостаза составила 4 раза каждые 6 часов в первые сутки нахождения в стационаре, далее в течение двух суток выполнялся превентивный гемостаз. Наряду с эндоскопическим лечением проводилась консервативная противоязвенная терапия H₂-блокаторами, гемостатическая терапия, переливалась свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса.

Рецидива кровотечения не отмечено.

Литература

1. Антонов, В.Н. Эндоскопический гемостаз и прогноз рецидива кровотечения при хронических гастродуodenальных язвах: автореф. дис ... канд. мед.наук. - Красноярск, 2005. -20 с.
2. Асташов, В.Іl. Непосредственные результаты хирургического лечения хронических язв двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением / В.Іl. Асташов, С.В. Урсов // Неотложная медицинская помощь. Состояние, проблемы перспективы развития: Тез. докл. науч.-практ. конф. - М, 1998. - С. 33-34.
3. Асташов, В.Іl. Кровотечения из хронических гастродуodenальных язв / В.Іl. Асташов, А.В. Калинин // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2002.-№1.-С. 16-23.
4. Афендулов, С.А. Хирургическое лечение язвенной болезни у женщин / С.А. Афендулов, Г.Ю. Журавлев. - М.: Высшая школа, 2001.-159 с.
5. Бабалич, А.К. Хирургическое лечение острых желудочно-кишечных кровотечений / А.К. Бабалич, В.П. Фесенко, Д.В. Шестопалов [и др.] // Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии. - 2001. - Т. 5, №1. - С. 14-15.
6. Балабекова, Х.Ш. Факторы риска нагноения ран при экстренных операциях у больных с осложненной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки: автореф. дис ... канд. мед.наук. - М, 2006. -24 с.
7. Басыстыюк, И.И. Диагностика и лечение рецидива гастродуodenального кровотечения в раннем послеоперационном периоде / И.И. Басыстыюк // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1999. - Т. 158, №4. - С. 60-64.
8. Башкатова, В.Г. Антиокислительная активность липидов крови больных инфарктом миокарда и язвенной болезнью, её взаимосвязь с другими показателями ПОЛ и изменения при корригирующей терапии: Автореф. дис. ...канд. мед.наук: 14.00.06/ В.Г.Башкатова; - М., 1990. -23 с
9. Колесниченко Іl.С. Глутатионтрансферазы/ Іl.С. Колесниченко, В.И. Кулинский// Успехи соврем. биол.-1989.-Т.107,2. - С. 179-194.
10. Комаров Ф.И. Campylobacter pyloriу больных язвенной болезнью и хроническим гастритом: иммунологический ответ/ Ф.И. Комаров, М.В. Серебрянская, А.П. Погорелова// Клинич.мед.-1990.-№6. - С.100-105.
11. Болыпешапова А.А. Закономерности изменений оксидативных и восстановительных процессов при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и их влияние на исходы хирургического лечения: автореф. дис. канд. мед.наук. - Иркутск, 2007. - 23 с.
12. Бондаренко, Н. М. Ранние рецидивные кровотечения язвенной этиологии / Н.М. Бондаренко, Г.Е. Хапатько, В.Н. Барвинский [и др.] // Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии. -2001. - Т. 5, №1. - С. 21-22.
13. Будаев, Б.Б. Выбор лечебной тактики при кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки у

- больных пожилого и старческого возраста: дис ... канд. мед. наук. - СПб, 2002. - 138 с.
14. Бука, Г.Ю. Анализ клинической эффективности антисекреторной терапии у больных с послеоперационными рецидивными гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением. / Г.Ю. Бука // Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии. - 2007. - Т. 11, №2.-С. 40-42.
 15. Ванюкова, О.В. Особенности тактики и лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста / О.В. Ванюкова, Г.А. Шаршавицкий, О.Д. Морозов [и др.] // Экстренная хирургия в преклонном старческом возрасте. Материалы IX ежегодной итоговой научно-практической конференции по экстренной хирургии. - Петрозаводск, 2005. - С. 7-9.
 16. Васильева, А.А. Клинико-экспериментальное обоснование программируемого эндоскопического лечения массивных язвенных гастродуоденальных кровотечений: дис. канд. мед. наук.-М, 2004.-142 с.
 17. Велигоцкий, Н.Н. Хирургическая тактика, прогноз и модификация органоохраняющих операций при язвенных кровотечениях / Н.Н. Велигоцкий, В.В. Комарчук, А.С. Трушин [и др.] // Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии. - 2001. - Т. 5, №1. - С. 48-49.
 18. Войташевская, Н.В. Эзофагогастроуденоскопия в комплексном лечении больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением: автореф. дис ... канд. мед. наук. -М, 2005. - 18 с.
 19. Гостищев, В.К. Значение антисекреторной терапии в лечении острых гастродуоденальных язвенных кровотечений / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // Русский медицинский журнал. - 2004.-Т. 12, №24. - С. 1433-1423.
 20. Гостищев, В.К. Антисекреторная терапия как составная часть гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - 2005. - №8. - С. 52-57.
 21. Клебанов, Г.И. Антиоксидантная активность сыворотки крови / Г.И. Клебанов, Ю.О. Теселкин, И.В. Бабенкова [и др.] // Вестник РАМН. - 1999. - № 2. - С. 15-21.
 22. Azakura, Y. Efficacy of argon plasma coagulation for bleeding gastroduodenal ulcers / Y. Azakura, Y. Imai, S. Arai [et al.] // Digestive Endoscopy. - 2002. - Vol. 14. - P. Мехманов Ш.Р. Новый способ эндоскопической остановки дуоденального язвенного кровотечения / Ш.Р. Мехманов, А.А. Юсупбеков // Материалы третьего конгресса ассоциации хирургов имени Н.И. Пирогова. - М, 2001. - С. 156-157.
 23. Кукош, М.В. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста / М.В. Кукош, А.П. Власов, Н.Н. Разумовский. -Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2002. - 150
 24. Курбонов, Х.Х. Эндоскопический гемостаз при гастродуоденальных язвенных кровотечениях: дис ... канд. мед. наук. - Душанбе, 2002. - 107
 25. Kleinman, W.A. Status of Glutathione and Other Thiols and Disulfides in Human Plasma/ W.A. Kleinman, J.P. Richie// Biochem. Pharmacol. -2000. - Vol.60.-№.I.-P.19-29.
 26. Tanaka, J. Lipid peroxidation in gastric mucosal lesions induced by indo- P.716-720.

References

1. Antonov VN Endoscopic hemostasis and rebleeding prognosis in chronic gastroduodenal ulcers: Abstract. dis ... cand. med. Sciences. - Krasnoyarsk, 2005. -20 p.
2. Astashov VL The immediate results of surgical treatment of chronic duodenal ulcers complicated by bleeding / Astashov VL, Ursov SB // Emergency medical care. Status, problems of development prospects: Tez. rep. scientific-practical. Conf. - M., 1998. - P. 33-34.
3. Astashov VL Bleeding from chronic gastroduodenal ulcers / Astashov VL, Kalinin AB // Clinical prospects of gastroenterology, hepatology. - 2002.-№1.-P. 16-23.
4. Afendulov SA, Surgical treatment of peptic ulcer disease in women / Afendulov SA, Zhuravlev GY - M : Higher School, 2001.-159 with.
5. Babalich AK Surgical treatment of acute gastrointestinal bleeding / Babalich AK, Fesenko VP, Shestopalov DV [et al.] // Ukrainian Journal of minimally invasive and endoscopic surgery. - 2001. - Т. 5, №1. - P. 14-15.
6. Balabekova KhSh., Risk Factors festering wounds in emergency operations in patients with complicated peptic ulcer and duodenal ulcer: Abstract. dis ... cand. med. Sciences. - M., 2006. -24 p.
7. Basystyuk II Diagnosis and treatment of relapse of gastroduodenal bleeding in the early postoperative period / Basystyuk II // Herald of Surgery. Ivan Grekov. - 1999. - Т. 158, №4. - P. 60-64.
8. Bashkatova VG The antioxidant activity of the blood lipids of patients myocardial infarction, peptic ulcer disease, its relationship with other indicators of lipid peroxidation and changes during corrective therapy: Author. Dis. ...Cand.med. Sciences: 14.00.06 / Bashkatova VG; - M., 1990. -23 to
9. Kolesnichenko LS Glutathione / Kolesnichenko LS, Kulinskiy V.I. // Success lies. biol.-1989-T.107,2. - P. 179-194.
10. Komarov FI Campilobacterpylori patients with peptic ulcer and chrono cal gastritis: an immunological response / Komarov FI, Serebryanska MV, Pogorelov AP // Klinich.med.-1990.-№6. - P.100-105.
11. Bolypeshapov AA Patterns of changes in oxidative and reduction processes for stomach ulcers, duodenal ulcers and their impact on outcomes heerurgicheskogo treatment: Abstract. dis ... cand. med. Sciences. - Irkutsk, 2007. - 23 p.
12. Bondarenko NM. Early recurrent bleeding ulcer etiology / Bondarenko NM, Hapatko GE, Barvinsky VN [et al.] // Ukrainian Journal of minimally invasive and endoscopic surgery. -2001. - Т. 5, №1. - P. 21-22.

13. Buda BB The choice of medical tactics at a bleeding from a duodenal ulcer in patients with middle and old age: a thesis ... cand. med. Sciences. - St. Petersburg, 2002. - 138 p.
14. Beachwood GY Analysis of clinical efficacy of antisecretory therapy in patients with postoperative recurrent gastroduodenal ulcers complicated by bleeding. / Buka GU // Ukrainian Journal of minimally invasive and endoscopic surgery. - 2007. - T. 11, №2.-P. 40-42.
15. Vanyukov OV Features of tactics and treatment of gastroduodenal ulcer bleeding in patients with elderly / Vanyukov OV, Sharshavitsky GA, Morozov OD [et al.] // Emergency surgery in advanced old age. Proceedings of the IX annual final scientific and practical conference on emergency surgery. - Petrozavodsk, 2005. - P. 7-9.
16. Vasiliev AA Clinical and experimental study of the programmed endoscopic treatment of bleeding gastroduodenal ulcer massive: a thesis ... cand. med. Sciences., 2004.-142 with.
17. Veligotskaya HH Surgical tactics, forecast and modification conserving surgery for ulcer bleeding /. Veligotskaya HH, Komarchuk VV, Trushin AC [et al.] // Ukrainian Journal of minimally invasive and endoscopic surgery. - 2001. - T. 5, №1. - P. 48-49.
18. Voytashevskaya HB Upper endoscopy in treatment of patients with gastroduodenal ulcer bleeding: Abstract. dis ... doctor of med. sciences. -M., 2005. - 18 p.
19. Gostishchev VK Meaning of antisecretory therapy in the treatment of acute gastroduodenal ulcer bleed-
ing / Gostishchev VK, Evseev MA // Russian Medical Journal. - 2004.-T. 12, №24.-P. 1433-1423.
20. Gostishchev VK Antisecretory therapy as a component of hemostasis in acute gastroduodenal ulcer bleeding / Gostishchev VK, Evseev MA // Surgery. The magazine named Pirogov NI. - 2005. - №8. -P. 52-57.
21. Klebanov GI The antioxidant activity of blood serum / Klebanov GI, Teselkin JO, Babenkova IV [et al.] // Bulletin of Medical Sciences. - 1999. - № 2. - P. 15-21.
22. Azakura Y Efficacy of argon plasma coagulation for bleeding gastroduodenal ulcers / Azakura Y, Imai Y, Arai S [et al.] // Digestive Endoscopy. - 2002. - Vol. P.-14. Mehman ShR. A new way to stop endoscopic duodenal ulcer bleeding / MehmanSh.R., Yusupbekov AA // Proceedings of the Third Congress of Surgeons Association named NI Pirogov. - M., 2001. - P. 156-157.
23. Kukosh MV Treatment of gastroduodenal ulcer bleeding in patients with elderly / Kukosh MV, Vlasov AP, Razumovsky HH - Novgorod: Publishing house NSMA, 2002. - 150
24. Kurbanov HH Endoscopic hemostasis in gastroduodenal ulcer bleeding: a thesis ... cand. med. Sciences. - Dushanbe, 2002. - 107
25. Kleinman WA, Status of Glutathione and Other Thiol and Disulfides in Human Plasma / Kleinman WA, Richie JP // Biochem. Pharmacol. -2000. - Vol.60.- №.I.-P.19-29.
26. Tanaka J Lipid peroxidation in gastric mucosal lesions induced by indo- P.716-720.

III. ХИРУРГИЯ

АНАЛИЗ ТРАНСПЛАНТАЦИЙ ПОЧЕК В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ АЛМАТЫ

УДК 616.61-089.843:616.62-
06-089.197.1

Баймаханов Б.Б., Чорманов А.Т., Куандыков Т.К., Ибрагимов Р.П.,

Садыков Ч.Т., Исаев Д.А., Галлямов М.Г., Ли Д.Ю.

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

ОБ АВТОРАХ

Б.Б. Баймаханов – Председатель правления ННЦХ им. А.Н. Сызганова
А.Т. Чорманов – главный врач ННЦХ им. А.Н. Сызганова

Т.К. Куандыков – заведующий ОРИТ ННЦХ им. А.Н. Сызганова

Р.П. Ибрагимов – заведующий отделением трансплантации почек, урологии и экстракорпоральной детоксикации

Ч.Т. Садыков – врач отделения лучевой диагностики ННЦХ им. А.Н. Сызганова

Д.А. Исаев – врач-уролог ННЦХ им. А.Н. Сызганова

М.Г. Галлямов – врач-нефролог ННЦХ им. А.Н. Сызганова

e-mail:mgtabib@gmail.com

Д.Ю. Ли – врач-резидент-нефролог НЦ урологии им. Б. Джамбурсынова

Аннотация

Цель. Оценить результаты трансплантации почек за время работы отделения трансплантологии городской клинической больницы № 7 г. Алматы. **Материал и методы.** Проанализированы материалы наблюдений 100 пациентов, перенесших операцию трансплантации почки; мужчин – 54 (54%), женщин – 46 (46%) в возрасте от 14 до 58 лет ($39 \pm 10,3$). В 91 случае выполнялся лапароскопически мануально-ассистированный забор почки и в трех случаях – открытый забор почки (2 – мини-люмботомным и 1 – параректальным доступом). **Результаты.** Выживаемость составила 98% (98 человек). Причинами смерти были нефункционирующий трансплантат, развившийся при нарушении режима иммуносупрессивной терапии, гнойно-септические осложнения после травмы, полиорганская недостаточность. Наиболее частыми осложнениями были гематома ложа трансплантата почки (12%), реакция отторжения трансплантата (8%), канальцевый некроз (2%). Менее агрессивные схемы иммуносупрессии позволяют снизить риск токсического воздействия препаратов на организм больного, тем самым удлиняя функцию трансплантата. **Заключение.** Трансплантация почек является эффективным методом лечения терминальной почечной недостаточности. Применение современных протоколов иммуносупрессивной терапии и адекватный иммунологический подбор пары «донор–реципиент» обеспечивают высокую выживаемость трансплантатов. Возможно проведение оперативного лечения и дальнейшее ведение пациентов в условиях многопрофильного высокоспециализированного медицинского стационара.

Алматы қаласының көпсалалы клиникалық ауруханасы жағдайында бүйректі трансплантаттаудың талдауы

Баймаханов Б.Б., Чорманов А.Т., Куандыков Т.К., Ибрагимов Р.П.,

Садыков Ч.Т., Исаев Д.А., Галлямов М.Г., Ли Д.Ю.

А. Н. Сызганов атындағы ұлттық ғылыми хирургия орталығы, Алматы, Қазақстан

Аннотта

Мақсаты: Алматы қ. № 7 Қалалық клиникалық ауруханасындағы трансплантология бөлімшесінің бүйректі трансплантаттау оталарын жасау әдістерін бағалау.

Материалы мен қолданған әдістері. Бүйректі трансплантаттау операцияларын жасатқан 100 пациентті қадағалау материалдарына талдау жүргізілген: жас мөлшері 14 жастан 58 жасқа дейінгі ($39 \pm 10,3$) ерлер – 54 (54%), әйелдер – 46 (46%) құрапан. 91 жағдайда бүйрек лапароскопиялық мануальды-ассистириленген түрде ота жасап алынды және де үш жағдайда – бүйректі ашу арқылы отамен алынды (2 – мини-люмбо-томды түрмен, сондай-ақ 1 – параректальды қолжеткізу арқылы).

Нәтижелері. Отадан кейінгі әмір сүру қабілеттілігі 98% (98 адам) құрады. Атальыштай ота жасалған пациенттердің арасында қайтыс болу себептері иммуносупрессивті терапия жүргізу режімінің бұзылу, жарақаттан кейінгі ірің-септикалық асқынудардың, полиорганды жетіспеушілігінің салдарынан дамып, трансплантат органының қалыпты қызмет етпеуі. Жиі орын алған асқынудары бүйрек трансплантаты орнының гематомасы (12%), трансплантаты қабылдамау реакциясы (8%), тутішкелік өліеттенуі (2%). Иммуносупрессияның агрессивтігі аздау схемалары аурудың ағзасына дәрмектердің үйтты әсер ету қатерін төмөндете алады, сонымен трансплантаттың қызмет етуін үзарты түседі.

Қорытынды. Бүйректі ауыстырып қондыру отасы терминалды бүйрек жетіспеушілігін емдеудегі тиімді әдісі болып табылады. Иммуносупрессивті терапияның заману хаттамаларын қолдану және де «донор–реципиент» деген баллама иммунологиялық жұпты іріктеп алу трансплантаттардың әмір сүругү қабілеттілігін жоғары деңгейде болуын қамтамасыз етеді. Пациенттердің жедел түрде емдеу және оларды кейінгі көпбейінді жоғары мамандандырылған медициналық стационар жағдайында қадағалап емін жағдайында мүмкіндігі.

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Б.Б. Баймаханов – А.Н.Сызганов атындағы ҰФХО АҚ басқармасының тегасасы;

А.Т. Чорманов – А.Н.Сызганов атындағы ҰФХО бас дәрігері;

Т.К. Куандыков – А.Н.Сызганов атындағы ҰФХО ЖІТБ меншершісі;

Р.П. Ибрагимов – бүйректі трансплантаттау, урология және экстракорпоралды үткіздандыру болімшесінің меншершісі;

Ч.Т. Садыков – А.Н.Сызганов атындағы ҰФХО сәулө арқылы диагностикалау болімшесінің меншершісі;

Д.А. Исаев – А.Н.Сызганов атындағы ҰФХО уролог-дәрігер;

М.Г. Галлямов – А.Н.Сызганов атындағы ҰФХО нефролог-дәрігер;

e-mail:mgtabib@gmail.com

Д.Ю. Ли – Б. Жамбурсынов

атындағы Урология ФО резидент-

дәрігері

Түйін сөздер

бүйрек жетіспеушілігі, бүйректі трансплантаттау, донор, реципиент, ота жасалғаннан кейінгі мерзім, асқынудар.

ABOUT THE AUTHORS

B.B. Baimakhanov – Chairman of
Directorial Board of National Scientific
Center of Surgery

A.T. Chormanov – Hospital Chief of
National Scientific Center of Surgery

T.K. Kuandikov – Head of Intensive
Care Unit of National Scientific Center
of Surgery

R.P. Ibragimov - Head of Kidney
Transplantology and Urology Unit of
National Scientific Center of Surgery

Ch.T. Sadykov – Ultrasound
Sonographer of National Scientific
Center of Surgery

D.A. Issayev – Urologist of National
Scientific Center of Surgery

M.G. Gallyamov – Nephrologist of
National Scientific Center of Surgery
e-mail:mgtabib@gmail.com D.Yu. Li –

Nephrology resident of Zhambarsynov
Scientific Center of Urology

Analysis of kidney transplantation in the multi-disciplinary hospital of Almaty

**Baimakhanov B.B., Chormanov A.T., Kuandikov T.K.,
Ibragimov R.P., Sadykov Ch.T., Issayev D.A., Gallyamov M.G., Li D.Yu.**
National Scientific Center of Surgery named after A.N.Syzganova, Almaty, Kazakhstan

Summary

To estimate results of kidney transplantation in city clinical hospital No. 7 of Almaty. Materials and methods. 100 patients who underwent kidney transplantation in our institution were analyzed; males – 54 (54%), females – 46 (46%), aged from 14 till 58 years old (39 ± 10.3). In 91 cases hand – assisted laparoscopic nephrectomy (HALN) was performed and in 3 cases – open method (2 with mini-lumbotomic and 1 with pararectal access) was used. Results. The survival rate was 98% (98 patients). The causes of death were the nonfunctioning transplant due to noncompliance of immunosuppression, post traumatic septic complications, multiple organ failure. The most frequent complications were hematoma (12%), acute rejection (8%), and tubular necrosis (2%). Less aggressive schemes of immunosuppressive therapy allow reducing risk of drug toxic impact on the patient's organism and, thus, can extend functioning of a transplant. Conclusion. Kidney transplantation is an effective treatment method of end stage renal diseases. The use of modern immunosuppressive therapy protocols and adequate immunological selection of donor – recipient provide high survival of transplants. Operative treatment and further case management of this group of patients are possible in highly specialized medical hospital.

Keywords:

renal failure, transplantation of a kidney, donor, recipient, postoperative period, complications.

Введение

Одной из основных причин малого количества трансплантаций почек пациентам с терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН) является ограниченное число доноров [1, 3, 6, 7, 9, 10, 13]. В Республике Казахстан (РК) на сегодняшний день, по ряду этических и социальных проблем, трансплантация органов от доноров со смертью мозга находится на этапе своего развития и становления. Исходя из этого, наша клиника обладает достаточным опытом операций по пересадке почек преимущественно от живого родственного донора.

Трансплантация почки от живого донора по сравнению с трупным донорством связана с лучшими ранними и поздними показателями выживаемости реципиентов и вследствие этого длительным функционированием трансплантата [2–4, 8, 11, 15]. По данным литературы, пятилетняя выживаемость пациентов и трансплантатов почки при живом и трупном донорстве составляет соответственно 90 и 80% [3, 5, 12, 14–16].

Широкое внедрение эндовидеохирургии создало предпосылки для возможности использования лапароскопического способа нефрэктомии у живого донора, что было впервые в мире выполнено L.E. Ratner с соавт. в 1995 г. [15].

В Республике Казахстан на 2013 г. более чем 3000 пациентов нуждаются в трансплантации почки. За 2012 г. в стране было выполнено 58 трансплантаций почек, из них 56 – от живого донора и 2 от трупного донора; за 2013 г. в стране выполнена 141 трансплантация почек, из них

в 10 случаях от доноров со смертью головного мозга.

Самое пристальное внимание необходимо уделять проблемам совершенствования законодательной базы в сфере, включающей правовые, организационные, этические аспекты донорства и трансплантации органов; эффективное развитие отечественной медицинской науки, внедрение единых стандартов и подходов к оказанию трансплантологической помощи, подготовку квалифицированных специалистов, использование лучших зарубежных практик.

Для того чтобы обеспечить население РК медицинской помощью по трансплантации органов в соответствии с реальной потребностью и донорским ресурсом, должно быть организовано посмертное донорство и трансплантация трупной почки.

