

Вестник хирургии Казахстана

№3 (15) 2008

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

Издается с 2005 г.

Собственник журнала - Научный центр
хирургии им. А.Н. Сызганова.

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

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

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

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

Ответственность за содержание
публикуемых материалов несут
авторы материалов.

Ответственность за рекламные
материалы несут рекламодатели.

Перепечатка публикуемых
материалов допускается только с раз-
решения редакции. При
цитировании обязательны
ссылки на журнал.

Тираж 800 экз. Тип. NV-service

Главный редактор

Султаналиев Т.А., профессор

Заместители главного редактора

Рамазанов М.Е., д.м.н.

Ответственный секретарь

Кабдрахманов К.Б.

Редакционная коллегия:

Ахметов Е.А., д.м.н.

Баймаханов Б.Б., проф.

Жураев Ш.Ш., д.м.н., проф.

Исмагилов Р.З., д.м.н., проф.

Миербеков Е.М., д.м.н., проф.

Поцелуев Д.Д., д.м.н.

Сейдалиев А.О., д.м.н.

Сейсембаев М.А., проф.

Хвостиков Е.И., д.м.н.

Редакционный совет:

Абдуллаев М.Ш.

Апсаров Э.А. (Алматы)

Вишневский В.А. (Москва)

Даирбеков О.Д. (Шымкент)

Доскалиев Ж.А. (Астана)

Изимбергенов Н.И. (Актобе)

Лохвицкий С.В. (Караганда)

Мамекеев М.М. (Бишкек)

Назыров Ф.Г. (Ташкент)

Сабыр М.Ш. (Актобе)

Черноусов А.Ф. (Москва)

Журнал Национального научного центра хирургии
им. А.Н. Сызганова

Содержание

Организация хирургической службы

О необходимости внедрения рейтинговой оценки в хирургической службе на современном этапе в Казахстане. *Олжаев С.Т.* (3)

Экстренная хирургия

Хирургическая тактика при торакоабдоминальных ранениях мирного времени. *Султаналиев Т.А., Аманбаев С.М., Джумабеков А.Т., Каштаев Р.Е., С.М. Абуов, Медеубеков У.Ш.* (5)

Хирургическая тактика при проникающих ранениях грудной клетки. *Султаналиев Т.А., Аманбаев С.М., Джумабеков А.Т., Каштаев Р.Е., Абуов С.М., Медеубеков У.Ш.* (7)

Лапароскопическая холецистэктомия при остром деструктивном холецистите. *С.В. Лохвицкий, М.В.Цешковский, А.Ж.Айдаханов* (9)

Абдоминальная хирургия

Особенности внутренней картины болезни у больных хроническим холециститом. *А.И. Мусаев, И.А. Ашимов, Н.Р. Раисова* (12)

Возможности и перспективы улучшения иммунной системы новым методом санации брюшной полости и энтеродетоксикации в послеоперационном периоде у больных с разлитым гнойным перитонитом. *Алиева Э.А., Исаев Г.Б., Гасанов Ф.Д.* (16)

Оценка влияния магнито-лазерной терапии в комплексном хирургическом лечении острого холангита. *Асланов А.М.* (19)

Лечение больных с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка. *Булегенов Т.А.* (22)

Способ бужирования протяженных послеожоговых рубцовых стриктур пищевода. *Рахметов Н.Р., Хребтов В.А., Булегенов Т.А. Проказа М.Ю.* (23)

Эндокринная хирургия

Непрямые реваскуляризирующие операции при диабетической стопе. *М.К. Джаканов* (24)
Выбор уровня ампутаций при диабетической гангрене стопы. *М.К. Джаканов* (26)

Торакальная хирургия

Целесообразность проведения восстановительной терапии при оперативном лечении воронкообразной деформации грудной клетки. *Ж.С. Альжанова* (28)

Вопросы диагностики

Ультразвуковая диагностика повреждений

сухожилья кисти и предплечья. *Мухамеджанова А. И., Мурадов М.И.* (31)

Офтальмохирургия

Адаптационные характеристики комплекса морфологических параметров, обеспечивающих нормальное функционирование глаза. *З.А. Джуматаева* (34)

Новая мицеллярная наносистема доставки тимолола для лечения глаукомы. *З.А.Джуматаева* (37)

Общая хирургия

Пути введения вазопростана при диабетической стопе. *М.М. Мукушев, М.К. Джаканов* (39)

Неврологические осложнения у детей, оперированных на сердце в условиях искусственного кровообращения и бесперфузионной гипотермической защиты. *Б.Ж. Аджибаев* (41)

Урология

Сравнительный анализ хирургического лечения гипоспадии у детей. *А.С. Аюбаев, Б.К. Кушеров* (45)

Значение лечения варикоцеле при бесплодии. *Е.Ш. Исмолдаев* (48)

ЛОР

Применение гемостатического рассасывающего материала Сержисел* при пластике перегородки носа. *Амангалиев А.Б.* (52)

Морфологическое обоснование применения производных чистотела при лечении полипозного риносинюита. *Жакенова. С.С.* (54)

Анестезиология, реаниматология

Құрсақ қолқасы аневризмасы және Лериш синдромына операция кезінде мониторлы-компьютерлік жүйені сынаудан өткізіп, қолдану тәжірибесі. *Ә. Ш. Құсаинов.* (57)

Периоперационные осложнения у больных, оперированных на брюшном отделе аорты. *Миербеков Е.М., Артыкбаев Ж. Т., Илялетдинов И.Д., Кусаинов А.Ш., Батырханов М.М.* (60)

Применение реинфузии аутокрови при реконструктивных операциях на брюшном отделе аорты. *Миербеков Е.М., Артыкбаев Ж. Т., Илялетдинов И.Д., Кусаинов А.Ш.* (63)

Юбилей

Профессор О.К.Кулакеев. *К 60-летию со дня рождения* (66)

О необходимости внедрения рейтинговой оценки в хирургической службе на современном этапе в Казахстане

Казахстанская государственная медицинская академия,

кафедра хирургии факультета дополнительного медицинского образования, Астана

Олжаев С.Т.

УДК: 616.-089:316.422

Қазақстанда қазіргі кезеңде рейтингті бағалау әдістерін хирургиялық қызметте енгізу қажеттілігі туралы

Олжаев С.Т.

Хирургиялық стационарларда еңбек ақысын альтернативті ұстаным негізінде рейтингті бағалау әдісімен төлеуі ұсынылды. Бұл ұсынған әдіс нақты жасалған операциялар, жасалған наркоздар мен басқа да емдеу манипуляциялар үшін ақыны гонорарлық төлем жолымен жасауда негізделген. Сол себепті хирургтың рейтингісін бағалау үшін қолдануға болатын формула ұсынылған. Рейтингті бағалау бірлігі – баллдар, олар хирургпен жасалған операциялардың категориясына, оның нормативті ұзақтылығына және негізгі қызметіне қарап беріледі. Рейтингтерді ЖАҚ-та жиі бастыруға болады.

Процессы реформирования системы практического здравоохранения, которые затронули и преопределили дальнейший поиск оптимальных решений организационного характера в хирургической службе, являются весьма актуальными на сегодняшний день. Кризис кадровых ресурсов здравоохранения в мире, а именно - нехватка медицинского персонала и перекосы в его подготовке имеют место во многих странах. Для устранения узких мест в здравоохранении необходимо создать контингент квалифицированных работников (1). В настоящее время в Казахстане у врачей нет экономической мотивации к улучшению результатов труда, снижен их престиж в обществе, в связи с этим учреждения здравоохранения не укомплектованы квалифицированными кадрами, особенно в сельской местности (2, 3). Предусмотренные Министерством здравоохранения РК меры по решению проблемы кадрового обеспечения не дают должного результата (3,4).

Проблема подготовки молодых хирургов сегодня заключается в том, что многие молодые выпускники не работают врачами-хирургами по многим причинам. Одна из главных, на наш взгляд, - потеря престижности профессии врача-хирурга. Существующая система организации хирургической службы не поднимает престижности профессии. Открытыми вопросами являются вопросы функций главных

The necessity of the surgical service estimation rating introduction at the present stage in the Kazakhstan

S.Olzhayev

The rating estimation based on alternative principles of a payment is offered in surgical hospitals. The essence of the offered method consists in the organization of payments for actually made operations, the lead narcosises and other medical manipulations. The applied formula can be used as a measurement of the rating of a surgeon. The unit of the rating measurement are points, which are appropriated for lead operations depending on a category of operation, its normative duration and the role function carried out by the surgeon. Ratings could be published on a regular basis in mass-media.

хирургов при департаментах, вопросы анализа всей службы.

Существующие общества хирургов вполне могли бы взять на себя функции присвоения категорий и экспертного звена в спорных моментах хирургической специальности, не ограничиваясь выдачей рецензий и рекомендаций для получения категорий. С другой стороны, при существующей аттестации по категории не хватает объективной оценки оперативной деятельности. Нужно пересмотреть оплату труда по объему и сложности оперативных вмешательств. Для оценки оперативной активности (рейтинга) хирурга мы рекомендуем применить систему, предложенную для оплаты хирургов в 1995 году Д.С.Сексенбаевым и С.В.Кимом (5).

Указанными авторами были предложены альтернативные принципы оплаты труда в хирургических стационарах. Суть предложенного метода заключается в организации гонорарной оплаты за фактически сделанные операции, проведенные наркозы и другие лечебные манипуляции. Была предложена формула, которую можно было бы применять для измерения рейтинга хирурга. Единица измерения рейтинга – баллы, присвоенные за проведенные операции в зависимости от категории операции, ее нормативной длительности и ролевой функции, выполняемой хирургом. Рейтинги можно было бы публиковать регулярно в СМИ.

Так, нами было проведено исследование одного из хирургических отделений, состоящее из 60 коек и 8 врачей-хирургов с учетом кафедральных сотрудников. При этом установили (по данной формуле) и посчитали рейтинги 8 хирургов в хирургическом отделении на 60 койках. На 1 месте оказался заведующий отделением, который выполнил 100 операций, что составило 18890 баллов, на 2 месте два хирурга, которые прооперировали по 26 операций, их рейтинг составил 7680 баллов. У заведующего кафедрой, профессора, рейтинг составил 5650 баллов, который провел 17 операций: уролог также провел 17 операций, но его рейтинг составил 4650 баллов. У молодых хирургов следующая ситуация: один молодой хирург провел 2 операции, при этом в 13 случаях был первым ассистентом, а в 32 вторым ассистентом. Его рейтинг составил

1250 баллов. Два молодых хирурга провели по 1 операции, но у одного рейтинг составил 850 баллов, а у второго 1150 баллов - вследствие того, что второй больше ассистировал первым ассистентом – 42 раза. При расчете брались во внимание сложность и объем операции, а также коэффициент участия в качестве не только оперирующего хирурга, но и в качестве первого или второго ассистента. На данном примере наглядно видно, что два хирурга имеющие аналогичные категории, как у заведующего отделением, и владеющие техникой выполнения объемных операций, все же выполняют меньше операций из-за «монополизации» работы заведующим отделением, а об обучении молодых хирургов речи вообще не стоит. Рейтинговая система показала бы, как заведующие хирургическими отделениями обучают молодых хирургов.

Литература

1. Кадровые ресурсы – ежегодный доклад ВОЗ, 2005. С – 12.
2. Указ Президента Республики Казахстан от 13.09.2004 года №1438 «О государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы».
3. Н.К. Хамзина, А.К. Каптагаева, Г.К. Бидатова // Материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан I том,

часть I, // С.352-354.

4. Статистический сборник «Здоровье населения республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения», 2006г.
5. Д.С. Сексенбаев, С.В. Ким. / О принципах оплаты труда в хирургических стационарах // Журнал - Хирургия Казахстана, Алматы, 1995г., №5-6, С.56-58.

Хирургическая тактика при торакоабдоминальных ранениях мирного времени

Султаналиев Т.А., Аманбаев С.М., Джумабеков А.Т.,
Каштаев Р.Е., С.М. Абуов, Медеубеков У.Ш.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей г. Алматы

Бейбітшілік замандағы торакоабдоминалды жарақаттарды хирургиялық емдеу тактикасы

Торакоабдоминалды жарақаты бар 32 науқасты емдеу нәтижелері келтірілген. Шабылған-кесілген жарақаттар - 30 науқаста (93,75%), 2 науқаста (6,25%) - оқ тиген жарақат байқалды. Жарақаттың 80% сол жақта, 20% оң жақта шоғырланған. Клиникалық материалдың сараптамасы жедел жәрдем дәрігерлерінің жарақат алғандардың тек 6,2% дұрыс диагноз қойғанын, ал стационарда жарақатты тексеру мәліметтеріне сүйене отырып тек 12 науқасқа (37,5%) дұрыс диагноз қойылғанын анықтады. Қалған 20 науқасқа (62,5%) дұрыс диагноз тек қана операция кезінде қойылған. Барлық жарақат алған науқастарға жедел түрде операция жасалған. Бұндай жарақаттарды дұрыс анықтау қиындығы біріншіден, науқастардың ауыр жағдайымен, қан кетудің жалғасуымен; науқастардың 50% плевро-пульмоналды шоктың болуымен түсіндіріледі. Екіншіден, кезекші хирургтар жарақаттың кіру кеңістігінің шоғырлануын эрқашан ескермейді.

Торакоабдоминалды жарақаттары бар науқастарды біз үш топқа бөлдік: 1-ші топта 11 науқаста (34,4%) кеуде қуысы жарақаттарының белгілері басым болды, 2-ші топта 15 науқаста (46,9%) іш қуысы ағзаларының зақымдану белгілері басым болды, ал 3-ші топта 6 науқаста (18,7%) кеуде және іш қуысы ағзаларының зақымдалуы байқалды. Операция жасалған науқастардың 11 (34,4%) эр түрлі асқынулар байқалды, соның ішінде травмадан кейінгі плеврит - 4 науқаста, пневмония - 3 науқаста, операция жарасының іріңдеуі 4 науқаста.

Торакоабдоминальные ранения являются одним из самых трудных и недостаточно изученных разделов неотложной хирургии груди и живота, при которых нарушается целостность диафрагмы и вскрываются две полости: плевральная и брюшная. Состояние пострадавшего определяется тяжестью травмы органов груди и живота, сложностью патофизиологических расстройств, обусловленных повреждением такого мощного дыхательного мускула, каким является диафрагма, сообщением двух серозных полостей с разным давлением, перемещением органов брюшной полости в грудную с возможным их ущемлением, кровотечением, развитием воспа-

Surgical tactics at thoracoabdominal peace time wounds

Results of treatment of 32 patients with thoracoabdominal wounds. Sliver - at 30 (93,75 %) patients, at 2 (6,25 %) - gunshot wounds. Link sided localization of entrance wounds makes 80 %, and right-hand - 18 %.

The analysis of a clinical material shows that the correct diagnosis is put by ambulance surgeons at 6,2 % of wounded men, and in a hospital on the basis of inspection data, including wound audit - at 12 (37,5 %), at the others 20 (62,5 %) - only during operation.

All were made urgent operation. Difficulty of diagnostics of such wounds is caused, first, by a grave condition, a proceeding bleeding; at 50 % - pleura pulmonary shock. Secondly, surgeons on duty not always consider localization of an entrance wound.

We have divided patients with thoracoabdominal wounds into three groups: in I group symptoms of damage of a thorax prevail - at 11 (34,4 %), in II group prevail symptoms of damage of bodies of a stomach - at 15 (46 %) and in III group symptoms of damage of a breast and a stomach - at 6 (18,7 %).

Various complications were observed at 11 (34,4 %) operated, from them a posttraumatic pleurisy - at 4, a pneumonia - at 3, a suppuration of a postoperative wound - at 4.

лительных процессов в обеих серозных полостях [1, 2, 3].

Частота грудно-брюшных повреждений среди проникающих ранений груди в мирное время достаточно высока и, по данным Е.А. Вагнера [6], составляет 13,5%. Такую же частоту наблюдения выявили Д.А. Арапов, Н.В. Хорошко [1], Б.И. Эсперов и соавт. [2], Л.Н. Бисенков [7].

Диагностика торакоабдоминальных ранений трудна. По данным М.М. Магулы [3], Д.А. Арапова, И.В. Хорошко [1] и других, число диагностических ошибок за последние 60 лет не имеет заметной тенденции к снижению и составляет 30-70%.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения торакоабдоминальных ранений.

Методы исследования и результаты

В клинике АГИУВ на базе хирургического отделения ЦГКБ с 2004 по 2007 годы лечились 32 больных с торакоабдоминальными ранениями. В основном это были мужчины в возрасте от 20 до 40 лет. Колото-резаные раны выявлены у 30 (93,75%) больных, а у 2 (6,25%) – огнестрельные. Левосторонняя локализация входных ранений составляет 80%, правосторонняя – 18%, двусторонние повреждения установлены в 2% наблюдений. Превалирование левосторонних ранений закономерно, так как нападающие стараются поразить сердце.

Анализ нашего клинического материала показывает, что правильный диагноз врачами скорой помощи поставлен у 6,2% раненых. При поступлении в стационар на основании данных обследования, включая ревизию раны, – у 12 (37,5%), а у остальных 20 (62,5%) пострадавших – только во время операции. Трудность диагностики таких ранений обусловлена, во-первых, тяжелым состоянием пострадавшего: так, с продолжающимся кровотечением, плевропульмональным шоком 50% раненых. Им выполнена срочная операция.

Во-вторых, дежурные хирурги не всегда учитывают локализацию входного раневого отверстия. По нашим данным, наиболее опасна для повреждения диафрагмы локализация раны груди между VII и XI ребрами. При торакоабдоминальном ранении может быть поражен практически любой орган грудной и брюшной полости. Наиболее часто мы наблюдали повреждение легкого (12 случаев – 37,5%), печени (4 – 12,5%), ранение сердца (3 – 9,4%), желудка (5 – 15,6%), поджелудочной железы (2 – 6,2%),

желчного пузыря (1 – 3,1%), почек (2 – 6,2%), кишечника (3 – 9,4%).

Как и большинство хирургов [4, 5, 6, 7], мы считаем целесообразным разделить больных с торакоабдоминальными ранениями на три группы: I группа – преобладают симптомы повреждения органов грудной клетки; II группа – преобладают симптомы повреждения органов живота; III группа – в равной степени выражены повреждения органов груди и живота. Такое разделение в какой-то степени условно, но оно практически важно, так как предопределяет выбор операционного доступа. К первой группе мы отнесли 11 (34,4%) человек, ко второй – 15 (46,9%) и к третьей – 6 (18,7%).

Показаниями к торакотомии служили: продолжающееся кровотечение в плевральную полость; массивный гемоторакс, не устраненный активной аспирацией, тампонада сердца, ранение крупных сосудов, бронхов, т.е. когда требовалась хирургическая коррекция органов грудной полости. Торакотомию проводили в VII или VIII межреберье. Лапаротомия проведена при ранениях, сопровождающихся перитонитом и кровотечением в брюшную полость, т.е. когда на первый план выступала симптоматика повреждения органов брюшной полости.

Тораколапаротомия одним разрезом в известной степени калечащее вмешательство: различные осложнения наблюдались у 11 (34,4%) оперированных, из них посттравматический плеврит – у 4, пневмония – у 3, нагноение послеоперационной раны – у 4. Летальных исходов не было.

Таким образом, хирургический доступ при грудно-брюшных ранениях необходимо выбрать дифференцированно, в зависимости от клинической картины, анатомических особенностей и с учетом рентгенологических данных.

Литература

1. Арапов Д.А., Хорошко Н.В. Хирургическая тактика при торакоабдоминальных ранениях мирного времени. *Хирургия*, 1970, № 8, с. 73-77.
2. Эсперов Б.И. с соавт. Лечение травмы груди. В кн.: *Травмы груди. Новое в хирургии*. Пермь, 1972, с. 35-36.
3. Магулы М.М. Торакоабдоминальные ранения. *Русский врач*, 1910, с. 42-44.
4. Чиковани О.Г. Торакоабдоминальные ранения мирного

времени. Тбилиси, 1967.

5. Созон-Ярошевич А.Ю. Торакоабдоминальные ранения. В кн.: *Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.* Т.12, М., Медгиз, 1950.
6. Вагнер А.Е., Фирсов В.Д. и др. Хирургия проникающих торакоабдоминальных ранений. *Вестник хирургии*, 1980, № 7, с. 69-73.
7. Бисенков Л.Н. и соавт. Торакоабдоминальные ранения. В кн.: *Неотложная хирургия груди и живота*.

Хирургическая тактика при проникающих ранениях грудной клетки

Султаналиев Т.А., Аманбаев С.М., Джумабеков А.Т.,
Каштаев Р.Е., Абуов С.М., Медеубеков У.Ш.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей г. Алматы

Keude қуысының ішіне кірген жарақаттар кезіндеп хирургиялық тактика

Keude қуысының ішіне кірген жарақаттары бар 88 науқастың ем нәтижесі сарапатталды, олардың ішіндегі 48 науқаста (54,5%) - жарақатты біріншілік хирургиялық өңдеп тігу; 20 (22,7%) науқаста - пневмоторакстың болуына байланысты плевра қуысының пункциясы жасалды. Бірақ, пункция нәтижесіз болғандықтан Бюлау бойынша түтікше қойылды. Плевра ішілік қан кетудің жалғасуына байланысты 40 науқасқа (45,5%) торакотомия жасалды: 7 науқаста (17,5%) - жүрек жарақаты тігілді, 5 науқаста (12,5%) - қан кетіп жатқан тамыр тігілді, 14 науқаста (35%) - өкпе жарақаты тігілді, 6 науқасқа (15%) өкпенің сүйір резекциясы, 5 науқасқа (12,5%) сегментэктомия, 3 науқасқа (7,5%) лобэктомия операциясы жасалды. Гемоторакстың өршуіне байланысты 5 науқасқа (12,5%) торакотомия жасалды, 2 науқасқа плевра ішілік қан кетудің қайталануы себебінен реторактомия жасалды.

Операциядан кейінге кезеңде келесі асқынулар байқалды: 7 науқаста (8%) - пневмония, 3 науқаста (3,4%) - плевра эмпиемасы, 7 науқаста (8%) - операциядан кейінгі жараның іріңдеуі. Keude қуысы жарақаттары кезіндегі ең дұрысы - белсенді күту тактикасы.

По данным ВОЗ в последние десятилетия механическая травма наряду с онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями превратилась в одну из ведущих проблем современной медицины. В мирное время торакальная травма составляет 8-10% всех механических поврежденных [2, 6, 8, 9].

Травма груди является повреждением особого рода, так как при ней часто бывают поражены жизненно важные органы, непосредственно обеспечивающие дыхание и кровообращение. Нарушение этих функций вызывает тяжелые патофизиологические сдвиги, ведущие к развитию терминальных состояний, а при несвоевременном и неадекватном лечении – к смерти больного.

Цель исследования – улучшение результатов диагностики и хирургического лечения.

Surgical tactics at penetrating wounds of the thorax

Results of treatment of 88 patients with penetrating wounds of a thorax, among them 48 (59,5 %) patients with primary surgical processing of a wound with the subsequent wound closure are analyzed, at 20 (22,7 %) - a puncture of a pleural cavity apropos pneumothorax, however in connection with its inefficiency are made drainage by Bjulau.

At 40 (45,5 %) patients with signs of a proceeding intrapleural bleeding was made thoracotomy: wound closure of a wound of heart 7 (17,5 %); retroclulsion and ligation of a bleeding vessel - at 5 (12,5 %); wound closure of a lung wounds - at 14 (35 %), wedge resection - at 6 (15 %), segmentectomy - at 5 (12,5 %), lobectomy - at 3 (7,5 %) patients. 5 (12,5 %) patients was made thoracotomy concerning growing hemothorax, 2 patients with rethoracotomy of recidivating intrapleural bleeding.

In the postoperative period complications were observed: pneumonia - at 7 (8 %), empyema of a pleurae - at 3 (3,4 %), suppuration of a postoperative wound - at 7 (8 %) patients. The most expedient at breast wounds is the actively waiting tactics

Методы исследования и результаты

В клинике АГИУВ на базе хирургического отделения ЦГКБ с 2003 по 2007 годы находились на лечении 88 больных в возрасте от 21 до 55 лет с проникающим ранением грудной клетки. Ранения, связанные с производством, не наблюдались. Все случаи представляли собой «бытовые» травмы, вследствие хулиганства – 21 (23,8%), пьянства – 57 (64,8%), суицидные намерения – 10 (11,4%). С момента получения ранения были госпитализированы в течение 1 часа – 35 (39,8%), до 3 часов – 42 (47,7%) и более 6 часов – 11 (12,5%) больных. Состояние больных оценивалось у 25 (28,4%) как удовлетворительное, у 40 (45,5%) – средней тяжести, у 25 (28,4%) – тяжелое.

Частота достоверных клинических признаков при проникающих ранениях грудной клетки была следующей: у всех больных были отмечены боль и наличие раны в грудной клетке, подкожная

эмфизема – у 20 (22,7%), пневмоторакс – у 19 (21,1%), кровохарканье – у 14 (15,9%), гемоторакс – у 35 (39,8%), шок III степени – у 25, шок II степени – у 40, шок I степени – у 23 раненых.

Основными методами диагностики при проникающих ранениях являются рентгенологическое и ультразвуковое исследования. Однако рентгенологический метод исследования не всегда позволяет диагностировать малый гемоторакс, поэтому приходится выполнять диагностическую пункцию плевральной полости.

В последние годы в клинике внедряется метод эхолокации грудной клетки для диагностики пневмо- и гемотораксов и для выявления внутрилегочных образований (уплотнений легочной ткани и кровоизлияния).

Взгляды на тактику лечения проникающих ранений груди разноречивы. Многие хирурги высказываются за максимальное расширение показаний к широкой торакотомии по аналогии с тактикой лечения проникающих ранений живота. Напротив, ряд других авторов считает, что показания к торакотомии при проникающих ранениях груди возникают редко. По литературным данным, количество торакотомии колеблется от 5 до 77%. В последние годы все большее признание получает дифференцированная тактика с тенденцией к паллиативным мероприятиям, сторонники которой считают, что срочная широкая торакотомия оправдана только по жизненным показаниям, а в других случаях показана активная консервативная выжидательная тактика. Подобной тактики в течение многих лет придерживается наша клиника.

Из 88 больных с проникающим ранением грудной клетки у 48 (59,5%) больным произведена первичная хирургическая обработка раны с последующим ушиванием раны, у 20 (22,7%)

больных – пункция плевральной полости по поводу пневмоторакса, однако в связи с ее неэффективностью произведено дренирование по Бюлау. У 40 (45,5%) больных с признаками продолжающегося внутриплеврального кровотечения проведена торакотомия. При этом выявлено ранение сердца у 7 (17,5%), ранение межреберных артерий у 5 (12,5%) и ранение легкого – у 28 (70%) больных. Произведено: ушивание раны сердца у 7 (17,5%), прошивание и легирование кровоточащего сосуда у 5 (12,5%), ушивание раны легкого у 14 (35%), клиновидная резекция – у 6 (15%), сегментэктомия – у 5 (12,5%), лобэктомия – у 3 (7,5%) больных.

У 5 (12,5%) больных из 40 в течение первых 4 суток проведена торакотомия по поводу нарастающего гемоторакса. Реторакотомия ввиду продолжающегося или рецидивирующего внутриплеврального кровотечения предпринята у 2 больных. В послеоперационном периоде у больных с проникающими ранениями груди наблюдались осложнения в виде пневмонии у 7 (8%), эмпиемы плевры у 3 (3,4%) и нагноения послеоперационной раны у 7 (8%) больных. Один больной со сквозным ранением сердца умер в ближайшие часы после поступления в крайне тяжелом состоянии.

Таким образом, показаниями к торакотомии являются: подозрение на ранение сердца, крупных магистральных сосудов, ранение легкого и трахеи, бронхов и диафрагмы, напряженный пневмоторакс и продолжающийся гемоторакс, не устраняемые дренированием, свернувшийся гемоторакс.

Анализ нашего клинического материала позволяет считать активно выжидательную тактику при ранениях груди наиболее целесообразной.