В отделении трансплантологии городской клинической больницы № 7 г. Алматы с мая 2012 г. по январь 2014 г. было выполнено 100 трансплантаций почек (94 случая – от живого родственного донора и 6 случаев – от донора со смертью головного мозга).

Цель работы

Оценить результаты трансплантации почек за время работы отделения трансплантологии городской клинической больницы № 7 г. Алматы.

Материал и методы

Проведен анализ историй болезни 100 пациентов с терминальной хронической почечной

недостаточностью, которым с мая 2012 г. по январь 2014 г. в отделении трансплантологии городской клинической больницы № 7 г. Алматы была выполнена трансплантация почки. Среди реципиентов было 54 (54%) мужчины и 46 (46%) женщин в возрасте от 14 до 58 лет (средний возраст $39 \pm 10,3$ года). Среди доноров – 51 мужчина и 49 женщин в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст $39,8 \pm 10,5$ года).

Все реципиенты и доноры проходили обследование согласно протоколам, включая групповую совместимость крови, HLA-типирование и кросс-матч. Все реципиенты почек не имели значимых кардиологических и системных проблем, были исключены заболевания, которые могли бы ухудшить состояние на фоне иммуносупрессивной терапии в послеоперационном периоде, все пациенты консультировались психиатром, оценивалась приверженность пациентов к терапии. А также исключены тяжелые сосудистые заболевания, которые могли бы осложнить имплантацию донорских почек и последующую их качественную реперфузию.

Наши данные собраны ретроспективно. Скорость клубочковой фильтрации оценивалась по формуле Modification of Diet in Renal Disease (MDRD 4).

Диагноз острого отторжения был основан на клинических и гистологических критериях.

Хронический гломерулонефрит превалировал в нозологиях, приведших к ТХПН у 81 пациента, хронический пиелонефрит – у 2 пациентов, диабетическая нефропатия на фоне сахарного диабета 1-го типа – у 5 пациентов, артериальная гипертензия – у 6 пациентов, аномалия развития ВМП – у 2 пациентов, поликистоз почек – 2, подагра – 1, системная красная волчанка – 1 (рис. 1).

Средняя продолжительность диализа до аллотрансплантации почки (АТП) составила $11,7 \pm 21,6$ мес. Среди всех реципиентов 10 пациентов были оперированы на додиализном этапе.

Первичных трансплантаций было выполнено 99 (99%), повторных – 1 (1%) первый трансплантат функционировал 10 лет. Три пациента на момент выполнения операции имели вирусный гепатит С в стадии клинико-лабораторной ремиссии и четыре пациента – вирусный гепатит В, также в стадии клинико-лабораторной ремиссии.

Техника операции трансплантации почки была стандартной, и выполнялась трансплантация почки в забрюшинное пространство правой подвздошной области.

Результаты

В 91 случае выполнялся лапароскопически мануально-ассистированный забор почки (HALS) и в трех случаях – открытый забор почки (2 минилюбомоторным и 1 параректальным доступом). В 89 случаях был произведен забор левой донорской почки и в 5 случаях – правой почки (рис. 2).

Интраоперационных осложнений во всех 94 случаях не было. В одном случае в раннем послеоперационном периоде имела место гематома послеоперационного ложа донорской почки, что потребовало реоперации и выполнения дополнительного гемостаза (на первые сутки после забора почки, забор почки выполнялся открытым методом).

Всем донорам на этапе обследования проводилась компьютерная томография с болясным контрастированием.

В ряде случаев почечные трансплантаты имели анатомические особенности: в 1 случае почечный трансплантат имел 3 почечные артерии, в 14 случаях – 2 почечные артерии, в 3 случаях – 2 почечные вены.

Все эти особенности потребовали ряда реконструктивных операций на этапе backtable. В одиннадцати случаях была выполнена реконструкция почечных артерий трансплантата по типу «бок в бок» и в 3 случаях – по типу «конец в бок». Что касается почечных вен, в двух случаях одна из вен, меньшего диаметра, была перевя-

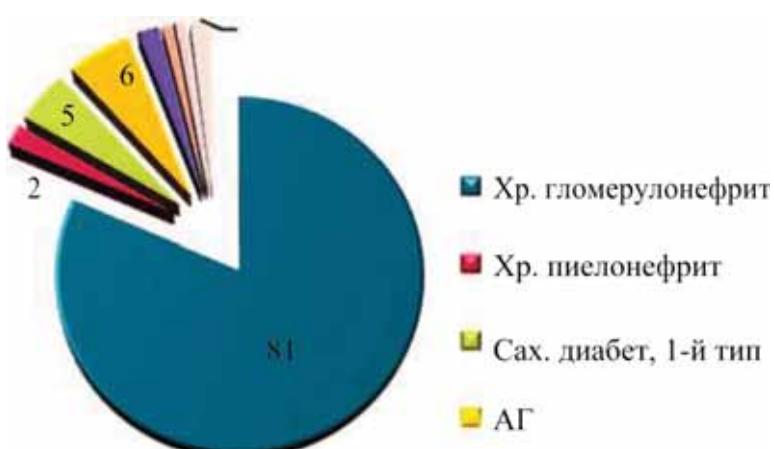


Рис. 1.

Причины возникновения ТХПН

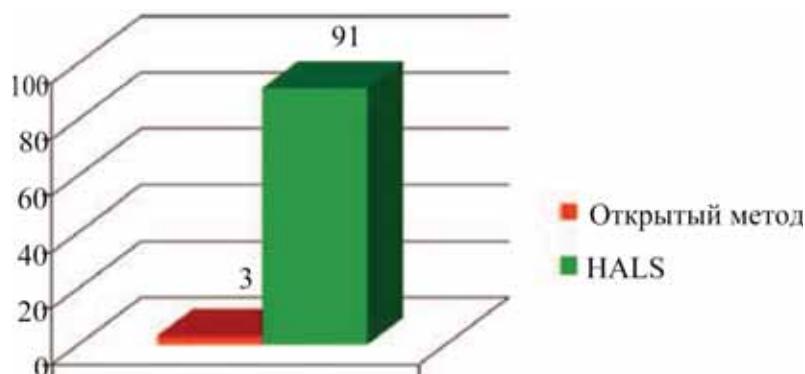
Fig. 1.

The causes of ESRD

Рис. 2.

По методу забора почки

Fig. 2.
Method of kidney
harvesting



зана; в третьем случае обе вены были объединены в один ствол анастомозом по типу «бок в бок».

В 62 случаях артериальный анастомоз был выполнен между почечной артерией донорской почки и наружной подвздошной артерией реципиента по принципу «конец в бок»; в 38 случаях был выполнен артериальный анастомоз по принципу «конец в конец» между почечной артерией трансплантата и внутренней подвздошной артерией реципиента;

в двух случаях основной ствол почечной артерии с наружной подвздошной артерией реципиента по принципу «конец в бок» и нижнеполюсная почечная артерия с нижней эпигастральной артерией «конец в конец».

Во всех случаях венозный анастомоз был выполнен по принципу «конец в бок» между почечной веной трансплантата почки и наружной подвздошной веной реципиента. Уретеронеостоанастомоз был выполнен во всех случаях по методу Лича–Грегуара со стентированием JJ-стентами 6 Fr.

Нами были использованы следующие протоколы иммуносупрессии: в 98,1% случаев в качестве индукционной терапии применялся блокатор IL-2 рецепторов – базиликсимаб и в 1,9% случаев – антитимоцитарный глобулин. Интраоперационно всем реципиентам вводился солумедрол, с последующей ежедневной, в течение 2 послеоперационных дней, редукцией и последующим переходом на таблетированный преднизолон. В плане послеоперационной иммуносупрессии 59 пациентов получали таクロлиму, миофенолата мофетил (ММФ) и преднизолон; 3 пациента получали циклоспорин, миофенолата мофетил и преднизолон. С целью снизить риск токсического воздействия препаратов на организм реципиента в течение 14 сут после операции, с постепенной редукцией дозы, прием преднизолона прекращался. Каждый раз дозы и схемы иммуносупрессивной терапии подбирались индивидуально.

Условно разделив осложнения после АТП на две группы (хирургические и нехирургические), к

наиболее тяжелым хирургическим осложнениям отнесли тромбозы, стенозы сосудистых анастомозов.

Двоих пациентов в раннем послеоперационном периоде получали гемодиализ по причине отсроченной функции трансплантата. В клинической практике сосудистые осложнения после трансплантации почки являются весьма серьезной проблемой, поскольку при поздней диагностике и отсутствии своевременного лечения приводят к развитию быстропрогрессирующей дисфункции и скорейшей утрате почечного аллотрансплантата. Частота развития подобных осложнений колеблется от 0,5 до 8% [1], составляя в среднем около 2% [9, 12, 17]. Среди сосудистых осложнений выделяют тромбозы и стенозы артерий почечного аллотрансплантата.

В интраоперационном периоде тромбоз почечной артерии почечного аллотрансплантата у нас наблюдался во время операции в одном случае и в одном случае – сужение артериального анастомоза 2%. В обоих случаях были выполнены повторная консервация трансплантата почки, реконструкция артериального анастомоза с восстановлением функции органов. Функция трансплантата немедленная.

В одном случае наступила фибрилляция предсердий в момент катетеризации яремной вены, проведена дефибрилляция, операция продолжена. В одном случае – синдром злокачественной гипертермии (за 1 ч до окончания операции повышение температуры тела до 41 °C). Проведено обкладывание льдом, промывание желудка через назогастральный зонд холодным раствором, отмена фентанила, миорелаксантов, дальнейшее ведение анестезии на пропофоле. В ОАРИТ: через 15 мин после перевода из операционной на фоне интенсивной терапии наблюдается остановка сердечной деятельности, восстановленная кардиореанимационными мероприятиями в течение 5 мин. Нормализация температуры тела через 3 ч.

Послеоперационный период в 12 случаях осложнился гематомой ложа трансплантата почки:

реоперация, санация, дополнительный гемостаз. В одном случае произошло расслоение интимы наружной подвздошной артерии. Произведена повторная консервация трансплантата почки, ушивание дефекта наружной подвздошной артерии, артериальный реанастомоз с внутренней подвздошной артерией.

Функция трансплантата немедленная.

В одном случае имело место расслоение наружной подвздошной артерии и наружной подвздошной вены – гематома послеоперационной раны и интраоперационное массивное кровотечение:

трансплантатэктомия, ушивание дефекта наружной подвздошной вены, протезирование правой наружной подвздошной артерии (36-е сут после аллотрансплантации почки и 13-е сут после выписки из стационара). Произведено удаление инфицированного сосудистого протеза, перевязка общей подвздошной артерии справа, перекрестное шунтирование наружной подвздошной артерии слева на правую общую бедренную артерию (60–61-е сут. после аллотрансплантации почки).

В одном случае развилась структура дистального отдела мочеточника – выполнена реконструкция уретеронеоцистоанастомоза со стентированием мочеточника (на 83-и сут), и в одном случае – несостоятельность уретеронеоцистоанастомоза (на вторые сутки после операции в связи с неадекватным функционированием уретрального катетера) – реоперация, реконструкция уретеронеоцистоанастомоза с внутрипузырным мочеточниковым анастомозом и стентированием мочеточника.

Острое отторжение трансплантата (криз отторжения) может развиваться на любых сроках после пересадки органов. По данным литературы, чаще всего оно встречается в раннем посттрансплантационном периоде (до 70% в течение первых трех месяцев после пересадки).

В нашей клинике этот показатель составляет 8 (8%) случаев. Общее количество нехирургических осложнений составило 12 случаев (12%) – острый криз отторжения – 8 случаев, канальцевый некроз – 2, острый инфаркт миокарда – 1, потеря трансплантата на фоне активации ЦМВ-инфекции и позднего обращения пациента в стационар – 1 случай.

Причинами развития осложнений у реципиентов явились: сахарный диабет 1-го типа – 2 пациента, артериальная гипертензия – 2 пациента, хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма – 8 пациентов в анамнезе. В двух случаях пересадка почки была проведена от доноров со смертью головного мозга и в 10 – от родственных доноров. К основным факто-

рам, которые могли стать причиной развивающейся ТХПН, следует отнести предтрансплантационную подготовку, число совпадений по HLA-системе, результат кросс-матча, а также длительность холодовой ишемии трансплантата.

Дисфункцию трансплантата констатировали по повышению креатинина сыворотки. При внезапном повышении креатинина, при отсутствии подозрений на какие-либо иные причины дисфункции ренальных аллотрансплантатов устанавливали клинический диагноз «острое отторжение» и проводили пульс-терапию метилпреднизолоном (внутривенное введение препарата 3 дня подряд по 500–1000 мг, до суммарной дозы 1,5–3 г). В ряде случаев проводили биопсию трансплантата с морфологическим исследованием. При постепенном повышении креатинина, что, как правило, наблюдалось в позднем посттрансплантационном периоде, также проводили морфологическую диагностику характера поражения ренальных аллотрансплантатов.

Обсуждение

Результаты первых 100 трансплантаций почки позволяют с надеждой смотреть в будущее. Накопленный опыт поможет избежать многих осложнений, и таким образом, улучшить отдаленные результаты. Все пациенты после трансплантации почки находятся под наблюдением нефролога и трансплантолога по месту жительства после выписки из стационара. Выживаемость составила 98% (98 человек). В отдаленные сроки умерли два пациента: у одного при самостоятельном нарушении режима иммуносупрессивной терапии развился криз отторжения трансплантата, у одного причиной смерти были гнойно-септические осложнения перелома шейки бедра спустя 11 мес. после трансплантации почки. Выживаемость реципиентов в первые 12 мес. после АТП, которая составила 98%, соответствует данным мировой статистики и результатам регистра The international society for heart & lung transplantation 95–98% (17).

Благодаря тому что технические возможности клиники соответствуют самым высоким требованиям и организована служба диспансерного наблюдения за больными с пересаженной почкой, удается вовремя выявлять осложнения и проводить их коррекцию, как хирургическую, так и терапевтическую.

На основании изучения клинико-психологического статуса потенциального реципиента с помощью современных методик диагностики разработан план психокоррекционных мероприятий для достижения лучших результатов психологической адаптации больных к операции

и последующему лечению. Более того, психологическое сопровождение больного в отдаленные сроки после АТП позволяет контролировать приверженность больного к иммunoсупрессивной терапии и своевременно выявлять нарушения режима приема препаратов, что предотвращает развитие отторжения в трансплантате.

Заболевания, послужившие причиной ТХПН, способны сократить срок жизни трансплантата, поэтому лечение и профилактика развивающегося осложнения остаются актуальной задачей.

Заключение

На основании данных исследований, проводимых с использованием современных методов лучевой диагностики для планирования способа оперативного лечения, при адекватной селекции органов, предлагаемых для трансплантации, можно улучшить непосредственные результаты АТП.

Индивидуализация иммunoсупрессии может привести к уменьшению осложнений, развивающихся после АТП, а также улучшению отдаленных результатов.

На сегодняшний день в Республике Казахстан преобладает трансплантация почки от живого родственного донора. Это позволяет

получать лучшего качества донорские органы и иметь при этом более благоприятный исход в сравнении с трансплантацией почки от умершего донора. Существует риск развития осложнений у доноров почки, что повышает ответственность в проведении данных операций. Правильная организация службы трансплантологии с качественным обследованием донорских пар, подготовка специалистов во всех необходимых для данного процесса отраслях, внедрение в практику лапароскопического мануально-ассистированного забора донорской почки и всех современных протоколов ведения пациентов в послеоперационном периоде позволяют максимально избежать возможных осложнений как у доноров почки, так и у реципиентов, а также получить качественную функцию почечных трансплантатов.

Существенный фактор – формирование положительного отношения общества к донорству и трансплантации. Необходимо правильно ориентированная государственная информационная политика, постоянное сотрудничество со средствами массовой информации по организации и проведению информационно просветительских программ, взаимодействие с представителями основных религиозных конфессий.

Литература

1. Национальное руководство по нефрологии / Под ред. Н.А. Мухина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009: 716.
2. Трансплантация почки / Под ред. Т. Калбл, А. Алкарэз, К. Будде и соавт. М.: АБВ-пресс, 2010.
3. Готье СВ, Мойсюк ЯГ, Хомяков СМ, Ибрагимова ОС. Органное донорство и трансплантация в Российской Федерации в 2011 г. IV сообщение регистра Российского трансплантологического общества. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2012; XIV (3): 6–18.
4. Значение трансплантации почки в мире. Г.Г. Гарсия, П. Харден. Д. Чапмен. Современная медицинская наука. 2012; 1: 147–157. D.2012; 1: 147–157.
5. Ким ИГ, Столяревич ЕС, Артиухина ЛЮ, Фролова НФ, Федорова НД, Томилина НА. Влияние режима поддерживающей иммunoсупрессивной терапии на отдаленные результаты трансплантации почки. Нефрология и диализ. 2012; 14 (1): 41–47.
6. Готье СВ, Хомяков СМ. Оценка потребности населения в трансплантации органов, донорского ресурса и планирование эффективной сети центров трансплантации. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2013; XV (3): 11–24.
7. Готье СВ, Хомяков СМ. Обоснование рационального числа центров трансплантации и донорских баз в Российской Федерации, их географии и номенклатуры. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2013; XV (4): 5–15.
8. Трансплантация почки / Под ред. Г.М. Данович. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

References

1. Natio-nal nephrologic texstbook / Formulation of N.A. Muchin. M.: GEOTAR-Media, 2009: 716.
2. Kidney transplantation / Formulation of T. Kalble, A. Alcaraz, Budde et al. M.: ABV-press, 2010.
3. Gautier SV, Moysyuk YG, Khomyakov SM, Ibragimova OS. Organ donation and transplan-tation in Russian Federation in 2011 (IV report of Nati-onal Registry). Vestnik transplantologii i iskusstvennykh organov. 2012; XI IV (3): 6–18. [In Rus]
4. The significance of kidney transplantation in the world. G.G. Garsia, P. Harden, Chapmen. Sovremen-naja medicinskaja nauka. 2012; 1: 147–157.
5. Kim IG, Stolyarevich ES, Artjuchina LU, Frolova NF, Fedorova ND, Tomilina NA. The impact of regimen of sustaining immunosuppressive therapy to distant results of kidney transplantation. Nephrology and Di-alysis. 2012; 14 (1): 41–47.
6. Gautier SV, Khomyakov SM. Assessment of require-ment of the population in the organ transplantation, the donor resource and planning of the effective net-work of medical organizations (the Centers of Trans-plantation). Vestnik transplantologii i iskusstvennykh organov. 2013; XV (3): 11–24. [In Rus]
7. Gautier SV, Kho-myakov SM. Justification of the rational number of the centers of transplantation in the Russian Federation, their geography and nomen-clatures. Vestnik transplantologii i iskusstvennykh organov. 2013; XV (4): 5–15. [In Rus]
8. Kidney transplantation / For-mulationof G.M. Danovich. M.: GEOTAR-Media, 2013.

9. Баймаканов ББ, Кыжыров ЖН, Сахипов ММ, Чорманов АТ, Ибрагимов РП, Байдаулетов ЖЖ, Стамкулов ФТ. Совершенствование технологии трансплантации родственной почки. Вестник Казахского национального медицинского университета. 2013; 1: 199–201.
10. Трансплантология / Под ред. В.И. Шумакова. М., 2006.
11. Столляр АГ, Будкарь ЛН, Климушева НФ, Лесняк ОМ. Улучшение результатов трансплантации почки. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2014; 4: 55–61.
12. Хубутия МШ, Пинчук АВ, Шмарина НВ, Дмитриев ИВ, Сторожев РВ, Коков ЛС и др. Сосудистые осложнения после трансплантации почки. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2013; 4: 31–39.
13. Kukla A, Elshahawi Y, Leister E et al. GFR – estimating models in kidney transplant recipients on a steroid-free regimen. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2010; 25; 1: 1653–1661.
14. Letoza RM, Martinez BP, Fernandes AM et al. Prevalence and risk factors of post-transplant anemia. A longitudinal study. *Transplant International*. 2009; 22; 2: 164 –165.
15. Ratner LE, Ciseck LJ, Moore RG, Cigarroa FG, Kaufman HS, Kavoussi LR. Laparoscopic live donor nephrectomy. *Transplantation*. 1995; 60: 1047–1049.
16. International figures on donation and transplantation – 2012. *Newsletter transplant*. September 2013; 18 (1): 35–62.
17. The international society for heart & lung transplantation. <http://www.ishlt.org>.
9. Baimakhanov BB, Kyzhyrov ZhN, Sakhi-pov MM, Chormanov AT, Kurdekaev KK, Ibragimov RP, Baidaulletov ZhZh, Stamkulov FT. The improvement of technology related kidney transplantation. *Vestnik Kaz-NMU*. 2013; 1: 199–201.
10. Transplantation / Ed. I. Shumakova. M., 2006.
11. Stolyar AG, Budkar LN, Klimusheva NF, Lesnjak OM. Improvement of results of kidney transplantation. *Vestnik transplantologii i iskusstvennykh organov*. 2014; 4: 55–61.
12. Khubutia MSh, Pinchuk AV, Shmarina NV, Dmitriev IV, Storozhev RV, Kokov LS et al. Vascular complications after kidney transplantation. *Vestnik transplantologii i iskusstvennykh organov*. 2013; 4: 31–39.
13. Kukla A, Elshahawi Y, Leister E et al. GFR – estimating models in kidney transplant recipients on a steroid-free regimen. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2010; 25; 1: 1653–1661.
14. Letoza RM, Martinez BP, Fernandes AM et al. Prevalence and risk factors of posttransplant anemia. A longitudinal study. *Transplant International*. 2009; 22; 2: 164–165.
15. Ratner LE, Ciseck LJ, Moore RG, Cigarroa FG, Kaufman HS, Kavoussi LR. Laparoscopic live donor nephrectomy. *Transplantation*. 1995; 60: 1047–1049.
16. International figures on donation and transplantation – 2012. *Newsletter transplant*. September 2013; 18 (1): 35–62.
17. The international society for heart & lung transplantation. <http://www.ishlt.org>.

III. ХИРУРГИЯ

УДК 616.12_07_617_089.844

ОБ АВТОРАХ

Тулеутаев Р.М. –

Заведующий отделением
кардиохирургии Национального
Научного Центра хирургии им. А.Н.
Сызганова.

e-mail: rustemtuleutayev@gmail.com
Железнев С.И. –

Заведующий отделением приоб-
ретенных пороков сердца ФГБУНИИ
Патологии Кровообращения им. Е.Н.

Мешалкина

Абзалиев К.Б. –

И.О. заведующего кафедры сердечно-
сосудистой и эндovаскулярной
хирургии КАЗМУНО.

Ракишев Б.А. –

Врач-кардиохирург отделения
кардиохирургии Национального
Научного Центра хирургии им. А.Н.

Сызганова.

Ким Ю.А. –

Врач – кардиолог отделения
кардиохирургии Национального
Научного Центра хирургии им. А.Н.

Сызганова.

Ибрагимов Т.Ю. –

Врач-кардиохирург отделения
кардиохирургии Национального
Научного Центра хирургии им. А.Н.

Сызганова.

Ключевые слова

пролапс митрального клапана,
миксоматозная дегенерация,
мезенхимальная дисплазия.

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Тулеутаев Р.М. –

Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми
хирургия орталығының кардиохирургия
белгілінін менгерушісі
e-mail: rustemtuleutayev@gmail.com
Железнев С.И. –

Мешалкин атындағы қан айналымы
патологиясының ғылыми зерттеу
институтының жүре пайда болған
жүрек кемістірі бөлімінін менгерушісі

Абзалиев К. Б. –

Қазақ медициналық үздікісінің
білім беру университетінің жүрек тамыр
және эндovаскуляр хирургия
кафедрасының менгерушісі

Ракишев Б.А. –

Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми
хирургия орталығының кардиохирургия
дарігері

Ким Ю.А. –

Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми
хирургия орталығының кардиохирургия
дарігері

Ибрагимов Т.Ю. –

Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми
хирургия орталығының кардиохирургия
дарігері

Тұйын сөздер

митралды қақпашасының
пролапсы, миксоматозды
дегенерация, мезенхимальды
дисплазия

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НА ФОНЕ МИКСОМАТОЗНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

**1Тулеутаев Р.М., Железнев С.И., 2Абзалиев К.Б.,
Ракишев Б.А., Ким Ю.А. Ибрагимов Т.Ю.**

1Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова,

2Казахский медицинский университет непрерывного образования

Аннотация

Целью исследования являлось оценка и сравнение результатов реконструкции митрального клапана у пациентов с выраженной митральной недостаточностью вследствие мезенхимальной дисплазии и пролапса задней створки митрального клапана, а также выявить преимущества и недостатки методов хирургической коррекции.

В исследование вошли 94 пациента ННИИПК им. Е.Н Мешалкина в период с 2009 по 2013 гг. с изолированным пролапсом задней створки митрального клапана, требующие реконструктивной операции на митральном клапане. Группа, которым выполнено протезирование хорд МК составила 47 пациентов и группа, которой выполнили резекционную технику n=47. В группе с применением протезирования хорд МК летальный исход в отдаленные сроки был у 1 (2,1%) пациента и обусловлен двухсторонней пневмонией. Выживаемость на отдаленном этапе составила 97,8%. ФК по NYHA снизился от 2,7 до 1,3 в группе протезирования хорд, и от 2,7 до 1,2 в группе с применением резекционной техники. Исследование показало, что использование метода протезирования хорд и резекционной техникой для реконструкции митрального клапана является надежной и выполнимой процедурой. Выбор метода реконструкции митрального клапана может быть определен в зависимости от предпочтения хирурга, в виду хороших результатов обеих методов.

**Миксоматозды дегенерация жағдайында митраль қақпашасының пролапс
кеңіндегі хирургиялық емдеу нәтижелері**

**1Төлеутаев Р.М., Железнев С.И., 2Абзалиев К.Б.,
Ракишев Б.А., Ким Ю.А. Ибрагимов Т.Ю.**

1А.Н. Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы,

2Казақ медициналық үздікісінің білім беру университеті

Аннотация

Зерттеу мақсаты пациенттің мезенхималды дисплазиясы мен митраль қақпашасының арқы жармасындағы пролапсының салдарынан айқын байқалатын митраль жетіспеушілігімен митраль қақпашасын реконструкциялау нәтижелерін бағалау және салыстыру, сондай-ақ хирургиялық арапасып түзеу әдістерінің артықшылықтары мен кемшіліктерін анықтау болып табылады.

Атамыш зерттеуге Е.Н Мешалкин атындағы ҰФПКЗИ митраль қақпашасында реконструктивтік ота жасауын талап ететін митраль қақпашасындағы арқы жармасының оқшауланған пролапсымен 2009 жылдан бастап 2013 жылға дейінгі мерзімдегі қадағалауға алынған 94 пациент кірді.

МК желісін протездерден тобы және n=47 резекциялық техника тәсілін жасаған топты 47 пациентті құрады. МК желісін протездеуді қолданған тобында өлім-жітім оқиғасы қашықтағы мерзімдерінде 1 (2,1%) пациентте болды және де ондай жайт екіжақты пневмония салдарынан орын алған. Қашықтық кезеңіндегі тірі қалу қабілеттілігі 97,8% құрады. Желілерді протездеу тобындағы NYHA бойынша ФК 2,7-ден 1,3-ке дейін теменделді және резекциялау техникасын қолданған тобында 2,7-ден 1,2-ге дейін төмендегендегін көрсетті. Митраль қақпашасын реконструкциялау үшін желілерді протездеу мен резекциялау техникасын қолдану әдісі сенімді және нәтижелі емшара екендігін атапты зерттеу көрсетті. Қос әдістің сәтті нәтижелілігіне байланысты, митраль қақпашасын реконструкциялау әдісін таңдауда хирургтың қалауы көрсетпек.

Results of surgical treatment of mitral valve prolapse with myxomatous degeneration

¹Toletaev RM, ., Zheleznev S.I., ²Abzaliev KB., Rakishev B.A., Kim J.A. Ibragimov T.J.

¹National Scientific Center of Surgery. AN Syzganov,
²Kazakh Medical University of Continuing Education

ABOUT THE AUTHORS

Tuleutayev R.M. –
National scientific center of surgery
named after Syzganov, Head of
cardiac surgery department
e-mail: rustemtuleutayev@gmail.com

Zheleznev S.I. –
Novosibirsk Research institute of
circulation pathology named after
Meshakin, Head of acquired heart
disease department

Abzaliev K.B. –
Head of the chair of cardiovascular
and endovascular surgery Kazakh
Medical University of continuing
education

Rakishev B.A. –
National scientific center of surgery
named after Syzganov, cardiac
surgeon

Kim J.A. –
National scientific center of surgery
named after Syzganov, cardiologist

Ibragimov T.Y –
National scientific center of surgery
named after Syzganov, cardiac
surgeon

Abstract

The aim of the study was to evaluate and compare the results of mitral valve reconstruction in patients with severe mitral regurgitation due to prolapse mesenchymal dysplasia and posterior leaflet of the mitral valve, and to identify the advantages and disadvantages of surgical correction methods.

The study includes 94 patients Meshalkin's NSRIBCP in the period from 2009 to 2013 with isolated posterior leaflet prolapse of mitral valve, requiring reconstructive surgery on the mitral valve. The group, which is made prosthetics chords MV was 47 patients and the group, which performed resection n = 47 technique. In the group with MV prosthetic chordae death was in the late periods in 1 (2.1%) is due to the patient and bilateral pneumonia. Survival on a distant stage was 97.8%. NYHA by FC decreased from 2.7 to 1.3 in the group of prosthetic chordae, and from 2.7 to 1.2 in the group with resection techniques. The study showed that the use of prosthetics chords and resection techniques for the reconstruction of the mitral valve is safe and feasible procedure. Selection of mitral valve reconstruction method may be determined depending on the surgeon's preference, since good results of both methods.

Актуальность

Наиболее частым показанием к реконструкции митрального клапана, в настоящее время является пролапс митрального клапана вследствие миксоматозной дегенерации [1]. При этом чаще всего встречается отрыв хорд и пролапс задней створки, занимая долю до 49% пациентов [2]. Процедурой выбора для коррекции митральной недостаточности является клапаноохраняющая операция ввиду его низкой доли осложнений, смертности и благоприятного влияния на функцию левого желудочка, по сравнению с протезированием клапана [3,4]. Принимая во внимание результаты пластики митрального клапана, было рекомендовано выполнение операции даже у бессимптомных пациентов [5].

В литературе описано множество техник реконструкции митрального клапана [6,7,8], однако при пролапсе задней створки наиболее часто используется резекционная техника, введенная в практику с 1983 года французским хирургом Carpentier [6]. Хотя данная методика показала свою хорошую эффективность, недостатком является уменьшение площади и подвижности задней створки, тем самым, исключая физиологическую роль последней [9]. Учитывая вышеизложенное были предложены новые методы с использованием нитей из PTFE сохраняющие целостность задней створки [8,10].

Несмотря на хорошие результаты обоих методов реконструкции митрального клапана, каких

либо явных преимуществ определенного метода не было выявлено.

Целью нашего проспективного, рандомизированного исследования являлось оценка и сравнение результатов реконструкции митрального клапана у пациентов с выраженной митральной недостаточностью вследствие мезенхимальной дисплазии и пролапса задней створки митрального клапана, а также выявить преимущества и недостатки методов хирургической коррекции.

Материалы и методы. Пациенты с изолированным пролапсом задней створки митрального клапана, требующие реконструктивной операции на митральном клапане в ННИИПК им ак. Е.Н Мешалкина в период с 2009 по 2013 гг и соответствующие критериям включения и исключения. Количественные данные представлены в виде медианы (25; 75 процентиль), качественные признаки как число (%). представлена в таблице 1.

Дизайн исследования был разработан в соответствии с международными рекомендациями для рандомизированных контролируемых исследований [11].

На дооперационном этапе проведена слепая рандомизация на две группы: резекционная техника и методика протезирования хорд.

Все операции выполнены в условиях нормотермического ИК, кардиоплегия в корень аорты раствором Бретшнейдера, доступ к митральному клапану через левое предсердие. Периоперационные данные представлены в таблице 2. Коли-

Keywords

mitral valve prolapse, resection
technic, chords prosthetic
surgery, myxomatous
degeneration.

Таблица 1.
Демографические и клинические показатели.

	Группа протезирования хорд МК (n=47)	Группа резекционной техники (n=47)	p
Мужчины	31 (66%)	25 (53,2%)	
Женщины	16 (34%)	22 (46,8%)	0,29
Возраст, лет	57 (46; 63)	55 (47; 62)	0,76
Индекс массы тела	25,4 (23,1; 28,9)	25,7 (23,1; 28,5)	0,87
Площадь поверхности тела, м ²	2,0 (1,7; 2,2)	1,9 (1,8; 2,0)	0,37
Класс сердечной недостаточности по NYHA			
Первый	2 (4,3%)	2 (4,3%)	
Второй	12 (25,5%)	12 (25,5%)	
Третий	33 (70,2%)	31 (66%)	0,72
Четвертый	0	2 (4,3%)	
Артериальная гипертензия	36 (76,6%)	35 (74,5%)	1,00
Трепетание предсердий	1 (2,1%)	3 (6,4%)	0,36
Пароксизмальная ФП	1 (2,1%)	3 (6,4%)	0,36
Персистирующая ФП	1 (2,1%)	2 (4,3%)	1,00
Длительно Персистирующая ФП	9 (19,1%)	7 (14,9%)	0,78
Сердечно-легочный коэффициент	54 (49; 60)	54 (49; 57)	0,32
Тип коронарного кровотока			
Правый	33 (70,2%)	30 (63,8%)	
Левый	4 (8,5%)	3 (6,4%)	
сбалансированный	2 (4,3%)	6 (12,8%)	0,34
Стенозы коронарных артерий	10 (21,3%)	8 (17%)	0,60

Таблица 2.
Периоперационные показатели.

Периоперационные данные	Группа протезирования хорд МК (n=47)	Группа резекционной техники (n=47)	p
Длительность ИК, мин	159 (130; 191)	105 (84; 138)	<0,01
Длительность окклюзии аорты, мин	115 (94; 134)	77 (59; 104)	<0,01
Резецированный сегмент ЗСМК	2 -- 3	42 (89,4%) -- 5 (10,6%)	--
Количество хорд ePTFE	4 (4; 7)	--	--
N опорного кольца МК	32 (30; 34)	30 (28; 32)	0,03
Пластика ТК опорным кольцом	19 (40,4%)	11 (23,4%)	0,12
РЧ абляция предсердий	10 (21,3%)	6 (12,8%)	0,41

чественные данные представлены в виде медианы (25; 75 процентиль), качественные признаки представлены как число (%).

Техника выполненных нами реконструктивных операции хорошо описана в литературе [6,8,9,10]. В группе резекционной техники выполнялась стандартная триангулярная или квадиангулярная створок со сшиванием оставшихся краев створки отдельными узловыми швами, также при необходимости выполнялась пликация фиброзного кольца или *sliding* техника. В группе протезирование хорд использовалась методика «петель» [8,10] с применением специального калибратора для измерения длины необходимой петли. Как метод определение длины мы использовали длину хорд сегмента P1, так как данный

сегмент митрального клапана практически интактен при соединительнотканной дисплазии. У всех пациентов в обеих группах реконструктивные вмешательства были дополнены аннуляпластикой стандартным ригидным опорным кольцом (Мединж, Пенза). Размер опорного кольца определялся измерителем в соответствии с площадью передней створки митрального клапана и межтреульногого расстояния.

Медиана (25; 75 процентиль) времени наблюдения составила 720 (499; 975) и 776 (555; 1031) дней в группах с применением протезирования хорд митрального клапана и резекционной техники, соответственно ($p=0,70$).

Контрольное ЭХОКГ выполнялось интраоперационно, в период госпитализации и в отда-

ленном периоде после выписки из стационара. Интраоперационное ЭХКОГ и в госпитальном периоде выполнена у 100% пациентов, в отдаленном периоде у 97,8% пациентов в каждой группе.

Внутригрупповые сравнения количественных признаков производились с применением теста Фридмана. Для последующих попарных сравнений использовался тест Вилкоксона для зависимых выборок с поправкой уровня значимости по Бонферрони. Анализ выживаемости выполнялся с применением моделей пропорциональных интенсивностей. Функция выживаемости рассчитывалась с использованием метода Каплана-Майера. Для сравнения функций выживаемости в двух группах использовался лог-ранк тест.

Для анализа категориальных конечных точек применялась логистическая регрессия (бинарная при количестве категорий равной двум и одинарная при количестве категорий более двух).

Результаты

Демографические и клинические показатели двух групп пациентов представлены в таблице 1, каких либо значимых межгрупповых различий не было выявлено.

Реконструкция митрального клапана выполнена у всех пациентов обеих групп. В таблице 2 показаны periоперационные данные двух групп пациентов. В группе протезирования хорд нитями ePTFE отмечены более длительное время ИК и ОА, а также использованы опорные кольца большего размера.

В группе резекционной техники пластики митрального клапана триангулярная резекция применялась у 31 (66%) и квадиангулярная резекция

у 16 (34%) пациентов. Чаще всего был резецирован P2 сегмент ЗСМК 42 (89,4%). В группе протезирования хорд нитями ePTFE среднее число использованных хорд составило 4 (4;7)

У всех пациентов обеих групп исходная выраженная степень МР снизилась в ближайшем послеоперационном периоде до 2 степени у 2,2% пациентов в обеих группах и до 1 степени у 6,5% пациентов в группе протезирования хорд и у 13% пациентов в группе резекционной техники, у остальных пациентов не отмечено митральной регургитации. Осложнений операции в двух группах, как переднесистолическое движение створок митрального клапана не отмечено. В таблице 3 мы показали что, такие динамные как, степень МР, ФВ ЛЖ, размер ЛП, КДРЛЖ и КДОЛЖ, давление в ЛА значительно изменились после операции по сравнению с исходными цифрами. Однако мы не отметили разницы между группами в этих показателях.

Стоит отметить что, у пациентов которых применялась методика протезирование хорд длина линии коаптации превышала аналогичную длину в группе с резекционной техникой и составило 8,9 (7,3; 9,5) мм. и 7,0 (6,1; 7,2) мм. соответственно ($p < 0,01$).

В раннем периоде после операции летальности не было, и выживаемость составила 100% в двух группах. Случаев продленного ИВЛ, заместительной почечной терапии, эмболических и геморрагических осложнений не отмечено. В группе резекционной техники на первые сутки после операции выполнялась рестернотомия с целью гемостаза у 1 (2,2%) пациента, во второй группе аналогичное осложнение не наблюдалось.

Таблица 3.
ЭХОкардиографические результаты до и после операции

1 Выраженная степень МР	До операции	После операции	P
Протезирование хорд	47 (100%)	0	<0,01
Резекционная техника	47 (100%)	0	<0,01
ФВ ЛЖ %	До операции	После операции	
Протезирование хорд	69 (62;73)	60 (53;66)	<0,01
Резекционная техника	68 (61;74)	63 (55;67)	<0,01
КДРЛЖ см	До операции	После операции	
Протезирование хорд	5,8 (5,3;6,3)	4,9 (4,6;5,2)	<0,01
Резекционная техника	5,8 (5,5;6,1)	4,8 (4,5;5,2)	<0,01
КДОЛЖ мл	До операции	После операции	
Протезирование хорд	168 (139;205)	112 (94;132)	<0,01
Резекционная техника	167 (137;192)	112 (94;132)	<0,01
Размер ЛП	До операции	После операции	
Протезирование хорд	5,4 (4,9;6,0)	4,6 (4,3;5,1)	<0,01
Резекционная техника	5,2 (4,9;5,7)	4,5 (4,2;4,8)	<0,01
Давление в ЛА	До операции	После операции	
Протезирование хорд	50 (45;60)	30 (27;35)	<0,01
Резекционная техника	48 (45;57)	30 (29;36)	<0,01

Таблица 4.
Осложнения госпитального периода

	Группа протезирования хорд МК (n=47)	Группа резекционной техники (n=47)	P
Кровотечение	0	1 (2,1%)	1,00
Инфекционный эндокардит	1 (2,1%)	3 (6,4%)	0,62
Имплантация ЭКС	3 (6,4%)	1 (2,1%)	0,36

лось. Инфекционный эндокардит оперированного клапана наблюдался у 1 (2,2 %) пациента в группе протезирование хорд и у 3 (6,4) пациентов в группе резекционной техники, все пациенты излечены антибактериальной терапией и не требовалась реоперация. В группе протезирования хорд хирургическая РЧА выполнялась у 10 (21,3 %) пациентов, у 6 из 10 наблюдалась дисфункция синусового узла и проводилась временная электрокардиостимуляция. Трем из шести пациентов имплантирован двухкамерный кардиостимулятор в связи со стойкой брадиаритмией. В группе резекционной техники хирургическая РЧА выполнена у 6 (12,8%) пациентов, дисфункция синусового узла наблюдалась в 5 случаях, однако только одному пациенту потребовалась имплантация двухкамерного кардиостимулятора

Согласно данным эхокардиографического исследования, при выписке $MP \geq 2$ -й степени была зафиксирована в 1 (2,1%) случае в обеих группах. Таким образом, свобода от возвратной $MP \geq 2$ -й степени в госпитальном периоде составила 97,8% в обеих группах, достоверных межгрупповых различий обнаружено не было.

В процессе наблюдения после выписки и на момент оценки отдаленных результатов не было отмечено тромбоэмболических осложнений, инфаркта миокарда, инсульта, эндокардита и реоперации по поводу клапанной патологии.

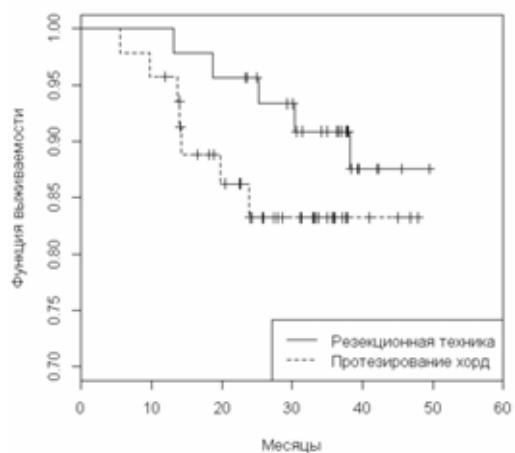
В группе с применением протезирования хорд МК 1 (2,1%) летальный исход в отдаленные сроки после операции был обусловлен двухсторонней пневмонией, таким образом, выживаемость на отдаленном этапе составила 97,8%. В группе с использованием резекционной техники летальных исходов не было, выживаемость на отдаленном этапе наблюдения составила 100%.

Достоверных межгрупповых различий выживаемости на ближайшем и отдаленном периодах наблюдения обнаружено не было. Средний ФК по NYHA снизился от 2,7 до 1,3 в группе протезирования хорд, и от 2,7 до 1,2 в группе с применением резекционной техники.

Свобода от возвратной $MP \geq 2$ -й степени в отдаленном периоде составила 87,5% (95% ДИ 77,6%-98,6%) в группе с использованием резекционной техники и 83,4% (95% ДИ 72,7%-95,6%) в группе с применением протезирования хорд МК.

Статистически достоверных межгрупповых различий функции выживаемости в отношении свободы от возвратной MP обнаружено не было ($p=0,22$). (Рисунок 1).

Свобода от возвратной митральной регургитации



Эхокардиографические показатели в отдаленном послеоперационном периоде представлены в таблице 5. Количественные данные представлены как медиана (25; 75 процентиль), качественные признаки представлены как число (%).

Рис. 1
Кривые функции выживаемости в отношении свободы от возвратной митральной регургитации

Таблица 5.
Эхокардиографические показатели в отдаленном послеоперационном периоде.

	Группа протезирования хорд МК (n=47)	Группа резекционной техники (n=47)	P
Размер левого предсердия, см	4,4 (3,9; 4,8)	4,5 (4,2; 4,9)	0,26
КДР левого желудочка, см	4,8 (4,5; 5,1)	4,8 (4,5; 5,1)	0,81
КДО левого желудочка, мл	108 (92; 125)	104 (95; 124)	0,96
КСО левого желудочка, мл	39 (30; 51)	32 (28; 44)	0,13
ФВ левого желудочка, %	61 (58; 67)	68 (61; 70)	0,21
Средний градиент на МК, мм рт. ст.	3,0 (2,2; 3,5)	3,3 (2,4; 4,3)	0,07
Площадь отверстия МК, см^2 (по Допплеру)	3,2 (3,0; 3,4)	3,2 (2,9; 3,3)	0,51
Давление в легочной артерии, мм рт. ст.	30 (27; 34)	30 (27; 34)	0,81

Обсуждение полученных результатов

Митральная недостаточность наиболее часто вызывается пролапсом митрального клапана вследствие удлинения или отрыва подклапанных хорд [12]. При этом чаще всего встречается изолированное поражение задней створки [13]. Хотя техника с использованием нитей из ePTFE для протезирования хорд применялась в основном при пролапсе передней створки, а классической техникой при пролапсе задней створки митрального клапана являлась резекционная техника введенная в практику 1983 году Carpentier [6], относительно недавно стали использовать протезирование хорд также при изолированном поражении задней створки [14,15].

Резекция задней створки долго считалась процедурой выбора при пролапсе задней створки и эта техника показала хорошие отдаленные результаты [2,6,16]. Однако в сложных случаях, когда имеется широкий пролабирующий сегмент или поражены несколько сегментов задней створки, кальциноз фиброзного кольца то применение резекционной техники сопровождается риском сужение или даже обструкции огибающей артерии особенно при левом типе коронарного русла с исходом в инфаркт миокарда которая встречается до 1,8% [13,17].

Техника с протезированием хорд была введена в практику более 20 лет назад [18]. Считается, что имеет некоторые преимущества, такие как сохранение подвижности задней створки, и большую поверхность коаптации, а также снижает риск переднего систолического движения створок митрального клапана [19].

Однако протезирование хорд является трудоемкой процедурой, требующей определения правильной длины искусственной хорды из ePTFE, что является проблемой для многих хирургов [8].