Литература

1. Вагнер Е.А. Проникающие ранения грудной клетки. М., 1975
2. Вагнер Е.А. Хирургия повреждения груди. М., 1981
3. Вагнер Е.А. и соавт. Разрывы бронхов. М., 1985
4. Дерябин И.И. и соавт. Травматическая болезнь. Л., 1978
5. Колесников И.С. и соавт. Хирургия легких и плевры. Л., 1988

6. Мамакеев М.М. и соавт. Хирургическая тактика при ранениях и разрывах легких. 1994
7. Аманбаев С.М. Врачебно-трудовая реабилитация больных с абсцессами и гангреней легких. Алматы, 1998
8. Бисенков Л.Н. Торакальная хирургия. С-Пб, Гиппократ, 2004
9. Бисенков Л.Н. Торакальная хирургия. С-Пб, Гиппократ, 2006

Лапароскопическая холецистэктомия при остром деструктивном холецистите

С.В. Лохвицкий, М.В.Цешковский, А.Ж.Айдаханов

ТОО «Клиника проф.С.В.Лохвицкого, г.Караганда, Отделение эндохирургии

Восточно-Казахстанского областного медицинского объединения,

г Усть-Каменогорск

Жедел деструктивті холецистит кезіндегі лапароскопиялық холецистэктомия С.В.Лохвицкий, М.В.Цешковский, А.Ж.Айдаханов Бұл жұмыста көрсетілген нәтижелерге сәйкес жедел деструктивті холецистит кезіндегі лапароскопиялық холецистэктомия 716 науқасқа жасалды оның ішінде 458 науқаста флегмонозды және 158 науқас гангренозды процесспен болды. Конверсия 15 операция (2,1%) кезінде қажет болды. Кәрі жастағы 5 науқасқа ауруханаға түскен күні бір мәрте өт қабына пункция жасалды. Өліммен аяқталған кез болған жоқ. Сонымен лапароскопиялық холецистэктомия жедел деструктивті холецистит кезіндегі тандаулы емдеу тәсілі болып табылады.

Если при хроническом холецистите лапароскопическая холецистэктомия стабильно стала методом выбора, то при осложненных формах острого холецистита возможность и целесообразность лапароскопической операции дискутировалась. Еще 15 лет назад К.А. Zuger et al. (1993) называл острый холецистит относительным противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии, но и сегодня выбор сроков операции, ее технические особенности заслуживают обсуждения. Так, О.Э.Луцевич и соавт. (2007) считают, что применение мало-травматичной лапароскопической техники, а также современное анестезиологическое и лабораторное обеспечение позволяют радикально пересмотреть принципы ведения больных с острым холециститом, отказавшись от ранее принятой активно-выжидательной тактики в пользу агрессивной хирургической в течение первых часов, максимум - первых суток госпитализации. По данным М.Н. Изимбергенова и соавт. (2006), в последнее время подавляющее количество лапароскопических холецистэктомий выполняются по поводу острого холецистита.

В 2000-2008 гг. в наших клиниках по поводу острого деструктивного холецистита произведено 716 лапароскопических холецистэктомий. У 458 пациентов был острый флегмонозный холецистит, у 158 – гангренозный, у 31 осложнившийся околопузырным (подпеченочным) абсцессом.

У 26 пациентов при остром деструктивном холецистите в качестве альтернативы лапароско-

Laparoscopic cholecystectomy for acute destructive cholecystitis

S.V.Lohvitsky, M.V.Tseshkovsky, A.J.Aidarhanov

In work results laparoscopic cholecystectomy at sharp destructive cholecystitis are presented at 716 patients, including 158 gangrenous process. Conversion was required at 15 operations (2,1 %). To 5 patients of senile age the single puncture of a bladder that has allowed to stop a sharp attack is lead to day of receipt, creating conditions for effective preoperative preparation. Lethal outcomes was not. Thus, laparoscopic cholecystectomy remain the method of choisis in treatment of destructive cholecystitis.

пической операции был применен минидоступ, поводом к которому считали кардиопульмональные противопоказания к пневмоперитонеуму или планируемое вмешательство на холедохе при деструктивном холецистите, осложненном механической желтухой. Проведенная в клинике сравнительная оценка травматичности различных доступов при холецистэктомии с определением содержания миоглобина и кардиоинтервалографии подтвердила меньшую травматичность минидоступа по сравнению с лапароскопическим (Хамитова И.М., 2006).

При 168 лапароскопических холецистэктомиях по поводу острого деструктивного холецистита был использован аргонперитонеум, что снижало травматичность вмешательства и позволяло проводить лапароскопическую операцию под перидуральной анестезией (Лохвицкий С.В. и соавт., 2007).

Систематическое выполнение лапароскопической холецистэктомии при остром деструктивном холецистите независимо от сроков заболевания и

наличия признаков местного или диффузного перитонита и перивезикального абсцесса было введено в систему хирургической работы клиники после накопления опыта лапароскопических операций при хроническом и недеструктивном остром холецистите.

Традиционное положение, что острый холецистит следует оперировать (тем более лапароскопически) не позже 2-3 суток от начала заболевания не следует воспринимать категорично, так

плотный инфильтрат может встретиться уже на 3 день, а при иных операциях – отсутствовать и на 8-10 сутки от начала приступа.

Противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии считали лишь пальпируемый и определяемый при ультразвуковом исследовании большой плотный инфильтрат. 14 таким больным была произведена лапаротомная холецистэктомия, причем у 2 из них в инфильтрате был обнаружен и ушит пузырно-дуоденальный свищ.

Больных, госпитализированных в клинику с диагнозом острый калькулезный холецистит, оперировали в первые 24-48 час: пациентов, поступивших в первую половину дня – обычно через несколько часов после проведения предоперационной подготовки, больных, поступивших во вторую половину дня, как правило, на следующий день

Стандартная периоперационная антибиотикопрофилактика включала цефтриаксон (роцефин, лендацин, тороцеф, Цеф-3), учитывая его элиминацию с желчью, а также сохранение высокого уровня концентрации в тканях оперативного действия до 24 часов. При гангренозном холецистите антибиотикопрофилактику дополняли метронидазолом, а при околопузырном абсцессе еще и амикацином. При двух последних формах, а также при вскрывшемся во время операции желчном пузыре с излиянием гноя и выпадением камней проводили послеоперационную антибиотикотерапию теми же препаратами в течение 2-3 суток.

При повышенной степени риска тромботических осложнений перед операцией и вплоть до выписки вводили фраксипарин по 0,3. При выраженном варикозном расширении вен нижних конечностей производили симультанную операцию: кроссэктомию на стороне варикоза и затем лапароскопическую холецистэктомию.

Технические особенности лапароскопической холецистэктомии при остром деструктивном холецистите заключаются в пункции желчного пузыря с аспирацией гнойного содержимого и промыванием его полости раствором хлоргексидина, аккуратном выделении пузыря из инфильтрата и старых спаек, вскрытии и санации (аспирация гноя и повторное промывание раствором хлоргексидина) околопузырного абсцесса.

Известные приёмы («хобот слона» и др.), осторожная препаровка с поэтапным гемостазом позволяют мобилизовать и удалить желчный пузырь. При выраженном гангренозном процессе, когда некротизированная задняя стенка пузыря частично остается на печени, её коагулировали шаровидным электродом по типу операции Прибрама.

Подпеченочное и поддиафрагмальное пространство многократно промывали раствором хлоргексидина. Деструктивно измененный жел-

чный пузырь и выпавшие из него конкременты удаляли в контейнере через пупочный порт.

Обязательным было дренирование подпеченочного пространства, причем если при хроническом или остром флегмонозном холецистите достаточно использовать простой силиконовый или хлорвиниловый дренаж, то при гангренозном процессе и при околопузырных абсцессах использовали U-образные или фиксированные на кетгутовой нити дренажи (Лохвицкий С.В. и соавт., 2007).

U-образный силиконовый дренаж, который выводят через латеральный и эпигастральные порты, достаточно надежен для санации подпеченочного пространства, его устанавливать проще и быстрее. Дренаж на кетгутовой лигатуре устанавливают таким образом, что нижнее боковое отверстие, через которое выводят нить, находится на уровне культы пузырного протока, а конец трубки может быть заведен в винсловое отверстие и дренировать сальниковую сумку, что немаловажно при холецистопанкреатите

Конверсия была произведена при 15 операциях (2,1%). Основной причиной был плотный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки (12) и массивное кровотечение из пузырной артерии (3).

5 пациентам в возрасте 75-88 лет, поступившим с клиникой острого деструктивного холецистита, тяжелой интоксикацией и выраженной недостаточностью кровообращения, в день поступления была произведена разовая пункция желчного пузыря под ультразвуковым наведением с аспирацией гноя, промыванием полости пузыря раствором хлоргексидина и введением 10 мл 5% раствора диоксида. Сразу после пункции отмечалось улучшение состояния больных и после проведения дезинтоксикационной и кардиальной терапии на 3 – 5 день им была сделана лапароскопическая холецистэктомия. Разовая пункция желчного пузыря в подобной ситуации позволяет купировать острый приступ, создавая возможность для эффективной предоперационной подготовки (Токпанов С.И. и соавт., 2007).

Осложнения при лапароскопической холецистэктомии возникли у 11 больных (6,7%): нагноение пупочной раны у 6, билкома у 5, излеченная релапароскопией у 3 и лапаротомией у 2 пациентов. Развитие билкомы было непосредственно связано с неэффективным дренированием (смещение дистального конца дренажа) у 3 и преждевременным удалением дренажа у 2 больных с гангренозным холециститом.

Летальных исходов не было. Средний койко-день 4,8 дня.

Таким образом, анализ результатов, частоты послеоперационных осложнений, а также экономической эффективности свидетельствует о преимуществе активной хирургической тактики лечения острого деструктивного холецистита.

Холецистэктомия из минидоступа удачно дополняет возможности лапароскопической операции. При этом максимально сужается круг противопоказаний к миниинвазивной хирургии острого деструктивного холецистита.

Накопление коллективного и собственного опыта, совершенствование техники операции и инструментария позволяют сделать лапарос-

копическую холецистэктомию методом выбора не только при хроническом и неосложненном остром холецистите, но и при деструктивном процессе, включая гангренозный холецистит и околопузырный абсцесс. Это можно считать в целом завершением дискуссии о преимуществах активной и выжидательной тактики в хирургии острого холецистита.

Литература

1. Изимбергенов М.Н., Баспаев Б.И., Байжаркинова А.Б. и др. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. // Вестник хирургии Казахстана. – 2006. - №3. – С.67-68.
2. Лохвицкий С.В., Тургунов Е.М., Хамитова И.М. Аргон- и карбоксиперитонеум при лапароскопической холецистэктомии: результаты сравнительной оценки травматичности доступа. // Эндоскопическая хирургия. – 2007. - №4. – С.31-35.
3. Лохвицкий С.В., Айдаханов А.Ж., Джабыкпаев С.Р. Варианты дренирования в хирургии острого деструктивного холецистита. // Анналы хирургической гепатологии. – 2007.

– Т.12. - №3. – С.82-83.

4. Луцевич О.Э., Гордеев С.А., Прохоров Ю.А. Эндовидеолапароскопические методики в лечении больных желчно-каменной болезнью. // Хирургия. – 2007. - №7. – С.16-20.
5. Токпанов С.И., Лохвицкий С.В., Логвиненко А.А. Миниинвазивная хирургия холецистита и холедохолитиаза. - Алматы: Алаш, 2007. – 152 с.
6. Хамитова И.М. Оценка травматичности хирургических доступов при холецистэктомии. // Автореф. дисс.... канд. мед наук. - 2006. – 25 с.
7. Zuker K.A., Bailey R.W., Graham A. et al. Training for laparoscopic surgery. // World J. Surg. – 1993. – V.171. - № 3. – P.38-70.

Особенности внутренней картины болезни у больных хроническим холециститом

А.И. Мусаев, И.А. Ашимов, Н.Р. Раисова

(ГКБ № 1 г. Бишкек, ННЦХ им. А.Н. Сызганова г. Алматы)

Созылмалы холециститпен (от қабының қабынуы)

Ауыратын науқастардың ауруының ішкі

Көрінісінің ерекшеліктері

Зерттеудің мақсаты созылмалы холециститпен ауыратын науқастардың ауруының бейімделу түрінің теориялық құрылымдарына ой жүгірту.

Аурудың жағдайында адамның соматикалық (физикалық), сонымен бірге психикалық ахуалы өзгереді. Және өзінің жай-күйіне назар аударуының ерекшелігі мінез-құлқының өзгеруінен көрінеді, ол, өз кезегінде, қоршаған әлеммен өзара қатынасы сипатының ауысуына себеп болады. Науқастың «физикалық» шағымдануларының артында әрқашан оның қорқыныштары, алаңдауы, үміті, ұғымы, яғни, ауруының қалыптасып келе жатқан бейімделу түрі және науқастың ойындағы оның жүзеге асуы тұрады.

Ауруының бейімделу түрі созылмалы холециститпен ауыратын науқастардың әртүрлі ауытқулар мен олардың салдарларын жеткілікті түрде нақты елестетуінен, сонымен бірге олардың науқастың өмір сапасымен міндетті байланысынан қалыптасады. Түпкі мақсат - бұл науқасты өзінің көңіл-күйінің ахуалын бақылауда ұстауға, ауру жағдайындағы өзінің әрекетін түсінуге және оған барабар назар аударуға үйрету, бұл барабар дәрі-дәрмекті емдеумен қатар, дәрігердің ең маңызды міндеттерінің бірі болып табылады.

Несмотря на современные требования научной рациональности, влияние психо-эмоциональных характеристик человека на формирование у него «внутренней картины болезни» до сих пор остаются малоизученными. Суть этого феномена заключается в интеллектуальной интерпретации диагноза болезни, когнитивной оценки его тяжести, прогноза и на основании этого формирование поведения [1,2,5].

Цель работы

Осмыслить теоретические конструкты адаптационного образа болезни у больных с хроническим холециститом.

Обсуждение теоретических предпосылок

Следует указать, что в современной медицине, конечно же, доминирующим является объективный подход в постановке диагноза. Между тем, с позиции неонеклассической науки такой подход,

Peculiarities of internal picture of diseases of patients suffering from chronic cholecystitis

The aim of the research is understanding of theoretical constructions of adaptive types of diseases of patients suffering from chronic cholecystitis.

At course of the diseases somatic (physical) and mental state of a person changes. At the same time response of the patient to his/her own state reflected in modification of behaviour, which in its turn enables change of the attitude to the surrounding world. "Physical" complaints of a patient are always followed by his/her fears, anxiety, anticipations, hopes and expectations, i.e., generating adaptive type of the disease and patient's view of its implementation.

Adaptive type of the disease is formed by clear understanding of peculiarities of various disorders and its consequences by patients suffering from chronic cholecystitis as well as their compulsory relation to quality of life of a patient. The ultimate goal is to teach a patient to control his/her own emotional state, understand own behaviour at course of disease and react adequately that are important tasks of a doctor together with adequate drug treatment.

к сожалению, не адекватен для изучения полной картины болезни, так как, нельзя игнорировать очевидный факт, что для человека, заболевание, кроме объективно обнаруживаемых изменений и вытекающих из них ощущений, связано с целым рядом переживаний.

Сказанное выше касается, бесспорно, многих заболеваний. Надо отметить, что с началом периода реформирования здравоохранения врачи и пациенты столкнулись с рядом проблем в области эффективной диагностики и лечения заболеваний, которые объясняются неблагоприятными тенденциями в развитии заболеваний связанных, наряду с экономическими, экологическими, социальными факторами, так и умением врача идентифицировать и эмпатийно отражать разные эмоциональные переживания и реакции пациента.

До недавнего времени в медицине господствовала концепция «врач-учитель», «врач-пок-

ровитель», то есть некая патерналистическая модель взаимоотношения «врач-пациент». Такая «конвейерная» система предполагала приоритет выявления и чтения определенных симптомов и синдромов, формирование на этой основе диагноза, который служил руководством для формирования тактики лечения больных. В этой ситуации, как правило, на фоне приоритизации инструментальных и лабораторных методов исследования, изучение личности больного, его субъективных ощущений приобретало второстепенное значение.

В этой связи, Р.А. Лурия (1977) писал - «Понимание динамической реакции организма в результате экзогенных и эндогенных патогенетических факторов, влияющих на него, уступило место простому механическому подходу к больному, основанному не на синтезе всех данных врачебного наблюдения, а на отдельных фактах, на анализах разных категорий...». Между тем, огромный внутренний мир больного, состоящий из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм, требует тщательного изучения, для понимания этой сложной гаммы чувств, которую он переживает во время болезни [3].

Итак, очевидным недостатком предшествующей клинической медицины и медицинской науки является то, что в клинической практике соматических заболеваний недостаточное внимание уделяется проблемам изучения компенсаторных возможностей личности, проблемам самосознания и подконтрольности поведения, процессам формирования у больного отношения к болезни и всему, что с ней связано, то есть изучению психологии больного. При этом следует исходить из концептуального утверждения о том, что человек – существо биологическое, сущность которого социально. В этом плане, именно социальность больного в большинстве случаев различных заболеваний не бралась во внимание и учет.

Следуя указанной логике, любой физический недуг, кроме соматического звена, всегда включает в себя и психологический компонент. Знание его особенностей, умение воздействовать на этот компонент путем грамотного взаимодействия с пациентом способствует обогащению врачебного мышления и росту лечебной эффективности, за счет процесса установления и развития контакта с пациентом, и как следствие плодотворным обменом информацией.

Надо понять непреложную истину - болезнь – это проблема не только, биологическая, когда в результате внешних и внутренних причин происходит «полом», нарушение нормальных процессов жизнедеятельности организма, а также и проблема психологическая, то есть - это внешнее проявление жизненного фрагмента говорящее, о телесных, или душевных пережи-

ваниях пациента.

Профессор психиатрии В.В. Соложенкин (1997) задавался вопросами: на основании чего у больного образуется «модель» болезни, и связанная с ней осознанная или неосознанная потребность избавиться от её проявлений, угрозы инвалидизации или смерти? Что ведет к формированию целей и «программ» личности, направленных на преодоление болезни, то есть созданию адаптационного образа болезни? По определению автора, адаптационный образ болезни - это субъективная картина больного о том, почему он заболел, какими основными признаками болезнь проявляется и каков ее прогноз [4].

Безусловно, в ситуации болезни изменяется не только соматическое (физическое), но и психическое состояние человека. При этом своеобразии реагирования на свое состояние отражается в изменении поведения, которое, в свою очередь, способствует смене характера взаимоотношений с окружающим миром. За «физическими» жалобами пациента всегда стоят его страхи, тревоги, ожидание, надежды, представления, то есть, как отмечалось выше формирующийся адаптационный образ болезни и видения больным его реализации.

Клиницисты знают, что довольно часто больной не может выразить страх, тревогу, ожидания, надежды, представления достаточно отчетливо, но именно они определяют его сопротивление предлагаемому лечению или, наоборот, сотрудничество с врачом. Между тем, мы живем в эпоху развития, так называемой контрактной модели здравоохранения, которая гласит: «врач не опекун больного, он друг и партнер больного». В этом аспекте, отсутствие доверительного контакта с лечащим врачом, сложная речь, особенно при первой встрече, необоснованное употребление медицинской терминологии могут быть причиной ятропсихогении.

Приведенный выше термин введен как определение не кратковременной реакции больного на неправильное высказывание или действие врача, а зафиксированное невротическое расстройство, имеющее обычно истинные причины в личности пациента и характере их отношений с врачом. По мнению клинических психологов, ятропсихогения представляет собой своего рода отрицательный плацебо-эффект, связанный с определенными ожиданиями, опасениями и установками пациента в отношении болезни, врача и лечения.

Каждая болезнь, а особенно болезни тяжелые и хронические ведут к эмоциональной напряженности, что приводит организм к стрессу, который и у совершенно здоровых людей может вызывать достаточно тяжкие нарушения. Стресс имеет место тогда, когда нормальная адаптивная реакция недостаточна и является неспецифической реакцией организма на предъявляемые ему

требования, в связи, с чем рассматривается как общий адаптационный синдром. Так как стресс у больного человека возникает главным образом именно от восприятия угрозы, то в определенных ситуациях появляется по субъективным причинам, связанным с особенностями личности пациента, что может привести в зависимости от индивидуума к нарушению или параличу борьбы организма с болезнью.

Однако надо это признать, представления о непосредственном характере «чистых» соматических ощущений постоянно сталкиваются с клинической реальностью их лабильности, неустойчивости, «ложности», толкающей врача к полному отказу от их анализа и формирующей стремление к инструментализму. В медицине давно замечено, что процесс лечения и его эффективность зависят от личности больного, его отношения к своему заболеванию. Повышение надежности результатов лечения и реабилитации можно наблюдать только тогда, когда работа идет с опорой на психологическое взаимодействие с личностью больного, которая существует, реализуется и развивается в системе организуемых ею отношений, причем на всех ее уровнях, как внутренних, так и внешних. Взаимосвязь факторов на тот или иной прогноз развития сложившейся модели заболевания больного влияет адаптационный образ болезни, где выделяется главное ее свойство – адаптационный характер.

Адаптационный образ болезни может быть адекватным, когда больной, хоть и с тревогой, но разумно воспринимает болезнь, активно сотрудничает с врачом, правильно оценивает перспективы выздоровления или улучшения своего состояния. Хотя нередко возникают неадекватные реакции, когда у больного возникают преувеличенное чувство страха, тревоги, формируются свои «теории» болезни, «схемы» лечения, что приводит к развитию социально-психологической дезадаптации, и как следствие снижение качества жизни пациентов.

Потребность в более эффективной терапии при растущем числе хронических заболеваний приводит современную медицину к проблеме изучения психологических факторов, влияющих на характер и динамику соматического заболевания. В качестве предмета нашего исследования выступают психологические компоненты как факторы, затрудняющие терапию у больных с хроническим холециститом, и ведущие к снижению качества жизни.

Одним из основных понятий играющих роль в снижении качества жизни является адаптационный образ болезни. В формировании адаптационного образа болезни играют важное значение, как объективные условия жизни больного (объективная тяжесть заболевания, объективный прогноз, степень витальной угрозы и т.д.), так и

субъективный контекст деятельности (направленность больного, уровень общей активности, особенности самооценки, то есть весь комплекс преморбидных особенностей личности).

Важным ситуационным фактором, формирующим адаптационный образ болезни, становится вся ситуация лечения: тяжесть и длительность лечебных процедур, степень зависимости больного от медицинской аппаратуры и персонала, содержание и стиль взаимоотношений больного с медицинскими работниками.

Концепция адаптационного образа болезни существует практически независимо от медицинской практики. Медицина нуждается не только и не столько в психологическом понимании заболевания, сколько в оценке ухода за больным, прогнозе течения заболевания и эффективности терапевтического воздействия и, которое может быть измерено качеством жизни. Выделение объективных и субъективных аспектов качества жизни заключается в том, что при одном и той же степени заболевания оно может переноситься пациентом по-разному, что может повлиять на качество жизни в целом.

Таким образом, и в понятии адаптационного образа болезни и субъективном, психологическом компоненте понятия качества жизни отражена важная идея субъективности переживания болезни, которая в своей основе, по крайней мере, содержит три важных компонента: 1) личностные особенности; 2) причины заболевания; 3) ситуация болезни. При развитии у больного какого-либо заболевания у него возникает вопросы типа: «Чем болен?», «Каковы будут последствия?», «Можно ли излечится?».

По мнению ряда исследователей, одной из нозологических единиц, требующих именно такого подхода, как в оценке тяжести патологии, его прогноза, так и полноты медикаментозного лечения, бесспорно, является хронический холецистит. Закономерность актуализации проблемы «холецистит» на современном уровне обусловлено: во-первых, происходит повсеместный и неуклонный рост заболеваемости; во-вторых, несмотря на использование существующих, и поисков новых методов диагностики и лечения, не снизилось число неудовлетворительных результатов, что, несомненно, ухудшает показатель качества жизни больных.

При хроническом холецистите, как впрочем, при любой другой патологии психологическое отношение к болезни оценивается по ряду параметров: 1) Вероятность хронизации, инвалидизации и, наконец, летальности; 2) Влияние болезни на качество жизни; 3) Влияние болезни на сферу личных интересов, развлечений и т.д.

Выводы

Для формирования адаптационного образа болезни необходима достаточно четкое пред-

ставление особенностей различных расстройств и их последствий у больных с хроническим холециститом, а также обязательная связь их с качеством жизни больного. Конечная цель – это научить пациента контролировать свое эмоцио-

нальное состояние, понимать свое поведение в ситуации болезни и адекватно на него реагировать, что являются одними из важнейших задач врача, наряду с адекватным медикаментозным лечением.

Литература

1. Клиническая психология /Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.,: Питер, 2003. – 1312 с.
2. Клиническая психология: учебное пособие /Н.Д. Лакосина, И.И.Сергеев, О.Ф.Панкова. – М., 2003. – 350 с.
3. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания // М. Медицина. - 1977. – 255 с.
4. Соложенкин В.В. Тен В.И. Нелюбова Т.А. Депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства (клиника, диагностика) и их терапия герфоналом, финлепсином, антелепсином, кассаданом. / Б. "Илим"- 1998. - 68 с.
5. Hofer T., Bernstein S., Dt Monner S., Hayward R. Discussion between reviewers does not improve reability of peer review of hospital gality // Med-Car. – 2000. – P.152-161.

Возможности и перспективы улучшения иммунной системы новым методом санации брюшной полости и энтеродетоксикации в послеоперационном периоде у больных с разлитым гнойным перитонитом

Алиева Э.А., Исаев Г.Б., Гасанов Ф.Д.

Научно-хирургический центр им. М.А.Топчибашева, Баку, Азербайджан

На современном этапе развития хирургии послеоперационная санация брюшной полости, устранения пареза кишечника, спаечного процесса, межкишечных абсцессов, кишечной непроходимости, улучшение иммунной системы во многом зависит от правильного выбора дренирования брюшной полости и энтеродетоксикации, которое способствовало бы максимальному удалению микроорганизмов и продуктов ее жизнедеятельности из брюшной полости и из просвета тонкого кишечника (6,8).

В доступной нам литературе мы не встретили работ, посвященных отдельно от париеальной брюшины промыванию петли тонкого кишечника в послеоперационном периоде и применения угольно-минерального адсорбента УМ-5 для энтеродетоксикации, одновременно при разлитом гнойном перитоните.

С этой целью по нашему предложению специальное опытно-производственное конструкторно-технологическое бюро по комплексному производству минерального сырья Азербайджанской Национальной Академии Наук синтезировало поливинилпирролидоновую пленку с антибактериальным свойством в виде «мешка» весом 5 гр припаянными по верхнему и нижнему краю микроиригаторами, для введения и выведения антисептических жидкостей, в послеоперационном периоде и угольно-минеральный адсорбент для энтеродетоксикации. (Патентное изобретение №2000, 02 от 12.2000).

Предложенный нами новый метод санации и дренирования брюшной полости и энтеродетоксикации способствует максимальному удалению микроорганизмов и продуктов ее жизнедеятельности из брюшной полости и из просвета тонкого кишечника, тем самым устраняется послеоперационные осложнения, встречающихся при традиционном методе санации брюшной полости, кроме того улучшается гематологические, биохимические, иммунологические показатели крови.

Материалы и методы

Настоящая работа состоит из двух частей: эк-

The perspectives of the improving the immune status in the patients with diffuse purulent peritonitis, with the new method sanation and enterodetoxication of the abdominal cavity

Aliyeva E.A., Isayev H.B., Hasanov F.D.

Aim of investigation: to eliminate pathogenic microorganisms from the abdominal cavity and small intestine lumen to improve the immune state in the patients with purulent peritonitis.

Material and methods. Obtained positive results were applied on clinic.

Main group – 11, control – 7 patients dogs. Immune state was assessed according to results of investigation of cellular, humoral immunity, non-specific organism resistance. Sanative measures and drainage of the abdominal cavity was carried out by applying a “bag” made of polyvinylpyrrolidone film, soldered by microirrigators to the upper and lower edge, and which was synthesized in a special experimentally industrial, design technological office of National Academy of sciences of Azerbaijan. For enterodetoxication domestically produced UM-5 adsorbent was applied.

Results: Since group the 7th day increase of T-lymphocytes, T-helpers, T-active lymphocytes populations, B-lymphocytes levels, JgM, JgG and decrease of T-suppressors, M-ROK and level from 98.8 ± 2.9 ($p < 0.05$) – 76.1 ± 2.7 ($p < 0.01$) were noted in the main group. In control group during that period decrease of T-lymphocytes and T-active lymphocytes which lowered to the very low values decrease.

It was realized that the DIK in control group was decreased 10.5%, in the comparison with main group.

This confirms the efficacy of use of domestically produced coal-mineral UM-5 adsorbent for enterodetoxication and new sanative method for abdominal cavity with use of a “bag” made of polyvinylpyrrolidone film in diffuse purulent peritonitis.