Кроме этого, существует много вопросов по поводу прочности и подвижности нитей ePTFE в отдаленном периоде. По этому поводу в литературе есть несколько сообщений о нарушении функции нитей ePTFE. Kobayashi и др проанализировав 74 пациента которым было выполнено протезирование хорд, выявили утолщение и уплотнение нитей у 2 из 5 пациентов которым требовалась реоперация. При гистологическом исследовании было выявлено, что внутренний слой нити был утолщен и инфильтрирована белками. Тем не менее, эти нити были не толще чем нативные хорды и были достаточно подвижными. [20].

Также некоторые авторы сообщили о фиброзных изменениях и утолщении искусствен-

ных хорд ePTFE без структурной деградации или клеточной инфильтрацией [21].

Несмотря на эти сообщения, протезирование хорд сопровождалось низким уровнем летальности и стала предпочтением многих хирургов [13,15,22].

Реоперации после реконструкции митрального клапана встречаются редко и оба метода как протезирование хорд, и резекционная техника показали хорошие результаты.

В нашем исследовании мы сравнили хорошо устоявшейся метод резекции створки с методом протезирования хорд при изолированном пролапсе задней створки. Всем пациентам двух групп успешно выполнена реконструкция митрального клапана. Эхокардиографические результаты в раннем послеоперационном периоде показали отличные результаты.. Свобода от возвратной MP \geq 2-й степени была одинаковой в двух группах и составила 97,8% со 100 % выживаемостью. В отдаленном периоде свобода от возвратной MP \geq 2-й степени составила 87,5 % (95% ДИ 0,77%-0,99%) в группе с использованием резекционной техники и 83,4 % (95% ДИ 0,72%-0,96%) в группе протезирования хорд. Выживаемость в группе резекционной техники была 100%, в группе с применением протезирования хорд 97,8%. Один пациент умер в отдаленные сроки после операции, смерть пациента была обусловлена двухсторонней пневмонией и не связана с процедурой.

Учитывая данные литературы, мы ожидали, что метод протезирования хорд будет гемодинамически более благоприятный метод по сравнению с резекционной техникой. Однако в этом исследовании мы не выявили значительных преимуществ метода протезирования хорд относительно площади митрального отверстия, градиента на митральном клапане. Статистически значимая разница была лишь в отношении длины линии коаптации створок митрального клапана и размера имплантируемого кольца. Длина коаптации был важным предиктором надежности пластики митрального клапана ишемического генеза [23]. Однако можно предположить что, этот показатель также будет иметь благоприятное влияние после пластики митрального клапана при мезенхимальной дисплазии. Оба метода показали отличные ближайшие и хорошие отдаленные результаты без значимой разницы в результатах. Однако более отдаленные сроки наблюдения могут выявить различия в группах. Недостатком данного исследования является относительно короткий период наблюдения после операции. Несмотря на это контрольное наблюдение было выполнено у 97,8% пациентов.

Заключение

Исследование показало, что использование метода протезирования хорд и резекционной техник для реконструкции митрального клапана при мезенхимальной дисплазии является надежной и выполнимой процедурой. Метод протезирования хорд митрального клапана является более трудоемкой процедурой, что определяет более длительное время искусственного кровообращения и окклюзии аорты. При использовании метода протезирования хорд отмечена большая длина коаптации створок митрального клапана и

использование опорных колец большего размера, что является более физиологичной и может положительно отразиться на дальнейших результатах. Хорошие отдаленные клинические и гемодинамические результаты, небольшой процент осложнений и летальности являются стимулом для расширения показаний к операции и увеличения количества реконструктивных операции на митральном клапане.. Выбор метода реконструкции митрального клапана может быть определен в зависимости от предпочтений хирурга, в виду хороших результатов обеих методов.

Литература

1. Rajamannan, N.M. Myxomatous mitral valve disease bench to bedside: LDL density-pressure regulates Lrp / N.M. Rajamannan. // Expert Rev cardiovasc Ther. – 2014.- V. 12. - №3. – P. 383-392.
2. Gillinov, A.M. Durability of mitral valve repair for degenerative disease / A.M. Gillinov et al. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1998. – Vol.116. – P.734–743.
3. David, T.E. The importance of the mitral apparatus in left ventricular function after correction of mitral regurgitation / T.E. David, D.E. Uden, H.D. Strauss // Circulation – 1983. – Vol.68(Suppl). – P.II76-82.
4. Yacoub, M. Surgical treatment of mitral regurgitation caused by floppy valves: repair versus replacement / M. Yacoub, M. Halim, R. Radley-Smith et al. // Circulation – 1981. – Vol.64.(Suppl). – P.211-216.
5. Ling, L.H. Clinical outcome of mitral regurgitation due to flail leaflet / L.H. Ling, M. Enriquez-Sarano, J.B. Seward // N. Engl. J. Med. 1996. - Vol. 335, № 19. - P.1417-1423.
6. Carpentier, A. Cardiac valve surgery: The «French correction» / A. Carpentier // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. - 1983. - Vol. 86, № 2. - P. 232-237
7. David T.E.. Artificial chordae / T.E. David // Semin. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2004. – Vol.16.- P. 161-168.
8. von Oppell, U.O. Chordal replacement for both minimally invasive and conventional mitral valve surgery using premeasured Gore-Tex loops / / U. Oppell, F. Mohr // Ann. Thorac. Surg. 2000. – Vol. 70. – P. - 2166–2168.
9. Dreyfus, G.D. Posterior leaflet preservation in mitral valve prolapse: a new approach to mitral repair / G.D. Dreyfus P. Corbi, S. Rubin, et al. // J. Heart Valve Dis. – 2006. – Vol.15. – P.528-530.
10. Seeburger, J. Chordae replacement versus resection for repair of isolated posterior mitral leaflet prolapse: a нигаліті / J. Seeburger et al. // Ann. Thorac. Surg. – 2009. – Vol.87. – P.1715-1720.
11. Moher, D. CONSORT GROUP (Consolidated Standards of Reporting Trials). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials / D.Moher, K.F. Schulz, D.C. Altman // Ann. Intern. Med. – 2001. Apr 17. – Vol.134(8).- P.657-62. Review.
12. Davis, M.J. The floppy mitral valve: study of incidence, pathology and complications in surgical, nec-
1. Rajamannan, N.M. Myxomatous mitral valve disease bench to bedside: LDL density-pressure regulates Lrp / N.M. Rajamannan. // Expert Rev cardiovasc Ther. – 2014.- V. 12. - №3. – P. 383-392.
2. Gillinov, A.M. Durability of mitral valve repair for degenerative disease / A.M. Gillinov et al. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1998. – Vol.116. – P.734–743.
3. David, T.E. The importance of the mitral apparatus in left ventricular function after correction of mitral regurgitation / T.E. David, D.E. Uden, H.D. Strauss // Circulation – 1983. – Vol.68(Suppl). – P.II76-82.
4. Yacoub, M. Surgical treatment of mitral regurgitation caused by floppy valves: repair versus replacement / M. Yacoub, M. Halim, R. Radley-Smith et al. // Circulation – 1981. – Vol.64.(Suppl). – P.211-216.
5. Ling, L.H. Clinical outcome of mitral regurgitation due to flail leaflet / L.H. Ling, M. Enriquez-Sarano, J.B. Seward // N. Engl. J. Med. 1996. - Vol. 335, № 19. - P.1417-1423.
6. Carpentier, A. Cardiac valve surgery: The «French correction» / A. Carpentier // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. - 1983. - Vol. 86, № 2. - P. 232-237
7. David T.E.. Artificial chordae / T.E. David // Semin. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2004. – Vol.16.- P. 161-168.
8. von Oppell, U.O. Chordal replacement for both minimally invasive and conventional mitral valve surgery using premeasured Gore-Tex loops / / U. Oppell, F. Mohr // Ann. Thorac. Surg. 2000. – Vol. 70. – P. - 2166–2168.
9. Dreyfus, G.D. Posterior leaflet preservation in mitral valve prolapse: a new approach to mitral repair / G.D. Dreyfus P. Corbi, S. Rubin, et al. // J. Heart Valve Dis. – 2006. – Vol.15. – P.528-530.
10. Seeburger, J. Chordae replacement versus resection for repair of isolated posterior mitral leaflet prolapse: a нигаліті / J. Seeburger et al. // Ann. Thorac. Surg. – 2009. – Vol.87. – P.1715-1720.
11. Moher, D. CONSORT GROUP (Consolidated Standards of Reporting Trials). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials / D.Moher, K.F. Schulz, D.C. Altman // Ann. Intern. Med. – 2001. Apr 17. – Vol.134(8).- P.657-62. Review.
12. Davis, M.J. The floppy mitral valve: study of incidence, pathology and complications in surgical, nec-

- ropsy and forensic material / M.J. Davis, B.P. Moore, M.V. Braimbridge // Br. Heart J. – 1978. – Vol.40. – P. 468–81.
13. David, T.E. Longterm results of mitral valve repair for myxomatous disease with and without chordal replacement with expanded polytetrafluoroethylene sutures / T.E. David et al. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1998. – Vol.115. – P.1279–1286.
14. Falk, V. How does the use of polytetrafluoroethylene neochordae for posterior mitral valve prolapse (loop technique) compare with leaflet resection? A prospective randomized trial / V. Falk, J. Seeburger, M. Czesla, M.A. Borger et al. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. - 2008. - Vol.136. – P.1205. discussion 1205–6.
15. Perier, P. Toward a new paradigm for the reconstruction of posterior leaflet prolapse: midterm results of the “respect rather than resect” approach / P. Perier, W. Hohenberger, F. Lakew, G. Batz, P. Urbanski, M. Zacher, A. Diegeler // Ann. Thorac. Surg. – 2008. – Vol.86. – P.718–725.
16. Perier, P. Valve repair for mitral regurgitation caused by isolated prolapse of the posterior leaflet / P. Perier, J. Stumpf, C. Gutz et al. // Ann. Thorac. Surg. 1997. – Vol.64. – P.445–450.
17. Ender J. Echocardiographic identification of iatrogenic injury of the circumflex artery during minimally invasive mitral valve repair / J. Ender et al. // Ann. Thorac. Surg. – 2010. – 89. – P.1866–1872.
18. Frater, R.W. 10th Goretex Chorda anniversary / R.W. Frater // J. Heart Valve Dis. – 1996. – Vol. 5. – P. 348 –351.
19. Rankin, J.S. “Adjustable” artificial chordal replacement for repair of mitral valve prolapse / J.S. Rankin, R.E. Orozco, T.L. Rodgers, D.D. Alfery, D.D. Glower // Ann. Thorac. Surg. – 2006. – Vol.81.-P.1526–1528.
20. Kobayashi, Y. Ten year experience of chordal replacement with expanded polytetrafluoroethylene in mitral valve repair / Y. Kobayashi, Y. Sasako, K. Bando, K. Minatoya et al. // Circulation – 2000. – Vol.102. – P.30–34.
21. Privitera, S. Artificial chordae tendineae: long-term changes / S. Privitera, J. Butany, C. Silversides, R.L. Leask, T.E. David // J. Card. Surg. - 2005. – Vol.20. – P.90 –92.
22. Salvador, L. A 20-year experience with mitral valve repair with artificial chordae in 608 patients / L. Salvador, S. Mirone, R. Bianchini et al. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2008. – Vol.135. – P.1280 –1287.
23. Kuwashara, E. Mechanism of recurrent/persistent ischemic/functional mitral regurgitation in the chronic phase after surgical annuloplasty: importance of augmented posterior leaflet tethering / E. Kuwashara et al. // Circulation – 2006. – Vol.114(1 Suppl). – P.:I529-34.
- ropsy and forensic material / M.J. Davis, B.P. Moore, M.V. Braimbridge // Br. Heart J. – 1978. – Vol.40. – P. 468–81.
13. David, T.E. Longterm results of mitral valve repair for myxomatous disease with and without chordal replacement with expanded polytetrafluoroethylene sutures / T.E. David et al. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1998. – Vol.115. – P.1279–1286.
14. Falk, V. How does the use of polytetrafluoroethylene neochordae for posterior mitral valve prolapse (loop technique) compare with leaflet resection? A prospective randomized trial / V. Falk, J. Seeburger, M. Czesla, M.A. Borger et al. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. - 2008. - Vol.136. – P.1205. discussion 1205–6.
15. Perier, P. Toward a new paradigm for the reconstruction of posterior leaflet prolapse: midterm results of the “respect rather than resect” approach / P. Perier, W. Hohenberger, F. Lakew, G. Batz, P. Urbanski, M. Zacher, A. Diegeler // Ann. Thorac. Surg. – 2008. – Vol.86. – P.718–725.
16. Perier, P. Valve repair for mitral regurgitation caused by isolated prolapse of the posterior leaflet / P. Perier, J. Stumpf, C. Gutz et al. // Ann. Thorac. Surg. 1997. – Vol.64. – P.445–450.
17. Ender J. Echocardiographic identification of iatrogenic injury of the circumflex artery during minimally invasive mitral valve repair / J. Ender et al. // Ann. Thorac. Surg. – 2010. – 89. – P.1866–1872.
18. Frater, R.W. 10th Goretex Chorda anniversary / R.W. Frater // J. Heart Valve Dis. – 1996. – Vol. 5. – P. 348 –351.
19. Rankin, J.S. “Adjustable” artificial chordal replacement for repair of mitral valve prolapse / J.S. Rankin, R.E. Orozco, T.L. Rodgers, D.D. Alfery, D.D. Glower // Ann. Thorac. Surg. – 2006. – Vol.81.-P.1526–1528.
20. Kobayashi, Y. Ten year experience of chordal replacement with expanded polytetrafluoroethylene in mitral valve repair / Y. Kobayashi, Y. Sasako, K. Bando, K. Minatoya et al. // Circulation – 2000. – Vol.102. – P.30–34.
21. Privitera, S. Artificial chordae tendineae: long-term changes / S. Privitera, J. Butany, C. Silversides, R.L. Leask, T.E. David // J. Card. Surg. - 2005. – Vol.20. – P.90 –92.
22. Salvador, L. A 20-year experience with mitral valve repair with artificial chordae in 608 patients / L. Salvador, S. Mirone, R. Bianchini et al. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2008. – Vol.135. – P.1280 –1287.
23. Kuwashara, E. Mechanism of recurrent/persistent ischemic/functional mitral regurgitation in the chronic phase after surgical annuloplasty: importance of augmented posterior leaflet tethering / E. Kuwashara et al. // Circulation – 2006. – Vol.114(1 Suppl). – P.:I529-34.

III. ХИРУРГИЯ

UDC 616.33–002.44:616.342

ARTERIO MESENTERIC DUODENAL COMPRESSION IN CONJUNCTION WITH GASTRIC ULCER, DIAGNOSTIC AND SURGERY TREATMENT

ABOUT THE AUTHORS

Abdullaev D.S. – associate professor of Department. Hospital Surgery Kyrgyz State Medical Academy, can., med. Head sector NHTS МОН, Honored Doctor of the Kyrgyz Republic; Alybaev E.U. – Professor of the Department of Hospital Surgery Kyrgyz State Medical Academy, head of the Ministry of Health NHTS. Doctor of Medical Sciences.

Keywords:

Arterio mesenteric duodenal compression (AMDC), gastric ulcer (GU), X-ray diagnostic, tubeless and probe hypotonic duodenography with double contrast study, endoscopy, ultrasonic examination, transverse duodenojejunostomy, Treitz ligament transection, pylorus preserving gastric resection

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Абдуллаев Д.С. – ҚММА, госпиталды хиругия кафедрасының доценті, ҚР ДСМ ҮХО секторының менгерушісі, м.ғ.к., ҚР еңбектің інігендері; Алыбаев Э.У. – ҚММА, госпиталды хиругия кафедрасының профессоры, ҚР ДСМ ҮХО секторының менгерушісі, м.ғ.д.

Түйін сөздер

Ұлтабардың артериомезентериалды компрессиясы, ақазаның ойықжарасы, көлденен антиперистальстик дуоденоюностомия, рассечение связи Трейтца байламда-рын жару, ақазаның қарын қақапасын сақтайтын резекция.

ОБ АВТОРАХ

Абдуллаев Д.С. – доцент кафедры госпитальной хирургии КГМА, зав. сектором НХЦ МЗ КР, к.м.н., заслуженный врач КР; Алыбаев Э.У. – профессор кафедры госпитальной хирургии КГМА, заедающий сектором НХЦ МЗ КР, д.м.н.

Ключевые слова:

Артериомезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки, язвенная болезнь желудка, поперечная антиперистальтическая дуоденоюностомия, рассечение связи Трейтца, пилоруссохраняющая резекция желудка.

Abdullaev D.S., Alybaev E.U., Sydygaliev K.S., Alybaev M.E.

Kyrgyz State Medical Academy, the National Surgery Center of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. Bishkek

Summary

The analyze of the surgery treatment results has been conducted for 300 patients with AMDC in conjunction with GU. There were 215 in the control group and 85 in the main group. The Treitz ligament transection has been performed if there was the compensated stage of the AMC. If AMC were in sub- and de-compensated stages the duodenojejunostomy were performed. The Gastric resection on Billroth I with preserving the pyloric sphincter were performed if gastric ulcer.

Артериомезентериалды компрессия ақазаның ойықжара ауруымен араласуы, оны диагностикалау және хиругиялық емдеу

Абдуллаев Д.С., Алыбаев Э.У., Сыдыгалиев К.С., Алыбаев М.Э.

Қырғыз Мемлекеттік медицина академиясы, ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің Үлттық хиругиялық орталығы, Бішкек қ.

Аннотация

АОЖ аралас АМК шалдықтан 300 аурудың хиругиялық емдеуінің талдауы жүргізілді. Бақылау тобында 215 аупу және негізгі топта 85 ауру зерттелді. АМК кезінде өтелген кезеңде РСТ өткізілген. АМК кезінде суб- және өтелгенге дейінгі кезеңде ӨДК құрылған. АОЖ кезінде АКСР-мен Бильрот I бойынша ақазаның резекциясын жасады.

Артериомезентериальная компрессия в сочетании с язвенной болезнью желудка, диагностика и хирургическое лечение

Абдуллаев Д.С., Алыбаев Э.У., Сыдыгалиев К.С., Алыбаев М.Э.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия, Национальный Хирургический Центр Министерства Здравоохранения КР, г. Бишкек

Аннотация

Проведен анализ результатов хирургического лечения 300 больных АМК в сочетании с ЯБЖ. В контрольной группе было 215 и в основной 85 больных. При АМК в компенсированной стадии проводили РСТ. При АМК в суб- и декомпенсированной стадии создавали ДЕС. При ЯБЖ проводили РЖ по Бильрот I с ПСРЖ.

Introduction

The arterio mesenteric duodenal compression (AMDC) is referred in the literature as a Wilkie syndrome, or the superior mesenteric artery syndrome or the arterio mesenteric compression syndrome [1]. The possibility of duodenum compression by crosses its superior mesenteric artery (SMA) firstly was mentioned by Carl Freiherr von Rokitansky, Austrian professor, in his educational book of anatomy in 1842. Subsequently, in 1927 Wilkie was a first who comprehensively studied a group of 75 patients, and then the superior mesenteric artery syndrome was named by his name [2].

AMC is a common pathology and according to different authors in the structure of all GI tract pathologies it can be found in 0.09-2.5% of patients, and in the general population - within 0.013-0.3%, that confirmed by X-ray.

The AMC is based on vascular compression of the lower horizontal part of duodenum between superior mesenteric artery from one side and the aorta and spine from other side [3,4,5]. In most cases, the formation of AMDC is a complication of gastric ulcer (GU) and duodenal ulcer (DU) [6]. The clinical signs of the AMC and peptic ulcer disease are very similar, that creates difficulties in their differential diagnosis, especially if there is a complicated course.

The examination methods. Along with clinical manifestations, there are instrumental examination methods for AMC: X-ray diagnostics [7, 8], endoscopy, ultrasound examination (US), duodenum manometry, CT, MRI and others [4]. When the AMC, the radiograph shows the compression of lower horizontal part of duodenum, respectively to the projection of the superior mesenteric artery. It is a short (1.5-2.5 cm) with a clear smooth oral contour or with a bluff line of chyme evacuation. In the zone of compression the mucosal folds are longitudinally rebuilt. V.L. Martynov et al. (9) recommend to diagnosing the AMC integrated and phased with tubeless and relaxation duodenography probe with double contrast. The Fiberoptic esophagogastro-duodenoscopy (FEGDS) is allowed to detect the gastric fasting content, the degree of duodenogastric reflux (DGR), the pylorus incompletely opening, as well as detect erosions and ulcers localization. [10]. A. Mansberger and J. Hearn [11] by carrying out the arteriomesentericography with simultaneous contrasting of duodenum show that in normal the angle between SMA and aorta is around 45-60°, and for the patients with AMC in the lower horizontal part of duodenum - 10-20°. The normal distance between SMA and aorta (AMD) in the area of crossing the duodenum is 7-20 mm, and 2-3 mm for the patients with AMC. The Ultrasound examination is

wide using for diagnosing the AMC [12]. The US-examination can diagnose the AMC by detecting AMA and AMD. The Hydroultrasound examination of gaster and duodenum allows to improve the visualization of gaster. Then the duodenum examination is carrying out.

Most of the abdominal surgeons believe that AMC is requiring surgery treatment. All surgical treatments of the AMC divide into two groups: first – interventions that keep food transit through duodenum, second – interventions that exclude the duodenum from digestion. The first group interventions are directed to drain of the duodenum by overlapping the duodenojejunostomy (DES) or by separation of commissures and ligamentous apparatus of intestinum [13]. Y.D. Vitebskiy [14] recommends surgery on imposing the transverse anti-peristaltic duodenojejunostomy (TADES). In recent years, there are used the methods on laparoscopic treatments of the AMC [15]. These are laparoscopic ligament of Treitz transection and laparoscopic DES [16, 17].

The surgeries with excluding the duodenum from digestion include: gastrojejunostomy, gastric resection on Billroth II, gastric resection on Roux [18] and its modifications. There are also conducted combined operations on the stomach and duodenum, combination the gastric resection with DES, bilateral exclusion of duodenum with DES.

Many surgeons refuse gastric resection on Billroth I to the patients with GU combined with AMC. Removing the pyloric part of stomach with preservation of duodenal chyme passage leads to increasing frequency and intensity of the duodenogastric reflux. In order to exclusion food passage through duodenum for the patients with gastric ulcer with AMC there is used gastric resection on Billroth II. In this case such operation does not remove the cause of the AMC, and moreover can lead to worse condition because there can be formed afferent loop syndrome [10], bile reflux gastritis. In remote postoperative periods more than 50% of operated patients can have unsatisfactory results [10].

Material and methods: The control group of 215 patients with gastric ulcer in conjunction with AMC included 161 (74.3 %) males and 54 (25.7 %) females. 141 (78.8%) of them were with compensated stage of the AMC, 52 (21.2%) with subcompensated and 22 (10.2%) patients with decompensated stage. There were 85 patients with gastric ulcer in conjunction with AMC in the main clinical group - 71 males (83.5%) and 14 females (16.5%). In the main clinical group 57 (67%) patients were with compensated stage of the AMC, 21 (24%) with subcompensated stage and 7 (5.9%) with decompensated stage.