спериментальной и клинической. Полученные в экспериментах положительные результаты исследования, позволила нам апробировать данный метод у больных с разлитым гнойным перитонитом (1,2,3,4,5). Клиническая часть исследований основана на анализе результатов 22 больных. Из них 11 больных составляли основную группу и 11 – контрольную (в обеих

группах было по 7 аппендикулярных и по 4 послеоперационного перитонита).

Определение иммунного статуса больных с хирургической инфекцией имеет важное значение для характеристики эффективности проводимого нами лечения перитонита и самого процесса. У всех больных исследованы показатели клеточного, гуморального иммунитета и неспецифической резистентности до операции на 3-7 сутки. Состояние клеточного звена иммунитета у больных исследован с помощью набора моноклональных антител CD₃-Т-клетки, CD₄-Т-хелперы, CD₈-Т-супрессоры, CD₁₉-В-клетки.

Принцип предложенного нами метода санации заключался, в том что после помещения петли тонкого кишечника в мешок из поливинилпирролидоновой пленки ежедневно, капельно через верхние микроиригаторы, в мешок вводили асептический раствор. Раствор не попадая в брюшную полость, омывала петли тонкого кишечника со всех сторон и лишала возможности припаяться к париентальной брюшине, образования абсцессов и межкишечных спаечных процессов. Кроме того, постоянно вводимый в мешок асептический раствор, способствовал максимальному удалению микрофлоры и продукты их жизнедеятельности наружу через нижние микроиригаторы. Тем самым уменьшалось количество микроорганизмов в брюшной полости и предотвращало действие токсических веществ на брюшину и всасывание их в кровь.

Результаты и обсуждения

Сравнивая результаты исследования в обеих группах было отмечено, что уровень субпопуляции Т-лимфоцитов с экспрессией маркера CD₃ до операции в обеих группах был снижен: в основной группе составляло 45,7±1,8%, а в контрольной группе 44,8±1,3%. На 3-е сутки снижение Т-лимфоцитов в основной группе составляло 44,9±1,3% (при исходном 45,7±1,8%), а в контрольной группе 41,2±1,6 (при исходном 44,8±1,3%). К 3-м и 7-м суткам в контрольной группе умерли 5 больных, а в основной группе 2-е больные.

У оставшихся больных в обеих группах отмечается повышение уровня Т-лимфоцитов: в основной группе на 15,4% больше по сравнению до операции (52,8±0,7% $p < 0,001$), а в контрольной группе на 11,2% (49,8±0,8% $p < 0,05$) по сравнению до операции. Повышение Т-лимфоцитов в основной группе на 5,9% ($p < 0,001$) было больше чем в контрольной группе. Т-лимфоцитам с экспрессией маркера CD₃-принадлежит важная роль, поскольку эти клетки в очаге воспаления продуцирует хемокинин, цитокины и активируют макрофаги. Сниженный уровень Т-лимфоцитов в крови при позитивной клеточной динамики после операции позволяет предположить, что большая часть активированных Т-лимфоцитов

находится в очаге поражения.

В течении развития перитонита в очаге повреждения возрастает количество патогена что может супрессировать иммунную систему в том числе клеточные факторы – хелперы и супрессоры (7,9,10).

В крови определяется снижением не только CD₃-клеток, но и CD₄, CD₃-клеток хелперов и супрессоров. При этом уровень Т-хелперов CD₄ до операции в обеих группах составляло: в основной группе 27,7±1,6%, а в контрольной 25,1±1,6%. К 7-м суткам по сравнению с контрольной группой (26,8±1,0%) в основной группе повышение Т-хелперов было больше на 17,6% (31,5±1,2% $p < 0,05$). На 7-е сутки повышение Т-супрессоров в контрольной группе (23,0±1,5%) было 21,8%, а в основной группе (21,2±1,4) то есть 7,7% было меньше, чем в контрольной группе.

Соотношение T_x/T_c в основной группе до операции составляло 1,64±0,2%; на 3-е сутки 1,2±0,3%, а на 7-е сутки 1,5±0,2%. В контрольной группе до операции составляло 1,3±0,1%, на 3-е сутки 1,4±0,1%, на 7-е сутки 1,2±0,1%. На 7-е сутки в основной группе на 31,3% было больше по сравнению с контрольной группой. Соотношение T_x/T_c в контрольной группе до операции и по сравнению с основной группой соответствовало состоянию иммунодефицита по клеточным факторам иммунитета.

Наряду с клеточными факторами иммунитета изменялось неспецифическое звено. Нейтрофилы, как представители неспецифического звена иммунитета, является первыми клетками, которые мигрируют в ткани, инфицированные микроорганизмами, обеспечивая первую линию защиты от инфекции. В наших исследованиях уровень E_n-ПОК на 7-е сутки в основной группе (33,2±0,7%) на 10,1% больше улучшилось по сравнению с контрольной группой (30,1±1,2%).

В послеоперационном периоде на 3-е сутки отмечалось снижение фагоцитарной активности нейтрофилов, то есть количество фагоцитирующих клеток в обеих группах по сравнению до операции так: в основной группе она составляла 29,6±1,6% при исходном 32,0±1,5%, а в контрольной группе 28,8±1,5% при исходном 33,4±1,6%. К 7-м суткам отмечался повышение фагоцитарной активности нейтрофилов в основной группе на 9,3% ($p < 0,01$) по сравнению с контрольной группой и на 18,1% ($p < 0,01$) по сравнению до операции.

После фагоцитоза патогенные микроорганизмы убиваются внутриклеточно при слиянии фагосома с лизосомами, которые содержат бактериальную субстанцию (7).

Как известно, гуморальные реакции реализуются преимущественно при участии В-клеток, что отражается на их эффективности в защите от микроорганизмов при перитоните. В нашей работе уровень В-клеток с экспрессией маркера

СД₁₉ в основной группе составлял до операции 19,2±0,7%, на 3-е сутки 17,7±1,5% и на 7-е сутки 22,2±0,4% (p<0,01), а в контрольной группе до операции составлял 18,5±0,8%, на 3-е сутки 14,6±1,1% (p<0,05), на 7-е сутки 16,8±1,2%. То есть уровень В-клеток уже к 7-м суткам в основной группе, по сравнению с контрольной, улучшение отмечалось на 15,0%. Если уровень ЦИК до операции в основной группе повысилось на 88,1±2,8 уд.ед., на 3-е сутки 98,8±2,9 уд.ед. (p<0,05), то уже к 7-м суткам наблюдалась тенденция к снижению до (76,1±2,7 уд.ед. p<0,01), а в контрольной группе уровень ЦИК оставался высоким (85,0±2,8 уд.ед. при исходном 84,2±4,9 уд.ед.). То есть снижение уровня ЦИК в основной группе на 10,5% было больше по сравнению с

контрольной группой. Так же отмечалось улучшение JgG – на 17,7%, JgA – на 28,8%, JgM на 15,11% по сравнению с контрольной группой.

Таким образом анализ результатов иммунологических показателей у больных обеих групп утверждает, что предложенный нами новый метод санации и дренирования брюшной полости с применением «мешка» из поливинилпирролидоновой пленки и угольный минеральный адсорбент УМ-5 для энтеродетоксикации способствует поглощению токсических веществ в просвете кишечника, максимально удаляется из брюшной полости патогенные микроорганизмы и продукты его жизнедеятельности наружу через нижние дренажи, уменьшается интоксикация и улучшаются показатели иммунной системы.

Список литературы

1. Алиева Э.А. Применение полиэтиленового «мешка» для санации брюшной полости при экспериментальном разлитом перитоните. //Достижения медицинской науки и практического здравоохранения Азербайджана. II том. Баку, 2001, с.502-506.
2. Алиева Э.А. Влияние нового метода санации брюшной полости на состояние клеточного иммунитета при экспериментальном разлитом гнойном перитоните. // Саьламлыг. 2002, №4, с.24-27.
3. Алиева Э.А. Сравнительная оценка результатов лечения разлитого гнойного перитонита традиционным и новым методом санации и дренирования брюшной полости. // Метаболизм, 2004, №1, с.44-47.
4. Алиева Э.А. Морфологическо-функциональное состояние брюшины новым методом санации и дренирования брюшной полости при экспериментальном разлитом гнойном перитоните. //Саьламлыг, 2004, №3, с.20-22.

5. Алиева Э.А. Максимальное удаление патогенных микроорганизмов и их токсинов из брюшной полости у больных с разлитым гнойным перитонитом в послеоперационном периоде. Азербайжан тибб журналы, 2006, №3, с.38-41.
6. Борисов Б.А. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология. М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2001, 736 с.
7. Земсков А.М., Земсков В.М., Караулов А.В. Клиническая иммунология. М.: ГЭОТАР, 2005, 320 с.
8. Лебедев К.А., Понякина И.Д. Иммунная недостаточность (выявление и лечение). М.: Медицинская книга, Н. Новгород: НГМА, 2003, 443 с.
9. Исаев Г.Б., Алиев С.И. Перитонит. Баку, Азернешр, 1994, с.312.
10. Пермяков Н.К., Титова Т.П., Борисова М.В. Гнойный перитонит. М., 1979, с.9-17.

Оценка влияния магнито-лазерной терапии в комплексном хирургическом лечении острого холангита

Асланов А.М.

Научный центр хирургии им. М. А. Топчибашева, Баку, Азербайджан

Актуальность проблемы

Холангит – воспаление внепеченочных и внутрипеченочных желчных протоков. Большинство хирургов рассматривают холангит не как самостоятельное заболевание, а как осложнение различных заболеваний желчевыводящих путей с широким спектром клинических проявлений. Наиболее типичными причинами холангита являются, по данным некоторых авторов (1,2,5,7,8) желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз (54,5%), рубцовая стриктура гепатикохоледоха (23,1%), стенозы билиодигестивных соустьев и значительно реже опухоли (12,2%). Эндотоксемия, холемия и ахолия приводят к ряду каскадных реакций с иммунными, гемодинамическими и коагулопатическими нарушениями. Именно по этим причинам развернутая клиническая стадия острого холангита сопровождается высокой летальностью – от 4,1 до 75,6% при холангиогенных абсцессах печени (1,3,5,6,7, 10).

Вторым патогенетическим фактором, необходимым для возникновения острого холангита, является развитие бактериальной инфекции. Большинство хирургов консервативную терапию рассматривают как подготовительный этап к срочной декомпрессии желчевыводящих путей и ограничивают ее проведение в случае неэффективности сроками не более 24 часов (2,4,5,7,8,10).

К методам предварительной декомпрессии желчевыводящих путей относятся: чрескожная чрепеченочная холангио- и холецистостомия (ЧЧХС), эндоскопическая папиллистомия (ЭПСТ) и назобилиарное дренирование (НБД).

В последнее время единичные авторы подтверждают перспективность развивающихся методов лечения острого холангита магнито-лазерным излучением (8,9,10).

В клинических условиях изучению подвергались разные показатели гомеостаза крови, желчи и собственно стенок желчных протоков. Лечебная тактика при остром холангите остается весьма актуальной проблемой хирургической гепатологии (3,4,6,10). Особенно сложна тактика хирургического и антибактериального лечения острого холангита. В последнее время большинство хирургов рассматривают консервативную терапию как подготовительный этап к

срочной декомпрессии желчевыводящих путей и ограничивают ее проведение в случае неэффективности сроками не более 12-24 ч.

Материалы и методы исследования

За период с 2002 по 2007 годы на клинической базе Научный Центр Хирургии им. М. А. Топчибашева на лечении находились 63 больных в возрасте от 24 до 82 лет с различными формами острого холангита. Большинство пациентов поступали в хирургический стационар в сроках более 3 суток от начала заболевания, что обусловило более тяжелую его клиническую картину.

Основной причиной холестаза с развитием острого холангита был диагностированный холедохолитиаз у 43 больных, у 7 пациентов холедохолитиаз четко не выявлен, однако, на наш взгляд, у этих больных имел место микрохоледохолитиаз, послуживший причиной развития острого холангита и стеноза терминального отдела холедоха.

15 больным во время и после операции применялась методика чрездренажной эндохоледохеальной магнито-лазерной терапии (ЧРДЭХМЛТ), а 21 пациенту после операции применялась методика чрескожной магнито-лазерной терапии. Больные были оперированы по общепринятым показаниям: им выполнены открытые оперативные вмешательства на желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках с обязательным наружным дренированием холедоха.

Для проведения ЧРДЭХМЛТ нами в клинике разработана методика чрездренажного эндохоледохеального низкоинтенсивного лазерного излучения модифицированным аппаратом «МИЛТА-Ф», мощностью на выходе световода 20 мВт в сочетании чрескожной переменной электромагнито-терапией с помощью аппарата «АБА». Световод вводили в просвет холедоха через дренаж Холстеда или Керра, лазерное облучение проводилось через моноволоконный световод с диаметром волокна 500 нм, ежедневно по 8-9 мин. в течение 6-8 суток.

Все пациенты были обследованы по следующей диагностической схеме:

- оценка клинического статуса
- лабораторная диагностика (общий анализ

крови и мочи, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), гематологический показатель интоксикации (ГПИ), биохимический анализ крови: общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза, амилаза, АсАТ, АлАТ, средние молекулы);

Все больные были оперированы по общепринятым показаниям, во время операции и в раннем послеоперационном периоде, магнито-лазерное облучение осуществляли подведением излучения лазера модифицированным аппаратом «МИЛТА-Ф» через моноволоконный световод с диаметром волокна 500 нм. Периферический конец световода вводили в просвет холедоха через дренаж Холстеда. Магнито-лазерную терапию проводили ежедневно по 8-9 мин в течение 6-8 суток с мощностью на выходе световода 20 мВт. У оперированных больных с наружным дренированием холедоха производилось измерение количества желчи, выделяемой по дренажу, а также качественное и количественное определение микроорганизмов в желчи до и после курса магнито-лазерной терапии;

Для выявления эффективности лазерного воздействия на продукцию желчи и режимы эвакуации наружу нами проведено исследование в 2 группах больных: в основной (21 больных), в которой была применена магнито-лазерная терапия на фоне других общепринятых методов лечения оперированных больных в послеоперационном периоде, ОГ (15 больных) который в послеоперационном периоде была применена ЭХМЛТ и в контрольной (27 больных), в которой в состав общепринятых методов лечения магнито-лазерная терапия не включали (таблица 1).

Объем выделения желчи наружу через дренажи холедоха в послеоперационном периоде зависят в основном от двух факторов - от скорости восстановления функционального состояния печени и перистальтики холедоха и тонкой кишки, включая двенадцатиперстную.

Согласно данным таблицы, количество отделяемого из дренажей общего желчного протока в течение первых суток было умеренно сниженным (до 170 мл) в результате нарушения желчевыделительной функции печени в ответ на хирургическую травму и наркоз. Однако к 3-м суткам отмечалось увеличение желчевыведения наружу в обеих группах, но больше в основной (соответственно 310 и 280 мл, $P > 0,05$), которое значительно возросло: 5-е сутки (370 и 235 мл).

Бактериологическому исследованию подвергали желчь больных острым холангитом основной группы и контрольной группы оперированных лапаротомным доступом. У каждого из пациентов в стерильных условиях желчь брали дважды для количественного и качественного определения микрофлоры, а также для определения чувствительности к антибиотикам. Первое взятие желчи производили в процессе операции. Для этого ее первую порцию из холедоха

собирали в стерильную пробирку для последующего исследования. Второе взятие желчи производили на 6-8-е сутки (у пациентов основной группы, эти сроки совпадали с завершением курса ЭХЛО) из наружных дренажей холедоха. Посев производили в день забора желчи для культивации на аэробные среды.

Результаты исследования

Такое выраженное увеличение продукции желчи при практически полном отсутствии эвакуации в двенадцатиперстную кишку на фоне пареза органов желудочно-кишечного тракта может быть объяснено только лазерной стимулирующей функцией печени, объективно выраженной в увеличении объема желчевыделения, как показателя восстановления обменных процессов в печени (таб.1). мл/сутки.

К 5-7-м суткам показатели желчевыделения у больных обеих групп сравнялись, однако в последующие сроки наблюдения до 3 недель объем эвакуации желчи по дренажам у больных контрольной группы был замедлен с отставанием в среднем на 2-4 дня, что может быть объяснено на фоне восстановленной перистальтики кишечника более медленным восстановлением функций печени. У пациентов I и II основной группы, благодаря магнито-лазерной терапии, восстановление этих функций происходило в эти же сроки намного быстрее.

У больных контрольной группы на 3-й сутки отмечено значительное увеличение показателя МСМ, в то время как в основной группе больных под влиянием магнито-лазеротерапии показатели МСМ снижались с 1-ых суток.

Согласно нашим данным, ЛИИ оказался эффективным показателем, отражающим положительное влияние магнито-лазеротерапии на снижение интоксикации. Этот эффект был наиболее ярко выражен между 2-3-ми и 5-7-ми сутками.

Сравнение динамики данных ЛИИ позволяет предположить, что между 3-ми и 5-ми сутками послеоперационного периода происходит быстрое восстановление показателей в последующие сутки, что вполне можно объяснить «перерождением» макроорганизма на более полное использование энергии лазерного излучения.

При первичном (интраоперационном) исследовании холедохеальной желчи роста микрофлоры не обнаружено в 12,6% случаев, что на наш взгляд, может быть объяснено присутствием анаэробной флоры. Чаще всего высеивались *Escherichia coli* (53,4%) и *Enterobacter cloacae* (45,7%), причем у 42,3% больных присутствовала микробная ассоциация *Escherichia coli* и *Enterobacter cloacae*. Реже встречались *Pseudomonas* (9,5%), *Staphylococcus aureus* (8,2%). неферментирующие грамотрицательные палочки (5,4%), остальная аэробная микро-

Таблица 1. Динамика выделяемой желчи по наружному дренажу холедоха
Объем отделяемой желчи (в мл) в послеоперационном периоде через эндохоледохеальные дренажи
в первой, второй основной и контрольной группах (ОГ-1 и КГ-1)

Сутки	Количество выделенной желчи (мл/сутки)						Т	Р
	I ОГ		II ОГ		КГ			
	М	м	М	м	М	М		
1	190	12	210	12	175	14	0,2712	0,5
3	310	19	350	18	280	19	0,7443	0,5
5	370	24	210	22	340	28	3,6607	0,001
7	230	18	130	16	255	16	0,2076	0,5
9	150	13	80	12	210	13	2,8036	0,05
11	120	14	30	14	180	17	3,6326	0,001
13	80	7	-	-	130	12	3,5991	Ë
15	30	4	-	-	65	7	4,3412	0,001

Р - значение вероятности и Т - коэффициент достоверности по отношению

флора (6.7%).

В количественном выражении бактериальная обсемененность колебалась в достаточно широких пределах. Максимальное количество микробных клеток на 1 мл желчи составило 4×10^8 (ассоциация *Escherichia coli* и *Enterobacter cloacae*). Максимальное количество микробных клеток *Enterobacter cloacae* было 4×10^7 , *Pseudomonas aeruginosa* - 5×10^5 . Обсемененность желчи другими бактериями была выражена меньше.

Выводы

Таким образом, в результате применения магнитолазерной терапии, нами отмечено, у больных в основной группе, раньше купировались воспалительные изменения в крови, снижались показатели билирубина и мочевины (на 3-5 дней), отмечены снижения показателей МСМ с 1-ых суток и снижение количество выделяемой желчи по дренажу (на 2-3 дня), чем в контрольной группе.

Литература

1. Гальперин Э.И. с соавт Недостаточность печени-М-1978
2. Даченко Б.М., с соавт Лечение гнойного холангита// Материалы 3-й конференции хирургов гепатологов Новые технологии в хирургической гепатологии», СПб, 1995, -С 367-368
3. Каргаполов Ю.А., Назаров А.А. Пути оптимизации антибактериальной терапии в лечении острого холангита// Материалы 3-й конференции хирургов-гепатологов
4. Лупальцев В.И., Сенников И.А. К вопросу хирургической тактики лечения больных с острым холангитом// Анналы хирургической гепатологии, 1998, т.3, -С, 80-81
5. Алтыев Б.К., Назыров Ф.Г. и др .Комплексное лечение гнойного холангита у больных неопухолевой обструкции внепеченочных желчных протоков// Анналы хирургической гепатологии, 1998, т. 3, № 3, -С.30

Быстрое восстановление показателей в последующие сутки вполне можно объяснить «переориентацией» макроорганизма на более полное использование энергии магнито-лазерного излучения.

По нашим данным, эндохоледохеальное применение магнито-лазерной терапии у оперированных больных позволяло удалять наружный дренаж гепатикохоледоха на 3-5 дней раньше, чем у больных контрольной группы за счет более раннего купирования воспалительных изменений.

Оценку результатов производили по динамике снижения микробной загрязненности желчи, что клинически соответствовало быстрому стиханию воспалительного процесса в магистральных желчных путях. Наиболее выраженным был эффект у больных с явлениями прогрессирующей печеночной недостаточности, при этом отмечено снижение числа послеоперационных осложнений в 2 раза и летальности с 7,93% до 3,17%.

6. Бабаджанов Б.Р. Курьязов Б.Н. Магнито-лазерная терапия при холангиолитиазе// Анналы хирургической гепатологии, 1998, т.3, № 3, -С., 34
7. Васильюк М.Д., Васильюк С.М. Особенности и комплексного хирургического лечения острого холангита// Анналы хирургической гепатологии, 1998, т.3, № 3, -С.43
8. Гейниц А.В. и соавт.. Лечение острого холангита// Анналы хирургической гепатологии, 2003, том 8, № 1, с.107-111.
9. Гейниц А.В., Мамедов А.А., Мамедов М.М. Применение переменного магнито-инфракрасного лазерного излучения в профилактике и лечении печеночной недостаточности при механической желтухе-// Журнал «Анналы хирургии», Москва, 2004г., № 4, -С. 45-48.
10. Асланов А.М., Мамедов А.М., Мамедов М.М. Эффективность применения магнито-ИКлазерной терапии в комплексном хирургическом лечении острого холангита// «Здоровье», Баку, 2005г, № 6, С.114-115.

Лечение больных с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка

Булегенов Т.А.

Государственная медицинская академия

г. Семей, Казахстан

Актуальность

Комплексное лечение послеожоговых рубцовых стриктур пищевода и желудка (ПОРСПЖ) представляет значительные трудности. Наличие двух уровней непроходимости пищеварительного тракта, особенности развития патологического процесса в каждом конкретном случае требует индивидуального подхода в выборе лечебной тактики.

Материалы и методы

Проанализированы результаты лечения 225 больных с ПОРСПЖ, находившиеся на стационарном лечении в клинике госпитальной хирургии СГМА за период с 1990 года по 2007 год.

Большинству больных применено разработанный в клинике способ бужирования протяжённых послеожоговых стриктур пищевода, позволяющего безопасно форсированно проводить расширение пищевода. Это достигается тем, что в качестве проводника бужей используется эластичный зонд-трубка малого диаметра.

Гастростоме накладывали преимущественно по Кадеру с интраоперационным ретроградным бужированием через гастростомическое отверстие с оставлением страховочной направляющей нити - лески в пищеводе. Всего 45 операций

с хорошими результатами.

При ПОРСПЖ выполняли дистальную концевую гастростомию на переднюю стенку желудка с гастроэнтеростомией по Ру. Всего 15 операций с хорошими результатами.

При ПОРСПЖ, особенно при обширных субтотальных поражениях, в клинике разработан способ обеспечения энтерального питания больных и возможности ретроградного бужирования с нарушением проходимости пищевода и антрального отдела желудка. Всего 16 операций с хорошими результатами. Способ включает формирование двух переднеободочных гастроэнтероанастомозов и заглушки между ними на передней стенке желудка на изолированной по Ру петле и энтеростомы на проксимальном конце этой петли.

Комплексное лечение ПОРСПЖ включает: Н2-блокаторы, антибиотики, гепатопротекторы, многокомпонентная смесь для местного лечения, азатиоприн, спазмолитики, ГБО, УЗТ, лазеротерапию.

Выводы

Комплексное лечение ПОРСПЖ, включая бужирование по методике клиники, способов гастростомии, позволяет улучшить результаты лечения больных с ПОРСПЖ.

Способ бужирования протяженных послеожоговых рубцовых стриктур пищевода

Рахметов Н.Р., Хребтов В.А., Булегенов Т.А. Проказа М.Ю.

Государственная медицинская академия, г. Семей, Казахстан

Актуальность

Выбор оптимального способа бужирования пищевода является одной из сложных задач в лечении больных с протяжёнными послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода (ППРСП).

Материалы и методы

В клинике госпитальной хирургии ГМА г.Семей за период с 1990 года по 2007 год на лечении находились 225 больных с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка, в том числе 96 (42,7%) – с ППРСП.

В клинике госпитальной хирургии ГМА г.Семей разработан и клинически апробирован способ бужирования ППРСП.

При бужировании в качестве проводника бужей используется эластичный зонд-трубка малого диаметра (3-4мм в диаметре). Для уменьшения травматизации слизистой пищевода стыком бужа и зонда край стенки зонда в области соединения с бужом стачивается в виде конуса по окружности.

Способ осуществляется следующим образом: больному с ППРСП при наложении гастростомы проводится интраоперационное форсированное бужирование пищевода с оставлением в его просвете страховочной нити - лески. Через 10-12 дней после наложения гастростомы проводим форсированное бужирование пищевода под общим обезболиванием.

К оставленной в просвете пищевода страховочной нити - леске прикрепляется

эластичная зонд-трубка малого диаметра и проводится таким образом, чтобы один конец трубки находился со стороны гастростомы, другой со стороны ротовой полости.

Длина трубки должна быть 80-100 см, а концы выступали на 15-20 см. В конец зонда трубки со стороны гастростомы жестко насаживается узкий конец бужа (начиная с № 11) без дополнительной фиксации и проводится через гастростому в пищевод за трубку. При этом трубку тянут со стороны орального конца, а буж одновременно продвигают синхронными с трубкой короткими прерывистыми движениями в ретроградном направлении. Затем буж возвращают обратно, удаляют из трубки, заменяя его бужом большего диаметра. На буже № 20-22 трубку-проводник меняют на трубку большего диаметра (6-7 мм) и продолжают форсированное бужирование.

При использовании бужа соответствующем по диаметру толщине гастростомической трубки, переходим к бужированию в антеградном направлении до появления заостренного конца бужа в гастростомическое отверстие. При ригидных стриктурах форсированное бужирование пищевода целесообразно разбить на 2-3 этапа в 4-5 дней.

Применение способа форсированного бужирования за трубку ретроградно и антеградно упрощает техники проведения манипуляции, устраняет лучевую нагрузку на пациента и медицинский персонал, снижает материальные затраты на лечения данной категории больных.

Непрямые реваскуляризирующие операции при диабетической стопе

М.К. Джаканов

Западно-казахстанская государственная медицинская академия им. М. Оспанова

Диабеттік аяқ басы синдромында тікелей емес реваскуляризациялық операциялар

М.К. Жақанов

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы, Ақтобе қаласы

Мақалада диабеттік аяқ басы синдромында сан артерияларының периаартериалды симпатэктомия, аяқтардың булшық еттерінің туннеллеу, балтырлардың және аяқ басының остеоперфорация сұрақтары қаралады.

Indirect revascularizing operations of diabetic foot

M.K. Djakanov

West Kazakhstan Marat Ospanov state medical academy, Aktobe city

The application of arterial decortication of femoral arteries, tunneling of lower limb soft tissues, osteoperforation of lower leg and feet on diabetic foot is analyzed in the article.

На сегодняшний день основной причиной развития гангрены нижних конечностей при синдроме диабетической стопы является ишемический синдром на фоне прогрессирующей инфекции, что в 15-40% случаев, как правило, заканчиваются высокой ампутацией конечности. При этом у 28-51% больных через 3-5 лет после первой ампутации производится ампутация второй конечности. Выживаемость больных после высоких ампутаций в течение 5 лет составляет 25-40%, достигая по некоторым данным 68% [1].

Современное лечение синдрома диабетической стопы основано на комплексной терапии, основными компонентами которой являются местное лечение, коррекция углеводного обмена, проведение антибактериальной терапии, введение препаратов, улучшающих периферическое кровообращение, антиоксидантную терапию, а также обширные некрэктомии и ампутации при прогрессировании гнойно-некротического процесса. В настоящее время из средств хирургической коррекции диабетической стопы применение имеют различные сосудистые шунтирующие, эндоваскулярные, а также непрямые реваскуляризирующие операции [2, 3].

Применение сосудистых операций при ишемической форме диабетической стопы - шунтирования и протезирования, имеет свои ограничения, связанные, во-первых, с невозможностью в большинстве случаев проведения таких операций у больных, так как последние - это пациенты пожилого и старческого возраста со 2 типом сахарного диабета в стадии декомпенсации с массой сопутствующих заболеваний, а во вторых - с отсутствием порой технических возможностей для проведения такого рода операций. Эндоваскулярные вмешательства, в частности, стентирование, также ограничено в применении, в основном из-за наличия

выраженных атеросклеротических изменений сосудов у большей части пациентов такой степени, что выполнение такого рода операций невозможно.

Поэтому на сегодняшний день наибольшее распространение из оперативных вмешательств, направленных на улучшение кровообращения при ишемической и нейроишемической формах диабетической стопы, получили методы не прямой реваскуляризации, к которым относятся поясничная симпатэктомия по Диецу, периаартериальная симпатэктомия бедренной артерии по Жабуле, остеотрепанация и остеоперфорация нижних конечностей, туннелирование мягких тканей нижних конечностей.

В хирургической клинике МЦ ЗКГМА имени М. Оспанова производились периаартериальная симпатэктомия бедренной артерии по Жабуле, остеоперфорация большеберцовой кости, костей стоп, туннелирование мягких тканей нижних конечностей. Операция Диеца, несмотря на ее клиническую эффективность, нами практически не применялась, так как она более технически сложна и чревата большей вероятностью как интраоперационных, так и послеоперационных осложнений, чем операция Жабуле. Периаартериальную симпатэктомию в 6 случаях сочетали с профундопластикой. Туннелирование мягких тканей нижних конечностей производили тубускальпелем через 2 точки на бедре и 2 точки на голени.

Остеоперфорацию большеберцовой кости производили с 5-6 точек на передней поверхности после предварительного разреза кожи и сверлом 0,2.

Остеоперфорацию костей стоп (плюсневые кости, фаланги пальцев) производили сверлом 1,5 и данную операцию применяли только после купирования гнойно-деструктивного процесса

в стопе. Туннелизацию производили с учетом топографии магистральных сосудов и нервных стволов. Перед проведением сверла в участках сверления производили кожные насечки во избежание некроза кожи при сверлении. Туннелировались все плюсневые кости проксимальной трети (метадиафиз) со стороны тыла стопы под углом 90°. Фаланги пальцев (диафизы) туннелировались также с тыльной поверхности под углом 90°. Кожные насечки не ушивались. Остеоперфорация костей стоп применена у 15 пациентов с ишемической и нейроишемической формой диабетической стопы.

Сочетание поясничной симпатэктомии по Диецу, периартериальной симпатэктомии бедренной артерии по Жабуле, остеоперфорации большеберцовой кости, костей стоп, туннелирования мягких тканей нижних конечностей нами применено у 50 больных с ишемической и нейроишемической формами диабетической стопы. Прогрессирование критических изменений в стопе отмечено у 5 пациентов – развились

влажная и сухая гангрена, что потребовало ампутации конечности.

Оценка непосредственных результатов оперативных вмешательств проводилась на основании клинических данных, динамики течения раневого процесса, чрезкожного определения напряжения кислорода в тканях, капилляроскопии. При этом отмечено значительное снижение болевого синдрома у пациентов, отсутствие прогрессирования некробиотических изменений, снижение явлений ишемии тканей, повышение уровня чрезкожного напряжения кислорода в тканях в среднем на 10-15%, достоверное увеличение кровотока на стопе.

Таким образом, непрямые реваскуляризирующие операции, их сочетание, оказывают выраженный клинический эффект, просты в техническом выполнении, практически безопасны для больного и они должны быть обязательным компонентом в комплексном лечении синдрома диабетической стопы.

Литература

1. Светухин А.М., Земляной А.Б. Гнойно-некротические формы синдрома диабетической стопы. // *Consilium medicum*. 2002, том 4, № 10, С. 4-12.
2. Зусманович Ф.Н. Реваскуляризирующая остеотрепанация в лечении хронической критической ишемии конечностей. //

- Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 1999, № 14, С. 23-25.
3. Бельков Ю.А., Кыштымев С.А., Богданова М.Г., Дудник А.В. Реваскуляризирующая остеотрепанация в комплексном хирургическом лечении хронической критической ишемии нижних конечностей. // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2004, № 9, С. 14-16.

Выбор уровня ампутаций при диабетической гангрене стопы

М.К. Джаканов

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени М. Оспанова, г. Актобе

Диабеттік аяқ басының гангренаcы кезінде ампутацияның деңгейін тандау

М.К. Жақанов

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы, Ақтобе қаласы
Мақалада табанның диабетік гангренаcы кезіндегі ампутация деңгейі сұрақтары қаралады.

The ablation level selection for diabetic foot gangrene

M.K. Djakanov

West Kazakhstan Marat Ospanov state medical academy, Aktobe city

The questions of ablation level selection for foot diabetic gangrene are treated in the article.

В настоящее время у больных сахарным диабетом с продолжительностью заболевания больше 15-20 лет развивается синдром диабетической стопы с его гнойно-некротическим поражением, гангреной, которые в 15-40 % случаев заканчиваются высокой ампутацией конечности. При этом у 6-30 % больных через 1-3 года и у 28-51 % больных через 5 лет после первой ампутации производится ампутация второй конечности. Выживаемость больных после высоких ампутаций в течение 5 лет составляет 25-40 %, достигая по некоторым данным 68 %, что практически сравнимо с послеоперационной выживаемостью при онкологических заболеваниях. Это связано с тем, что, как правило, необратимые изменения со стороны нижних конечностей, приводящие к ампутациям, сочетаются с тяжелой полиорганной патологией, сопровождающие сахарный диабет [1, 2]. Кроме того, у пациентов перенесших ампутацию конечности значительно снижается качество жизни, связанное с ограничением передвижения.

Учитывая вышеизложенное, становится понятным значение полноценной комплексной терапии, которая должна быть направлена на максимальное сохранение опороспособной стопы или при прогрессировании гнойно-некротического процесса, гангрены на создание условий для максимально малых ампутаций.

Наличие показания к ампутации конечности при диабетической стопе ставит перед хирургом задачи по выбору уровня ампутации, срочности ампутации.

Классические ампутации нижних конечностей выполняются по суставу Лисфранка, по Шарпу, на уровне верхней трети голени, нижней трети бедра. Ампутации на уровне средней и верхней трети бедра применяются значительно реже, также как и по Лисфранку.

Абсолютным показанием к экстренной ампутации конечности на уровне верхней трети бедра является развитие влажной и сухой гангрены

стопы, голени, с переходом на область коленного сустава.

При развитии гангрены пальцев стопы предпочтительнее их экзартикуляция, чем ампутация, так как при последней возможно прогрессирование или возникновение остеомиелита, к тому же после экзартикуляции создаются лучшие условия для хорошей регенерации тканей. При гангрене только дистальной и средней фаланг пальцев возможно после экзартикуляции наложение редкого первичного шва, что уменьшает вероятность развития вторичной инфекции, ускоряет процесс заживления раны.

При развитии влажной гангрены дистального отдела стопы показан перевод ее в сухую с последующей некрэктомией или ампутацией по Шарпу, Лисфранку, последнюю производят реже. При сухом некрозе дистального отдела стопы возможно выполнение костно-пластической ампутации голени по Пирогову, которая позволяет создать опороспособную конечность, несмотря на некоторую техническую сложность ее выполнения.

При влажной гангрене всей стопы при отсутствии признаков восходящей инфекции, стабильного состояния больного также необходим перевод влажной гангрены в сухую с последующей ампутацией на уровне границы между верхней и средней трети голени. В случае наличия или появления признаков восходящей инфекции до границы нижней и средней трети голени при сохраненной пульсации подколенной артерии ампутация возможна на уровне верхней трети голени, без ушивания кожной раны. При прогрессировании гнойно-некротического процесса до границы верхней трети голени показана ампутация на уровне нижней трети бедра с наложением редких швов.

Оценка состояния конечности для выбора уровня ампутации в большинстве случаев основывается на клинических данных - степени распространения некротических изменений, на

наличии или отсутствии признаков прогрессирующей инфекции, пульсации на магистральных артериях. Но, для более объективного выбора уровня ампутации, объема некрэктомии необходимы инструментальные методы исследования, в частности доплерография и транскутанная оксиметрия, что позволяет с достаточной точностью прогнозировать состояние культи и течение раневого процесса после некрэктомии.

Обязательно следует отметить, что некрэктомии, ампутации конечностей на том или ином уровне должны сопровождаться и являться частью полноценной и современной комплексной терапии, как до операции, так и после нее, что обеспечит возможность благоприятного постампутационного течения

заболевания, тем более это относится к тем ситуациям, при которых выбранный уровень ампутации является рискованным в плане возможной реампутации. Но, к этому риску хирург должен идти сознательно со стремлением сохранить максимальный объем конечности, несмотря на большую вероятность развития послеоперационных гнойных осложнений.

Таким образом, некрэктомии и ампутации при диабетической гангрене наряду с адекватной ликвидацией гнойно-деструктивного и некротического очага должны быть направлены на сохранение опороспособности и максимального объема конечности, что являются критериями оценки эффективности лечения синдрома диабетической стопы.

Литература

1. Дедов И.И., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю. Синдром диабетической стопы. М., 1998.
2. Светухин А.М., Земляной А.Б. Гнойно-некротические фор-

мы синдрома диабетической стопы. // Consilium medicum. 2002, том 4, № 10, С. 4-12.

Целесообразность проведения восстановительной терапии при оперативном лечении воронкообразной деформации грудной клетки

Ж.С. Альжанова

Южно-Казахстанская Государственная медицинская академия. г.Шымкент

В настоящее время общепризнано [1, 2, 3, 4], что лечение воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК) – только оперативное, а консервативное лечение абсолютно неэффективно. Не нуждаются в хирургической коррекции дети с I степенью деформации, нуждающиеся в строгом диспансерном наблюдении специалистами. У детей со II и III степенью деформации оперативное вмешательство преследуют не только цель устранения косметического дефекта, но и нормализации сердечно-легочной деятельности. Поэтому показания к проведению торакопластики должны основываться на полноценном комплексном исследовании кардиореспираторной системы.

При ВДГК I степени дети находятся под диспансерным наблюдением ортопеда с двукратным осмотром в год и получают лечение, включающее диетотерапию, дозированную лечебную гимнастику, водные процедуры, закаливание, дыхательную гимнастику, препараты стимулирующие коллагенообразование и улучшающие синтез гликозаминогликанов, то есть все, что может улучшить общее состояние и задержать прогрессирование патологии. В случае прогрессирования деформации I степени и появления субъективных жалоб, функциональных нарушений рекомендуется хирургическое лечение. Вместе с тем, больные с ВДГК часто поступают на оперативное лечение в состоянии, когда уже в организме имеют место функциональные нарушения органов дыхания и кровообращения, гипоксия, хронические заболевания легких, нарушение иммунологического статуса. К тому же развитие послеоперационных гнойных осложнений находится в прямой зависимости от иммунологического статуса и резервных возможностей организма и встречаются они в 3 раза чаще у больных со сниженным иммунным ответом [5, 6].

В последние годы уделяется большое значение совершенствованию существующих способов хирургической коррекции, стабилизации грудино-реберного комплекса (ГРК) и снижению травматичности оперативного вмешательства. Поэтому, к настоящему времени предложено множество различных модификаций хирургического

лечения воронкообразной груди. Тем не менее, эти операции остаются весьма травматичными, а восстановление и реабилитация ребенка может затягиваться на долгие годы. Но, несмотря на это, совершенствование учеными методик операций ВДГК снизило за последние 7 лет число удовлетворительных результатов в 2 раза, неудовлетворительных - в 10 раз. Более того, хирургическая коррекция позволяет помочь больному устранить косметический дефект и улучшить деятельность системы дыхания и кровообращения.

В имеющихся литературных источниках нет подхода к лечению больных с ВДГК с учетом поражения легких и сердца, наличия или отсутствия гипоксии при ВДГК. Несмотря на интерес ученых в дальнейшем усовершенствовании техники операции, мало кто из хирургов ставит перед собой цель системного подхода к хирургическому лечению и восстановлению деятельности кардиореспираторной системы. К тому же, малочисленны данные о необходимости применения альтернативных методов восстановления до- и после операции и профилактики возможного возникновения дыхательной недостаточности, с учетом функционально-клинических нарушений в организме.

В литературных источниках встречаются работы с использованием отдельно лечебной физкультуры и сегментарного массажа в лечении детей с ВДГК [7]. Описано исследование по применению гипербарической оксигенации (ГБО) в пред- и послеоперационном периодах при хирургическом лечении ВДГК в сочетании со сколиозом III-IV степени [8]. По результатам данного исследования, больные, прошедшие в предоперационном периоде курс ГБО-терапии, легче переносят операцию, рано активизируются и восстанавливаются. Применение средств воздействия как лечебная гимнастика, массаж, дыхательные упражнения, по мнению авторов, являются раздражителями, стимулирующими жизнедеятельность всех систем органов и клеток, через трофическое действие на мышцы, обмен веществ и репаративные процессы [9, 10, 11]. Наиболее широко в литературе известен эффект нормализации нарушенных функций при

реабилитации опорно-двигательного аппарата и кардиореспираторной системы [10, 11, 12].

Применение перечисленных методик в комплексном восстановительном лечении детей с ВДГК основано на изученном механизме их действия на организм здоровых и при различных патологиях [13, 14]. Так, использование дыхательной и специальной корригирующей гимнастики увеличивает подвижность грудной клетки, укрепляет мышечную систему и развивает у ребенка правильное дыхание еще до операции. Мы также считаем, что включение дозированных физических нагрузок, лечебной дыхательной гимнастики, массажа и других физических факторов представляет собой патогенетическую терапию наряду с оперативным лечением при ВДГК.

Более того, всеми учеными, занимающимися вопросами действия физических упражнений подтверждается, что по мере возрастания натренированности организма улучшается сократительная способность миокарда, увеличивается ударный объем и минутный объем кровообращения, снижается частота сердечных сокращений и индекс напряжения, стимулируется артериальный кровоток [15, 16]. Благоприятная перестройка микроциркуляции улучшает окислительную активность тканей, сократительную функцию сердечной мышцы, снижается потребность миокарда в кислороде и уровень «внутримиокардиального стресса» - как ответ на нагрузку, что так важно при ВДГК. Все это способствует надежному сохранению компенсаторных ресурсов сердца. Создаются благоприятные условия для правильной коррекции грудной клетки, позвоночника, укрепления связочного аппарата [17].

Дыхательная гимнастика усиливает кровоток, уменьшает сброс крови через артериовенозные шунты, за счет чего облегчается работа правых отделов сердца, разгружается малый круг кровообращения, улучшается венозная гемодинамика, уменьшается периферическое сопротивление и расширяется сосудистое русло, при этом улучшается работа левых отделов сердца и утилизация кислорода тканями [18, 19]. Воздействие на дыхательную систему связано с улучшением ритма и глубины дыхания, снижением гипервентиляции, повышением экономичности легочной вентиляции за счет нормализации объемной скорости вдоха и выдоха [20, 21]. Одновременно, расширение периферического сосудистого русла увеличивает площадь поверхности взаимодействия крови с тканью, что в свою очередь повышает утилизацию кислорода. Лечебные нагрузки, массаж и дыхательная гимнастика воздействуют и на высшую нервную деятельность, улучшая память, сон, снижая чувство напряжения и раздражи-

тельности у больного [21, 22].

Лечебный массаж решает задачи улучшения трофики мышечной ткани, ускорения кровотока и оксигенации в тканях, повышения тонуса и сократительной способности мышечных волокон. Особое внимание уделяется массажу дыхательных: больших грудных и межреберных мышц для улучшения параметров внешнего дыхания. Все это способствовало углублению дыхания ребенка, увеличению экскурсии грудной клетки и увеличению функциональной емкости легких, укреплению мышц грудной клетки и брюшного пресса. Массаж особенно показан в предоперационном периоде ослабленным детям, состояние которых не позволяет заниматься лечебной физкультурой в полном объеме. При этом повышается выносливость и способность к быстрому восстановлению.

Тренирующая терапия, включающая в себя дозированную ЛФК, дыхательную гимнастику, массаж дыхательных мышц, мышц передней брюшной стенки и грудной клетки, проводимая нашим пациентам с ВДГК приводит к активизации опорно-двигательного аппарата, системы кровообращения и дыхания, включая механизмы адаптации. Лечебная физкультура и дыхательная гимнастика сочетались с сеансами массажа грудной клетки и мышц передней брюшной стенки. Критериями эффективности пред- и послеоперационного ведения были субъективное и объективное состояние больного, показатели гемодинамики, внешнего дыхания и показателей крови, которые регистрировались на определенные сутки исследования.

Таким образом, изучение литературных данных указывает на то, что несмотря на немалое количество работ о проблеме лечения ВДГК, предложенные хирургические вмешательства остаются весьма травматичными, а восстановление ребенка и реабилитация может затягиваться на долгое время. Однако проведенный поиск информации по проблеме ведения детей с ВДГК свидетельствует об отсутствии комплексного подхода при хирургическом лечении детей с ВДГК, с целью восстановления нарушенных функций. Поэтому, разрабатывая программу восстановительного лечения, считаем обоснованной необходимость построения реабилитационной программы до- и послеоперационного периода, основываясь на накопленном опыте применения физических факторов при заболеваниях кардиореспираторной системы. Оптимизация ведения больных с ВДГК в аспекте сочетания средств медикаментозной, немедикаментозной и хирургической коррекции, будет являться важным этапом в восстановлении пациентов и улучшении результатов хирургического лечения.

Литература:

1. Фокин А.А. Нарушения окостенения грудины, килевидная деформация грудной клетки и сердечная патология. // Ортопедия и травматология, 1983, №10, С.48-51.
2. Губа А.Д. Способ торакопластики воронкообразной деформации грудной клетки. // Детская хирургия.- 2005.- №5.- С.16-19.
3. Баиров Г.А., Джумабаев Д.Ц., Маршев И.А. Отдаленные результаты оперативного лечения детей с воронкообразной деформацией грудной клетки. // Вестник хирургии им. Грекова. -1982. -т.128. -№4. -С.96-98.
4. Левцкий А.В. Оперативное лечение воронкообразной деформации грудной клетки у детей. // Вестник научных достижений.- Киев, 2005.- www.bii.te.ua/ukr/html.
5. Журавлева А.И., Граевская Н.Д. Спортивная медицина и лечебная физкультура. // Руководство для врачей. – М.: Медицина, -1993. – 432 с.
6. Фонарев М.И. Справочник по детской лечебной физкультуре. - Л.: Медицина, 1983.-306 с.
7. Осьмак Д.И. Сегментарный массаж у детей с воронкообразной деформацией грудной клетки. // Медицинские аспекты и пути оптимизации физического воспитания детей.- Харьков, 1979.- С.19-20.
8. Фищенко П.Я., Кисилев С.О., Бобков А.В. Применение гипербарической оксигенации в пред- и послеоперационном периодах при хирургическом лечении деформации грудной клетки. // Гипербарическая физиология и медицина.- М, 2002.- №1.- С.34-35.
9. Журавлева А.И., Граевская Н.Д. Спортивная медицина и лечебная физкультура. // Руководство для врачей. – М.: Медицина, -1993. – 432 с.
10. Темкин И.Б. Физические упражнения и сердечно-сосудистая система.-М.: Высшая школа.-1974.- 191 с.
11. Мошков В.Н. Об умеренности физических нагрузок в лечебной физкультуре. // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК.-1991.- №5.- С.62-64.
12. Понамарева В.В. Физическая реабилитация студенто с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем.- Дис. ... докт. мед. наук.- М.-1990.- 343 с.
13. Кокосов А.Н., Стрельцова Э.В. Лечебная физкультура в реабилитации больных заболеваниями легких и сердца. – М.: Медицина. -1981. – 165 с.
14. Кассирский Г.И., Гладкова И.А. Медицинская реабилитация в кардиохирургии. – М.: Медицина. -1976. – 167 с.
15. Путов Н.В., Федосеева Г.Б., Хоменко А.Г. // Справочник по пульмонологии. Л.: Медицина, 1988.- 224 с.
16. Урмонас В.К., Вайцекавичус Э., Медзявичене В. Ангиокардиография и некоторые вопросы гемодинамики при ВДГК. // Кардиология: III научное общество кардиологов.- Каунас.-1972.-с. 437-438.
17. Джумабаев Д.У. Хирургическое лечение врожденной воронкообразной деформации грудной клетки у детей дошкольного возраста. Автореф. ... канд. мед. наук: Л, 1984. - 20 с.
18. Воложин А.И., Субботин Ю.К. Адаптация и компенсация универсальный биологический механизм приспособления. – М.: Медицина, 1987. – 176 с.
19. Зильбер А.П. Респираторная терапия в повседневной практике. –Ташкент.: Медицина, -1986. – 399 с.
20. Burns P.N. The physical principles of Doppler and spectral analysis. // Journal of Clinical Ultrasound. -1987. –V.15. - №9. –P.567-590.
21. Гаврилова В.А., Резников Ю.П. Циркулирующие антикардиальные антитела при заболеваниях мочевыделительной системы у детей с синдромом дисплазии соединительной ткани. // Педиатрия.-№2.-2002.- С.10-12.
22. E. Stevers Golladay, MD, and Charles W. Wagner, MD. Pectus Excavatum: A 15-year perspective. –Southern Medical Journal, 1991. September. –V.84. -№9. – 175 p.

Ультразвуковая диагностика повреждений сухожилий кисти и предплечья

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

Бұл мақалада келтірілген 39 науқастың қол сіңірлерінің жарақаттануы ультрадыбыс тәсілімен зерттелген. Қол сіңірлерінің жарақаттануының эхоэмиотикасы талқыланған, және әрбір ультрадыбыстық белгінің кездесу жиілігі анықталған.

Ультрадыбыс зерттеуінің нәтижесі операция кезіндегі алған мәліметтермен салыстырылған. Ультрадыбыс тәсілінің жоғары диагностикалық мүмкіншіліктері анықталды: сіңірдің үзілуі 88,2 – 89,6% табылған, сіңірдің үзілген ұші – 80,9%, жұмсақ тіннің тыртықтануы – 94,1% кездескен.

Для диагностики повреждений мягких тканей конечностей используется МРТ, КТ и ультразвукография. Наиболее информативным среди этих методов является магнитно – резонансная томография. Однако широкое применение ее ограничено из-за высокой стоимости исследования, а использование КТ ограничивается лучевой нагрузкой.

Применение ультразвукографии имеет такие преимущества как неинвазивность, доступность и возможность оценить функциональное состояние подвижных структур. Недостаточная разработка эхоэмиотики, а так же методики исследования тормозят внедрение УЗИ в клиническую практику. Поэтому изучение возможностей УЗИ в диагностике повреждений сухожилий конечностей является актуальной задачей.

В настоящей работе обобщены результаты ультразвукового исследования 39 больных находившихся на лечении в отделении микрохирургии ННЦХ им. А.Н. Сызганова с травматическими повреждениями кисти и предплечья (из них свежих повреждений было 11 и застарелых – 18). Преобладала бытовая травма различными предметами (лезвие ножа, стекло). Чаще травмировались мужчины (72%). Повреждения локализовались на ладонной поверхности кисти и волярной поверхности предплечья. Возраст пациентов колебался в пределах от 6 до 61 года, 80 % из которых составляла группа наиболее трудоспособного возраста от 18 до 50 лет. Все пациенты жаловались на нарушение сгибательной функции пальцев кисти.

Ультразукография выполнялась на ультразвуковом сканере Vivid 3 фирмы General Electric. Использовался линейный датчик с частотой 12 МГц с применением режима superficial для исследования поверхностных тканей. УЗИ про-

The results of ultrasonic investigation of 39 patients with traumatic damage of upper extremity tendons are shown in this article. US semiotics of upper extremity tendons and rate of appearance of different US indications has been researched. A comparative analysis on US investigations and intraoperative data had been made. A high descriptiveness of US examination has been established, as in cases of tendon tear it was rated 88,2 – 89,6 %, in cases of free tendon ends localization – 80,9 %, and cases of diagnosis of cicatricial changes in soft

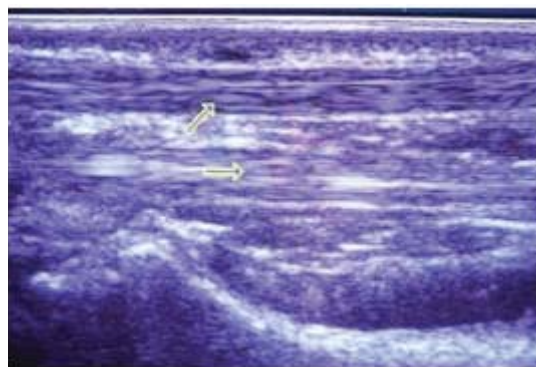


Рис 1. Сухожилия поверхностного и глубокого сгибателей пальцев кисти при продольном

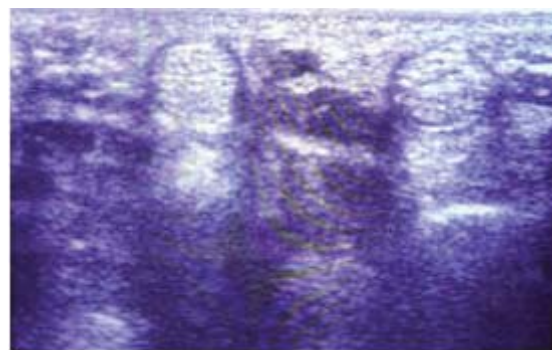


Рис 2. Сухожилия сгибателей пальцев кисти при поперечном сканировании

изводили пациенту в положении сидя, руки –

1. При исследовании сухожилий сгибателей пальцев – на коленях, ладонями вверх.
2. При исследовании сухожилий разгибателей пальцев – ладонями вниз.

Датчик устанавливается параллельно и поперек хода сухожилий, для получения продольных и поперечных сканов. Сухожилия имели вид лентовидных образований, состоящих из множества экзогенных волокон.

Характер движения сухожилий определяли с помощью функциональных проб: пассивных и активных движений пальцев. После травматического разрыва сухожилия сгибателей пальцев часто происходит ретракция их свободных концов в проксимальном и дистальном направлениях. Функциональные пробы необходимы для определения локализации свободных концов и размера диастаза.

Величина диастаза влияет на выбор тактики оперативного лечения (швы сухожилия или пластика)

Эхоэмиотика повреждений сухожилий

Полный разрыв сухожилия характеризовался отсутствием его визуализации в типичном месте, наличием пустого сухожильного влагалища в зоне диастаза (59%), визуализацией свободных концов сухожилия (72%), ограничением подвижности (41%), изменением его структуры (52%) . (Рис.3)

Важным диагностическим признаком являлось изменение контуров сухожилия и приобретение им «волнообразной» формы

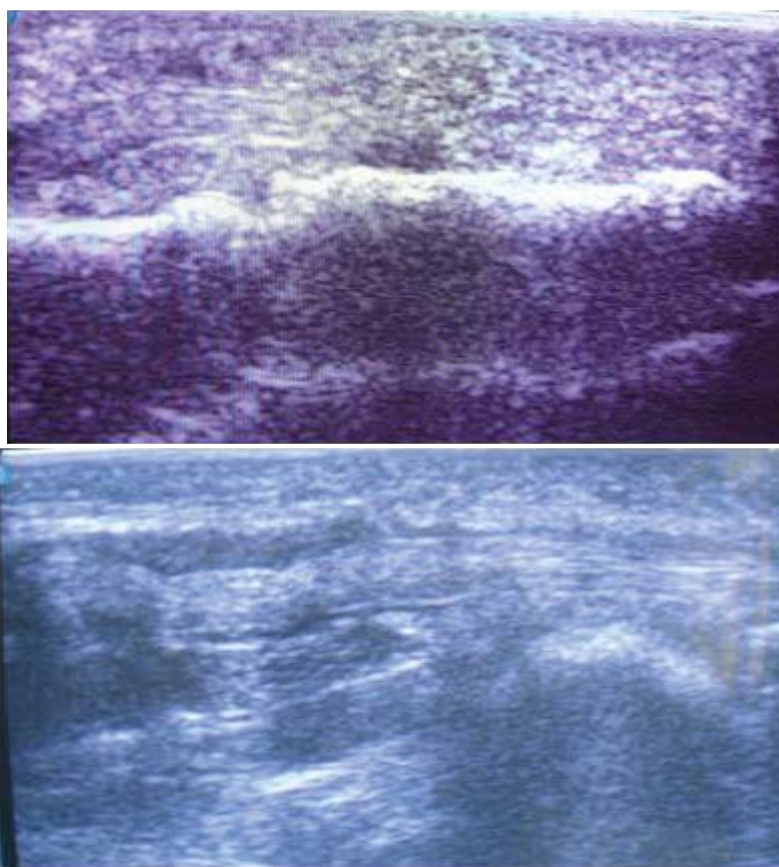


Рис.4 Изменение контуров сухожилия и приобретение им «волнообразной» формы

(38%). Появление данного признака объясняется отсутствием натяжения сухожильных волокон после произошедшего разрыва. (Рис.4) Наблюдались признаки посттравматических воспалительных изменений: утолщение сухожилия и его концов, выпот вокруг сухожилия, изменение эхогенности, утолщение подкожно – жировой клетчатки. При застарелых повреждениях имелись те же ультразвуковые признаки , но на фоне рубцовых изменений в тканях. Спаечный процесс в мягких тканях и по ходу сухожилий визуализировался как конгломерат либо участки неоднородной структуры, повышенной либо сниженной эхогенности.