In the main group, included 85 patients, the most frequent complication of gastric ulcer were ulcer bleeding - 32 (37.6%), second place - penetration of ulcers - 19 (22.4%), third place - pyloroduodenal stenosis - 18 (21.2%). Fourth place among the complications was the ulcer perforation - 16 (18.8%). In the anamnesis of 17 (20.0%) patients was bleeding and 10 (11.8%) had suture plication after perforation of ulcer.

All patients underwent a comprehensive instrumental examination: due to the low availability for the most of patients the computerized tomography and MRI these examinations were not conducted.

Discussion

Indications for surgical treatment of GU become more compelling when the gastric ulcer combined with duodenal ulcer [20], recurrent ulcer, perforations and bleeding in anamnesis or in the present [9]. Typically, emergency operations are carrying out for such patients. Specific course of the GU and especially the possibility its malignancy makes it necessary to perform surgery treatment as an elective operations.

According to our work, for the patients with AMC + GU the elective operations were performed for 56.4%, emergency surgery performed for 43.6% of patients. Among all 85 operated patients for 42 (49.4%) was performed the gastrectomy Billroth I + TADES, for 15 (17.6%) - gastrectomy Billroth II + TADES, 10 (11.8%) - gastrectomy Billroth I + TADES + fundoplication, 8 (9.4%) - gastrectomy Billroth I + ligament of Treitz transection, 6 (7%) - gastrectomy Billroth I + duodenoliz, 4 (4.7%) - gastrectomy Billroth I + fundoplication + ligament of Treitz transection. The Gastrectomy Billroth I was performed with preservation of the pyloric sphincter.

The Billroth II gastrectomy has been performed when there was not possible to preserve the pyloric sphincter at the pyloroduodenal stenosis. The combination GU with AMC in subcompensated or decompensated stages the gastrectomy resection performed together with TADES that was made for 67 (78.8%) patients. When combined with compen-

sated AMC there was carried out the made the Treitz ligament transection or duodenoliz, which were performed for 18 (21.2%) patients. For 4 (4.7%) patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) were simultaneously performed Nissen fundoplication.

We agree with the authors [8,20], that gastrectomy Billroth I with preservation of the pyloric sphincter is allowed to exclude the duodenogastric reflux, and using the TADES preserves the natural passage of chyme through duodenum. The studies made by A.A.Shalimov 1963 and Maki, 1964 [21] contributed to widespread use of gastrectomy on Billroth I with preservation of the pyloric sphincter. The Treitz ligament transection [22], as an independent operation, almost is not applied, and we agree with the opinion that it should be mandatory component of gastric resection when there is a compensated stage of the AMC or distal perijejunitis. The TADES performed when there were subcompensated or decompensated stages of the AMC.

After applying duodenojejunostomy in some patients in the postoperative period may be caused functional disorders of duodenal patency as feeling of heaviness in upper abdomen, nausea, or bile vomiting. These signs are evaluated as gastostasis, duodenogastric reflux, anastomositis. As the duodenojejunostomy provides retaining the intestinal «ring», the part of chyme evacuates through duodenum, and its retrograde motion through the anastomosis leads to forming «vicious circle» syndrome (3).

In order to prevent developing the syndrome of «vicious circle» we have developed a «Method duodenojejunostomy at the AMC», Patent No 832. - Bishkek - 2005. After applying the TADES we create a «cap» of the efferent duodenum loop from a part of the greater omentum leg. A flap with supply vessel is cut from the greater omentum, the tip of which is divided into two flaps and circularly envelops duodenum as a cuff step distal up to 2-3 cm from duodenojejunostomy, and narrowing the intestine lumen up to its complete closing. The ends of the flap fix to each other. So we prevent developing the syndrome of «vicious circle» (Fig. 1).

Fig. 1
TADES operation with
closing the efferent duo-
denum loop



Analysis of the postoperative complications of patients with AMC in conjunction with GU showed that in the control group the pancreatitis has been developed in 11 (5.1%) patients, while in the main group there was only 2 (2.3%) causes; anastomositis has been developed in 10 (5.1%) in the control group, and in the main group - 2 (2.3%). The clinical signs of the gastrostasis has been developed in 6 (2.8%), and 1 (1.2%) in the main group. We believe that this is a result of applying the operation TADES with closing the efferent duodenum loop by our method.

Conclusions

1. In order to diagnose and assess the severity of the patients with AMC in conjunction with GU there should use all available methods of instrumental examinations.
2. The method of choice for surgical treatment of the AMC in conjunction with GU is gastrectomy with Billroth I with preserving the pyloric sphincter, TADES with closing the efferent duodenum loop from a flap of the greater omentum in order to prevent formation the syndrome of «blind sac»

References

1. Fernandez Lopez M.T., Lopez Otero M.J., Bardasco Alonso M.L., Alvarez Vazquez P, Rivero Luis M.T., Garcia Barros G. Wilkie syndrome: Report of a case. Nutr. Hosp. 2011; 26:646-9.
2. Wilkie D.P. Chronic duodenal ileus. Am J. Med Sci. 1927 - Vol. 173. – No. 5. -P 643-649
3. A.S. Efimushkin, The results of surgical treatment of peptic ulcer disease and its complications in conjunction with arterio mesenteric compression // dissertation of Medicine Candidate. Perm. - 2011. – 133p.
4. Singal R, Sahu P.K., Goyal S.L., Gupta S, Gupta R, Gupta A, Sekhon M.S., Mukesh Goel M. Superior mesenteric artery syndrome: A case report // North Am. J. Med. Sci. 2010. - Vol. 2 - P. 392-394.
5. Superior Mesenteric Artery Syndrome / A. Shetty, I.D. Iill et al.// Wake Forest University School of Medicine. -2003. P. 1-6.
6. Sarosi G.A. Surgical therapy of peptic ulcers in the 21st century: more common than you think / G.A. Sarosi, K.R. Jaiswal, F.E. Nwariaku // Am.J. Surg. - 2005. - V.190. - No 5. - P. 775 - 779.
7. O. Markelov, Arterio mesenteric compression of duodenum (diagnosis and treatment) // dissertation of Medicine Candidate. Irkutsk. - 2000. – 178p.
8. V.N. Repin, Arterio mesenteric compression of duodenum / V.N. Repin, M.V. Repin, N.S. Efimova // Perm, 2009. 232
9. V.L. Martynov, Diagnosis of chronic duodenal obstruction / V.L. Martynov, S.G. Izmailov, D.G. Kolchin, A.A. Bodrov, V.P. Ilchenko, A.G. Semenov, D. Buldakov // Surgery. - 2005. - No 4.-P. 15 - 19.
10. G.K. Zherlov, Surgical treatment of gastric ulcer and duodenal ulcer with chronic duodenal obstruction / G.K. Zherlov, A.P. Koshelev, A.V. Pomotkin // - Surgery. - 2003. - No 5. - P. 19 - 24.
11. A. Mansberger и J. Hearn, Am.J.Surg. 1968 Jan;115(1):89-96.
12. Morioka Q. Gastric emptying for liquids and solids after distal gastrectomy with Billroth-I reconstruction / Q. Morioka, M. Miyachi, M. Niwa // Hepatogastroenterology. - 2008. - V.55. - No 84. - P. 1136 - 1139.
13. Y.D. Vitebskiy, Valve anastomoses in surgery of the digestive tract. - Medicine. - Moscow. 1988- 112 pp.
14. Agarwalla R. Laparoscopic duodenojejunostomy for superior mesenteric artery syndrome / R. Agarwalla, S. Kumar, A. Vinay, S. Anuradha // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. - 2006. - V.16. - No 4. - P. 372 - 373.
15. Eui Bae Kim and Tae Hee Lee Superior Mesenteric Artery Syndrome: Past and Present. Korean J. Med. 2013 Jan; 84(1):28-36. Korean. Published online Jan. 02, 2013.
16. Munene G, Knab M, Parag B. Laparoscopic duodenojejunostomy for superior mesenteric artery syndrome. Am. Surg. 2010;76:321–324.
17. Brian J. Pottorf, MD1; Farah A. Husain, MD2; H. Whitton Hollis Jr, MD1; Edward Lin, DO, MBA3Laparoscopic Management of Duodenal Obstruction Resulting From Superior Mesenteric Artery Syndrome JAMA Surg. 2014;149 (12):1319-1322.
18. A.E.Borisov, A Method of pylori preserving at the duodenum ulcer/A.E.Borisov, Y.Veselov, V.P.Akimov, A.A. Kovalenko // Journal of Surgery. - 2006. – No 6. - P. 44 - 46.
19. N.A. Chapaev, Evaluating the effectiveness pylorus preserving resections at the gastric ulcer / N.A. Chapaev // dissertation abstract of Medicine Candidate 14.00.27. - Saransk. - 2001. - P. 16
20. Strong EK. Mechanics of arteromesenteric duodenal obstruction and direct surgical attack upon etiology //Ann Surg. 1958. - Vol. - 148. - P. 725-730.
21. A. Aliev, N.M. Arynov, Chronic duodenal obstruction of mechanical origin. - Almaty. - 1997. – P.192.

III. ХИРУРГИЯ

УДК 616.441-008.63

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

ОБ АВТОРАХ
Сафарова Л.Ш. –
PhD докторант

Сафарова Л.Ш.

Научный Центр Хирургии им. М.А.Топчибашева, Баку, Азербайджан

Аннотация

В статье представлены методы хирургического лечения диффузно-токсического зоба, в целях улучшения качества жизни больных в послеоперационном периоде. Послеоперационный гипотиреоз является единственным предсказуемым по клиническому течению исходом хирургического лечения ДТЗ, который достаточно легко компенсируется препаратами L-тиroxина и абсолютно неприводит к снижению качества жизни пациентов. Поэтому наиболее оптимальным, патогенетически, анатомически и физиологически обоснованным объемом оперативного вмешательства при ДТЗ, вероятно, следует признать тиреоидэктомии.

Диффузды-ұлы зобты хиругиялық емдеудің ұзак мерзімді нәтижелері

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ
Сафарова Л.Ш. –
PhD докторант

Сафарова Л.Ш.

М.А. Топчибашев атындағы ғылыми хиругиялық орталық, Баку, Азербайджан

Аннотация

Мақалада науқастардың отадан кейінгі өмір сүру сапасын арттыру мақсатында диффузды-ұлы зобты емдеудің тәсілдері ұсынылған. Отадан кейінгі гипотиреоз ДУЗ хиругиялық емдеудің ең онтайлы жолы және L-тироксин препаратымен оңай компенсациялы болып табылады және науқастардың өмір сапасын төмөндөтүіне мүмкіндік бермейді. Сол себепті ДУЗ отамен емдеу кезінде патогенетикалық, анатомиялық және физиологиялық дәлелді көлемі бойынша ең онтайлысы тиреоидэктомия.

Long-term results of surgical treatment diffuse toxic goiter

ABOUT THE AUTHORS
Sapharova L. Sh. –
PhD candidate

Sapharova L. Sh.

Scientific Center of Surgery named after M.A. Topchibashev, Baku, Azerbaijan

Summary

The article presents the methods of surgical treatment of diffuse toxic goiter , with a view to improving the quality of life of patients in the postoperative period . Postoperative hypothyroidism is the only predictable outcome of the clinical course of surgical treatment of Graves' disease, which is quite easily compensated preparations of L-thyroxine and does not degrade the quality of life of patients. Therefore, the most optimal, pathogenetic, anatomically and physiologically sound volume of operative intervention at DTZ should probably acknowledge thyroidectomy.

Keywords:

Diffuse toxic goiter, thyroid, thyrotoxicosis

Актуальность

Диффузно-токсический зоб (ДТЗ) – одно из наиболее распространенных заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), имеющих аутоиммунную природу(1.3.6). Мнения различных ученых относительно выбора оптимального метода лечения пациентов с ДТЗ значительным образом отличаются. Несмотря на то, что многие иностранные исследователи предпочитают терапию 131I, операция на ЩЖ – признанный метод лечения при ДТЗ, широко применяемый в нашей стране и за рубежом. Многие авторы рекомендуют расширять показания к хирургическому лечению, так как это наиболее быстрый способ избавления от тиреотоксикоза(1.2.4.7.). Однако внастоящее время нет единой точки зрения относительно объема операции при ДТЗ. Одни исследователи предлагают выполнять субтотальную резекцию в надежде на достижение эутиреоидного состояния у возможно большего числа оперированных больных. В то же время, другие исследователи рекомендуют выполнять тиреоидэктомию, так как считают послеоперационный гипотиреоз не осложнением, а целью операции при ДТЗ объясняя при этом свой подход тем, что при сохранении части ЩЖ, по сути, остается «мишень» для аутоантител, продуцируемых клетками иммунной системы, следовательно, существует высокая вероятность рецидива тиреотоксикоза. Обнаружение при гистологическом исследовании в 3,4-13,5% наблюдений рака щитовидной железы, развивающегося на фоне ДТЗ, также, по их мнению, является аргументом в пользу тиреоидэктомии(8.9.). Кроме того, ученые полагают, что, если тиреоидэктомия проводится в специализированных клиниках, опытными специалистами, то риск послеоперационных осложнений не превышает такового при субтотальной резекции щитовидной железы. Для выбора наиболее рационального подхода к лечению, а также для оценки его эффективности по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода хирурга и субъективной точки зрения пациента, экспертами ВОЗ предложено изучение качества жизни, как наиболее надежного и чувствительного критерия(2.3.5.6.8.9). Таким образом, увеличение заболеваемости, трудоспособный возраст больных, отсутствие исследований, определяющих качество жизни больных после операции, отсутствие четких критериев прогноза хирургического лечения и необходимость выбора оптимального объема операции послужили основанием для проведения данной работы.

Цель исследования

Анализ и прогнозирование отдаленных результатов хирургического лечения больных с диффузно-токсическим зобом с целью улучше-

ние качества жизни больных в послеоперационном периоде.

Материалы и методы

Работа проводилась в Научном Центре Хирургии в отделении эндокринной хирургии. Работа основывалась на опыте 480 больных с диагнозом ДТЗ, находившихся на стационарном лечении с 2012 по 2014 годы. Из них 347 (72,3 %) составили лица женского и 133 (27,7%) мужского пола. Средний возраст исследуемых больных составил $36,5 \pm 2,7$ лет (от 18 до 67 лет).

Больные были разделены на две группы. Первую (контрольную) группу составили 252 больных которым осуществляли субтотальную резекцию щитовидной железы с оставлением 3-6 гр. ткани железы. Вторая (основная) группа-228 пациента которым произведена тиреоидэктомия. Среди исследуемых больных легкая степень тиреотоксикоза была определена у 51 (10,6%), средне тяжелая у 220 (45,8%), а тяжелая среди 209 (43,5%) пациентов.

При обращении в стационар больные жаловались на головные боли, сердцебиение, одышку, общую слабость, потливость, похудание, раздражительность, плаксивость, депрессивные расстройства.

Всем больным при поступлении и в динамике лечения были выполнены следующие методы исследования: сбор анамнеза, лабораторно-инструментальные исследования, оценка качества жизни исследуемых пациентов на этапах хирургического лечения предложенным комплексом тестирования (SF 36, шкала Занга, шкала Гэмельтона) и анкетирования.

Общеклинические лабораторные исследования включали в себя общий анализ крови и мочи, биохимические анализы крови, определение в сыворотке крови ТТГ, Т3, общего и свободного Т4. В качестве инструментальных методов обязательным было ЭКГ, УЗИ щитовидной железы, рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Рис.1

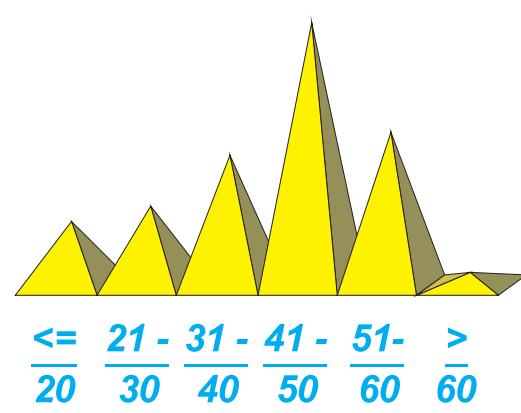


Таблица 1

Степень тяжести тиреотоксикоза у наблюдавшихся больных с диффузным токсическим зобом.

Степень тяжести	Пол	Колич. больных		Всего	
		Абс.	%	Абс.	%
Легкая	М	10	7,5	51	10,6
	Ж	41	11,8		
Средне-тяжелая	М	53	39,9	220	45,8
	Ж	167	48,1		
Тяжелая	М	70	52,6	209	43,5
	Ж	139	40,1		

Таблица 2

Тиреоидный статус больных с ДТЗ через 1,5-2 года

Возраст	Эутиреоз	Гипотиреоз субклинический	Гипотиреоз клинический	Рецидив	Всего больных
До 20 лет	19 (3,1%)	-	-	1(0,2%)	20
21 – 30	133(27,7%)	2(0,41%)	1(0,2%)	1(0,41%)	137
31 – 40	142 (29,5%)	4 (0,83%)	2(0,41%)	2 (0,6%)	150
41 – 50	112(23,3%)	3 (0,6%)	1 (0,2%)	2 (0,41%)	118
51-60	33 (6,8%)	4(0,83%)	3(0,6%)	1 (0,2%)	41
свыше 60	10 (2,08%)	2 (0,41%)	2 (0,41%)	-	15
Итого	449 (93,5%)	15(1,9%)	9(1,87%)	7(1,45%)	480(100%)

Способы изучения качества жизни: анкетирование и сбор данных пациентов для профилактики, прогнозирования послеоперационных осложнений, а также изучения отдаленных результатов лечения мы осуществляли предложенным комплексом тестирования с изучением состояния психологического статуса. Обязательным при изучении качества жизни исследуемых пациентов с ДТЗ, наряду со стандартной анкетой SF36, определяли чувство тревоги (шкала Занга), а также оценивали психологическое состояние (шкала Гамельтона).

В состоянии эутиреоза находились 93,5% ($n=480$) оперированных больных. Гипотиреозами был выявлен у 15 больных (1,9%), однако у большинства он был компенсированным (субклиническим) и не требовал применения лечебных мер. Клинический гипотиреоз был у 9(1,87%) пациентов, и все они находились на заместительной терапии тиреоидными гормонами, что позволяло им сохранять социальную активность и трудовую деятельность. Анализируя отдаленные результаты хирургического лечения, было установлено, что у 7 (1,45%) пациентов I группы после СРЩЖ развился рецидив тиреотоксикоза (один из самых неблагоприятных исходов при лечении ДТЗ в целом), для ликвидации которого двум из них была проведена радиоийодтерапия, а одному пациенту - повторная операция.

Результаты исследования

Таким образом мы провели изучение тиреоидного статуса 480 оперированных больных через 1,5-2 года и получили следующие результаты (таблица).

Срок наблюдения был ограничен двумя годами, так как наш опыт и анализ литературы свидетельствуют, что к этому времени завершается этап реабилитации больного и становится возможным дифференцировать стойкие нарушения функции щитовидной железы от транзиторных.

Изучение результатов хирургического лечения ДТЗ нами проведено, в соответствии с рекомендациями экспертов ВОЗ, на основании изучения качества жизни оперированных больных, по методике разработанной в ФХК, с расчетом так называемого индекса качества жизни (ИКЖ). В результате опроса пациентов на дооперационном этапе было выявлено, что заболевание оказывало негативное влияние на многие аспекты качества жизни.

В среднем ИКЖ пациентов до операции составлял лишь $67,11 \pm 13,95$ баллов. Самые низкие значения среди всех компонентов КЖ зарегистрированы при оценке пациентом проведенного консервативного лечения. Низкие показатели КЖ мы наблюдали по следующим пунктам: физическое состояние, эмоциональная функция,

Рис. 2.

Развитие рецидива в отдаленные сроки лечения.



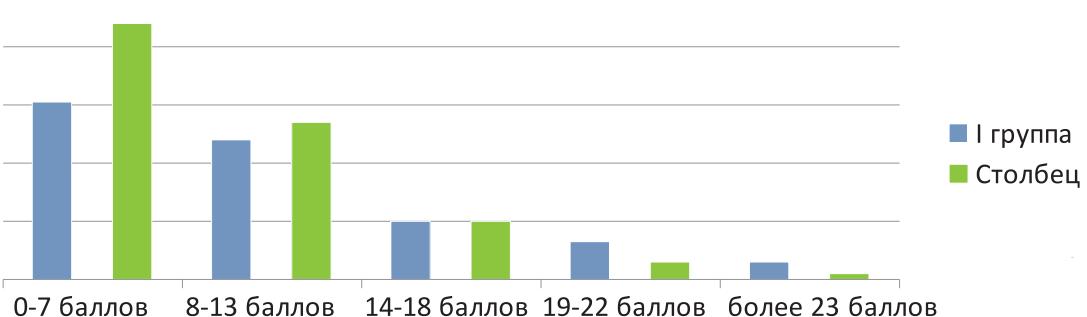


Рис. 3.

Оценка депрессии по шкале Гамельтона в отдаленные сроки лечения исследуемых больных диффузным токсическим зобом.

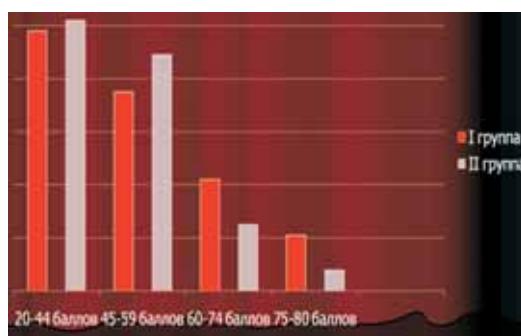


Рис. 4.

Результаты исследования в отдаленные сроки лечения чувства Тревоги.

интеллектуальная функция, поддержание социальных контактов, половая функция.

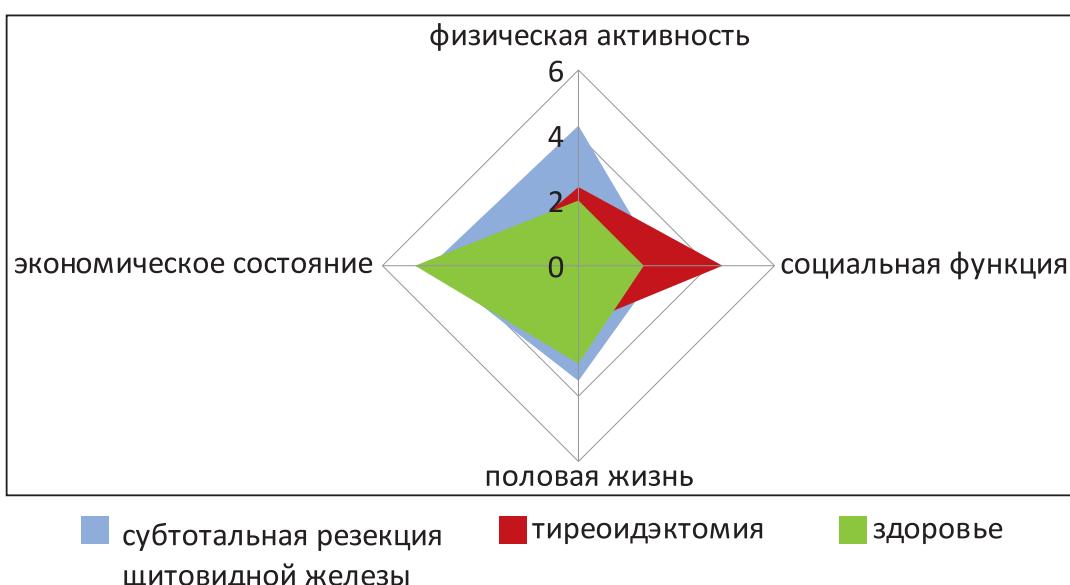
При повторном анкетировании пациентов через 6 месяцев после операции, было отмечено достоверно значимое улучшение показателей качества жизни (в среднем ИКЖ составлял $84,47 \pm 12,63$). По мере увеличения послеоперационного срока отмечается тенденция к дальнейшему росту качества жизни.