Результаты исследования

Полученные результаты ультрасонографии были подтверждены клиническими методами исследования и верифицированы интраоперационными данными у 31 человека из 39. Данные о разрыве сухожилия получены у 26 из 29 больных, что составило 89,6%. Сведения о наличии рубцовых изменений получены у 16 из 17 больных, что составило 94,1 %. Данные о локализации свободных концов получены у 17 из 21 больного (80,9%). Разрыв сухожильного шва установлен у 3 больных. Повреждение пальцевых

Таблица 1. Эхоэмиотика повреждений сухожилий сгибателей пальцев кисти

Эхографические признаки	Количество наблюдений	
	N	%
1. Пустое сухожильное влагалище (отсутствие визуализации нормальной структуры сухожилия в типичном месте)	17	59%
2. Утолщение и снижение эхогенности подкожной клетчатки	13	45%
3. Изменение формы сухожилия «волнообразная»	11	38%
4. Ограничение подвижности сухожилий при функциональных пробах	12	41%
5. Рубцовые изменения	11	38%
6. Визуализация свободных концов сухожилий	21	72%
7. Визуализация концов утолщенных, «булавовидных» концов сухожилий за счет гематомы	2	7%
8. Изменение эхогенности	5	17%
9. Неоднородная структура	15	52%
10. Утолщение сухожилия	5	17%
11. Выпот вокруг сухожилия	5	17%

Таблица 2. Сравнение результатов УЗИ и интраоперационных данных

Интраоперационные данные	Данные ультразвукового исследования		Точность диагностики
	Совпали	Не совпали	
1. Полный анатомический перерыв сухожилий сгибателей	26	3	89,66%
2. Полный анатомический перерыв сухожилий глубокого и поверхностного сгибателей	15	2	88,24%
3. Разрыв только глубокого сгибателя	11	1	91,67%
4. Наличие рубцовых посттравматических изменений мягких тканей кисти и предплечья	16	1	94,12%
5. Определение локализации свободных концов сухожилий глубокого и поверхностного сгибателей	17	4	80,95%
6. Разрыв сухожильного шва	3	0	100,00%
7. Повреждение пальцевых артерий	3	1	75,00%

артерий обнаружено в 75 % случаев.

Исследование пациентов, у которых ранее проводилась пластика сухожилий, позволило выявить особенности экосемиотики. Непосредственно после операции эхогенность его может быть умеренно снижена. При исследовании в динамике через 1 – 2 месяца после операции эхогенность сухожилия приближается к нормальным показателям. Часто встречались рубцовые изменения (90%), в 50% они вызывали ограничение подвижности сухожилия. В 3 случаях нами была выявлена несостоятельность швов сухожилия, которая получила подтверждение интраоперационно.

Определение локализации свободных концов сухожилий, размера диастаза, данные о рубцо-

Таблица 3. Экосемиотика сухожилий после реконструкции

Эхографические признаки	n	%
1. Эхогенность близка к эхогенности нормального	2	20
2. Эхогенность снижена	2	20
3. Эхогенность повышена	1	10
4. Визуализация сухожильных швов (леска)	6	60
5. Уменьшение подвижности при функциональных пробах в сравнении с контрлатеральной анатомической областью	5	50
6. Рубцовые изменения	9	90
7. Неоднородная структура	5	50
8. Утолщение сухожилия	1	10

вых изменениях в мягких тканях необходимы микрохирургам для выбора оптимального доступа и тактики лечения, вследствие чего снижается инвазивность за счет уменьшения объема оперативного вмешательства.

Таким образом, полученные нами данные показывают информативность ультразвукового исследования в диагностике травматических повреждений сухожилий конечностей.

Литература

1. Миронов С.П., Еськин Н.А., Голубев В.Г., Насникова И.Ю., Богдасhevский Д.Р., Приписнова С.Г., Финешин А.И. Ультразвуковая диагностика патологии сухожилий и нервов конечностей // Вестник травматологии и ортопедии. М.- 2004.- № 3.- С. 3 – 4.
2. Еськин Н.А., Голубев В.Г., Богдасhevский Д.Р., Насникова И.Ю., Приписнова С.Г., Финешин А.И., Атабекова Л.А. Эхография нервов, сухожилий и связок // «Sonoace International».- М.- 2005.- выпуск 13.- С. 82-94.
3. Martinoli C., Derchi L.E., Pastorino C., Bertolotto M., Silvestri E. Analysis of echotexture of tendons with US. //Radiology.- 1993.- 186.- S. 839-843

Адаптационные характеристики комплекса морфологических параметров, обеспечивающих нормальное функционирование глаза

З.А. Джуматаева

КазНИИ глазных болезней, г. Алматы

Актуальность

Выявление глаукомы на ранних стадиях ее развития является одной из серьезнейших задач в области теоретической и практической офтальмологии. В последние годы традиционный набор диагностических методов был серьезно усилен появлением оптико-когерентных томографических методов исследования глазного дна (ОСТ).

Комплекс программ, которым сопровождаются данные томографы, позволяет детально анализировать геометрию анатомических характеристик глаза и регистрировать тот набор параметров, которые характеризуют эти анатомические характеристики. Кроме того, данный вид обследования позволяет исследовать и интенсивность обменных процессов в глубине тканей глаза.

Однако недостаточная изученность всех нюансов патогенеза глаукомы приводит к тому, что до того момента, пока мы не видим устойчиво сформировавшихся функциональных и морфологических признаков глаукомы, вопрос о вероятности ее развития остается проблематичным.

Проблема ранней диагностики глаукомы, вытекает из фундаментальных задач, которые стоят перед современной медициной. К ним относятся: проблема нормы вообще, вопрос о том, до какой степени мы можем реакцию организма на патогенный фактор считать проявлением адаптации, а когда эта реакция переходит в патологический процесс [1]. В настоящее время, в медицине попытки решения данных проблем привели к необходимости развития теории саногенеза. Основные работы в области теоретической медицины, затрагивающие данные теоретические проблемы, традиционно сводятся к углублению и приданию уже имеющимся определениям гомеостаза, резистентности, адаптации, адаптационного напряжения, патологии и т.п. современных форм [2]. На данный момент, в медицине отсутствует теоретическая база, позволяющая определить путь получения количественных оценок, основных понятий общей патологии, и связано это с отсутствием теорий описывающих организм как единую, неделимую на части, систему. В данный момент стало очевидно, что только исследование свойств организма, вытекающих из его целостности,

открывает пути к развитию индивидуального подхода к больному с использованием современных технических возможностей [3].

Исходя из вышеизложенного целью нашего исследования явилось использование методов макросистемного подхода при решении проблем ранней диагностики глаукомы.

Материалы и методы

Оптическая когерентная томография проводилась на аппарате «ОСТ Stratus» (версия – 3) фирмы «Zeiss». Сканирование диска зрительного нерва производилось с помощью протокола сканирования Optical Disc (Диск зрительного нерва). Протокол Optical Disc – это 4-миллиметровая разновидность схемы радиальных линий. Он состоит из серии (от 6 до 24) линейных сканов, проходящих через общую центральную ось и равномерно распределенных по кругу. К этому протоколу применен протокол анализа Optic Nerve Head (Головка зрительного нерва).

Сканирование слоя нервных волокон сетчатки производилось с помощью протокола сканирования RNFL Thickness (3.4) (Толщина слоя нервного волокна сетчатки). Этот протокол позволяет получить три круговых скана диаметром 3,4 мм вокруг диска зрительного нерва. Данные анализировались с помощью протокола RNFL Thickness Average (Среднее значение толщины слоя нервного волокна сетчатки).

Исследование на оптическом когерентном томографе проведено 106 пациентам, из них: норма у 18, подозрение на глаукому у 53, глаукома открытоугольная в начальной стадии у 15, в развитой стадии у 7, в далекозашедшей стадии у 11, в терминальной стадии у 2 человек.

В базе данных подготовлены сводные матрицы по основным параметрам ОСТ, с 81 скана по 35 признакам, с 187 сканов по 21 признаку. Для каждого из обследованных, проведена полная подготовка сканов к их экспериментальной обработке с целью выработки единого диагностического теста ранней глаукомы. Всего подготовлено 268 матриц глазного дна и 935 матриц цветных фрагментов, определяющих активность тканей окружающих глазной нерв.

Результаты

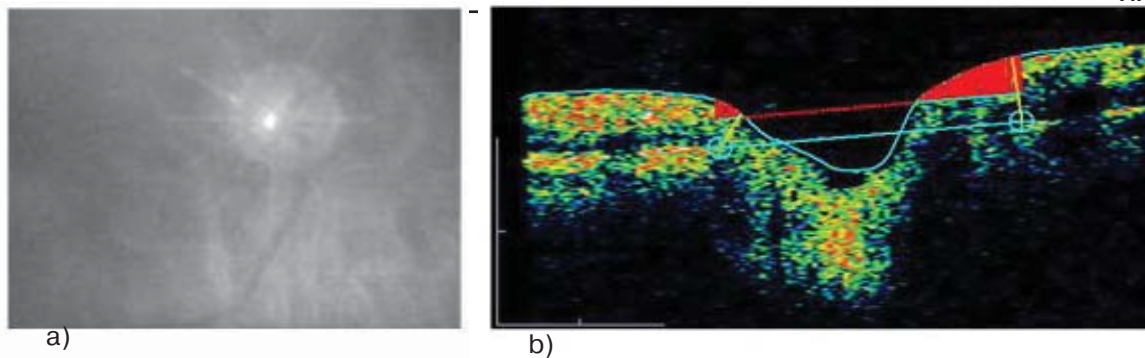


Рисунок 1- Выбор участков для оценки сетевых интегральных эффектов, наблюдаемых в тканях глазного дна.

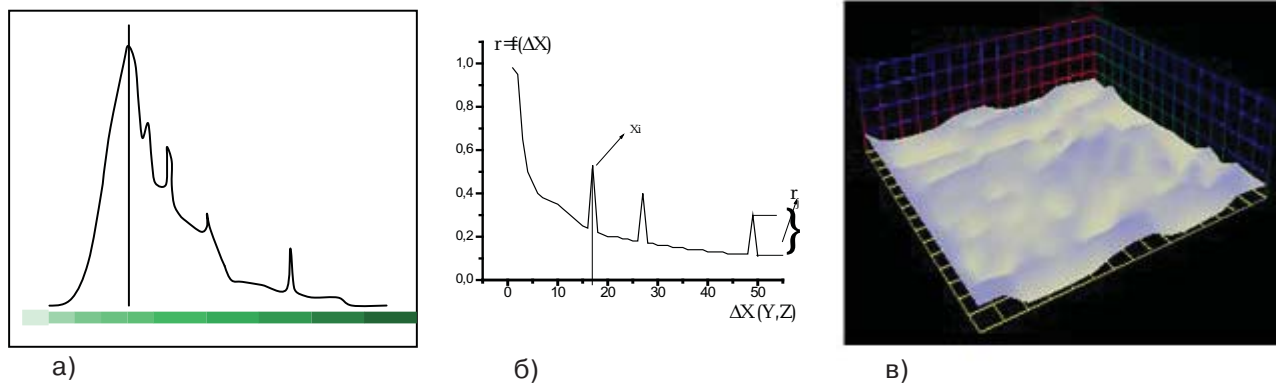


Рисунок 2- Графические представления основных статистических характеристик квазисети тканей глазного дна, необходимые для получения полного количественного отображения состояния глазного дна.
 а- распределение, б- автокорреляционная функция по пространству,
 в-энтропия

При исследовании с помощью ОСТ получено пространственное распределение оптической плотности сетчатки в области зрительного нерва. Оптическая плотность в различной степени отображает характер объемного распределения интенсивности функционирования микроциркуляторного русла, интенсивность обменных процессов, топографию (геометрию) распределения нервных волокон в зоне выхода зрительного нерва.

Оценка пространственного распределения начинается с выделения плоских продольных и поперечных сканов (Рис. 1).

Общая картина фронтального вида (а) распределения оптической плотности глазного дна, получаемая на основе ОСТ, полностью подходит для проведения расчетов по данной методологии.

Картина реконструкции поперечного разреза глазного дна в области глазного нерва (б) делится на отдельные участки, - один или два участка ретроламинарного отдела зрительного нерва (с), по два участка расположенных справа и слева, соответствующих нейроретинальному пояску (дальний-д и ближний -е), и участки преламинарного и ламинарного отделов зрительного нерва (г)

По результатам первичных исследований была оценена достаточность точности съема данных и стандарты для расчета гистограмм и пространственных распределений энтропии.. Разрешающая способность аппаратуры позволяет измерять квазиплотность на площади в 0,005 мм² и иметь шкалу по плотности в 250 у.е. Сканируемая площадь составляет около 50 мм², промежуточная площадь статистических ансамблей может составляет 0,2мм². При этом количество пикселей составляет 10000 и количество участков в которых уровень энтропии может быть корректно рассчитан равно 100. Именно эта цифра и была выбрана за основу при рассмотрении конкретных образцов результатов ОСТ.

Разброс по уровню плотности изображения глазного дна и количество пикселей, его отображающих, а также полученные результаты исследования больных, позволили установить и следующее техническое условие работы алгоритма. Наиболее точно реальную картину отклонений в распределении плотности изображения ОСТ можно регистрировать при использовании в построении ее гистограммы 95 интервалов. При увеличении точности расчета гистограммы начинают сказываться флуктуации плотности

$$\frac{d_i S}{dt} = \int \sigma dV \quad \sigma = \sum_i j_i x_i$$

не несущие существенной информации, а при уменьшении – сглаживаются, ее диагностически значимые отклонения.

По результатам сканирования восстанавливаем форму распределения оптической плотности каждого участка (Рис. 2а) и рассчитываем его параметры; определяем характер процессов взаимодействия между элементами данного пространства исходя из построений автокор-

реляционных функций по пространству сканированных участков (Рис. 2б). Восстанавливаем картину пространственного распределения энтропии (Рис. 2в), которая в принципе позволяет в дальнейшем оценивать обобщенные силы (X_i) и обобщенные потоки (J_i) имеющие место в данной системе

Таким образом, появляется возможность исследования нового типа комплексной реакции тканей глазного дна, имеющей синергетическую природу, направленной на сохранение целостности и нормального функционирования органа.

Литература

- 1 Трахтенберг И.М., Сова Р.Е., Шефтель В.И., Онищенко Ф.А. Проблемы нормы в токсикологии. // М., 1991
- 2 Крыжановский Г.Н. Некоторые общепатологические и био-

- логические категории: здоровье, болезнь, гомеостаз, саногенез, адаптация, иммунитет, новые подходы и определения // М., 2004 - Патологическая физиология №3 с.3-7
- 3 Казначеев В.П. Психобиология Запада и Востока //Традиционная медицина Восток и запад, – Новосибирск, 2003, – № 1, – С. 5-9.

Новая мицеллярная наносистема доставки тимолола для лечения глаукомы

З.А. Джуматаева

Казахский НИИ глазных болезней, г. Алматы

УДК 617.7:615.2:616-03

Новая мицеллярная наносистема доставки тимолола для лечения глаукомы

Получена новая лекарственная форма тиммала на основе мицеллярной системы транспорта. Проведено экспериментальное обоснование его применения и начальные этапы апробации в клинике. Концентрация тиммала 0,5% уменьшилась в 50 раз и составила 0,01%, при этом полностью сохранена эффективность его действия, отсутствует аллергическая реакция, уменьшилось количество побочных эффектов.

Перспективным направлением научных исследований является усовершенствование системы доставки лекарственных препаратов. Все разработанные до настоящего времени системы транспорта лекарств имеют в своей основе липосомы. Эта система обладает рядом недостатков: большая гидрофобность, вследствие этого быстрая агрегация и опасность закупорки сосудов, нестабильность, т.е. ограничены сроки хранения, частые побочные эффекты, такие как пирогенность, токсичность и аллергенность (1-5).

В результате многолетних изысканий нами разработана абсолютно новая система транспорта лекарств на основе фосфатдилинозитола (Ф.), являющегося более полярным и более гидрофильным фосфолипидом. Фосфатдилинозитольная мицелла имеет на своей поверхности множество отрицательных зарядов, что приводит к отталкиванию их друг от друга, исключает агрегацию и придает мицелле прекрасные гидродинамические свойства, высокую стабильность и устойчивость в водных растворах. Так как структуры имеют размер около 1 мкм, то они легко проникают внутрь клеток, не вызывают иммунных, аллергических и пирогенных реакций. Создание мицеллярной системы позволит многократно снизить концентрацию лекарственных средств для лечения глаукомы при сохранении и даже увеличении эффективности действия и значительного уменьшения побочных действий препаратов (6).

Цель исследования

Разработать новую форму тиммала на основе мицеллярной системы транспорта лекарств, экспериментально обосновать его применение и апробировать в клинике.

New form of Timmal on a base of spawn system of medicines transportation

Z.A. Djumataeva

Kazakh Scientific Center of Eye Diseases, Almaty

Materials and methods. Clinical investigation of timmal 0,01 % on a base of spawn system of medicines transportation have done at 20 patients (27 eyes) with first detected open angle glaucoma, at primary stage (12 eyes) and progressive stage (15 eyes) of process, with moderate (16 eyes) and high (11 eyes) ocular pressure.

Results. At both groups have registered decreasing of intraocular pressure, same in both groups, despite on fact that concentration of timmal used at main group was decreased for 50 times (0,01%). The visual acute increased at main group for 15 % and at control group for 8,7 %.

Borders of total visual field increased in main group for 7,7 % and at control group for 5,5%. At both groups there were improvement of eye hydrodynamic and condition of optic nerve by data of OCT.

Conclusion. Has made new form of local hypotensive medicine timmal 0,01 % on a base of spawn system of medicines transportation, despite on fact that concentration of timmal was decreased for 50 times its therapeutic effect completely retain and there is no any side effect.

Key words: glaucoma, spawn system of medicines transportation, timmal, intraocular pressure, optic nerve

Материал и методы

Технология приготовления мицелл: для формирования липосом (мицелл) раствор, содержащий фосфатдилинозитол, вливали в раствор тиммала 0.5% и подвергали ультразвуковой обработке на ультразвуковом дезинтеграторе типа UD-11 (Techpan, Poland) в течение 5 мин. В результате диспергирования формируются липосомы - шарообразные фосфатдилинозитольные структуры размером около 1 мкм, легко проникающие внутрь клетки. Для загрузки использовали свойство мицелл открываться в гидрофобной фазе, а затем схлопываться при переводе их в водную фазу. При схлопывании они захватывают загружаемое вещество. Экспериментальные исследования проведены на 15 (30 глаз) кроликах породы «шиншилла», весом 2,5-3 кг. Предварительно создана модель экспериментальной, «кортикостероидной» глаукомы. На протяжении всего времени введения препарата производилось измерение внутриг-

Группы больных	Исходное ВГД (мм.рт.ст.)	Через 30 мин. (мм.рт.ст.)	Через 2 часа (мм.рт.ст.)	Через 24 часа (мм.рт.ст.)
Основная (13 глаз)	31,2 ± 0,78	24,5 ± 0,25	21,6 ± 0,37	22,4 ± 0,31
Контрольная (16 глаз)	31,2 ± 0,78	24,6 ± 0,22	21,8 ± 0,3	22,2 ± 0,35

лазного давления (ВГД) тонометром Маклакова, грузом 7,5 граммов, осмотр переднего отрезка глаза, наблюдение за общим состоянием. После этого животные были разделены на две группы, животным первой группы (контрольная) инстиллирован тиммал 0,5%, во второй основной группе инстиллировался тиммал на основе мицеллярной системы транспорта лекарств.

Клинические исследования проведены у 20 больных (29 глаз) с впервые выявленной открытоугольной глаукомой, в начальной и развитой стадии процесса, с умеренно повышенным и высоким ВГД. Среди пациентов 16 женщин и 4 мужчин в возрасте от 46 до 78 лет. Для оценки результатов исследования больные поделены на две группы: основная – 10 пациентов (13 глаз), получавшие тиммал 0,01% на основе мицеллярной системы транспорта лекарств и контрольная – 10 пациентов (16 глаз), получавшие тиммал 0,5%. Измерение ВГД проводилось тонометром Маклакова, грузом 10 граммов, через 30 минут, 2 часа (максимальный гипотензивный эффект) и через 24 часа после инстилляций препаратов. Критериями исключения для пациентов контрольной группы являлись: бронхиальная астма, приступы бронхиальной астмы в анамнезе, обструктивные бронхолегочные заболевания, признаки синусовой брадикардии. В основной группе таким пациентам тиммал 0,01% назначался с осторожностью, под тщательным наблюдением. Препараты инстиллировались 2 раза в сутки. Эффективность оценивалась по динамике уровня ВГД по сравнению с исходным значением. Жалобы пациентов и нежелательные явления тщательно фиксировались.

Результаты

Данные эксперимента. В результате использования новой системы концентрация препарата снижена в 50 раз (0,01%). Через час после ин-

стилляций гипотензивных препаратов, в обеих группах отмечено достоверное снижение ВГД на 5,8 мм.рт.ст. (19,5%) в контрольной и на 6,54 (22%) в основной, через сутки на 7,42 (25%) и на 8,8 (29,7%), через неделю на 9,6 (30,6%) и на 10,04 (33,9%), через месяц на 10,51 (35,5%) и на 12,1 (40,8%) соответственно. При осмотре ручной щелевой лампой не выявлено никаких признаков раздражения, воспалительного процесса переднего отрезка глаза.

В обеих группах больных исходное тонометрическое ВГД превышало 26 мм.рт.ст., среднее значение офальмотонуса составило 31,2 ± 0,78 мм.рт.ст.

Как видно из таблицы, снижение ВГД фактически одинаково в обеих группах и составило 30,7% от исходного уровня через 2 часа после инстилляций. Осмотр на щелевой лампе не выявил никаких признаков раздражения конъюнктивы век и глазного яблока у пациентов основной группы. Также не было зафиксировано побочных эффектов общего характера, несмотря на наличие у одного из пациентов основной группы обструктивного бронхита.

Выводы

- получена новая форма местного гипотензивного препарата тиммала 0,01% на основе мицеллярной системы транспорта лекарств
- несмотря на уменьшение концентрации препарата в 50 раз терапевтический эффект его сохраняется полностью
- экспериментальное исследование препарата показало отсутствие аллергических или других воспалительных реакций глаз животных
- начальные клинические испытания тиммала на основе мицеллярной системы транспорта показали полное сохранение эффективности его действия при значительном снижении концентрации препарата.

Литература

1. Bangham A. D. and Horne R. W. Negative staining of Phospholipids and their Structured Modification by Surface Agents as Observed in the Electron Microscope // *J. Mol. Biol.* – 1964. – Vol. 8. – P. 660-668.
2. Bangham A. D., Standish M. M. and Watkins J. C. Diffusion of Univalent Ions across the Lamellae of Swollen Phospholipids // *Ibid.* – 1965. – Vol. 13. – P. 238-252.
3. Овчинников Ю. А. Биоорганическая химия. - М.: Просвеще-

ние, 1987. – С. 513-636.

4. Марголис Л. Б., Бергельсон Л. Д. Липосомы и их взаимодействие с клетками // М.: –Наука, 1986. – С. 110-141, 240.
5. Посте Дж. Взаимодействие липидных везикул (липосом) с клетками в культуре и их использование как переносчиков лекарств и макромолекул, В кн.: Липосомы в биологических системах. М., Медицина. – 1988. –С. 107-155.
6. Саменов Н.А., Аль-Сухайми С.А., Табенова А.А., Сейсенбаев А.Ш., Гильманов М.К. Мицеллярная форма антиартритных лекарств // Медицина. - 2005. -№2. - с.26-29

Пути введения вазопростана при диабетической стопе

М.М. Мукушев, М.К. Джаканов

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени Марата Оспанова

Диабеттік аяқ бас синдромы кезінде вазопростанды енгізу жолдары

М.М. Мұқушев, М.К. Жақанов

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы, Ақтобе қаласы

Мақалада диабеттік аяқ басы синдромында вазопростанның енгізу жолдарына байланысты сұрақтар қаралады.

The administration way of vasaprostan for diabetic foot

M.M. Mukushev, M.K. Djakanov

The questions of intravenous and regional infusion of vazaprostan are considered in the article.

Поражение дистальных отделов нижних конечностей при синдроме диабетической стопы, особенно при ее ишемической форме, нередко приводит к инвалидизации населения, связанной с высокой частотой высоких ампутаций при этой патологии [1]. Поэтому в лечении диабетической стопы приобретают особое значение прямые шунтирующие и протезирующие сосудистые операции, а при невозможности их выполнения (окклюзия на уровне дистальных артерий, тяжелая сопутствующая патология, отсутствие технических возможностей) методы непрямой реваскуляризации нижних конечностей – как оперативные (туннелирование нижних конечностей, остеоперфорация, периартериальная симпатэктомия), так и неоперативные. К неоперативным методам реваскуляризации относится применение вазоактивных препаратов, в частности, вазопростана [2].

В хирургическом отделении Медицинского центра ЗКГМА им. М.Оспанова с 2003 г. по 2008 г. находилось на стационарном лечении 98 пациентов с нейроишемической и ишемической формами диабетической стопы. Все пациенты имели сахарный диабет 2 типа.

Для определения состояния кровоснабжения и степени ишемии нижних конечностей проводилось пальцевое исследование магистральных сосудов, определение лодыжечно-плечевого индекса, ультразвуковая доплерография, чрезкожное определение напряжения кислорода в тканях. При этом выявлено что в 72,8% случаев имелось поражение берцовых артерий, в 17,2% - поражение на уровне поверхностных и подколенных артерий и в 10% случаев - поражение на уровне общей бедренной и подвздошных артерий. Определение лодыжечно-плечевого индекса при диабетическом поражении артерий имеет некоторые особенности. Развивающийся кальциноз средней оболочки сосудов, так называемый артериосклероз Менкеберга, приводит

к несжимаемости сосудов и определяемый индекс носит парадоксально высокие цифры [3]. Такое отмечалось в 18,6%, в остальных случаях лодыжечно-плечевого индекса в среднем составил 0,6-0,7. Средняя величина чрезкожного напряжения кислорода в тканях составила 18-25 мм.рт.ст.

Наряду с назначением больным традиционных препаратов, улучшающих кровообращение, таких, как реополиглюкин и трентал, у 25 пациентов вазопростан применялся внутривенно в дозе 60 мкг ежедневно в течении 10 суток и у 10 пациентов вазопростан вводился внутрикостно в пяточную кость в дозе 20 мкг на 20 мл физиологического раствора 1 раз в день в течение 7-10 суток. Применение регионарной инфузии вазопростана было обусловлено тем, что недостатком внутривенного ведения препарата является прохождение лекарственного вещества через малый круг кровообращения, что значительно снижает уровень концентрации препарата непосредственно в очаге поражения. У 7 пациентов регионарная инфузия вазопростана производилась после экзартикуляции пальцев по поводу гангрены при положительной динамике раневого процесса на 3-4 сутки и у 3 пациентов – после вскрытия флегмоны стопы также при положительной динамике раневого процесса на 6-7 сутки, при этом отмечено достоверное улучшение кровоснабжения дистальных отделов нижних конечностей - снижение болевого синдрома, отсутствие прогрессирования некробиотических изменений, ускорение регенеративных процессов в стопе.

Оценка результатов применения вазопростана проводилась по динамике течения воспалительно-некротического процесса на стопе, контрольных показателей чрезкожного напряжения кислорода в тканях. В группе пациентов, где применялся только традиционный комплекс препаратов, улучшающих кровообращение, от-

мечался незначительный прирост напряжения кислорода в тканях в среднем на 5-7 мм.рт.ст., динамика процесса заживления оставалась низкой. При внутривенном и внутрикостном введении вазпростана у больных отмечалось более быстрое купирование или стабилизация гнойно-некротического процесса, значительное снижение болевого синдрома, заживление

трофических поражений; прирост напряжения кислорода в тканях пораженных конечностей был в пределах 17- 20 мм.рт.ст.

Таким образом, применение вазпростана в лечении диабетической стопы является альтернативой традиционной терапии ишемического синдрома.

Литература

1. Р.З. Лосев, А.Н. Куликова, Л.А.Тихонова. *Современные взгляды на диабетическую ангиопатию нижних конечностей. //Ангиология и сосудистая хирургия. Том 12, №1, 2006 г, стр 25-30.*
2. А.В.Покровский, В.Н. Дан, А.В.Чупин, А.Ф. Харазов. Ва-

запростан в комплексном лечении больных с ишемической диабетической стопой. Сборник статей для врачей. Алматы, 2006 г, стр 26-28.

3. Ю.И. Павлов. *Характеристика параметров кровотока при различных формах синдрома диабетической стопы. //Ангиология и сосудистая хирургия. Том 11, №3, 2005 г., стр 21-25.*

Неврологические осложнения у детей, оперированных на сердце в условиях искусственного кровообращения и бесперфузионной гипотермической защиты

Б.Ж. Аджибаев

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова МЗ РК
УДК 616.12-089-053.2:616.831-036.1

Жүрекке операцияны жасанды қан айналым жағдайында (n=804) және перфузиясыз гипотермиялық қорғау жағдайында (n=93) 1998-2007 жылдар аралығында жасалған балалардың неврологиялық асқынуларына талдау жасалынды. Жүрекке операцияны жасанды қан айналым жағдайында неврологиялық асқынулар 11-32,5%, перфузиясыз гипотермиялық қорғау жағдайында 28,6-50% болған. Балаларға жүрекке операция кезінде неврологиялық асқынулар жоғары пайыз болу себебімен операция үстінде ней-

Neurological outcome after cardiac surgery with cardiopulmonary bypass (n=804) and no perfusion hypothermic cardiac arrest (n=93), was studied in children since 1998 till 2007. Neurological lesions after cardiopulmonary bypass discovered in 11-32,5%. After hypothermic no perfusion arrest they were about 28,6-50%. High percentage of neurosurgical complications leads to optimizing neurological monitoring in children with cardiac surgery.

С целью защиты головного мозга при операциях на сердце у детей используется как искусственное кровообращение (ИК), так и бесперфузионная гипотермическая защита (БГЗ), [1-4]. Тем не менее процент возникновения различных неврологических и нейропсихологических дефицитов после операций на сердце у детей остается высоким [5-7]. Так, при операциях в условиях ИК частота неврологических нарушений колеблется от 11 до 30% [8-10], при операциях же в условиях БГЗ составляет 10-19% [11,12]. К основным причинам мозговых дисфункций относят эмболию сосудов головного мозга, региональную гипоксию, гипоперфузию головного мозга, а также неадекватную его защиту [6,7,9,13].

Цель исследования

провести ретроспективный анализ неврологических осложнений у детей, оперированных на сердце в условиях ИК и БГЗ.

Материал и методы

Воснову работы положен ретроспективный анализ историй болезни детей, опери-

рованных в отделе кардиохирургии ННЦХ им. А.Н. Сызганова за период с 1998 по 2007 гг. в условиях ИК (n=804) и БГЗ (n=93). Статистическую обработку проводили с помощью прикладных программ «Microsoft Excel 97» и «Statistica 99», с использованием метода вариационной статистики сравнения средних по t-критерию Стьюдента для заданного уровня достоверности не менее 95% (p<0,05). Изменения исследованных показателей выражены как M±SD.

Результаты и их обсуждение

Таблица 1. Характеристика детей, оперированных на сердце в условиях ИК

Показатель по годам	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Количество операций	31	41	53	71	43	111	110	124	113	108
Возраст (г)	7,8±4,3	6,9±3,3	8,5±3,8	6,8±3,3	9,6±3,7	8,5±3,4	8,2±3,5	6,4±3,5	7,7±4,2	7,3±4,2
Пол (м/ж)	18/13	26/15	26/27	64/46	26/17	55/52	64/46	73/51	60/53	69/39
Масса тела (кг)	26,8±14,1	21,1±7,6	25,1±10,2	20,7±8,5	31,0±13,2	25,6±10,3	26,0±10,8	20,4±8,9	25,0±11,9	25,0±11,9
ИК (мин)	96,9±67,1	86,9±42,1	75,5±39,6	95,2±54,4	84,8±46,8	78,5±57,2	77,0±54,5	71,5±38,9	77,5±50,9	76,2±46,9
Ишемия миокарда (мин)	60,5±39,0	58,7±31,5	53,2±31,9	65,3±37,2	53,7±33,7	52,7±37,8	52,3±39,7	47,6±28,1	50,2±30,9	49,8±31,5

Рисунок 1. Структура летальности при операциях на сердце в условиях искусственного кровообращения

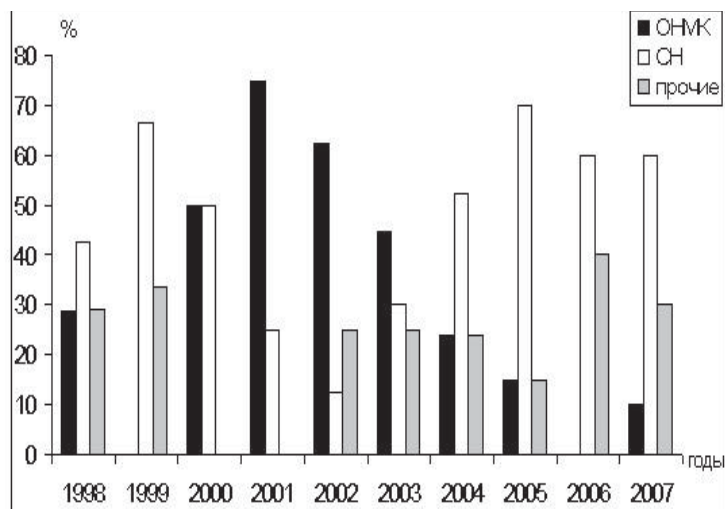


Таблица 2. Характеристика пациентов, оперированных в условиях БГЗ

Показатель по годам	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Количество операций	24	16	14	21	12	2	2	2
Возраст (г)	5,4±3,9	6,9±1,6	6,4±2,5	7,1±2,9	6,3±4,8	7±2,8	6,9±2,4	5±2,8
Пол (м/ж)	10/14	9/7	6/8	13/7	4/4	0/2	1/1	1/1
Масса тела (кг)	21,4±13,0	16,2±3,6	21,3±8,6	21,7±7,0	18,2±9,7	18,5±2,1	19,5±8,7	12±3,6
Активное охлаждение (С)	31,0±0,9	32,6±0,4	31,9±0,3	32,0±1,4	32,5±1,3	31,6±1,7	32,2±0,7	32,5±0,3
Пассивное охлаждение (С)	27,2±0,4	27,0±0,4	27,3±1,2	27,9±0,8	27,1±0,4	26,7±0,9	27,4±0,5	26,4±0,3
Окклюзия (мин)	14,2±3,8	14,7±3,7	17,2±2,2	14,1±3,6	12,7±3,1	15±2,8	14,6±2,7	18±5,6
Согревание (С)	32,4±1,1	33,4±0,3	33,1±1,2	32,4±0,9	33,1±0,1	32,8±0,8	32,3±0,5	31,4±0,3

Как видно из табл. 1, достоверных отличий по возрасту, полу, массе тела, времени ИК и времени пережатия аорты, по годам, не наблюдалось, за исключением более высокого уровня хирургической активности в период с 2003 по 2007 года в сравнении с периодом с 1998 по 2002 года.

За исследуемый период по основным нозологическим формам были выполнены следующие операции в условиях ИК: ушивание или пластика дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП), (n=227); ушивание или пластика дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП),

(n=256); пластика клапана легочной артерии с инфундибулэктомией и пластикой выходного отдела правого желудочка по поводу изолированного или комбинированного стеноза легочной артерии (СЛА), (n=112); радикальная коррекция триады, тетрады и пентады Фалло (n=148). При этом количество операций по радикальной коррекции ВПС из группы Фалло за период с 1998 по 2002 года составило 35 случаев, а за период с 2003 по 2007 года – 113 случаев. Операции в условиях БГЗ проводились в основном по поводу таких пороков, как ДМПП, ДМЖП и СЛА. Общее наружное охлаждение осуществляли обкладыванием льдом до температуры в прямой кишке 31-32 град. С, (табл. 2).

При анализе историй болезни детей, оперированных как в условиях ИК, так и в условиях БГЗ, мы целенаправленно изучали наличие неврологического дефицита в раннем послеоперационном периоде по таким клиническим признакам, как выраженность проявления «эффекта пробуждения»; отсутствие адекватного и продуктивного визуального, речевого и знакового контакта с медперсоналом; реакция на раздражители, а также учитывали оценку неврологического статуса на основании данных осмотра пациентов невропатологом и сопоставляли их с результатами патологоанатомического исследования. Данные об уровне неврологического дефицита и летальности у детей, оперированных в условиях ИК представлены в таблице 3.

В динамике отчетливо наблюдается уменьшение количества энцефалопатий и летальности, что связано с совершенствованием хирургической техники, достижениями анестезиологического обеспечения, технологии ИК и тактики ведения раннего послеоперационного периода. При анализе данных у детей из группы Фалло была выявлена корреляционная зависимость между летальностью и энцефалопатией ($r=0,61$); между длительностью ИК и энцефалопатией ($r=0,39$), между временем пережатия аорты и

Таблица 3. Неврологический дефицит и уровень летальности у детей после операций в условиях ИК

показатель по годам	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
энцефалопатия (%)	32,2	29,3	16,9*	25,4	32,5	24,3	21,8	25	15,9*	11*
летальность (%)	22,6	7,3*	7,5*	16,9*	29,6	18	19,2		13,3*	9,2*

* - $p < 0,05$ в сравнении с 1998 годом

энцефалопатией ($r=0,35$). При проведении аналогичного анализа у детей с ДМЖП также выявлена корреляционная зависимость между летальностью и энцефалопатией ($r=0,89$); между длительностью ИК и энцефалопатией ($r=0,37$), а также между временем пережатия аорты и энцефалопатией ($r=0,29$). Из общей структуры летальности при операциях на сердце в условиях ИК мы выделили по своей актуальности две

основные причины: острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и сердечная недостаточность (СН), (рис. 1).

До сих пор неясен механизм образования субдуральных гематом, приводящих к компрессии мозга. При этом у 45% от общего числа умерших причина смерти непосредственно связана с особенностями проведения операции, а частота неврологических осложнений после радикальной коррекции тетрады Фалло составляет 12,5% [16]. Госпитальная летальность после коррекции тетрады Фалло колеблется в пределах от 4,1 до 15% [16,17]. Анализируя летальность при операциях на сердце в условиях ИК, в динамике отмечается снижение количества доли ОНМК и увеличение доли СН. Это можно объяснить тем, что основной причиной смерти детей из группы Фалло является прогрессирующая сердечная недостаточность, а ОНМК, как правило, развивается на фоне сердечной недостаточности. Тромбозы и кровоизлияния в головной мозг, характерные для врожденных пороков сердца «синего типа» на фоне исходной хронической гипоксемии, полицитемии и нарушенной проницаемости сосудов возникают чаще всего вследствие циркуляторной гипоксии, обусловленной сердечной слабостью, гипоперфузии и эмболизации головного мозга при нарушении технологии ИК, а также, возможно, на фоне неполной инактивации гепарина.

Аналогично этому, был проведен анализ уровня неврологического дефицита и характера летальности у детей, оперированных в условиях БГЗ (табл. 4).

Из таблицы видно, что на протяжении всего периода исследования сохраняется высокий процент неврологических осложнений, при этом уровень летальности не имеет тенденции к снижению. Была выявлена корреляционная зависимость между временем окклюзии полых вен и энцефалопатией ($r=0,55$), а также между энцефалопатией и летальностью ($r=0,6$). В 2005 году в ННЦХ им. А.Н. Сызганова была проведена одна из последних операций в условиях БГЗ по поводу СЛА пациентке Р., 7 лет, история болезни № 4878. Во время операции в качестве неинвазивного мониторинга кислородного статуса

Таблица 4. Неврологический дефицит и летальность после операций в условиях бесперфузионной гипотермической защиты

показатель по годам	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
энцефалопатия (%)	29,2	31,2	28,6	28,6	33,3	50	50	50
летальность (%)	4 (16,7)	3 (18,7)	2 (14,3)	3 (14,3)	2 (16,7)	0	0	1 (50)
ОНМК (%)	50	66,7	50	33,3	50	0	0	0
СН (%)	50	33,3	50	66,7	50	0	0	100

Рисунок 2. Изменения регионарной оксигенации головного мозга (rSO₂) во время операции в условиях бесперфузионной гипотермической защиты пациентки Р., 7 лет



головного мозга была использована методика инфракрасной спектроскопии с помощью аппарата «INVOS-3100», (Somanetics Corp., USA), [13-15]. Исходные значения насыщения кислородом гемоглобина крови коры головного мозга (rSO₂) находятся в пределах 82-89%, при норме 50-75%. На этапе остановки кровообращения (окклюзия полых вен, $t=28$ С) rSO₂ резко снижается до 46%, через 4 минуты при возобновлении кровообращения rSO₂ восстанавливается до исходных значений (80%), (рис. 2).

Исследования оксигенации крови коры головного мозга у детей в условиях УГЗ показали высокую информативность, но, несмотря на защитные эффекты умеренной гипотермии, остановка кровообращения сопровождается выраженной ишемией головного мозга.

Выводы

1. Осложнения со стороны центральной нервной системы у детей, оперированных по поводу врожденных пороков сердца в условиях искусственного кровообращения или бесперфузионной гипотермической защиты осложняют течение периоперационного периода, прогноз и исход оперативного лечения.
2. Операции на сердце у детей в условиях бесперфузионной гипотермической защиты несут в себе потенциально более высокий риск повреждения головного мозга и характеризуются высоким процентом мозговых дисфункций и летальности.

3. Наличие неврологических дефицитов у детей при операциях на сердце диктует необходимость мультимодального нейромониторинга, позволяющего своевременно выявлять моз-

говые нарушения и осуществлять адекватную нейропротекцию.

Литература

1. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия: Руков.- М.: Медицина, 1989, 782 с.
2. Мешалкин Е.Н. Гипотермическая защита человеческого организма в условиях выключения сердца из кровообращения. // Гипотермическая защита в кардиохирургии.- Новосибирск, 1979, с. 12-15.
3. Осипов В.П., Ходас М.Я., Мещеряков А.В. и соавт. Гемодинамические и метаболические особенности гипотермической перфузии. Груд. хирургия, 1975, №3, с. 45-62.
4. Прокошев П.В., Селиваненко В.Т., Терешина А.А., Мартаков М.А. Проведение анестезий и бесперфузионной гипотермической защиты при открытых операциях на сердце у детей. //Сборник тезисов двенадцатой ежегодной сессии НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, 18-20 мая 2008 года, том 9, №3, с.128.
5. Бураковский В.И., Раппопорт Я.Л., Гельфанд Г.Г. Осложнения при операциях на «открытом» сердце в условиях ИК. - М.: Медицина, 1972, 303 с.
6. Цвохребов С.В., Лищук В.А. и соавт. Анализ причин летальности у кардиохирургических больных. // III Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. Москва, 1996, с. 289.
7. Mills S.A., Prough D.S. Neuropsychiatric complications following cardiac surgery. Semin. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1991; 3: 39.
8. Марцинкявичус А.С., Сирвидис В.Т. и др. Результаты коррекции ВПС в условиях ИК у детей в возрасте до 3 лет. //Актуальные проблемы сердечно-сосудистой хирургии. М., 1986, с. 317-318.
9. Kurth C.D., Steven J.M. et al. Cerebral oxygenation during cardiopulmonary bypass in children. //J. Thorac. Cardiovasc. Surg.- 1997;113:71-79.
10. Лурье Г.О. Влияние операций с искусственным кровообращением на психику и интеллект. //Анест. и реан., 1975, №3, с. 69-73.
11. Литасова Е.Е., Ломиворотов В.Н., Постнов В.Г. Бесперфузионная углубленная гипотермическая защита.- Новосибирск, Наука, 1988, 205 с.
12. Алиев М.А., Якубова Г.С., Бергалиев М.К., Ташпулатов А.Т. Анализ осложнений при коррекции врожденных пороков сердца в условиях углубленной гипотермии. // Клиницист, 1997, №2, с. 54-58.
13. Караваев Б.И., Кожевников В.А., Селютин М.Ю. и др. Опыт использования церебральной оксиметрии при операциях на сердце в условиях искусственного кровообращения. //Анест. и реаниматол., 2002, №5, с.21-24.
14. Jobsis A.A. Noninvasive, infrared monitoring of cerebral and myocardial oxygen sufficiency and circulatory parameters. //Science, 1977, 198:1264-1267.
15. Миербеков Е.М., Аджибаев Б.Ж., Тнымкулов Т.Э. – Церебральная оксиметрия у детей при кардиохирургических операциях в условиях искусственного кровообращения. //Вестник хирургии Казахстана. – Алматы.-2005. – №3, с. 171-172.
16. Константинов Б.А., Черепенин Л.П., Иванов А.С. Хирургия тетрады Фалло.- М.: ИПО «Полигран», 1995.-224 с.
17. Kirklin J., Barret-Boyes B. Complete transposition of the great arteries. In: Cardiac surgery, 2nd ed., New-York: Churehill Livingston, 1993: 1383-1467.

Сравнительный анализ хирургического лечения гипоспадии у детей

А.С. Аюбаев, Б.К. Кушеров

Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК, г. Алматы

Введение

В современной литературе описано более 300 методов хирургической коррекции гипоспадии, в 10-20% случаях которые заканчиваются осложнениями в виде образования грубых рубцовых деформаций полового члена, мочевого свищей, стриктуры вновь созданной уретры, что заставляет искать новые пути повышения эффективности лечения [2]. До настоящего времени остаются дискуссионными вопросы о сроках выполнения оперативного вмешательства, нет единой точки зрения и на применение одноэтапного или двухэтапного вмешательства. Остаются нерешенными вопросы, касающиеся сроков и методов корпоропластики с целью коррекции деформации полового члена [9].

Таким образом, на сегодняшний день проблема коррекции гипоспадии остается весьма актуальной, так как широкое разнообразие методов оперативной коррекции свидетельствует об отсутствии единого концептуального подхода к решению проблемы комплексной реабилитации пациентов.

Цель исследования

Проведение сравнительного анализа результатов различных методов хирургического лечения и развития послеоперационных осложнений при гипоспадии у детей, с выработкой критериев эффективности методов коррекции.

Материалы и методы

Для реализации поставленной цели нами изучены результаты операции у 40 детей находившихся в отделении урологии НЦП и ДХ в период с 2005 по 2007 гг., которым проведена поэтапная коррекция с различными формами гипоспадии в возрасте от 1 до 14 лет. Дети были распределены по возрасту на 3 группы, первая с 1-3 лет (15%), с 4-7 лет (55%), с 8-14 лет (30%). По характеру проведенной операции дети были разделены на 2 группы: I - поэтапное и II - одноэтапное хирургическое лечение. Поэтапное устранение гипоспадии проведена у 25(62,5%), одноэтапная коррекция у 15(37,5%) детей. Первая группа детей в зависимости от формы гипоспадии была представлена следующим образом: Головчатая форма у 2, венечная у 3, остальные стволовые формы: дистально стволовая – 6

больных, средняя треть ствола – 7, проксимально стволовая – 4 и мошоночная форма у 3 детей. Во второй группе больных детей с головчатой формой было 2, венечной – 2, стволовой формой: дистально стволовая – 4, средняя треть ствола – 4, проксимально стволовая – 2 и мошоночная форма у 1 ребенка.

Выбор метода хирургической коррекции напрямую зависел от формы гипоспадии. У 5 детей первой группы при головчатой и венечной форме гипоспадии хирургическая коррекция включала корпоропластику по технике Nesbit, путем наложения гофрирующего шва белочной оболочки по дорсальной поверхности до полного устранения деформации кавернозных тел полового члена с иссечением кожи крайней плоти. У этих детей в послеоперационном периоде наружное отверстие уретры располагалась на уровне венечной борозды, форма головки полового члена оставалась расщепленной. Однако у 2 (1,3%) больных гипоспадия сопровождалась меатостенозом, что является показанием к оперативному лечению - выполнению меатотомии. Меатотомия выполнялась сразу по выявлении меатостеноза.

Выпрямление полового члена, предусматривающее иссечение хорды и закрытие раневого дефекта на вентральной поверхности кавернозных тел формированием встречных треугольных лоскутов по Лимбергу позволяющие достичь удлинения линии кожного разреза и избежать натяжения по линии швов выполнено 25 больным. Для полного выпрямления кавернозных тел наружное отверстие уретры перемещалось более проксимально. Так после первого этапа коррекции наружное отверстие уретры было перемещено на мошонку в 19 случаях стволовой гипоспадии и в 6 случаях пенискоротальной. Следует отметить, что именно после полноценного выпрямления кавернозных тел возможна объективная оценка дефицита уретры.

Выполнение последующего этапа - уретропластики - осуществлялось методом Cecil, который при отсутствии избытка кожи в области ствола полового члена позволяет заимствовать ее путем подшивания полового члена к коже мошонки с последующим (через 3-4 мес) разъединением пенискоротального анастомоза.

У детей второй группы: с головчатой (4), ве-

нечной (2), дистально стволовой (8) и средняя треть стволовой (6), для устранения гипоспадии применялась методика операции W. Snodgrass, после выпрямления кавернозных тел по технике Nesbit, основная неоуретра создавалась из расщепленной хорды начиная с наружного отверстия уретры до верхушки головки полового члена. Последнее, на всем протяжении укреплялась подкожным лоскутом из кожи дорсальной поверхности полового члена. Суть методики заключается в продольном рассечении уретральной "дорожки" с целью уменьшения натяжения тканей и формировании из нее вентральной поверхности уретральной трубки (TIP-уретропластика), к которой подшивается выкроенный, чаще всего из крайней плоти, васкуляризированный лоскут, формирующий вентральную стенку мочеиспускательного канала. Операция завершалась пластикой головки и кожи полового члена.

Принципиально важным являлся выбор метода отведения мочи в послеоперационном периоде. Для предохранения линии швов от орошения мочой после этапа выпрямления достаточным считали установление постоянного уретрального катетера на 5-7 дней, что выполнено у всех больных.

Результаты

При поэтапном устранении гипоспадии, на первом этапе лечения - выпрямление кавернозных тел - основным осложнением являлся рецидив деформации (15%). Возникновение рубцового рецидива деформации кавернозных тел было связано с развитием гипертрофического рубца в зоне предшествующей операции (9 пациентов).

В первой группе детей выявились следующий характер осложнений: меатостеноз эктопированного наружного отверстия у 3 больных, рубцовая деформация полового члена (область кожной пластики по Лимбергу) 3.

Вторым этапом оперативного лечения гипоспадии являются операции уретропластики, наиболее частым и типичным осложнением которых является образование свищей неоуретры - 5 случаев. Основной причиной образования свищей являлось натяжение тканей по линии швов как следствие недостатка кожных ресурсов. Наибольшее количество послеоперационных осложнений наблюдалось при попытке формирования висячей уретры на всем протяжении по методу Duplay.

Осложнения после уретропластических операций по методу Сесил отмечались реже, несмотря на большую протяженность создаваемого отдела уретры. На этапе формирования неоуретры осложнения возникли в 12% случаев, тогда как на этапе разъединения кавернозных тел и уретры - в 6 случаях.

К числу редких осложнений относится частичное или тотальное расхождение краев послеоперационной раны - отмечено у 3 пациентов после уретропластических операций. Для преодоления этого осложнения проводились мероприятия, направленные на стимуляцию регенеративных способностей тканей общего и местного характера.

Итак, анализ осложнений показал, что наиболее неблагоприятными являлись повторные операции, сопровождавшиеся осложнениями в 35,2% случаев, в то время как при первичных операциях количество осложнений не превышало 10-15%.

У детей второй группы при использовании одномоментной коррекции гипоспадии позволило в 82,5% у пациентов добиться удовлетворительного результата с хорошим косметическим эффектом, формированием наружного отверстия уретры на верхушке и приданием головке конусовидной формы.

Обсуждение

Своевременное и правильное лечение всех форм гипоспадии позволяет добиться хороших результатов медицинской и социальной реабилитации пациентов. Существенное отрицательное влияние на результаты лечения оказывают послеоперационные осложнения, требующие дополнительного оперативного вмешательства. Это подтверждается тем, что почти 1/3 (35,42%) наблюдавшихся нами осложнения отмечены повторно.

Проблема лечения осложненных форм гипоспадии заключается не только в технических трудностях, но и в значительном увеличении риска послеоперационных осложнений до 3-4 раз. Проанализировав собственный материал, мы отметили повышение количества осложнений при повторных операциях в 2-3 раза в зависимости от этапа лечения и характера осложнений.

Итак, наиболее частыми и характерными осложнениями при лечении гипоспадии являются свищи неоуретры (13,07%) и рецидив деформации кавернозных тел (13,48%). В совокупности они составляют основную часть наблюдавшихся нами осложнений. К общим причинам развития отмеченных на разных этапах осложнений следует отнести нарушение трофики и ишемии тканей, являющиеся следствием несоблюдения техники выполнения пластической операции.

Причинами искривления кавернозных тел после этапа выпрямления были вторичная рубцовая деформация и недостаточно радикальное иссечение хорды. Анализ результатов первого этапа оперативного лечения позволяет сделать вывод, что основной причиной рецидива искривления являлся дефект кожной пластики с последующими вторичными изменениями в

ране.

Количество осложнений при реконструктивно-пластических операциях на уретре было тесно связано с протяженностью формируемого участка уретры. Влияние этого фактора особенно заметно при анализе причин осложненных уретропластических операций по методике Duplay без предварительного создания дополнительных кожных ресурсов. Формирование послеоперационных свищей после уретропластики являлось, как правило, следствием натяжения по линии швов, вызванного недостаточным количеством пластического материала на вентральной поверхности полового члена.

При формировании значительного по протяженности висячего отдела уретры гораздо более эффективной и стабильной по низкому количеству осложнений оказалась методика Сесил. 11,1% возникших осложнений, по литературным данным, соответствуют хорошим результатам при реконструктивных операциях подобного объема. Из особенностей метода следует отметить то, что он не позволяет вывести наружное отверстие уретры на головку полового члена. В ряде случаев при разъединении пеноскротального анастомоза отверстие локализовалось несколько проксимальнее венечной борозды (34,92%). Для выведения его к головке одновременно формировался дистальный участок уретры. При применении одноэтапной коррекции гипоспадии по методу W. Snodgrass, в раннем послеоперационном периоде отмечались мочевиные свищи уретры у 12% детей, связанные с нарушением кровообращения неоуретры, уретриты, дефекты оперативной техники. В 5,5% случаях после уда-

ления уретрального катетера в различные сроки отмечались сужения неомеатуса и неоуретры. По-видимому, эти сужения связаны с нарушением кровообращения (истончение стенки уретры), нарушения в оперативной технике.

Заключение

Таким образом, основными причинами развития послеоперационных осложнений являются дефицит кожных ресурсов в области реконструктивно-пластической операции, неадекватная деривация мочи и несоблюдение деталей оперативной техники, обеспечивающих нормальную микроциркуляцию в зоне послеоперационных швов. Факторами, способствующими развитию осложнений, являются своевременно не выявленные воспалительные изменения мочевых путей, вторичные изменения регенераторных способностей тканей.

Хорошие результаты получены при использовании методики Duplay в сочетании с декутанизацией полового члена и операцией Nesbit одноэтапно. По мнению авторов, методика Duplay является простой и анатомичной, позволяет сохранить губчатое тело уретры. Применение одноэтапной коррекции гипоспадии по методу W. Snodgrass, при которой также сохраняется уретральная "дорожка" и формируется из нее вентральная поверхность уретральной трубки (TIP-уретропластика), которая покрывается васкуляризированным лоскутом и формирует вентральную стенку мочеиспускательного канала, что позволило добиться у пациентов удовлетворительного результата с низким процентом осложнений.