При сравнении показателей качества жизни пациентов после субтотальной резекции щитовидной железы и после тиреоидэктомии, достоверных различий нами выявлено не было. Суммарное количество баллов в I- группе составляло в среднем $119,41 \pm 18,73$, во II группе - $121,52 \pm 19,17$ ($p > 0,05$). Также не выявлено существенных различий при рассмотрении отдельных показателей качества жизни.

Для определения возможного влияния заместительной гормональной терапии на уровень качества жизни, было проведено сравнение показателей ИКЖ больных, принимающих препараты L-тирооксина и ИКЖ больных, которые не получают заместительной терапии. При этом достоверных различий в полученных результатах

выявлено не было: ИКЖ составил $120,46 \pm 17,90$ усл.ед. и $114,44 \pm 24,31$ усл.ед. соответственно ($p > 0,05$).

Вместе с тем, послеоперационный гипотиреоз является единственным предсказуемым по клиническому течению исходом хирургического лечения ДТЗ, который достаточно легко компенсируется препаратами L-тирооксина и абсолютно неприводит к снижению качества жизни пациентов. Поэтому наиболее оптимальным, патогенетически, анатомически и физиологически обоснованным объемом оперативного вмешательства при ДТЗ, вероятно, следует признать тиреоидэктомии.



Литература

1. Ağayev R.A. Ağayeva A.R. Aslanova J.B., Ysifov S.Y., Əhmədova S.N. "Diffuz toksiki urların cərrahi müalicəsi zamanı əməliyyatın həcminin adekvat seçilməsi /“Cərrahiyə” 2012 N3 Səh.7-9.
2. Ağayev R.A. Ağayeva A.R. Toksiki diffuzurun müasir cərrahi müalicəsi//Azərbaycan-Türkiyə cərrahiyə və qasrtoentrologiya günləri. Bakı 6-7 iyun 2014 səh.129.
3. Агаев Р.А., Шахвердиева Ш.И., Сайдова Ф.Х., Рахманы С.А. Влияние эфферентной терапии на уровень эндотоксикоза у больных диффузным токсическим зобом, сочетающимся с сахарным диабетом //Актуальные вопросы эндокринологии. Пермь, 2000.- с.3-4;
4. Агаева А.Р., проф. Агаев Р.А., Юсифов С.Ю. clinik-functional features of atrial fibrillation in diffuse toxic goiter /Oncology-XXI century Svetlogorsk 28 april-3 may 2015 стр. 25-27
5. Ветшев П.С., Балаболкин М.И., Петунина Н.А. О показаниях к хирургическому лечению диффузного токсического зоба // Хирургия. - 2000. - № 8. - С. 5 - 9.
6. Ветшев П.С., Балаболкин М.И., Петунина Н.А., Трухин Л.В. О показаниях к хирургическому лечению токсического зоба /Хирургия. - 2000.- №8.- с.4-7.
7. Шахсуваров О.М., Сайдова Ф.Х., Алекперова Ш. И. О возможности хирургического лечения тиреотоксикоза при злокачественном экзофтальме //T.e.d. prof. Ə. Məmmədovun 60 illik yubileyinə həsr edilmiş elmi praktik konfransın materialları. Bakı 19-20 oktyabr 2015- ci il
8. Alekberova Sh. İ. Effects of levothyroxine treatment on hemostasis parameters in patients with hypothyroidism 8 th Annual Meeting of /Chinese College of Surgeons and 19 th Annual Mneeting of the European Society of Surgery. Beijing May 15-17 2015. S-201-202.
9. Alekberova Sh. İ., Shahverdiyev N.The incidence of hypthyroidism after surgery for toxic goiter./European Journal of Biomedical and life Sciences N3.Austria, Vienna 2015.

References

1. Ağayev R.A., Ağayeva A.R., Aslanova J.B., Ysifov S.Y., Əhmədova S.N. "Diffuz toksiki urların cərrahi müalicəsi zamanı əməliyyatın həcminin adekvat seçilməsi /“Cərrahiyə” 2012 N3 Səh.7-9.
2. Ağayev R.A., Ağayeva A.R., Toksiki diffuzurun müasir cərrahi müalicəsi//Azərbaycan-Türkiyə cərrahiyə və qasrtoentrologiya günləri. Bakı 6-7 iyun 2014 səh.129.
3. Agayev RA, Shahverdiyeva ShI, Saidova FKh, Rahmani SA Influence of efferent therapy on the level of endotoxicosis in patients with diffuse toxic goiter combined with diabetes mellitus // Actual questions of endocrinology . Perm, 2000.- P.3-4 ;
4. Agayeva AP, Agayev RA, Yusifov SYu clinik-functional features of atrial fibrillation in diffuse toxic goiter / Oncology-XXI century Svetlogorsk 28 april-3 may 2015 P.25-27
5. Vetshev PS, Balabolkin MI, Petunina HA About the indications for surgical treatment of diffuse toxic goiter // Surgery . - 2000. - № 8. - P. 5 - 9 .
6. Vetshev PS, Balabolkin ML, Petunina HA, Truhin LV About the indications for surgical treatment of diffuse toxic goiter / Surgery . - 2000.- №8.- P.4-7.
7. Shahsuvarov OM, Saidov FH, Alekperov ShI On the possibility of surgical treatment of hyperthyroidism in malignant exophthalmos //T.e.d. prof. Ə. Məmmədovun 60 illik yubileyinə həsr edilmiş elmi praktik konfransın materialları. Bakı 19-20 oktyabr 2015- ci il.
8. Alekberova Sh. İ. Effects of levothyroxine treatment on hemostasis parameters in patients with hypothyroidism 8 th Annual Meeting of /Chinese College of Surgeons and 19 th Annual Mneeting of the European Society of Surgery. Beijing May 15-17 2015. S-201-202.
9. Alekberova ShI, Shahverdiyev IN The incidence of hypthyroidism after surgery for toxic goiter./European Journal of Biomedical and life Sciences N3. Austria, Vienna 2015.

III. ХИРУРГИЯ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПЕЧЕНИ

УДК: 616.36 – 002.3 - 089

Ширинов З.Т., Надиров Р.С.

Научный Центр Хирургии имени М.А.Топчibашева (директор – акад. Агаев Б.А.), Азербайжан, Баку

Аннотация

Эхинококкоз печени, будучи широко распространенным заболеванием, не отличается уменьшением в эндемичных зонах [1, 2, 3]. У данных пациентов все еще высоки показатели послеоперационных осложнений (57%) [4]. Согласно различным источникам, в 3-54% случаев наблюдается рецидив заболевания [5]. Увеличение числа повторных хирургических вмешательств приводит к включению этих больных в продолжительную инвалидную группу. Будучи социальной проблемой, эхинококкоз беспокоит граждан стран СНГ и других соседних с ним зарубежных [6, 7, 8, 9, 10, 11]. Ввиду того, что Азербайджанская Республика входит в эндемическую зону эхинококкоза, заболеваемость ими его осложнения встречаются довольно часто [12].

Бауыр кистасының диагностикасы мен хирургиялық едеу тәсілдерін жетілдіру

Ширинов З.Т., Надиров Р.С.

М.А. Топчibашев атындағы ғылыми хирургиялық орталық, Баку. Азербайжан

Аңдатпа

Бауыр эхинококкозы, кең таралған ауру бола тұра, эндемиялық аймақтарда төмендеуімен айшақталмайды [1, 2, 3]. Мұндай науқастарда отадан кейінгі асқынудардың әлі (57%) жоғары көрсеткіштері [4] болып табылады. Дерек көздеріне сүйенсек аурудың қайталау жағдайлары 3-54% [5]. Қайталаған оталардың артуы осы топтағы науқастарды мүгедектікке ақеледі. [6, 7, 8, 9, 10, 11]. Әзіrbайжан эхинококкоз эндемиялық аймақ бөлігі болып табылады, осы аурудың асқынудары жиі орын алады. [12]

Improving the diagnosis and surgical treatment of liver cysts

Shirinov Z.T., Nadirov R.S.

M.A. Topchubashov Scientific and Surgical Centre, Baku, Republic of Azerbaijan.

Abstract

Hepatic echinococcosis, being a common disease characterized by a decrease not in endemic areas [1, 2, 3]. In these patients are still high indicators of postoperative complications (57%) [4]. According to various sources, in 3-54% of cases of disease recurrence [5]. Increase in the number of repeat surgeries leads to the inclusion of these patients in the long-lasting disability. As a social issue, hydatid worried citizens of CIS countries and other neighboring foreign [6, 7, 8, 9, 10, 11]. Due to the fact that Azerbaijan is part of echinococcosis endemic zone, its incidence and its complications are quite common. [12]

ОБ АВТОРАХ

Ширинов Зарраф Тахмазолы – д.м.н., заведующий отделением хирургии печени, желчного пузыря и поджелудочной железы научного Центра хирургии им. М.А.Топчibашева. Азербайжан. Баку.

Контакты: +994503542151, zerraf@box.az

Надиров Рамиль Саттароглы – докторант научного Центра хирургии им. М.А.Топчibашева. Азербайжан. Баку.

Контакты: +994503869766, ramilnadirov23@otmail.com

Ключевые слова

хроническое трубконосительство, лапароскопическая, цисто-билиарная fistula, эхинококкэктомия.

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Ширинов Зарраф Тахмаз оглы – м.ғ.д., М.А. Топчibашев атындағы ғылыми хирургия Орталығының бауыр, от және үйкебез хирургиясы бөлімшесінің менгерушісі, Азербайжан. Баку.

Байланыс шүйі: +994503542151zerraf@box.az

Надиров Рамиль Саттароглы – М.А. Топчibашев атындағы хирургия орталығының докторантты.

Байланыс шүйі: +994503869766, ramilnadirov23@otmail.com

Түйін сөздер

тутукшетаққыштық, лапароскопиялық цисто-билиарлық fistula, эхинококкэктомия.

ABOUT THE AUTHORS

Shirinov Zarraf TahmazogluMD, head of the department of liver surgery, gallbladder and pancreas Scientific Center of Surgery named after M.A.Topchibasheva, Azerbaijan. Baku. zerraf@box.az

Nadirov Ramil Sattaroglu, thesis Scientific Center of Surgery named after M.A. Topchibasheva, Azerbaijan. Baku. ramilnadirov23@otmail.com

Keywords

chronic tube carrier, laparoscopic, cystoplasty-biliary fistula, echinococcectomy.

Материалы и методы

Данная научно-исследовательская работа основана на анализе результатов хирургического лечения паразитарных и непаразитарных объемных кист у больных, находящихся в период 2004-2015 гг. в отделении хирургии печени, желчного пузыря и поджелудочной железы Научного Центра Хирургии имени акад. М.А.Топчибашева. Ретроспективно и проспективно были изучены результаты 246 больных в возрасте 18-80 лет.

Распределение пациентов по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Из таблицы видно, что среди больных было 88 мужчин (35,8%) и 158 (64,2%) женщин. Соотношение заболевания между мужчинами и женщинами составило 1:3. То есть, женщины заболевают в 3 раза чаще, чем мужчины. Что касается возраста, то основное большинство больных (217-88,3%) было в возрасте 20-60 лет. Данный факт еще раз дает основание считать эхинококкоз ввиду его наиболее частой встречаемости среди трудоспособных лиц населения одной из социальных проблем современности. Вторичное заживание ран, длительность койко-дней, хроническое трубоконосительство из-за функционирующих желчных свищей и др. еще больше углубляют проблему включения большинства больных в инвалидную группу.

Больным, поступившим в клинику в плановом порядке, согласно подготовленного нами стандартного протокола, были проведены амбулаторные или стационарные исследования. После обследования врача были исследованы: общий анализ крови, мочи, кала, группа крови и Rh, RW, ВИЧ, сифилис, вирусы инфекционного гепатита HBsAg, HCvAg; биохимический анализ крови: общий билирубин и фракции, ГГТ, ЩФ, Алат, Асат,

остаточный азот, мочевина, креатинин, коагулограмма, сахар в крови, ЭКГ, в сомнительных случаях – ЭхоКГ, Р грудной клетки – области легкого и сердца, УЗИ органов брюшной полости, иногда КТ и или МРТ. В зависимости от наличия сопутствующих заболеваний были произведены осмотр и консультация со стороны других специалистов.

Обсуждение результатов

В результате проведенных исследований было выяснено, что из 246 больных у 74 (30%) наблюдались сопутствующие заболевания. Отмечено их хроническое течение – в форме ремиссии. Все наблюдаемые у пациентов сопутствующие заболевания представлены в таблице 2.

Из них: гипертоническая болезнь - у 6 (6,5%), ХИБС –атеросклеротический кардиосклероз – у 12 (4,8%), ГПОД+рефлюкс-эзофагит – у 14 (5,7%), аденома предстательной железы – у 6 (2,4%), хронический пиелонефрит – у 8 (3,3%), хронический калькулезный холецистит - у 7 (2,8%), эхинококковые цисты легких и средостения – у 8 (3,3%) и язвенная болезнь 12-перстной кишки - у 3 больных (1,2%). Больные были про-консультированы со стороны соответствующих специалистов по поводу сопутствующих заболеваний и было подтверждено, что они находятся в состоянии ремиссии.

После соответствующих исследований выставленный больным диагноз уточнялся и, согласно разработанному алгоритму, больного всесторонне осведомляли о выборе вида хирургического вмешательства, его осложнениях, используемых инструментах и методах, после чего больной давал письменное согласие на оперативное вмешательство.

Таблица 1.
Распределение больных
по возрасту и полу

Возраст								Всего n / %
	Пол	<20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	
Мужчины		15	20	14	21	7	8	3 88/35,8
Женщины		14	34	26	36	30	14	4 158/64,2
Всего: n / %		29 / 11,8%	54 / 21,9%	40 / 16,3%	57 / 23,2%	37 / 15%	22 / 8,9%	7 / 2,8% 246 / 100%

Таблица 2.
Сопутствующие
заболевания

№	Сопутствующие заболевания	Кол-во	%
1	Гипертония	16	6,5%
2	ХИБС. Атеросклероз	12	4,8%
3	Хронический пиелонефрит	8	3,3%
4	Желчекаменная болезнь	7	2,8%
5	Язвенная болезнь 12-перстной кишки	3	1,2%
6	ГПОД+рефлюкс-эзофагит	14	5,7%
7	Аденома предстательной железы	6	2,4%
8	Кисты легких и плевры (эхинококк)	8	3,3%
Всего		74	30%

Название хирургических вмешательств	Количество				Всего
	1 раз	2 раза	3 раза	4 раза	
Эхинококэктомия печени	27	6	4	3	40/88,9%
Лапароскопическая эхинококэктомия печени	1				1/2,2%
Эхинококэктомия печени и легких	1	1			2/4,4%
Цистоэноностомия		2			2/4,4%
Всего:	29/64,4%	9/20%	4/8,9%	3/6,7%	45/100%

Согласно анамнеза больных, 45 (18,3%) больных были подвергнуты хирургическому вмешательству по поводу кист - эхинококков печени. У указанных пациентов развился рецидив. Вся полученная в ходе исследования информация о рецидивах отражена в таблице 3.

Как видно из таблицы, повторные хирургические вмешательства были проведены 1 раз 29 больным (64,4%), 2 раза - 9 (20%), 3 раза - 4 (8,9%) и 4 раза - 3 (6,7%) больным. Что касается характера хирургического вмешательства, то 40 (88,9%) больным произведена эхинококэктомия печени, 1 (2,2%) – лапароскопическая эхинококэктомия печени, 2 (4,4%) – эхинококэктомия печени и легких 2 (4,4%) – ввиду наличия цистобилиарной fistулы произведена операция эхинококэктомии цистоэноностомия.

Как мы видим, ввиду того, что в хирургии печени рецидивы занимают особое место, составляя приблизительно 20% нашего клинического материала, благодаря свойственной им актуальности, мы планируем посвятить один раздел исследования их хирургическому лечению.

Согласно результатам УЗИ, КТ и МРТ и послеоперационных итогов, встречаемость кист была следующей. У 122 больных - 1 киста в правой доле печени, у 31 больного - 1 киста в левой доле печени, у 17 больных - 2 кисты в правой доле печени, у 3 больных - 2 кисты в левой доле печени, у 8 больных - 3 кисты в правой доле печени, у 1 большого - 3 кисты в левой доле печени, у 11 больных - в одно и то же время 1 циста в правой и левой долях печени. У 2 больных - 2 кисты

справа и 1 киста слева, у 1 больного - 2 кисты справа и 2 кисты слева, у 1 больного - 3 кисты справа и 1 киста слева, у 2 больных - 1 циста справа и 2 цисты слева, у 1 больного - 1 киста справа и 3 цисты слева, у 1 больного - 3 кисты справа и 1 киста в левом легком, у 1 больного - 3 кисты справа и 1 киста в левом легком, у 1 больного - 7 кист справа и 1 киста в левом легком, у 1 больного - 1 киста справа и 1 киста в средостении, у 1 больного - 1 киста справа и 1 киста в левом и правом легком. У 12 пациентов наблюдались многочисленные кисты. У 3 больных отмечались кисты в брюшной полости, у 3 больных – в селезенке. Что касается размеров кист, отметим, что большинство имело размеры 5-10 см, у 22 пациентов - 10-15 см, у 11 больных - 15-20 см, у 4 больных - 20-25 см, у 5 больных - 25-30 см, а у 2 больных – более 30 см. По составу наблюдались такие кисты: в 17 (6,9%) случаях – непаразитарные простые кисты, а в 229 (93,1%) – эхинококковые кисты паразитарного характера. Около 20% эхинококковых цисты были нагноившимися – погибшие эхинококковые кисты. Среди подвергнутых оперативному вмешательству больных по поводу рецидива в 35% случаев остаточная полость нагноилась.

Выставленный больным на основании результатов проведенных УЗИ, КТ, МРТ и интраоперационных результатов диагноз представлен в таблице 4.

Как видно из таблицы, простые цисты печени наблюдались у 18 больных (7,4%), эхинококковые кисты печени – у 150 (61%), рецидивирующую-

Таблица 3.
Характеристика перенесенных в анамнезе хирургических вмешательств.

№	Диагноз	n	%
1	Простые цисты печени	18	7,4%
2	Эхинококковые цисты печени	150	61%
3	Рецидив эхинококковых цист печени	45	18,3%
4	Эхинококковые цисты печени и легких	6	2,4%
5	Эхинококковые цисты печени и селезенки	4	1,6%
6	Эхинококковые цисты печени и брюшной полости	7	2,8%
7	Эхинококковые цисты печени + хронический каменный холецистит	10	4,1%
8	Эхинококковые цисты печени + перфорация язвы желудка	1	0,4%
9	Эхинококковые цисты печени + цистобилиарная fistула, механическая желтуха	5	2%
Всего		246	100%

Таблица 4.
Подтвержденный различными исследованиями диагноз

щие эхинококковые кисты печени – у 45 (18,3%), эхинококковые кисты печени и легких – у 6 (2,4%), эхинококковые кисты печени и селезенки – у 4 (1,6%), эхинококковые кисты печени и брюшной полости – у 7 (2,8%), эхинококковые кисты печени + хронический калькулезный холецистит – у 10 (4,1%), эхинококковые кисты печени + перфорация язвы желудка – у 1 (0,4%) и эхинококковые кисты печени + цисто-билиарная fistula, механическая желтуха – у 5 (2%). Как видно, наиболее часто встречались кисты паразитарного характера - 82,6%.

Проанализировав результаты проведенных больным до оперативного вмешательства УЗИ, КТ, в некоторых случаях МРТ, индивидуально для каждого пациента был выбран разрез с целью удобства подхода при операции к кисте и проведения на нем манипуляций. При этом, 5 больным была произведена перкутанская пункция, 6 – лапароскопическая, 33 – верхняя средняя лапаротомия, 6 - торакотомия, 7 – расширенная лапаротомия, 128 – разрез Кохера, 56 – разрез Федорова, 3 - торако-лапаротомия, а 2 – разрез Топчибашева. Наиболее часто встречался разрез Кохера (52%), на втором месте находился разрез Федорова (22,8%), а на третьем – верхне-срединная лапаротомия (13,4%).

При проведении разрезов предпочтение отдавалось нижеследующим правилам. В случае охвата кистами только лишь левой доли печени проводилась верхне-срединная лапаротомия, если кисты были разбросаны в правой и левой долях печени и брюшной полости, то - срединная расширенная лапаротомия, если цисты располагались в правой доле печени – разрез Кохера, если охватывали правую и левую доли печени – разрез Федорова, если находились в правой доле печени и в правом легком – правосторонняя

торакотомия, если были расположены в правой доле печени и в левом легком – левосторонняя торакотомия и соответствующая лапаротомия; если нагноившаяся киста была расположена в 8 сегменте печени и соответственно этому сегменту находилась между печенью и диафрагмой и или между диафрагмой и плеврой, тогда необходимо было использовать разрез Топчибашева. Мы не согласны с мнением ряда исследователей о целесообразности проведения операции с использованием торакотомии, диафрагмотомии при эхинококковых цистах, расположенных в 7-8 сегменте печени. Потому что в таком случае повышается травматичность операции и создаются условия для попадания возбудителей паразита в плевральную полость и распространения в ней.