Литература

1. Русаков В. И. Хирургия мочеиспускательного канала. М.: Медицина; 1991.
2. Продеус П. П., Староверов О. В. Гипоспадия. М.: 2003.
3. Савченко И. Е. Гипоспадия и гермафродитизм. Минск: Беларусь; 1974.
4. Baskin L., Duckett J. et al. Changing concepts of hypospadias curvature lead to more onlay island flap procedures. *J. Urol* (Baltimore) 1994; 151: 191-195.
5. Староверов О. В., Продеус П. П. Этиология и частота гипоспадии. В кн.: Андрология и генитальная хирургия: Тезисы науч. трудов. М.; 2002. 157.
6. Kelly J. Epispadias and exstrophy of bladder: pathological anatomy and methods of treatment, including radical soft tissue mobilization, and alternative to pelvic osteotomy. In: *Congenital anomalies of the kidney, urinary and genital tracts*. London; 2002. 453-475.
7. Nicholls G., Duffy P. Anatomical correction of exstrophy-epispadias complex: analysis of 34 patients. *Br. J. Urol*. 1998; 82: 865-869.
8. Лопаткин Н. А., Люлька А. В. Аномалии мочеполовой системы. Киев: Здоровье; 1987.
9. Шевцов И. П., Левковский И. С. Аномалии уретры. В кн.: Лопаткин Н. А. (ред.) Оперативная урология. Л.: Медицина; 1986. 265-297.
10. Persson-Juenemann C. Etiology and management of hypo-

spadias and epispadias. In: Porst П., ed. *Penile disorders*. Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag; 1997. 13-21.

11. Wilcox D., Ransley P. *Medicolegal aspects of hypospadias*. *Br. J. Urol*. 2000; 86: 327-331.

12. Stephens F., Smith E., Hutson J. *Congenital anomalies of the kidney, urinary and genital tracts*. London; 2002.

13. Adams M., Chalian V., Rink R. *Congenital dorsal penile curvature: a potential problem of the long phallus*. *J. Urol* (Baltimore) 1999; 164 (4): 1304-1307.

14. Woodhouse C. *Epispadias repair in the adolescent*. In: Ehrlich R., Aitcr H., eds. *Reconstructive and plastic surgery of the external genitalia*. Philadelphia: Saunders Company, USA; 1999. 217-227.

15. Лопаткин И. А., (ред.) *Руководство по урологии*. М.: Медицина; 1998; т.2.

16. Ковалев В. А., Королева С. В. Реконструктивная хирургия полового члена при врожденных и приобретенных заболеваниях уrogenитального тракта. В кн.: *Сборник трудов Российского о-ва урологов*. Казань; 2000. 25-27.

17. Duckett J. *MAGPI (meatoplasty and glanuloplasty): a procedure for subcoronal hypospadias*. *Urol. Clin. N. Am*. 1981; 8: 513-519.

18. Файзулин А. К., Коварский С. Л., Корзникова И. П. *Пластика уретры по методу Hodgson III у детей*. Андрол. И генит.

Значение лечения варикоцеле при бесплодии

Е.Ш. Исмолдаев

Научный Центр урологии им. Б.У.Джарбусынова, г.Алматы

УДК 616.6-07-08:006.4

Бедеуліктегі варикоцеленің емдеуінің маңанасы

Исмолдаев Е.Ш.

Максаты - кәзіргі заманғы әдебиеттегі негізіндегі бедеулігі бар науқастардың варикоцелесін емдеуінің бағалауы. 1994 жылдан бері варикоцеле емдеуінің нәтижелерінің клиникалық зерттеуінің анализдері жасалынған.

Варикоцеле жайлы статьялар көбейгеніне қарамай, методологиялық деңгейі жоғары және варикоцелэктомияның эякуляттың көрсеткіштеріне әсер болатын статьялар кем. Варикоцеле мен бедеуліктің емдеуінде келіспеушілік көп болғанымен, жүргізілген шолу негізінде келесі тұжырымға келуге болады: варикоцелені емдеуі эякуляттың жақсаруына

The value of treatment varicocele in subfertile men

Y.Sh.Ismoldayev

The aim – assessment the impact of varocelelectomy on semen parameters and pregnancy rate on basis of the analysis from literature. This is a review of randomized controlled trials since 1994.

Although the number of studies has increased, there is a paucity of studies with high methodological level and statistical analysis assessing the impact of varicocelelectomy on semen parameters and pregnancy rates. Despite results of these studies are controversial, on the basis of the data from current literature. We conclude that a treatment of varicocele is an effective method for improving semen parameters and the spontaneous pregnancy rate.

Key words: varicocele, male infertility

Введение

Варикоцеле встречается в 15% мужской популяции, в 19-41% - у мужчин с первичным бесплодием и в 45-81% - с вторичным бесплодием [1]. Целью устранения варикоцеле является прекращение венозного рефлюкса в семенные вены. Венозная окклюзия может быть достигнута с помощью открытой операции, микрохирургического или лапароскопического лигирования внутренних паховых вен или введением склерозирующих веществ и/или эмболизацией паховых вен.

Одним из вопросов, вызывающих дискуссию, является влияние лечения варикоцеле на улучшение репродуктивной функции у бесплодных пар. Так, имеется несколько систематических обзоров, включающих рандомизированные и нерандомизированные контролируемые исследования, и мета-анализы, отмечающие достоверное увеличение уровня беременностей у пациентов, которые были подвергнуты лечению варикоцеле [2-6]. С другой стороны, Evers and Collins также провели мета-анализ рандомизированных клинических исследований на Кокрановской базе данных, утверждающий об отсутствии доказательств положительного эффекта хирургического или радиологического лечения варикоцеле [7-9].

Результаты последнего мета-анализа оказали значительное влияние на рекомендации рабочей группы по мужскому бесплодию Европейской Ассоциации Урологов (EAU) [10]. В противоположность им рекомендации Американской Урологической Ассоциации и Американского Общества репродуктивной медицины не учитывают заключения мета-анализа Кокрановской

базы данных и утверждают о необходимости лечения у пациентов с пальпируемым варикоцеле и измененными параметрами эякулята [11].

В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования является оценка влияния лечения варикоцеле на восстановление фертильности у пациентов с бесплодием на основании обзора современной литературы.

Материал и методы

Нами был проведен анализ рандомизированных клинических исследований результатов лечения варикоцеле, проведенных с 1994 г. С 1994 г. только шесть новых контролируемых исследований было опубликовано в рецензируемых мировых изданиях (табл. 1) [12-17]. К сожалению, результаты этих исследований весьма противоречивы.

Результаты и обсуждение

Madgar et al. [12] в 1995 было проведено исследование, бывшее частью мультицентрического исследования ВОЗ. В него были включены пациенты со 2 стадией (пальпируемое в покое, но невидимое) или с 3 стадией варикоцеле (видимое и пальпируемое в покое), измененными параметрами эякулята и отсутствием детей в браке более 12 месяцев. Пациенты с концентрацией сперматозоидов $<5 \times 10^6$ /мл, с признаками урогенитальной инфекции и гормональным дисбалансом (тестостерон, ЛГ и ФСГ) были исключены из этого исследования. Кроме этого, пары, в которых у женщин имелись признаки женского бесплодия, также были исключены из исследования.

Таблица 1 – Объединенные данные рандомизированных, контролируемых исследований

Исследование	Кол-во пациентов	Средн. возраст мужчин	Средн. возраст женщин	Клинич. стадия	Критерии включения (миллион/мл)	Уровень беременности		Относит. риск
						Основная группа (n)	Контрольная группа (n)	
Neischlag et al., 1998 [13]	125	32,8	30,4	I-III	0→20	29% (62)	25% (63)	1,20
Madgar et al., 1995 [12]	45	28,7	-	II-III	>5→20	60% (20)	40% (25)	13,5
Krause et al., 2002 [14]	67	32,2	29,7	I-III	>0→20	16% (31)	18% (33)	0,875
Grasso et al., 2000 [16]	68	-	-	I	<20	3% (34)	6% (34)	0,485
Unal et al., 2001 [17]	42	32,7	-	Субклинич.	Нет огранич.	10% (21)	5% (21)	2,00
Yamamoto et al., 1996 [15]	85	32	-	Субклинич.	Нет огранич.	7% (45)	10% (40)	0,643

Из 210 пар между 1984 и 1987 г.г. 64 (30,4%) были исключены в связи с обнаруженными дополнительными причинами мужского бесплодия, 59 (28%) в связи с наличием женского фактора бесплодия, 42 (20%) пациента выпали до рандомизации. 25 пациентов (средний возраст 28,7 лет) были рандомизированы для лечения методом высокого лигирования левой паховой вены, 20 пациентов (средний возраст 28,7 лет) были исследованы в качестве контрольной группы, которая не получала лечения.

В контрольной группе в течение всего периода наблюдения параметры эякулята достоверно не изменились. В основной группе через 3 и 6 месяцев после хирургического лечения отмечалось достоверное улучшение параметров эякулята. Через 12 месяцев в основной группе было достигнуто 15 (60%) беременностей и в контрольной группе – 2 (10%) беременности ($p=0,001$). Оставшимся 18 пациентам контрольной группы через 12 месяцев было проведено хирургическое лечение варикоцеле, через 12 месяцев после операции было зарегистрировано 8 беременностей и на втором году наблюдения – еще 4. Через 36 месяцев в пролеченной группе уровень беременности составлял уже 76%.

Эти авторы пришли к выводу, что у пациентов, у которых единственно возможной причиной бесплодия является варикоцеле, хирургического лечение последнего позволяет улучшить параметры эякулята и уровень фертильности. К сожалению, число популяции было небольшим и отмечался большой процент пациентов, выбывших из наблюдения, это является общей проблемой для этой молодой и мобильной популяции.

Neischlag et al. [13] в 1995-1998 г.г. провели рандомизированное исследование, в которое были включены пациенты с патологией эякулята и клиническим варикоцеле, которым было либо проведено хирургическое вмешательство, либо нет (контрольная группа), с последующим контролем наступления беременности в течение 12

месяцев после рандомизации. Из 203 пациентов, согласившихся на исследование, только у 125 удалось провести полное исследование с уровнем выбывания 38,4%. 62 пациента (средний возраст 33,1 год) были рандомизированы для лечения и 63 (средний возраст 32,8 лет) сформировали контрольную группу. Средний возраст партнерш был 30,4 лет в основной группе и 30,5 лет – в контрольной. В обеих группах преобладали пациенты с варикоцеле 1 степени (пальпируемое при пробе Вальсальвы) (48,4% - в основной группе и 57% - в контрольной). Продолжительность бесплодия была более 1 года. Были включены также пациенты с концентрацией сперматозоидов <5 миллионов/мл. Другие возможные причины мужского бесплодия (неопущение яичек, инфекции, антитела к сперматозоидам, общие заболевания, применение лекарственных препаратов) и общие причины женского бесплодия были исключены. Авторами было установлено достоверное улучшение параметров эякулята только в основной группе ($p<0,001$). Было отмечено всего 34 беременности: 18 (29%) – в основной группе и 16 (25%) – в контрольной.

В конце 12-го периода наблюдения уровень беременности в обеих группах достоверно не отличался. Достоверная разница наблюдалась только в возрасте партнерш: средний возраст 34 женщин с наступившей беременностью был 28,8 лет, а 91 женщин без беременности – 31,2 лет ($p<0,05$). Популяция в этом исследовании была маленькая, потеря пациентов после рандомизации составила 38%. Это исследование демонстрирует положительный влияния варикоцелэктомии на показатели эякулята без влияния на уровень беременности.

Krause et al. [14] было проведено мультицентровое, проспективное, рандомизированное исследование с целью определить преимущество в уровне беременности у пациентов, подвергшихся антеградной и ретроградной склеротерапии паховых вен, по сравнению с

пациентами без лечения. С 1995 по 1998 г.г 15 андрологических Центров Германии рандомизировали только 67 (14,6%) из 460 пациентов. Средний возраст составил 32,2 года. Средний возраст женщин 29,7 лет. Период бесплодия во всех случаях превышал 12 месяцев. Были включены только пациенты с патологией эякулята. Пациенты с концентрацией сперматозоидов $< 2 \times 10^6$ мл, с прогрессивной подвижностью менее 10% и пары с документированным женским фактором бесплодия не были включены в это исследование. В соответствии с рандомизацией 33 пациента были включены в основную группу (11 антеградных склеротерапий и 22 ретроградных склеротерапий) и 34 – в контрольную (без лечения). 1 степень варикоцеле была установлена у 37,5% пациентов основной группы и у 36% - контрольной. Через 6 и 12 месяцев данные от 34 (50,7%) пациентов из 64 были недоступны. Отсутствие рефлюкса было документировано у 4 из 7 пациентов (57%) после антеградной склеротерапии и у 9 из 16 пациентов (56,2%) после ретроградной склеротерапии. Объем яичка достоверно увеличился в основной группе и не увеличивался в контрольной. Уровень зачатия в течение 12 месяцев в основной группе составил 30%, в контрольной – 16,2% ($p=0,189$), отсутствует достоверное увеличение уровня беременности в основной группе. Стоит отметить, что это исследование имеет ряд методологических недостатков.

В других исследованиях авторы включали пациентов с субклиническим варикоцеле или с нормальными показателями эякулята. Хотя рекомендации Американского и Европейской обществ урологов не рекомендуют проводить лечение этих пациентов [10, 11]. Yamamoto and al. [15] изучал 85 пациентов, исследованных методом термографии с термальной асимметрией ($> 0,3^\circ\text{C}$) яичка. Пациентам был установлен диагноз субклиническое варикоцеле (клинически оно не проявлялось). Средний возраст пациентов был 32 года, все они были бесплодны более 1 года. Пациенты были рандомизированы на две группы: подвергшиеся высокому лигированию и без лечения. Разделений по показателям эякулята не было. Концентрация сперматозоидов была достоверно увеличена ($p<0,006$) в основной группе. Авторы пришли к мнению, что лечение субклинического варикоцеле не является гарантией улучшения репродуктивной функции, так как оно не повышает уровня беременности. Однако авторы не выделяют пациентов с патологическими изменениями в эякуляте, кроме этого морфология эякулята, по их данным, была нормальной у 30% пациентов. Кроме этого, в настоящее время скротальная термография не является достоверным диагностическим инструментом.

Grasso et al. [16] также проводили рандомизированное, контролируемое исследование,

сравниваемое хирургическое лечение и простое наблюдение за 68 пациентами с 1 стадией варикоцеле. Авторы описывают достоверное снижение концентрации сперматозоидов в первые 6 месяцев, которое нормализовалось через 12 месяцев в основной группе, в контрольной группе такие изменения отсутствовали. Разницы в достижении беременности они не наблюдали.

В исследовании Unal et al. [17], изучающем пациентов с субклиническим варикоцеле, отмечалось увеличение концентрации и подвижности сперматозоидов в эякуляте после проведения высокого лигирования паховой вены по сравнению с контрольной группой (после проведения лечения кломифен цитратом).

По результатам рандомизированных исследований можно сделать вывод о том, что существует много сложностей с методологией исследования. Только одно из исследований представляет положительный результат. Является ли это доказательством того, что лечение варикоцеле не надо проводить? Evers and Collins [7-9] пришли к этому выводу после своего обзора литературы. После проведенного ими мета-анализа они пришли к выводу, что, несмотря на наличие тенденции к улучшению показателей эякулята после лечения варикоцеле, отсутствует статистическая достоверность ($p=0,06$). Авторы сделали вывод о том, что им не удалось представить доказательства того, что лечение варикоцеле улучшает шанс пары достигнуть спонтанной беременности.

Анализ той же базы данных был проведен Ficcaro et al. [3], они изучали три рандомизированных, контролируемых исследования, включающих пациентов с клиническим варикоцеле и измененными параметрами эякулята. Они, наоборот, продемонстрировали достоверно более высокий уровень беременности (36,4%) в основной группе по сравнению с 20% - в контрольной ($p=0,009$).

Marmar et al. [4] удалось улучшить мета-анализ за счет включения исследований, которые были исключены из предыдущих мета-анализов, поскольку исследовали пациентов с субклиническим варикоцеле. Они также пытались уменьшить гетерогенность групп, включая только пациентов после хирургической варикоцелэктомии. Ими были исключены пациенты, у которых были использованы вспомогательные репродуктивные технологии. Из 101 исследований только пять соответствовали всем методологическим требованиям к проведению рандомизированных исследований. Относительный риск развития беременности после варикоцелэктомии по сравнению с контрольной группой составил 2,87. На основании этого мета-анализа авторы пришли к выводу, что варикоцелэктомия улучшает уровень спонтанных беременностей.

Обзор Кокрана [7, 9] включает только исследования, в которых эффект оценивается по

уровню беременности. Несомненно, уровень беременности является самым важным критерием излеченности бесплодия, но наступление беременности зависит от множества других факторов, которые часто подробно не изучаются в описанных исследованиях. Кроме этого в настоящее время вспомогательные репродуктивные технологии становятся все более доступными для бесплодных пар. Как было описано выше, авторы исследований отмечают, что показатели эякулята зачастую улучшаются, но уровень беременности – нет. В одном исследовании было показано, что у 31% пациентов параметры эякулята улучшились настолько, что этого было достаточно для продвижения этих пациентов от кандидатов на экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) до кандидатов на внутриматочную инсеминацию или они достигли спонтанной беременности [18]. Общий уровень беременности, достигнутый после варикоцелэктомии достиг 36,6%. Кроме этого применение внутриматочной инсеминации экономически более выгодно, чем ЭКО или интрацитоплазматическая инъек-

ция сперматозоида (ИКСИ) [19, 20].

По данным систематического обзора 24 исследований, проведенного Richardson et al. [6], общий уровень беременности после лечения варикоцеле у бесплодных пар, составил 39,35%, причем в рандомизированных исследованиях он варьировал от 2,9% [17] до 76% [12].

Вывод

Таким образом, за последние десять лет более 1000 статей, посвященных эффективности лечения варикоцеле, были опубликованы. Хотя количество статей растет, исследований с высоким методологическим уровнем и статистической обработкой мало, посвященных влиянию варикоцелэктомии на показатели эякулята и уровень беременности, мало. Однако, несмотря на значительные разногласия в результатах лечения варикоцеле и бесплодия, на основании проведенного обзора можно заключить, что лечение варикоцеле является эффективным методом для улучшения показателей эякулята и наступления беременности.

Литература

1. Kibar Y., Seckin B., Erduran D. the effects of subinguinal varicocelectomy on Kruger morphology and semen parameters // *J.Urol.*, 2002. – V.168. - P.1071-1074.
2. Shlegel P.N. Is assisted reproduction the optimal treatment for varicocele-associated male infertility? A cost-effectiveness analysis // *Urology*, 1997. – V.49. – P.83-90.
3. Ficarra V., Cerruto M.A., Liguori G., Mazzone G. Treatment of varicocele in subfertile men: the Cochrane review – a contrary opinion // *Eur.Urol.*, 2006. – V.49. – P.258-263.
4. Marmar J.L., Agarwal A., Prabakaran S., Agarwal R., Short R. Reassessing the value of varicocelectomy as a treatment for male subfertility with a new meta-analysis // *Fertil. Steril.*, 2007. – V.88. – P.639-648.
5. Agarwal A., Deepinder F., Cocuzza M., Agarwal R., Short R., Sabanegh E., Marmar J.L. Efficacy of varicocelectomy in improving semen parameters: new meta-analytical approach // *Urology*, 2007. – V.70. – P.532-538.
6. Richardson I., Grotas A., Nagler H.M. Outcomes of varicocelectomy treatment: and updated critical analysis // *Urol.Clin.N.Am.*, 2008. – V.35. – P.191-209.
7. Evers J.L.H., Collins J.A., Vandekerckhove P. Surgery of embolisation for varicocele in subfertile men // *Cochrane Database Syst.Rev.*, 2001. – (1). – CD000479.
8. Evers J.L.H., Collins J.A. Assessment of efficacy of varicocele repair for male subfertility: a asystematic review // *Lancet*, 2003. – V.361. – P.1849-1852.
9. Evers J.L., Collins J.A. Surgery or embolisation for varicocele in subfertile men // *Cochrane Database Syst.Rev.*, 2004. – (3). – CD000479.
10. Dohle G.R., Jungwirth A., Colpi G., Giwercman A., Diemer T., Hargreave T.B. The EAU Working Group on Male infertility. EAU Guidelines on Male Infertility: in EAU Guidelines, 2008.
11. The Male Infertility best practice policy Committee of the American Urological Association and The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine: Report on varicocele and infertility // *Fertil.Steril.*, 2004. – V.82 (Suppl. 1). – P.142-145.
12. Madgar I., Weissenberg R., Lunenfeld B. Controlled trial of high spermatic vein ligation for varicocele in infertile men // *Fertil.Steril.*, 1995. – V.63. – P.120-124.
13. Neischlg E., Hertle L., Fishedick A. Update on treatment of varicocele: counseling as effective as occlusion of the vena spermatica // *Hum.Reprod.*, 1998. – V.13. – P.2147-2150.
14. Krause W., Muller H., Schafer H. Does treatment of varicocele improve male infertility // *Amdrologia*, 2002. – V.34. – P.164-171.
15. Yamamoto M., Hibi H., Hirata Y. Effect of varicocelectomy on sperm parameters and pregnancy rate in patients with subclinical varicocele: a randomized prospective controlled study // *J.Urol.*, 1996. – V.155. – P.1636-1638.
16. Grasso M., Lania C., Castelli M. low-grade left varicocele in patients over 30 years old: the effect of spermatic vein ligation on fertility // *BJU Int.*, 2000. – V.85-P.305-307.
17. Unal D., Yeni E., Verit A. Clomiphene citrate versus varicocelectomy in the treatment of subclinical varicocele: a prospective randomized study // *Int.J.Urol.*, 2001. – V.8. – P.227-230.
18. Cayan s., Erdemir F., Ozbey I. Can varicocelectomy significantly change the way couples use assisted reproductive technologies? // *J.Urol.*, 2002. – V.167. – P.1749-1752.
19. Glarneau G., Nagler H. Cost-effective infertility therapies in the '90s: to treat or to cure? // *Contemp.Urol.*, 1999. – V.11. – P.32-45.
20. Schlegel P. Is assisted reproduction the optimal treatment for varicocele-associated male infertility? A cost-effectiveness analysis // *Urology*, 1997. – V.49. – P.83-90.

Применение гемостатического рассасывающего материала Сержисел* при пластике перегородки носа

Амангалиев А.Б.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Кафедра ЛОР болезней. Зав.кафедрой д.м.н. проф. Таукелева С.А.

УДК: 616.212.5 – 7089.844. – 092.4.

Deformation of septum is one of the most often and wide- distributed pathology in rhino surgery. In connection with it, a great amount of methods on elimination of the above mentioned pathology have been introduced. Experimental and clinical research work on animals done confirmed the effectiveness of the given method. In accordance with it, the use of material Surgisel considerably simplifies the surgery run and helps to avoid a lot of unpleasant after- effects of post operational period.*

Мұрын сүйекаралығының бүлінуі мұрын, құлақ және тамақ ауруларында ең жиі кездесетін және көп тараған ақаулық болып табылады. Жанауарларға тәжірибе түрінде жүргізілген клиникалық зертеулерде бұл әдістің нәтижелігін дәлелдеп береді. Бұл үшін пайдаланылатын Сержисел деп аталған материал операция жасауды айтарлықтай оңайлатады және операциядан кейінгі кезеңде орын алуы ықтимал көптеген жағымсыз жәйттерді болғызбауға мүмкіндік береді.*

Проблема девиации перегородки носа является чрезвычайно актуальной. Деформация перегородки носа является одной из самых частых явлений в ринопатологии, требующая хирургической коррекции.

R.Mladina, L.Bastaik (1997г.) приводят общие данные по нескольким странам и отмечают искривление перегородки носа почти у 90% взрослого населения. Искривление перегородки носа отсутствует у 10,81% людей. Многочисленные исследования у нас в стране и за рубежом убедительно показывают большую распространенность этого вида патологии носа [1]. В связи с отсутствием четкой формулировки того, что именно следует считать искривлением (деформацией), статистические сведения о распространенности этого заболевания варьируют в очень широких масштабах. Так, по данным А.А.Воробьева и В.М.Моренко (2007г.) при обследовании 2153 взрослых, выявили искривление перегородки носа у 58,5% осмотренных (39,2% женщин и 76,3% мужчин) [2].

Учитывая такой высокий процент данной патологии среди населения, по мнению Пискунова Г.З., можно сделать вывод, что идеальных перегородок нет, это доказано исследованиями и практикой [3].

Длительное нарушение носового дыхания приводит целому ряду проблем, включая развитие различных форм хронического насморка, патологии околоносовых пазух, слуховой трубы и среднего уха, воспалительных заболеваний глотки, гортани, а также нижних отделов дыхательных путей, отрицательно сказывается на функционировании кардио-васкулярной системы, приводит к целому комплексу невроло-

гических нарушений. До настоящего времени многие ринохирурги используют методику подслизистой резекции носовой перегородки по Киллиан. Однако именно эта операция приводит к ятрогенным осложнениям, таким как гематомы, абсцессы, перфорации перегородки, седловидная деформация носа и спайки [4]. Все это происходит в результате того, что носовая перегородка, лишенная своей костно-хрящевой опоры, теряет такие свойства, как упругость и чаще подвергается дегенеративным процессам. Больной ощущает сухость в носу, образуются корочки. Нередко нарушается обоняние.

Все вышеописанные недостатки классической операции, а так же трудности выполнения реопераций на септум, дали основание для поиска новых решений для наиболее полного восстановления остова носовой перегородки, что в свою очередь максимально обеспечит восстановление функций носа. Вследствие чего получили распространение септопластические операции.

Цель исследования

Целью настоящего исследования явилась разработка и экспериментальное обоснование фрагментарной септопластики для максимального сохранения остова носовой перегородки с применением гемостатического рассасывающего материала Сержисел* и определение способа закрытия перфорации, возникшая в интраоперационном периоде.

Материалы и методы

Для выполнения поставленной цели нами проведены предварительные экспериментальные

исследования по возможности применения гемостатического рассасывающего материала Сержисел* при подслизистой резекции перегородки носа. Для эксперимента нами было отобрано двенадцать половозрелых овец, которым проведена подслизистая резекция носовой перегородки с последующей септопластикой с применением Сержисел*. В ходе операции нами искусственно была произведена сквозная перфорация мукоперихондральных листков. Далее, резекционный септумхрящ укладывался между двумя поверхностями материала Сержисел* и укладывался в место дефекта так, чтобы он закрывал перфорационное отверстие изнутри. В послеоперационном периоде все овцы находились под наблюдением. Проводился ежедневный эндоскопический осмотр полости носа, термометрия, наблюдались показатели общей крови.

На основании экспериментальных исследований, нами предложена и разработана методика подслизистой резекции носовой перегородки с последующей фрагментарной септопластикой с применением Сержисел*.

Сержисел* представляет собой марлеподобную ткань, изготовленная из регенерированной окисленной целлюлозы. Материал обладает рассасывающим, гемостатическим и бактерицидными свойствами, что позволяет безопасно использовать его в полости носа. Рисунок 1.

Предложенная нами операция получила название как фрагментарная септопластика. Она особенно необходима в тех случаях, когда нет необходимого по размеру септумхряща для римиляции. Тогда приходится использовать даже небольшие удаленные кусочки хрящей. Так же, когда в ходе операции бывают разрывы слизистой оболочки, необходимо подложить в место дефекта хрящ с Сержисел*, тем самым улучшается регенерация мукоперихондрия, что предотвращает развитие перфорации.

Учитывая, что Сержисел* обладает хорошей адгезивной способностью нам нет необходимости в прошивании слизистых оболочек насквозь для фиксации, а гемостатические свойства Сержисел* предотвращают образование гематомы.

Результаты и обсуждение

Всего за весь период исследования нами прооперировано 118 человек. 94 человека соста-



Рисунок 1. Фрагменты септумхряща вместе с Сержисел*

вили исследуемую группу и 24 контрольную. У всей группы (исследуемой) после проведенной фрагментарной септумхондрокоррекции с использованием Сержисел*, мы получили положительные результаты, по сравнению с контрольной группой, где результаты оказались несколько ниже желаемого.

Осложнения, которые возможны при операциях на перегородке носа, чаще всего бывают при классическом варианте. Это обусловлено тем, что удаляется большой по размеру деформированный участок перегородки носа, а после его ремодулирования, он не способен заполнить весь недостающий дефект. Выполняя же фрагментарную септопластику при помощи материала Сержисел*, мы можем заполнить весь недостающий дефект. Это достигается тем, что небольшие фрагменты резецированных хрящей укладываются на поверхность Сержисел* так, чтобы полностью восполнить по форме резецированный хрящ.