Таким образом, больным, составляющим наш клинический материал, согласно результатам проведенных лабораторных и инструментальных исследований, соответственно выставленным диагнозам были проведены отраженные в таблице 5 нижеследующие хирургические вмешательства

Как видно из таблицы 5.5 (2%) больным с применением перкутанной пункции в условиях местной анестезии под контролем УЗИ и или КТ было произведено дренирование полости цисты; 6 (2,4%) - лапароскопическим способом эхинококкэктомия, использовав современные возможности минимальной инвазивной технологии; 104 (42,3) – эхинококкэктомия открытым способом, капитонаж остаточной полости; 20 (8,1%) - эхинококкэктомия открытым способом с тампонадой части большого сальника остаточной полости – оментопексия; 20 (8,1%) – открытым способом атипичная резекция левой доли печени с эхинококковой цистой – идеальная эхинококкэктомия; 13 (5,3%) – атипичная резекция левой

Таблица 5.
Характеристика проводимых хирургических вмешательств

№	Хирургические вмешательства	п	%
1	Перкутанская пункция (ПП) циста печени	5	2%
2	Лапароскопическая эхинококкэктомия печени (ЛЭЭ)	6	2,4%
3	Открытая эхинококкэктомия печени + капитонаж	104	42,3%
4	Открытая эхинококкэктомия печени + оментопексия	20	8,1
5	Идеальная эхинококкэктомия – атипичная резекция левой доли печени	20	8,1
6	Атипичная резекция левой доли + субтотальная перикистэктомия справа	13	5,3
7	Субтотальная перикистэктомия	45	18,3
8	Эхинококкэктомия печени и легких	6	2,4%
9	Эхинококкэктомия печени и селезенки (спленэктомия)	4	1,6%
10	ЭЭ печени и идеальная эхинококкэктомия брюшной полости	7	2,8%
11	Эхинококкэктомия печени + холецистэктомия	10	4%
12	Эхинококкэктомия печени + ушивание перфоративной язвы	1	0,4%
13	Эхинококкэктомия печени + ликвидация цисто-билиарной fistula	5	2%
Всего		246	100%

доли печени и или идеальная эхинококкэктомия с сегментэктомией и эхинококкэктомия левой доли, субтотальная перикистэктомия; 45 (18,3%) – эхинококкэктомия, субтотальная перикистэктомия; 6 (2,4%) – эхинококкэктомия печени и легкого; 4 (1,6%) – эхинококкэктомия печени, субтотальная перикистэктомия и спленэктомия по поводу эхинококковой цисты селезенки; 7 (2,8%) – эхинококкэктомия печени, субтотальная перикистэктомия и идеальная эхинококкэктомия брюшной полости; 10 (4%) – эхинококкэктомия печени и холецистэктомия; 1 (0,4%) – эхинококкэктомия печени и ушиванием перфоративной язвы пилорического отдела желудка, санация и дренирование брюшной полости; и у 5 (2%) – эхинококкэктомия печени и удаление цисто-билиарной фистулы.

Таким образом, проведенные хирургические вмешательства по характеру, то есть с этиопатогенетической точки зрения, разделяются на 2 группы. К I группе хирургических вмешательств относятся паллиативно-консервативного характера вмешательства: PAIR, ЛЭЭ, открытая ЭЭ + капитанаж, открытая ЭЭ + оментопексия, симультанная ЭЭ печени и легкого, открытая ЭЭ + холецистэктомия. К II группе радикальных операций относятся: идеальная ЭЭ, идеальная ЭЭ + субтотальная перикистэктомия, тотальная и субтотальная перикистэктомия.

Учитывая указанное, наш клинический материал был разделен на две группы. 152 больным (61,7%) I контрольной группы были произведены паллиативные вмешательства. А во II основную группу было включено 94 больных (38,3%), подвергнутых радикальному хирургическому вмешательству.

У больных обеих групп изучены первичные осложнения во время и после хирургического вмешательства, а также отдаленные результаты – рецидивы и проведен их сравнительный анализ.

Среди осложнений во время хирургического вмешательства основное место занимают кровотечения непосредственно во время операции. Так, кровотечения непосредственно во время операции наблюдались в 20% случаев - при радикальных операциях, а в 5% - при паллиативных

операциях, то есть в 4 раза чаще. Это объясняется при радикальных хирургических вмешательствах как атипичной резекцией одной доли печени, так и сопровождением сегментэктомий и перикистэктомий кровотечением. С целью уменьшения таких случаев в последнее время используются гармоничная и ультрасонокоагуляционная аппаратура.

Среди первичных осложнений после хирургической операции особое место занимают излитие желчи и кровотечения. Излитие желчи и кровотечения встречались в 3% случаев после радикальной операции, а в 15% - после паллиативной хирургической операции, то есть в 5 раз больше, чем в группе радикальных операций. Это объясняется проведением при радикальных операциях мероприятий по полному установившему гемостазу, а при тотальной и субтотальной перикистэктомиях - безостановочным герметичным ушиванием оставшихся тканей. В первый период после хирургической операции такие случаи, как наличие дренажа, встречались во время паллиативных операций в 35% случаев, а во время радикальных операций – в 5% случаев, то есть наблюдалось в 7 раз меньше.

На основании анкеты-опросника были изучены отдаленные результаты и проведен сравнительный анализ результатов больных, которым были проведены амбулаторные и стационарные исследования в течение 2-5 лет (в среднем, 3 года) после хирургического вмешательства. Остаточная полость и рецидивы наблюдались после паллиативной эхинококкэктомии, приблизительно, в 12%, а после радикальной эхинококкэктомии – в 2% случаев, то есть в 6 раз меньше. Все это даёт основание отдавать предпочтение радикальной эхинококкэктомии.

Таким образом, из анализа клинического материала видно, что в 38,3% случаев возможно проведение радикальной операции. Если кровотечения во время операции при радикальных операциях встречались в 4 раза больше, то постоперационные первичные осложнения – в 7 раз меньше, а рецидивы – в 6 раз меньше. На основании всего этого, мы считаем, что в клинической практике предпочтение необходимо отдавать радикальной эхинококкэктомии.

Литература

1. Алиев М.А., Сейсенбаев М.А., Адылханов С.А., Алайк С.М. К вопросу о современном подходе в лечении эхинококкоза печени //Новые технологии в хирургии.-Новгород, 1999.-С.20-22.
2. Goksoy E., Duren M. Surgical therapy of Echinococcus granulosus (cysticus) //Chirurg.- 2000.-Vol.71, N1.-P.21-29.
3. Balik A.A., Basoglu M., Celebi K., Oren D., Polat K.Y., Atamanalp S.S. Surgical treatment of hydatid diseases of the liver: review of 304 cases.//Archiv Surgery.- 1999.-Vol. 134,N2.-P. 166-169.
4. Мовчун А.А., Шатверян Г.А., Абдуллаев А.Г., Мовчун В.А. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени //Хирургия, 1997.-N2.-С. 28-30
5. Мусаев Г.Х. Гидатидозный эхинококкоз: Диагно-

- стика и комплексное лечение. Автореф. докт. дис. М., 2000. С. 35.
6. Назыров Ф., Исмаилов Д.А., Леонов В.Ф., Байбеков И.М. Эхинококкоз. Ташкент, 1999. С. 207.
 7. Каримов А.М. Диагностика эхинококкоза печени. Авт.канд.диссер. Душанбе, 2001.-26 с.
 8. Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Икрамов Р.З., Кахаров М.А. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени //Анналы хирургической гепатологии, 2002.-Т.5.-С.23-38.
 9. Абдуллаев А.Г., Мовчун А.А., Агаев Р.М. Выбор рациональной хирургической тактики при эхи-
 - нококкозе печени с поражением желчных протоков//Хирургия, 2005, С.38-42.
 10. Агаев, РМ. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений//Хирургия.-2001.-№ 2.- С.32-36
 11. Мамедов М.М. Использование лапароскопической техники при паразитарных кистах печени.// Сагламлыг, 2002, № 10, С 16-17
 12. Агаев Б.А., Агаев Р.М., Мамедов Р.М. Принципы диагностики и лечения эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. 2006.№1.С.54–59.

References

1. Aliev MA, Seisenbayev MA, Adylhanov SA, Alaik SM On the question of the modern approach in the treatment of liver echinococcosis // New technologies in surgery.-Novgorod, 1999.-P. 20-22.
2. Goksoy E., Duren M. Surgical therapy of Echinococcusgranulosus (cysticus) //Chirurg.- 2000.-Vol.71, N1.-P.21-29.
3. Balik AA, Basoglu M "Celebi K., Oren D., Polat KY., Atamanalp SS Surgical treatment of hydatid diseases of the liver: review of 304 cases.//Archiv Surgery.- 1999.-Vol. 134, N2.-P. 166-169.
4. Movchun AA, Shatveryan GA, Abdullayev AG, Movchun VA Diagnosis and surgical treatment of liver echinococcosis // Surgery, 1997.-N2.-P. 28-30.
5. Musayev AH Hydatidhydatid disease: diagnosis and comprehensive treatment. Author. Doctor. Dis. M., 2000. P. 35.
6. Nazyrov F. Ismailov DA, Leonov VF, Baibekov IM Echinococcosis. Tashkent, 1999, p 207.
7. Karimov AM Diagnosis of liver echinococcosis. Dushanbe, 2001.-26.
8. Kubyshkin VA, Vishnevsky VA, Ikramov RZ, Kakharov MA Evolution of the methods of surgical treatment of liver echinococcosis // Annals of Surgical Hepatology, 2002.-T.5.-P.23-38.
9. Abdullayev AG, Movchun AA, Agayev RM The choice of a rational surgical tactics at echinococcosis liver lesions of the bile ducts // Surgery, 2005 P.38-42.
10. Agayev RM Surgical treatment of echinococcosis of the liver and its complications // Hirurgiya.-2001.-№ 2.-P. 32-36
11. Mamedov MM The use of laparoscopic techniques in parasitic liver cysts.// Saglamlyg 2002, number 10, P: 16-17.
12. Agayev BA, Agayev RM, Mamedov RM Principles of diagnosis and treatment of liver echinococcosis // Annals of surgical hepatology. 2006. -№1.P.54-59.

IV. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

ПЕРВЫЙ ОПЫТ МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ

УДК 616.36 - 002.3 – 08

Ибадильдин А.С., Палтушев А.А.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан;
Военный клинический госпиталь Министерства обороны Республики Казахстан, г. Алматы, Казахстан;

Аннотация

В работе представлен результат обследования и лечения пожилой больной с непаразитарным абсцессом печени. Цель работы – поделиться опытом успешного лечения абсцесса печени закрытым методом.

Хирургический метод лечения является основным в лечении абсцессов. Большинство авторов придерживаются тактики активного безотлагательного опорожнения гнойника для ликвидации источника интоксикации и снижения давления внутри полости во избежание прогрессирования деструктивного процесса в печени, усиления кatabолических процессов и развития сепсиса.

С внедрением в клиническую практику ультразвуковой диагностики и компьютерной томографии появились новые возможности в лечении абсцессов печени. Традиционные операции в большинстве случаев уступили место щадящим методам – чрескожной пункции и пункционному дренированию гнойников.

Использованный нами подход к лечению больной с абсцессом печени дал возможность добиться выздоровления у пациентки с тяжелыми конкурирующими заболеваниями и получить хорошие функциональные результаты.

Бауыр абцессінің кіші инвазивті емі туралы ең алғашқы тәжірибе

Ибадильдин А.С., Палтушев А.А.

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.
ҚР ҚҚ Әскери клиникалық госпиталь, Алматы қ.

Аннотация

Бұл жұмыста, қарт науқастың паразитті емес бауыр абцессіне шалдықаны және тексерілуі мен емделуі жайлы қорытынды ұсынылған. Жұмыстың басты мақсаты – жабық тәсілмен бауыр абцессінің сәтті емделуі туралы тәжірибемен белісү.

Абцесстің ең негізгі тиімді емі-хирургиялық тәсіл. Ағзаның улану көзі және іш қуысы қысымының азаюы, бауырдың үдемелі деструктивті процесстінің, катаболитикалық процесстердің күшесін, сонымен қатар, сепсис өрлеуінің алдын-алу мақсатында, авторлардың көбіріндік белсенең шұғыл болсату тактикасын ұстанады.

Бауыр абцессін толық және нақты емдеу үшін, ультра дыбысты зерттеу мен компьютерлік томография сияқты клиникалық тәжірибеде жаңа мүмкіндіктер туды. Қолтеген жағдайларда дәстүрлі оталар, терінің тесіл өтү арқылы пункциялау немесе іріндікті пункция жолымен дренаждау сияқты жаңа тәсілдерге өз жолдарын беруде.

Біз қолданған емдеу бағыт бойынша бауыр абцессімен ауырған науқастың толыққандық жазылуына және де, жақсы функционалдық нәтижелер алдық.

First experience of minimally invasive treatment of liver abscess

Ibadildin A.S., Paltushev A.A.

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan.
Military clinical hospital of Defense Ministry of Kazakhstan Republic, Almaty, Kazakhstan.

Summary

This paper presents the results of examination and treatment of elderly patient with non-parasitic liver abscess. The purpose of work - to share experience of successful treatment of liver abscess by closed method.

Surgical treatment is the main treatment of abscesses. Most authors stick to the tactics of active immediate evacuation of an abscess to eliminate the source of intoxication and to reduce the pressure inside the cavity in order to prevent progression of the destructive process in the liver, enhance the catabolic processes and the development of sepsis.

With the introduction into clinical practice of diagnostic ultrasound and computer tomography, new opportunities in the treatment of liver abscesses. Traditional surgery in most cases given way to gentle methods such as puncture, percutaneous puncture and drainage of abscesses.

We have used the approach to treatment of patients with liver abscess made it possible to achieve recovery in a patient with severe disease and to get good functional results.

ОБ АВТОРАХ

Ибадильдин Амангельды
Сейтказиевич – д.м.н.,
профессор, заведующий кафедрой
«Хирургические болезни №2»,
Казахский Национальный
медицинский университет им. С.Д.
Асфендиярова, г. Алматы;
Палтушев Абдували
Абдумухаметович – майор
медицинской службы, начальник
отделения гнойной хирургии
Военного клинического госпиталя
МО РК, г. Алматы,
pal2sheff@gmail.com.

Ключевые слова:

абсцесс, печень, нагноение,
пункция, дренирование,
лечение, катетер, методика
Сельдингера.

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Ибадильдин Амангельды
Сейтказиевич – м.ғ.д., профессор,
«№2 хирургиялық аурулар»
кафедрасының менгерушісі, С.Д.
Асфендияров атындағы қазақ ұлттық
медицина университеті, Алматы қ.
Палтушев Абдували
Абдумухаметович – медицина
қызыметінің майоры, ҚР ҚҚ Әскери
клиникалық госпиталінің іріңді
хирургия белімінің бастысы, Алматы қ.
pal2sheff@gmail.com.

Түйін сөздер

абсцесс, бауыр, іріңдеу, пункция,
дренаждау, ем, катетер,
Сельдингер тәсілі.

ABOUT THE AUTHORS

Ibadildin Amangeldi Seitkazievich –
doctor of medical sciences, professor,
the head of the Department of
«Surgical diseases №2», KazNNU n/a
S.D. Asfendiyarov;
Paltushev Abdulyly
Abdumukhametovich, medical service
major, the head of the Department
of purulent surgery of the Military
clinical hospital of Defense Ministry of
Kazakhstan Republic,
pal2sheff@gmail.com.

Keywords:

abcess, liver abscess, liver,
puncture, drainage, treatment,
catheter, Seldinger technique.

Абсцесс печени – это ограниченное нагноение ее паренхимы с очагом литического расплавления печеночной ткани в ее центре [1].

Актуальность

Ежегодная заболеваемость абсцессом печени составляет от 8 до 20 случаев на 100 000 госпитализаций [Medelement.kz], наблюдается в любом возрасте, чаще встречается у женщин в возрасте 30–60 лет [2]. Смертность при абсцессах печени остается высокой и составляет за последние 20 лет от 10 до 40% [3].

Разнообразие клинической картины очаговых поражений печени может стать причиной поздней диагностики абсцесса, несвоевременного лечения и, как следствие, развития грозных осложнений. Важное значение имеют диагностика и лечение заболеваний печени у лиц пожилого возраста. У таких пациентов значительно чаще обнаруживается сочетание нескольких конкурирующих заболеваний, утяжеляющих его состояние. Это создает дополнительные трудности в диагностике, лечении [4] и ухудшает прогноз.

Существует несколько классификаций абсцессов печени. J. Patel и L. Leger (1975), A.A.Шалимов (1975).

Приемлемыми для практического применения являются следующие классификации:

О.Б. Милонов и О.Г. Бабаев (1972):

Первичные абсцессы печени: бактериальные, паразитарные;

Вторичные нагноения печени;

Нагноения патологических новообразований печени;

Посттравматические нагноения печени.

Meyers (2001): криптогенные абсцессы, холангииогенные, кишечные, гематогенные (артериальные), другие порталные, травма печени, другие виды распространения (хронический гранулематоз, локальное распространение, операции на органах брюшной полости и др.), амёбные.

Пути распространения инфекции в печеночную паренхиму: система воротной вены, желчные протоки, печеночная артерия, смешанные, при травме печени, прямое распространение инфекционного воспалительного процесса с близлежащими органами.

В хирургическом лечении солитарных абсцессов печени применяются, как традиционные принципы лечения с хорошими результатами [4,5] так и современные методы лечения. Несмотря на то, что абсцесс печени является сравнительно редким заболеванием, диагностика и лечение [5] его является актуальной проблемой современной хирургии.

Клинический случай

Больная Ж., 1943 г.р., история болезни № 3654, обратилась за медицинской помощью 30.10.2015 года.

Жалобы при поступлении: на постоянные боли в эпигастрии, правом подреберье, отсутствие аппетита, общую слабость.

Анамнез заболевания. Со слов больной, заболела в начале октября 2015 года. После погрешности в диете появились острые боли в эпигастрии и правом подреберье, тошнота, рвота. По скорой помощи была доставлена в одну из городских больниц, где после предварительного обследования данных за острую патологию живота выявлено не было, больной рекомендовано амбулаторное лечение. В последующем беспокоило периодическое повышение температуры тела до 38,0-39,0 С.

Амбулаторно были выполнены следующие диагностические мероприятия:

1. 21.10.2015 года. КТ ОБП с контрастированием: в S6 правой доли печени два гиперденсивных образования, размерами 5,3x6,87 см и 3,43x6,61 см, неоднородной структуры, с неравномерным частичным накоплением контрастного вещества;
2. Исследование на онкомаркеры: АФП – 0,683 (N 0-16 МЕ/л), РЭА – 1,28 (N до 5 МЕ/л), СА – 19,9 – 30,8 (N до 37 МЕ/л);
3. 24.10.2015 года. MRCP (MPХГ): Внутрипеченочные протоки не расширены, желчный пузырь не визуализируется, правый печеночный проток – 0,18 см, левый печеночный проток – 0,19 см, прослеживаются, структура сохранена. Общий печеночный проток не расширен – до 0,26 см. Холедох не расширен, до 0,31 см. Вирсунгов проток до 0,12 см. На дополнительных сканах органов брюшной полости в коронарной и аксиальной проекциях в правой доле печени (V-VI сегменты) образование до 8,7 см неоднородной структуры. По контуру печени скопление жидкости. Реактивный плеврит справа.
4. 28.10.2015 года. Пункция образования печени под УЗИ контролем, исследование пунката: в мазках все поля зрения покрывают элементы воспаления.
5. Консультация онколога от 03.11.2015 года: данных за онкологическое заболевание не выявлено.
6. Результат микробиологического исследования пунката от 28.10.2015 года: обнаружена Klebsiella pneumoniae устойчивая к ампициллину, пиперациллину, триметоприму.

В связи с ухудшением самочувствия, появлением постоянных болей в верхних отделах живота обратилась в клинику МО РК, после осмотра госпитализирована в отделение хирургических инфекций.

Анамнез жизни. Общие условия жизни, быта удовлетворительные. Туберкулез, вирусный гепатит, кожно-венерические заболевания отрицают. Операция: холецистэктомия в феврале 2014 года. В сентябре 2015 года отмечала падение на правое подреберье. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. Вредных привычек не имеет.

Объективный осмотр. Общее состояние средней степени тяжести за счет проявлений основного заболевания, явлений интоксикации. Нормостенического телосложения, повышенного питания. Кожный покров желтушной окраски, склеры иктеричны. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный. Пульс 80 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен желтым налетом. Живот обычной формы, принимает участие в акте дыхания, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области и в правом подреберье. В правом подреберье на 1,5-2 см ниже реберной дуги пальпируется печень, край закруглен, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника выслушивается, газы отходят. Симптом поколачивания отрицательный. Стул не нарушен, оформленный, обычного цвета. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

На ФГДС: хроническая язва луковицы ДПК с признаками состоявшегося кровотечения, Forrest II C.

На основании жалоб, клинических данных и результатов обследования выставлен диагноз: Нагноившаяся гематома V-VII сегментов печени? Абсцесс печени.

Сопутствующее заболевание: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки, осложненная состоявшимся кровотечением (15.10.2015 г.) Forrest II C. Правосторонний реактивный плеврит. Артериальная гипертензия II степени, риск 2. Алиментарное ожирение I-II степени.

В общеклиническом анализе крови: анемия 95 г/л, лейкоциты 9x10⁹/л (сдвиг лейкограммы влево), СОЭ 55 мм/час. Общий анализ мочи в норме. В биохимическом анализе крови: повышение общего билирубина до 41 мкмоль/л, прямого билирубина до 18,1 мкмоль/л.

Иммуноферментный анализ крови на HBsAg и Anti-HCV отрицательные.

Бактериологическое исследование пунктата печени: высеян *Enterobacter aerogenes*, устойчив ко всем имеющимся в лаборатории антибиотикам.

Учитывая возраст больной, наличие тяжелой конкурирующей патологии, высокий операционно-анестезиологический риск, было принято решение о проведении миниинвазивной операции под местной анестезией. В плановом порядке, 11.11.2015 года больной выполнена пункция и дренирование абсцесса правой доли печени под УЗИ навигацией, одномоментно получено 400 мл гноя с примесью гемолизированной крови. Использовалась методика по Сельдингеру с использованием набора для катетеризации подключичных вен (18G), игла длиной 100 мм, d иглы 1,6 мм, d катетера 1,2 мм. С целью профилактики повреждения ткани печени и ее структур, пункция была выполнена в десятом межреберье по передней подмышечной линии справа. В послеоперационном периоде проводилась комплексная консервативная терапия (инфузионная, антибактериальная, дезинтоксикационная, гепатотропная, противоязвенная, гипотензивная). Санация полости абсцесса проводилась растворами 0,05% хлоргексидина и метронидазола. Средний суточный дебит гноя составил около 200 мл, общий общем полученного гноя – 1200 мл. Дренаж был удален на 14 сутки. Явления интоксикации купированы. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии. При выписке клинические и биохимические анализы в пределах нормы, температура тела нормальная.

Диагноз при выписке: Солитарный абсцесс V-VII сегментов печени. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с признаками состоявшегося кровотечения Forrest II C. Артериальная гипертензия II степени, риск 2. Алиментарное ожирение I-II степени.

При контрольной КТ через 2 месяца в правой доле печени имеется остаточная полость размером 2,3x3,6 см, без патологического накопления контрастного вещества. Других патологических изменений в брюшной полости выявлено не было. Больная социально реабилитирована, выполняет домашнюю работу, ходит.

Таким образом у больной 72 лет повышенного питания, с тяжелой сопутствующей патологией и явлениями интоксикации, удалось закрытым методом санировать абсцесс печени и добиться полного выздоровления.

Больная демонстрирована на заседании Общества хирургов г.Алматы и Алматинской области 30.03.2016 года.

Литература

1. Альперович Б.И. Хирургия печени и желчевыводящих путей, 1997 г., стр. 511;
2. Шалимов С.А. и соавт. Хирургия печени и желчевыводящих путей, 1993 г., стр.32;
3. Ахаладзе Г.Г. с соавт. Анализ факторов риска при абсцессах печени, обзор литературы в научном журнале «Анналы хирургической гепатологии», 2004 г., т.9, №1, стр.69-78»;
4. Ибадильдин А.С., Апсатаров Э.А. Хирургическое лечение абсцессов печени. Казахстанская научно-практическая конференция. Эхинококкоз и очаговые заболевания паренхиматозных органов. Шымкент 27-28 мая, 1996 г., стр. 26-27;
5. Ибадильдин А.С., Нокербекова Б.М. Диагностика и лечение абсцессов печени.Клиническая медицина, т.5. Актуальные проблемы гепатологии; Межвузовский сборник стран СНГ, Новгород-Алматы, 1999 г., стр. 115-116.

References

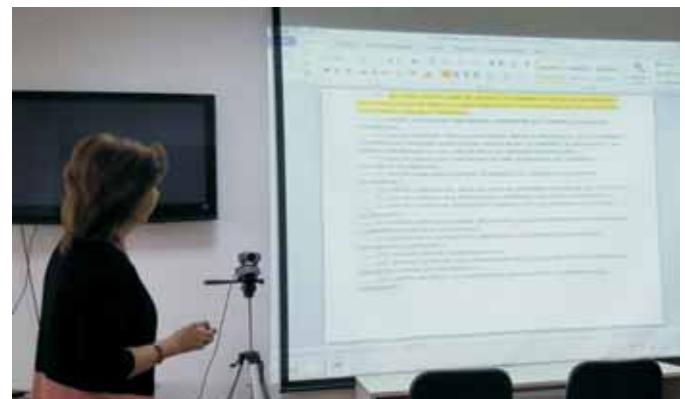
1. Alperovich B.I. Surgery of the liver and biliary tract, 1997. p. 511;
2. Shalimov S.A. et al. Surgery of the liver and biliary tract, 1993, p. 32;
3. Akhaladze G.G. et al. Analysis of risk factors for liver abscess, a review of literature in the scientific journal "Annals of Surgical Hepatology, 2004, v.9, №1, p. 69 78";
4. Ibadildin A.S., Apsatarov E.A. Surgical treatment of liver abscesses. Kazakhstan scientific-practical conference. Echinococcosis and focal parenchymal organs diseases. Shymkent on May 27,28, 1996, p. 26,27;
5. Ibadildin A.S., Nokerbekova B.M. Diagnosis and treatment of liver abscesses Clinical Medicine, v.5. Actual problems of hepatology; Interuniversity collection of the CIS countries, Novgorod, Almaty, 1999, p. 115,116.

GCP

«НАДЛЕЖАЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»

С целью подготовки к аккредитации центра по проведению клинических исследований, в рамках Меморандума о сотрудничестве специалистами Национального центра экспертизы лекарственных средств проведен цикл повышения квалификации врачей по теме «Надлежащая клиническая практика» с 20.06.16 по 28.06.2016 (54 часа).

Усовершенствование прошли следующие сотрудники Медеубеков У.Ш., Абзалиев К.Б., Миржакыпов А.Т., Чорманов А.Т, Ильясова Б.С., Шокебаев А.А., Бутабаев Н.К., Тулеутаев Р.М., Ракишев Б., Баимбетов А.К., Бижанов К., Демеуов Т.Н., Ибрагимов Р.П., Аканов Е.К., Мурадов М.И., Мухамедкерим К., Енин Е.А., Каниев Ш., Ширтаев Б.К., Сундетов М.М., Мирабеков Е.М., Абдилова Г.Б. , Байгусисова Д.З., Архипов В.А., Балабеков А.Г.



МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ФОРМ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

В рамках реализации Государственной программы «Денсаулық» в 2016 году перед сотрудниками АО ННЦХ им. А.Н.Сызганова поставлена задача – внедрение инновационных малоинвазивных и эффективных методов лечения и профилактики заболеваний сердца. Операции по малоинвазивной хирургии клапанов сердца, врожденных пороков сердца и коронарному шунтированию уже используются в повседневной практике в отделении кардиохирургии ННЦХ.

Впервые в Казахстане и центральной Азии 30-31 мая 2016 года в Национальном Центре Хирургии имени А.Н. Сызганова проведен мастер-класс по торакоскопическому лечению сложных форм мерцательной аритмии. С этой целью был приглашен ведущий кардиоторакальный хирург университетского медицинского центра Лейдена (Нидерланды) Jerry Braun обладающий большим опытом данной процедуры.

Фибрилляция предсердий или мерцательная аритмия – является одним из самых частых видов нарушения ритма сердца. Данный недуг является опасным и приводит к тяжелым последствиям в виде кардиомиопатии, тромбоэмболии с исходом в инсульт головного мозга и глубокой инвалидизации. Данные Фремингемского исследования показали что при мерцательной аритмии в 1,5 раза увеличивается смертность у мужчин и в 1,9 раз у женщин, соответственно уменьшается продолжительность жизни на 18 лет у мужчин и 21 год у женщин. Очень часто мерцательная аритмия является причиной внезапной смерти. Из 700 тыс. жителей США перенесших эмболический инсульт, 80 тыс. были обусловлены мерцательной аритмии. Частота распространенности мерцательной аритмии достигает 2% в общей популяции и 6% у лиц старше 60 лет. В последнее время наблюдается значительный рост заболеваемости мерцательной аритмии и ожидается увеличение числа пациентов вдвое в течение следующих 20 лет, принимая характер эпидемии.

Кроме бремени заболеваемости и инвалидизации, мерцательная аритмия представляет большую финансовую проблему для системы здравоохранения. Стоимость лечения пациентов, страдающих мерцательной аритмией на 35-40% выше, чем у аналогичных пациентов без мерцательной аритмии.

Несмотря на то, что в арсенале кардиолога имеется значительное количество лекарственных препаратов, традиционное медикаментозное лечение фибрилляции предсердий носит в основном симптоматический характер, направленный на профилактику осложнений. Это связано с недостаточной эффективностью лекарственной терапии, высокой частотой рецидивов и серьезными побочными эффектами препаратов, вплоть до развития фатальных нарушений сердечного ритма и внезапной смерти.

Современные нелекарственные и хирургические методы позволяют успешно лечить данную патологию. Существуют



четыре вида нефармакологической терапии мерцательной аритмии. Первое катетерная абляция, второе хирургическая абляция, третья торакоскопическая абляция и четвертое гибридная абляция совмещающая катетерную и торакоскопическую абляцию. По данным многочисленных исследований эффективность катетерной абляции показало преимущество перед антиаритмической терапией. Однако некоторым пациентам требуется повторное вмешательство ввиду срыва ритма сердца. При неэффективности и больших размерах сердца когда не может быть выполнена катетерная абляция, альтернативой является торакоскопическое лечение с высокой эффективностью 80-90%. Еще одним преимуществом торакоскопического лечения мерцательной аритмии является возможность исключения ушка левого предсердия, как источ-

ника тромбоэмболов и причиной инсультов. Торакоскопическая абляция широко используется в мире и показала свою безопасность и эффективность.

Реализация в АО ННЦХ программы внедрения инновационных технологий, в частности торакоскопического лечения мерцательной аритмии позволяет проводить все виды лечения мерцательной аритмии в одном месте. Ежегодное увеличение количества операции улучшит качество жизни и увеличит продолжительность жизни пациентов с данной патологией и позволит снизить финансовые расходы государства на лечение.

В рамках внедрения технологии в центре проведено 4 операции торакоскопической абляции и стоит отметить, что три из них были выполнены специалистами отделения кардиохирургии самостоятельно.

Профессор ШАРИПОВ КАЙТПАС ШАРИПОВИЧ



Доктора медицинских наук, профессор Кайтпас Шарипович Шарипов родился 06 октября 1938 года. Трудовую деятельность К.Ш. Шарипов начал в 1967 году в Институте хирургии им А. Н. Сызганова. В 1975 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Оценка уровня анестезии и методов искусственной гипотермии по показателям кислотно-щелочного равновесия крови у больных с врожденными дефектами перегородок сердца». В 1992 году Шарипов К.Ш. защитил докторскую диссертацию на тему «Изменения метаболизма в процессе хирургического и комбинированного лечения». Основным направлением научной деятельности Шарипова К.Ш. были клинико-метаболические исследования в periоперационном периоде, оценка показателя метаболизма при применении анестезиологических средств и защиты пациентов от хирургической агрессии и патологических состояний.

Состоял в рядах КПСС с 1961 по 1993 годы, член РК КПК в 1987-1988гг. Секретарь комитета комсомола АГМИ в 1964-1967гг., секретарь партбюро КазНИИ ОиР в 1982-1992гг. Депутат Алма-Атинского городского совета народных депутатов Казахской ССР 1989-1994гг., зам.директора по экстремальной медицине ННЦ им. А.Н.Сызганова 1993-1994гг.

Шарипов К.Ш является основоположником службы экстремальной медицине. В соответствии с постановлением Кабинета Министров РК от 27.09.1994 года №1068 «О создании службы экстренной медицинской помощи РК в ЧС» приказом МЗ РК при ННЦ им. А.Н.Сызганова создан Республиканский научно- практический центр экстремальной медицины и медико-биологических проблем, в последующем переименованный в Центр медицины катастроф МЗ РК.

Под руководством Шарипова К.Ш. подготовлены и защищены 7 кандидатских диссертаций. Шарипов К.Ш. -автор более 120 научных работ, под его редакцией и в соавторстве изданы 15 методических специальных медицинских изданий, учебных пособий по неотложной медицине и медицине катастроф, имеет более 15 авторских свидетельств, сертификатов РК, стран Европы и США.

Основные работы: «Гипертермия в кардиохирургии» 1973г., «Справочник хирурга» 1997г., «Хирургиялық жансақтау» 1997г.,

«Метаболизм и иммунная система в анестезиологии и хирургии рака легких» 2005г., «Русско-казахский фармакологический медицинский словарь» 2006г. В свете реализации координационного плана действий также разработаны и изданы для служебного пользования «План действия службы экстренной медицины помощи в ЧС РК», «Положение о бригадах спец. медпомощи постоянной готовности СЭМП РК в ЧС», «Стандарт диагностики и лечения в медицине экстремальных ситуаций», «Медицина чрезвычайных ситуаций», «Неотложная помощь при экстремальных ситуациях», «Положение о региональных и территориальных центрах медицины катастроф», «Оперативный и чрезвычайный план действия медицинских формирований по ликвидации ЧС» и др.

Шарипов К.Ш. являлся членом Государственной межведомственной комиссии по предупреждению и ликвидации ЧС РК и Стран Содружества, член Госкомиссии по обеспечению безопасности на транспорте, общенациональный координатор Европейского Регионального Бюро ВОЗ по проекту внестационарных служб экстренной медицинской помощи, член редакционного совета журнала «Медицина катастроф» ВЦМК «Защита».

С 01.09.2004 по 01.09.2008 год-зав. кафедрой курса анестезиологии-реаниматологии скорой медицинской помощи КМУ и эксперт НЦЭЛС МЗ РК. Член диссертационного совета при ННЦ им. А.Н.Сызганова.

Государство достойно ценило вклад Шарипова К.Ш. в развитие здравоохранения, он был награжден знаком «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау үздігі», «Отличник здравоохранения СССР». Указом президента РК 24 октября 2000г. награжден медалью «Ерен еңбегі үшін». «Алтын Дәрігер» 2005г. Нагрудным знаком Министерства Здравоохранения и социального развития РК «Денсаулық сақтау ісіне қосқан үлесі үшін» за большой вклад в отечественную медицину. Активный член партии «НурОтан», награжден грамотами, благодарностями МЗ РК.

Высокий профессионализм, добroе отношение, ответственность в работе заслуженно снискали Шарипову К.Ш. авторитет и уважение среди коллег и медицинской общественности.

Скоропостижно умер 10 октября 2015 г.

«ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГИЯ ХАБАРШЫСЫ»

ЖУРНАЛЫНДА БАСЫЛЫМДАР УШИН ҚОЙЫЛАТЫН ТАЛАПТАР

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

Ұсынылған материалдар қойылатын келесі талаптарға сай болуға тиісті:

Ұсынылған материалдарының мазмұндары кардиохирургия, ангиохирургия, абдоминалды хирургия, онкология, урология, анестезиология-реаниматология, оториноларингология, травматология, трансплантомология, микрохирургия, пластикалық хирургия сияқты салаларындағы көкейкесті проблемалары бойынша бірегейлі ғылыми зерттеулердің нәтижелері сипатталуы керек. Мақала қызмет етіп жүрген мекемесінде жасалған зерттеу бойынша басылып шығаруға, сол мекемеден берілген ілеспе рұқсатнамасымен болуы тиіс.

Мақала бір данада ұсынылады. Қолжазбасының көлемі – 5 бетке дейін, өз тәжірибесінен алынған оқиға – 3-4 бет, 8 беттен аспайтын шолу дәрісі, негізгі мақала мәтінінің басында аңдатпасын қосқанда, онда жұмыстың мақсаты, жұмысты жүргізген әдісін немесе әдіснамасын, жұмыс нәтижелерін, алған нәтижелерді қолдану саласын көрсетіп, қорытындылары (аңдатпа 1 компьютерлік аралығымен интервалы 12 бм арқылы 1/3 бет) кестелер, суреттер, қолданылған әдебиет тізімі Word 2003, Times New Roman 14 pt шрифтымен басылған, жолдар арасында бос орын қалдырып, 1 компьютерлік интервалымен, аландары – ұстінгісі мен төмөнгісі 2 см, сол жағы 3 см, оң жағындағы алаңы 1,5 см. Суреттер саны – бестен аспауы керек.

Мақаланың басында сол жағындағы үстінде УДК көрсету тиіс. Әрі қарай беттің ортасында ағылшын тілінде бас әріптермен (жартылай қалың қәріпімен) – мақаланың атауы; төмөнгі жолда бас әріптермен авторлардың тегін және аты мен әкесінің атының бас әріптерін, лауазымын, ғылыми дәрежесін көрсетуімен; кейін беттің ортасында жәй әріптермен - жұмыс орындалған үйимның (үйимдардың), қала атауларын көрсетеді; (институттың және ведомствоның толық атауын, қала және пошталық индексі, e-mail) жазылады.

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

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

Ғылыми зерттеулер туралы реферативтік пен талдау ақпараттары деректерінің дүние жүзілік (Web of Science,

Scopus және өзгелері) базалары орыс тілдегі журналдарынан «References» роман әліпбіндегі – (латиницада) мақалаға қатысты библиографиялық тізім ұсынылуы талап етіледі. Осындаидай талап авторлар зерттеулерін жасайтын үйимдарында орыс тілдес авторларының басылым қызметін сапалы бағалауға мүмкіндік береді. Бұл деген халықаралық базаларының басты талаптарының бірі! Әдебиет тізімінен кейін ағылшын тілде әдебиеттің орыс немесе қазақ тізімінің толық аудармасы беріледі! Әдебиет тізімі SCOPUS үшін және өзге ДЕРЕКТЕРІНІҢ БАЗАСЫ үшін ұсынылатын мақалада шеттіл дереккөздері бар-жоғына қарамастан, орыстілдес бөлігінде әдебиет тізімін қайталаіт отырып, толық жеке блогымен (References) роман әліпбіндегі беріледі. Егерде тізімде шетелдік басылымдарға сілтемелер болса, олар роман әліпбіндегі (латиницада) өзірленетін тізімінде толық қайталаңды.

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

Автор түйіндемесі (аңдатпасы) келесі талаптарға сай болуы тиіс:

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

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

“Әдіс ” бөлігінде жұмыста қолданылған аспаптар, реактивтер бойынша эксперимент қойған кезінде операцияларды зерттеу нысаны, шарттары, дәйектілігі туралы мағлұмат болады. Аспаптар мен жабдықтарды көрсеткен жағдайда, түпнұсқа тілінде (тырнақшалармен белгілеп), фирмалық және елдің ата-

уы көрсетіледі. Тиісті басылымға сілтемелерден басқа, егерде әдіс таралмаған болса немесе айтарлықтай түрлендірілген жағдайда, оның қысқа сипаттамасы беріледі. Деректердің статистикалық өндөлү болған жөн.

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

Кестелер жеке беттерде басылады. Әр кестенің номірленген және тақырыптық атавы болуы тиіс. Суреттерге ұсынылатын

жазбалары жеке парақта беріледі. Суреттер бойынша жазбалар өте аз болғаны жөн. Біліктерде өлшенетін шаманың атавы емес, тек мөлшерлігі көрсетіледі.

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

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

Қолжазбаның жалпы көлемі бірлік интервалы арқылы 15 бетке дейін рұқсат етіледі. Бұл көлемге, сондай-ақ андатпа, кестелер, суреттер мен әдебиет тізімі кіреді.

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

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

РЕДАКЦИЯЛЫҚ ЭТИКА

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

- 1) плагиат болмауы, редакциялық құпияны, яғни автордың келісімісіз ашпау, кітабы шыққанға дейін және шыққаннан кейін де баспада жұмыстың зертханасын жарияламау, (туындының ерекшеліктері мен кемшиліктерін, ескертулері мен түзетулерін ешкіммен талқыламау, берілген ішкі пікірлерімен таныстырыма), автордың рұқсатысызы түпнұсқасын окуға бермеу;
- 2) автордың ойын түсінуге талпынуымен, авторға және оның енбегіне құрметпен қарау; шығармашылық түрфысынан қолдауға ынталанып, талаптары мен тілектерін орындау, ал өзінің сынымен басып тастау емес, авторға өз шарттарын қоймай, тек дұрыс негізделген ескертулерді басшылыққа ала отырып, автормен келісу, авторлық түпнұсқасына өз еркімен арасласпау;
- 3) есінізде болсын, редакция байқаған автордың қатесі болып табылмайды; автор туындысының сапасы анықталады.

ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИЙ В ЖУРНАЛЕ «ВЕСТИК ХИРУРГИИ КАЗАХСТАНА»

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

Представленные для опубликования материалы должны удовлетворять следующим требованиям:

1. Содержать результаты оригинальных научных исследований по актуальным проблемам в таких областях, как кардиохирургия, ангиохирургия, абдоминальная хирургия, онкология, урология, анестезиология-реаниматология, оториноларингология, травматология, трансплантология, микрохирургия, пластическая хирургия. Статья сопровождается разрешением на опубликование от учреждения, в котором выполнено исследование.

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

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

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

Мировые базы данных реферативной и аналитической информации о научных исследованиях (Web of Science, Scopus и др.) требуют от русскоязычных журналов представления пристатейного библиографического списка в романском алфавите (латинице) – «References». Это дает возможность качественной

оценки публикационной деятельности русскоязычных авторов и организаций, в которых проводят исследования авторы. Это одно из главных требований международных баз! После списка литературы идет полный перевод русского или казахского списка литературы на английский язык! Приводится список литературы в романском алфавите (References) для SCOPUS и других БАЗ ДАННЫХ полностью отдельным блоком, повторяя список литературы к русскоязычной части, независимо от того, имеются или нет в нем иностранные источники. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, готовящемся в романском алфавите (латинице).

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

Авторские резюме (аннотации) должны быть:

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

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

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

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

Раздел “Результаты и их обсуждение” должен содержать краткое описание полученных экспериментальных данных с

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

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

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

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

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

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

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

Работы, оформленные без соблюдения этих правил, возвращаются без рассмотрения. Работы, направляемые в журнал, должны быть изложены в сжатой форме и в определенной последовательности.

РЕДАКЦИОННАЯ ЭТИКА

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

- 1) недопустимость plagиата, хранить редакционную тайну, т. е. не раскрывать без согласия автора и до и после выхода книги лабораторию работы над ней в издательстве (не обсуждать с к.-л. достоинства и недостатки произведений, замечания и исправления в них, не знакомить к.-л. с внутренними рецензиями), не давать без разрешения автора читать к.-л. авт. оригинал;
- 2) уважительно относиться к автору и его труду, стараясь вникнуть в его замыслы, требования и пожелания, стремясь творчески поддерживать его, а не подавлять своей критикой, не диктовать автору свои условия, а договариваться с ним, опираясь только на хорошо обоснованные замечания, ни в коем случае не хозяйничать самовольно в авт. оригинале;
- 3) помнить, что не ошибками автора, замеченными редакцией, определяется качество авт. произведения

REQUIREMENTS FOR THE AUTHORS OF THE “BULLETIN OF SURGERY IN KAZAKHSTAN” SCIENTIFIC JOURNAL

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

Submitted for publication materials should meet the following requirements:

1 To have the results of original research on current issues in the such fields, as cardiosurgery, angiosurgery, abdominal surgery, oncology, urology, anaesthesiology-critical care medicine, otorhinolaryngology, traumatology, transplantation, microsurgery, plastic surgery, not previously been published and are not intended to be published in other publications. The article is accompanied by a security clearance from the institution, in which the study is carried out.

2 Article is presented in one copy. The volume of the paper: a scientific article - up to 5 pages, a clinical case - 3-4 p., a review lecture - no more than 8 p., including the abstract at the beginning of the article before the main text, which should reflect the aim, method, or technique of the work, the results, applicable scope of results, conclusions (abstract of not less than 1/3 page through 1 interval, 12 computer print), tables, figures, references (12 pt after 1 computer interval), printed in Word 2003 with Times New Roman, 14 pt, with a space between the lines of 1 computer interval, field at the top and bottom - 2 cm, left-3 cm, right - 1.5 cm. Number of figures - no more than five. The index of UDC should be at the beginning of the article at the upper left corner. Then in the middle of the page with English capital letters (in italics) there should be the initials and last names of authors, title, degree, then in the middle with lowercase - name of organization(s), in which the work is performed and the city, below in the middle with capital letters (in bold) - the title of the article; Give the full name of the Institute and departments, city, and postal code, e-mail.

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

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

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

complete translation of Russian or Kazakh bibliography in English!

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

References are not used separating characters («//» and «--»). The name of the source and output data are separated from the authors of the font type, often in italics, dot or comma.

Author abstract must be:

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

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

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

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

«Results and discussion» section should contain a brief description of the obtained experimental data with tables and pictures, not overlapping. Summary of results should be to identify detected patterns, not in mechanical retelling of tables and graphs. Results are recommended to present in past tense. Discussion should not repeat results. At the end of the section, it is recommended to develop the main conclusion that contains the answer to the question posed in the introduction. The text should be used generally accepted abbreviations in the scientific literature: e.g., DNA, RNA, ATP, NAD, GLC and etc., with a large number of non-standard abbreviations they are given as a footnote on the first page. Design-

nation of the amino acid residues, sugars and nucleic acid bases are usually given in transcriptions. For example: Leu-Leucine, Ile-isoleucine, Phe-phenylalanine, Glu-glucose, Suc-sucrose.

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

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

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

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

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

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

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

Publication Ethics and Publication Malpractice in Bulletin of surgery in Kazakhstan

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

Submission of an article to the "Bulletin of surgery in Kazakhstan" scientific-practical journal implies that the described work has not been published previously (except in the form of an abstract or as part of a published lecture or academic thesis or as

an electronic preprint, see <http://www.elsevier.com/postingpolicy>), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, including electronically without

the written consent of the copyright-holder. In particular, translations into English of papers already published in another language are not accepted.

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

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

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

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

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

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

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