Выводы

1. Фрагментарная септопластика носовой перегородки с применением Сержисел* является щадящим ринохирургическим вмешательством и дает хорошие функциональные результаты
2. Предлагаемая нами методика септумхондрокоррекции с применением Сержисел* предотвращает все негативные последствия резекционных операций при деформациях носовой перегородки.

Литература

1. Пискунов Г.З., Септопластика. Коррекция перегородки носа и внутриносовых структур. «Профцентр»-2005.-С.3-7.
2. Пальчун В.Т., Оториноларингология // Москва: Медгиз.-2008.-С.-432.
3. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Физиологическая

- патофизиологическая роль перегородки носа // Росс. ринология.-2003.№4.-С.6-8.
4. Козлов В.С., Шиленков А.А. Коррекция деформаций носовой перегородки под контролем операционного микроскопа // Росс.ринология.-2003.№2.-С.91.

Морфологическое обоснование применения производных чистотела при лечении полипозного риносинюита

Жакенова. С.С.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, кафедра ЛОР-болезней.

Заведующая кафедрой проф. Таукелева С.А

УДК:666.216.1/2-002-006.5-056.3

С.С. Жакенова

Полипоздық риносинюиттің морфология сүйретті сүйелішөптен емдеу кезінде

Науқасты сүйелішөптен емдеп полиптерді динамикада зерттеу кезінде, полиптердің қабыну үрдісіне айналып, некроз, безді эпителия және жабынды эпителиясының десквамациясына ұшыраған. Полип стромасының үдемелі ұспалық инфильтрациясы лимфоциты, плазматикалық, нейтрофильді лейкоцит, лимфоцит және эозинофильді ұлқаға айналған. Емнің соңында полиптің беткей және терең тіндерінің олеттенуі олардың, түсіп қалуына әкелді.

Полипозный риносинюит относится к хроническим заболеваниям слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, характеризуется полипозным перерождением слизистой [1]. Проблема полипозного риносинюита (ПР.), является актуальной медико-социальной проблемой в современной оториноларингологии, это с широкой распространенностью данной патологии, длительностью течения, склонностью к рецидивированию процесса и отсутствием патогенетически обоснованного лечения. [2].

Одной из основных стратегических проблем изучения полипозного риносинюита является исследования морфологической структуры полипозной ткани и возможности ее резорбции под воздействием лекарственных или других средств.

Целью исследования

явилось клинко-морфологическое обоснование методики комплексного лечения полипозных риносинюитов производными чистотела.

Материал и методы исследования

Методика лечения заключалась в установке эластичных катетеров в гайморовые пазухи, через проводник, которые фиксируются на коже лица лейкопластырем. Промывание пазух мы проводили ежедневно свежее приготовленным настоем чистотела 3 раза в день, до чистых вод. Такое лечение проводится в течение 5-7 дней. При этом преследуются следующие цели - это: цитолитическое действие на гиперплазирован-

S.S. Zhakenova

Morphologic picture of polypus rhino sinusitis in treatment of celandine products

Dynamic studying polyps taken at treatment by celandine products have shown that polyps were undertaken inflammatory processes marked by necrosis as disclamation but covering and glandular epithelium. There were observed progressing cellular infiltration of polyps stroma by lymphoid and plasmosoid cells, neutrophile leucocytes, lymphocytes and eosinophiles. There was determined full filling of blood carrying vessels. At the end of treatment course, the necrosis occurred but in surface and in deep areas of polyp is tissues, that leded to their rejection.

ную слизистую полости носа и гайморовых пазух, сокращение отека и гиперплазии слизистой полулунной щели, промывание прилегающих клеток решетчатой кости, удаление патологического содержимого из гайморовых пазух, решеток и полости носа. После сокращения полипов, купирования явлений вторичного воспаления выполнялась функциональная риносинусохирургия, которая направлена на восстановление носовых структур, создание условий физиологической аэродинамики, физиологического носового сопротивления, сохранение слизистой оболочки и восстановление мукоцилиарного клиренса физиологическим путем. Удаленный полипозный материал для гистологического исследования фиксировали в 10 % забуференном фармалине, для электромикроскопического – в 2,5% растворе глютаральдегида. Проводки осуществлялись по общепринятой гистологической и электромикроскопической методике. Гистологические срезы окрашивались гематоксиленом и эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону, полутонкие срезы - метиленовым синим, азуром-2 и основным фуксином. (С. Humphrey, F. Pittman, 1974). Препараты просматривались на световом микроскопе «Leica» ДМ4000В с цифровой камерой «Leica» DFC 320. Ультратонкие срезы контрастировали уранил-ацетатом, цитратом свинца по Рейнольдсу и просматривали на электронном микроскопе ЭВМ-100Л [3.4].

В большинстве встречаемых аденоматозных полипах бокаловидные и реснитчатые клетки

слущивались часть из них подвергалась некротическим изменениям. На базальной мембране оставались лишь базальные эпителиоциты, встречались участки полного обнажения базальной мембраны. В сохранившихся участках отмечался межэпителиальный отек, с выраженным разрыхлением базальной мембраны (Рисунок 1).

В строме определялись выраженные дистрофические и некробиотические изменения, встречались участки скудной лимфоцелочной инфильтрации. Просветы отдельных желез немного расширены, эпителий на большом протяжении по этапно десквамировался, начиная от видимого повреждения апикальных участков клеточного пласта, нарастания интраэпителиального отека с расширением межклеточных пространств до отрыва отдельных эпителиоцитов или целых фрагментов пласта. Соединительная ткань располагающаяся между железами, разволокнилась, за счет отека (Рисунок 2).

В полипах сосудистого строения покровный респираторный эпителий на большей части обнаруживал значительный полиморфизм изменений отмечалось: гиперсекреция железистого и покровного эпителия, увеличение числа бакаловидных клеток, интраэпителиальный отек. При этом бокаловидные и реснитчатые клетки слущивались, на базальной мембране оставались лишь базальные эпителиоциты, встречались участки полного обнажения базальной мембраны. Подэпителиальная зона отечна, разволокнена с участками очаговых кровоизлияний сливающихся между собой и фокусов некроза. Строма местами ослизнена, большинство сосудов заполнена склеенными между собой эритроцитами (рисунок 3).

При электронно-микроскопическом исследовании эпителия межклеточное пространство было резко расширено, межклеточные контакты разрушены, вследствие разъединения цитоплазматических отростков. Поверхностные эпителиальные клетки характеризовались резким расширением просвета канальцев гранулярного эндоплазматического ретикулума, набуханием матрикса и лизосом, крист митохондрий (рисунок 4) Апикальная поверхность имела очаги деструкции, Часть эпителия была десквамирована, базальная мембрана истончена и разрыхлена (рисунок 5).

В железистом эпителии выявлены явления апоптоза. Эндотелий тромбированных кровеносных капилляров содержал ядра с грубой конденсацией хроматина, размытой апикальной поверхностью (рисунок 6).

Таким образом, проведенные исследования позволяют выделить следующие морфологические различия: в исходном гистологическом строении полипов, в степени выраженности реактивных и альтеративных изменений при применении чистотела и действие чистотела, как апоптоз

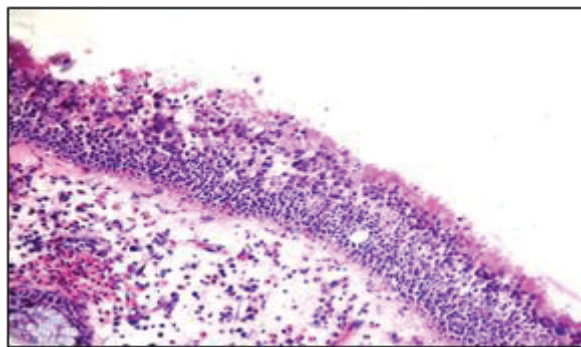


Рисунок 1 - Поверхностный некроз эпителия полипа. Окраска гематоксилином эозином. Ув ×200

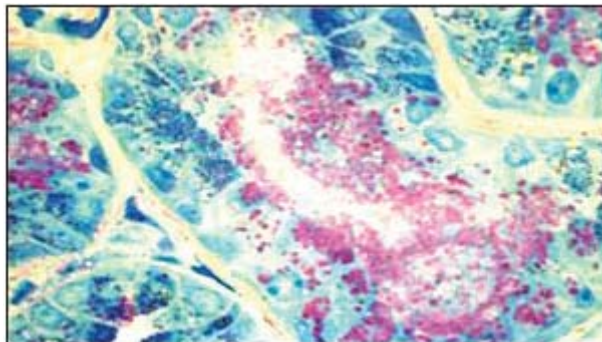


Рисунок 2 – Просвет желез с выраженными дистрофическими некробиотическими изменениями и избыточным выделением слизи. Окраска метиленовый синий азуром II и основным фуксином. Полутонкий срез.

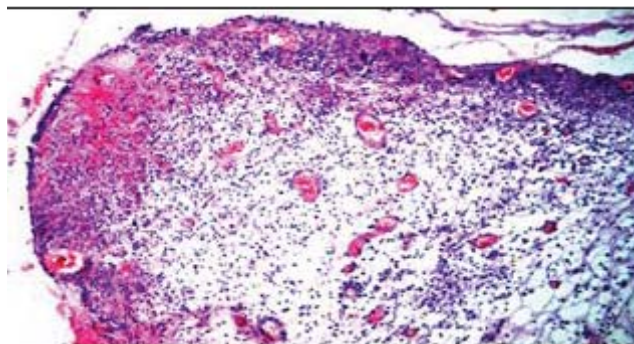


Рисунок 3 - Тромбоз сосудов ангиоматозного полипа с участками некротических изменений. Окраска Гематоксилином эозином. Ув ×200.

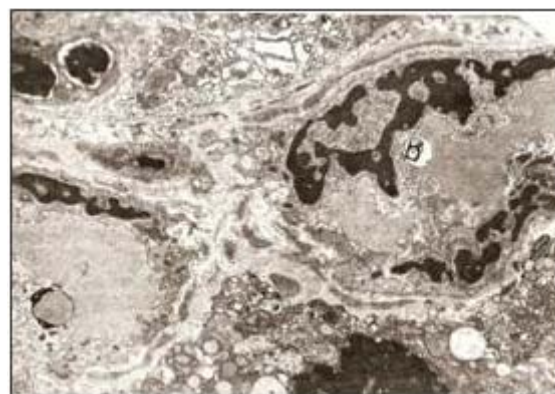


Рисунок 4 - Дистрофия. Деструкция эпителия. Электронограмма. Ув×9000

индуцированного фактора. При воздействии на полипозные структуры производными чистотела, отмечались выраженные дистрофические, некробиотические и некротические процессы в эпителии покрывающим полипы. Эпителий на большем протяжении слущивался, тем самым, улучшая проникновение лекарственного средства в строму полипозного образования. При проникновении чистотела в строму полипа, определялся очаговый отек, разволокнение соединительнотканых структур, переваскулярное разрастание рыхлой неоформленной соединительной ткани, апототоз в эндотелии сосудов, что способствовало облитерации сосудистого русла полипа, и как следствие нарушение его кровоснабжения. Ишемические изменения индуцировали разрастание соединительной ткани. Воспалительная инфильтрация в основном была представлена круглоклеточными элементами.

Из выше сказанного следует, что применение чистотела при хроническом полипозном риносинусите приводит к выраженному цитолитическому, противовоспалительному действию. И его применение в лечении ПРС приводит к значительному увеличению сроков ремиссии заболевания.

Литература

1. Лопатин А.С. Современные теории патогенеза полипозного риносинусита. *Пульмонология*, 2003, №5, С.110-115.
2. Филатов В.Ф., Филатов С.В. «Полипозный этмоидит». *Вестник оториноларингологии*, 1999г, №2, с.11-14.
3. Jahnke V. Ultrastruktur der normales Nasenschleimhaut des Menschen. «*Z. Laryngol. Rhinol. Otol. Und Grenzgeb.*», 1972, 51, №1, 30-41.
4. Jahnke V. Elektronenmikroskopische Befunde am normalen menschlichen Nasenrachene epithel. «*Z. Laryngol. Rhinol. Otol. Und Grenzgeb.*», 1974, 53, №4, 290-300.

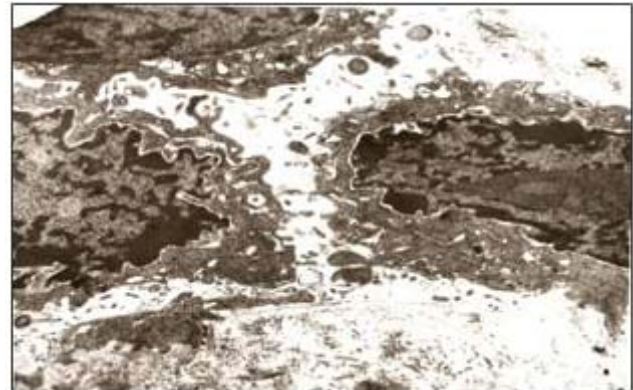
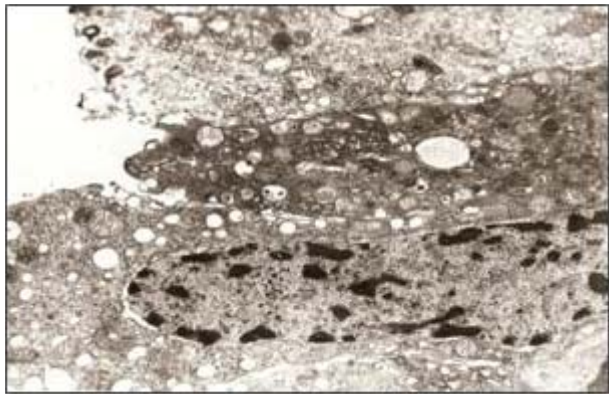


Рисунок 6 - Дистрофия, апоптоз железистого эпителия. Плазматическое пропитывание гиалоплазмы, кариопикноз ядер эндотелия. Электронограмма. Ув×9000

Кұрсақ қолқасы аневризмасы және Лериш синдромына операция кезінде мониторлы-компьютерлік жүйені сынаудан өткізіп, қолдану тәжірибесі

Ә. Ш. Құсаинов

А. Н. Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы

Алматы

УДК 616.136-089-089.5

Применения мониторно-компьютерной системы при реконструктивных операциях на брюшном отделе аорты.

А. Ш. Құсаинов

Данное исследование выполнено у 116 пациентов, оперированных на брюшном отделе аорты в отделе ангиохирургии Национальном научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова с 2003 по 2007 гг. Мониторно-компьютерное система позволяет обрабатывать в реальное времени одновременно электроэнцефалограмму с одного биполярного отведения, данные центральной гемодинамики (артериального давления, центральное венозное давления), данные мультигазового мониторинга (FiCO₂, ETCO₂, FiO₂, ETO₂, FiN₂O, концентрация фторатана ан вдохе и выдохе), данные измерения двух температур. Использование мониторно-компьютерной системы при различных операциях выявил надежную работу и может адаптирован под любой клиники и лечебного учреждения.

Соңғы жылдары персоналды компьютерлер (ПК) көптеген емдеу мекемелерінде кеңінен қолданылып келеді. Бірақ олар көптеген жағдайларда есеп немесе жазу, тағы да басқа мекеме жұмыстарын атқаруда.

Персоналды компьютерлердің кең қолдану аймағы анестезиология және реаниматология болып табылады. Ол дәрігер-анестезиологтың жұмысына үлкен көмек ете алады [1-5, 6-9]. Хирургиялық операция кезінде анестезияның тереңдігін және науқастың жағдайын бақылап, бағалау анестезиологтың алдына қойылатын аса маңызды мәселе. Науқастың азғысының өмірге керекті қызметтерінің мониторингтеу жер жүзінің анестезиологтарының ассоциацияларымен, съездерінде өз орнын көрсетті. Көпке белгілі анестезия қауыпсыздығының стандарттары, мониторингтеуге келетін физиологиялық ең керекті өлшемдердің азғана жинтығын таңдалып алынды [7-10]. Анестезиология – бұл пациенттің жағдайы туралы өте дәл және сенімді деректер беретін, науқастың қауіпсіздігін тез хабарлайтын мониторлы аппараттар көп шоғырланған аймақ. Операция кезіндегі науқастың қауіпсіздігі мен емдеу нәтижелері өте жылдам және сапалы алынған информацияға байланысты. Өлшеу параметрлерінің көптігі соншалық, кейде науқастың жағдайын басқарушы анестезиологтың алынған өзгерістерді бағалап, оларды тіркеуге мүмкіншілігі жетпейді. Сонымен қатар анестезиолог операция барысында оның этаптарын, енгізілген дәрілер мен ертінділерді тіркеуі қажет. Сондықтан, қате артефакттарды алып тастап, алынған өзгерістер өлшемін, операция кезеңдері мен енгізілген дәрілерді, ертінділерді тіркейтін және осының нәтижесінде объективті есеп беру құжаты -

Application of computerised monitoring system during abdominal aorta repair interventions

Kusainov A.S.

In this research we studied 116 patients, underwent abdominal aorta repair in National Scientific Centre of Surgery within 2003-2007. The computerised monitoring system allows to process in real time bipolar encephalography, central haemodynamics data (arterial pressure, central venous pressure), data of multigas monitoring (CO₂, O₂, N₂O, anesthetics concentration in inhalation and exhalation gas), two-point temperatures. Use of computerised monitoring system in various interventions has revealed reliable work. This system can be adapted under any clinic and medical institute.

анестезиологиялық карта жасау (АК) өте маңызды.

Осыған байланысты компьютерлік технологиялардың негізінде операция бөлмесінде ғылыми-зерттеу немесе күнделікті жұмыста қолдану мақсаты үшін мониторлы- компьютерлік жүйе (МКЖ) керек.

Жүйенің құрамы

А. Н. Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығында ангиохирургиялық операциялар кезінде операция барысында жалпы мониторинг үшін мониторлы-компьютерлік жүйе (МКЖ) жетілдіріліп, енгізілген. Мониторлы-компьютерлік жүйе (МКЖ) хирургиялық монитор (МХ-03) мен персоналды компьютер IBM PC/AT-286 (немесе соңғы түрлері) және монитордан аналогты деректер беретін жүйеден (санды-аналогты өзгерткіш) тұрады. Санды-аналогты өзгерткіш АДК 12-60 «Алькор» мекемесінде жасалған. Мониторлы-компьютерлік жүйе (МКЖ) санды-аналогты ұясы бар кез-келген отандық немесе шетелдік мониторлармен жұмыс жасай алады.

Бұл жүйе электроэнцефалограмманы (ЭЭГ) (I тармағы), артериялық қысым (АК), орталық вена қысымы (ОВК) сонымен қатар 2 температураны өлшейді. Сонымен бірге тағы мынадай көрсеткіштер есептеліп шығарылады: систолалық АҚ (АҚс); орталық АҚ (АҚор); диастолика АҚ (АҚд); жүрек соғу жиілігі (ЖСЖ); орталық температура (ОТ); перифериялық температура (ПТ). Операция кезінде монитор экранында дәл сол уақытта түрлі-түсті бейне ретінде есептелген көрсеткіштер санды мағынада; гемодинамиканың көрсеткіштері, мидың биоэлектр-

лік қозғалыстары және екі температура графикалық тренд ретінде уақыт сайын көрсетіледі. Мониторингті жүйе ақпаратты, анестезиологтың алдын ала қойған уақытына байланысты әрбір минут сайын немесе 5, 10, 15 минут сайын сатылы түрде береді. Артериалды және араласқан веналық қаның газдық құрамын, тыныс алу, тыныс шығару кезіндегі газ қоспасын, өкпе желдету көлемін, орталық АҚ (АҚор), орталық вена қысымын (ОВҚ) қолдана отырып мониторлы-компьютерлік жүйе (МКЖ) қан айналымының, O_2 транспортын, желдету өлшемдерін есептеп шығарады. Сван-Ганц катетері жоқ болса, жүректің қан айдау жұмысы Фик әдістемесімен есептеледі [2,3,6]. Мониторлы-компьютерлік жүйеде (МКЖ) ыңғайлы калькулятормен препараттардың енгізілу жылдамдығын есептеуге болады. Осының барлығы операция соңына қарай қан айналымының мынадай көрсеткіштері: АҚс, АҚор, АҚд, ОВҚ, ЖСЖ, ОТ, ПТ сонымен бірге ЭЭГ, тексті түсініктемелер (операция кезеңдері, препараттар, ертінділер және т.б) бар анестезиологиялық карта болып шығады. Жиналған деректер кейін әр-түрлі статистикалық есептер жасауға мүмкіндік береді.

Мониторлы-компьютерлік жүйе (МКЖ) өте ыңғайлы, ол кез келген емдеу мекемелерінде орнатуға болады.

Қолдану тәжірибесі

Осы МКЖ 100-ден астам ангио- және кардиохирургиялық операцияларда қолданылды.

Мониторлы-компьютерлік жүйені 5 жыл әртүрлі күрделі операцияларда қолдану (кеуде мен құрсақ қолқасына операция кезінде), өлшеу кезіндегі кейбір қателіктерге қарамастан, оның операция бөлмесінде сенімді жұмысын көрсетті. Жүйе науқастың жағдайында анестезияға енгізу, қолқаны қысу немесе босату этаптарында байқап үлгермейтін жылдам өрбіген өзгерістер туралы анестезиологке нақты да объективті мағлұмат береді. Сонымен қатар компьютер экранында баяу процесстердің дамуы, оның бағыты, ырғағы анық көрініс береді. Бұл мәліметтер анестезиологқа ыңғайлы, анықталған түрде беріледі. Әр мәліметтің мониторда өз түсі бар.

Науқастың қан айналымының, O_2 транспортын және желдету жағдайын жедел бағалап жағымсыз жағдайларды қалпына келтіру ангиохирургиялық операцияларда өте маңызды [1-4]. Осы жүйе құрсақ қолқасы аневризмасы және Лериш синдромымен операция жасалған 76 науқасқа қолданылды. Әр минут сайын жоғарыда көрсетілген өлшемдерге мониторинг жасалып, статистикалық есеп үшін операция барысы мынадай этаптарға бөлінді: 1) операция алдында (анестезияға енгізу алдында); 2) теріні кесу; 3) қолқаны қысу; 4) қолқамен қан жіберу (қолқаны босату); 5) операция соңы.

МКЖ анестезия мен операцияның маңызды кезеңінде уақыттың аздығына қарамастан науқасқа

қажетті кадиотоникті немесе вазоактивті препараттарды өте жылдам есептеп, дер кезінде қолдануға мүмкіндік береді. МКЖ тағы да бір маңызды бағыты - ЭЭГ, яғни мидың биоэлектрлі толқындарын мониторингтеу.

Бұл жерде анестезиолог орталық қан айналымының және температура көрсеткіштерімен бірге, ЭЭГ анықтамаларын алады. Бұл анықтамалар анестезия тереңдігіне баға береді (бұл мәселе жалпы тамыр арқылы берілетін анестезиясында аса маңызды, өйткені басқа бағалайтын нақты көрсеткіштер жоқ), сонымен қатар мидың гипоксия жағдайына түскен мезеттерін көрсетеді.

МКЖ басқару оңай, сондықтан онымен орта медперсоналдың жұмыс істеуіне болады, ал жоғарғы сенімділігі қолмен толтырылатын картадан толығымен бас тартуға мүмкіндік береді. Қолмен толтырылған картамен салыстырғанда автоматтандырылған анестезия картасы мониторинг көрсеткіштері бұлжытпай тіркелген, анық және нағыз толық құжат бола алады. Науқастың барлық тіркелген көрсеткіштері арнайы базада сақталып, кейіннен алынған деректерді ғылыми жұмыстарда қолданып тәжірибе жасауға болады.

Сонымен қатар, қазіргі кезде операция бөлмесіндегі бақылау мәліметтерін интенсивті емдеу бөліміндегі мониторлы станцияға түсіру үшін компьютерлік торлар жоспарлануда. Осы сияқты жүйелерді жасау бағыттары көп, бірақ олардың қолдану аймағы интенсивті терапия болып табылады, өйткені ол ұзақ уақыт бойы көп науқастарды аз медперсоналдың күшімен бақылау үшін тиімді. МКЖ маңызды мәселерді шешіп қана қоймай, медперсоналдың жұмысын жеңілдетіп және науқастардың қауіпсіздігін қамтамасыз етеді, сонымен қатар бұл жүйеге басқа да құралдарды қосуға болады. Кейбір дәрігерлер бастапқы кезінде жүйе бағдарламасымен жұмыс жасауда оның үйренуге қыйындығын байқаған, бірақ үйренгеннен кейін өте жайлы екенін атаған. Операция кезінде жүйеден түскен ақпаратты анестезиологтың өзгертуіне мүмкіншілік болмау себебімен, алынған деректер анықта, шын болып кейін анестезия кезіндегі асқынулар мен қаупті кезеңдерді талдауға үлкен көмегін тигізеді.

МКЖ барлық қызметтері операция үстінде сапалы мониторинг жүргізуге мүмкіндік береді және ол қазіргі стандарттарға сай.

Қорытынды

1. Мониторлы-компьютерлік жүйе өте сенімді, көп ақпаратты және ол науқас қауіпсіздігін жоғары арттырады.

2. Автоматтандырылған анестезия картасы операция кезінде науқастың жағдайын және дәрігер-анестезиологтың іс-қимылын толық көрсетеді.

3. МКЖ бұл түрі (мидың биоэлектрлік қозғалысын бақылау) жалпы тамыр арқылы берілетін анестезия жағдайында анестезия тереңдігін көрсететін жүйе.

Библиография

1. Асмангулян Е.Г. Кислородтранспортная функция кровотока в условиях современных методов анестезии при операциях на открытом сердце: Дис... кан. мед. наук.- М., 1991.
2. Баньков А.Б., Шитиков И. И., Енгоян Г. В. // Всесоюзный съезд анестезиологов и реаниматологов, 4-й: Тезисы докладов.- Одесса 1989.-С.10.
3. Баньков А.Б. Комплексная оценка гемодинамики, газообмена и транспорта кислорода с помощью персонального компьютера во время операций на открытом сердце: Дис... кан. мед. наук.- М., 1994.
4. Енгоян Г. В. Нарушение оксигенирующей функции легких во время операций с искусственным кровообращением: Дис... кан. мед. наук.- М., 1991.
5. Киселев М.В. Исследование и разработка объективной архитектуры и базовых компонентов системы интраоперационного компьютерного мониторинга для среды DOS: Дис... кан. тех. наук.- М., 1993.
6. Шитиков И.И. Комплексный газанализатор и пульсовой оксиметр в системах интраоперационного компьютерного мониторинга: Дис... кан. мед. наук.- М., 1990.
7. Бунятян А.А., Гололобов В.В., Саблин И.Н. и др.//Итоги. Результаты научных исследований по программной тематике НЦХ РАМН. – М., 1996.- Вып. 2. – Ч.2. –С. 229-240.
8. Alesch F., Donauer E., Heinen G. // Anaesthesist -1991.-Bb 40, N 1. –S. 52-56.
9. Arseniev S. D., Kiselev M. V. // ECSTAIC, Annual Meeting. 3-rd: Abstracts.-Salzburg, 1992- P. A5.
10. Hinrichs H., Graad M. R., Feistner H. et al. // Biomed.- Tech. (Berl). -1989.- Bd 34.-Suppl.- S. 194-195.

Периоперационные осложнения у больных, оперированных на брюшном отделе аорты

Миербеков Е.М., Артыкбаев Ж. Т., Илялетдинов И.Д., Кусаинов А.Ш., Батырханов М.М.
Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова
УДК 616.12-089.5-032:611.829

Құрсақ қолқасына реконструктивті операция жасалған пациенттердің операциядан кейінгі асқынулары

Миербеков Е.М., Артыкбаев Ж. Т., Илялетдинов И.Д., Кусаинов А.Ш.

А. Н Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығында 1998-2002 жылдарда құрсақ қолқасына реконструктивті операция жасалған 186 пациенттерге, операциядан кейінгі асқынуларға талдау жасалды. Операция алдындағы қауіпті факторлардың ішінде жүректің ишемиялық ауруы, артериалды гипертония және өкпенің созылмалы аурулары болып табылады. Өлімнің көбі тыныс алу асқынуларына байланысты - өкпенің патологиясы мен жасанды өкпені желдету, гемодинамикалық ауытқулармен, ауыр операциялық жараның салдарынан болды.

Осыған байланысты пациенттерді операцияға дейін мұқият дайындау керек.

Современные возможности анестезиологии и интенсивной терапии, совершенствование хирургической техники позволили значительно расширить показания к хирургическому лечению пациентов страдающих стенозирующим атеросклерозом брюшной аорты и ее ветвей, имеющих тяжелые сопутствующие заболевания, что увеличивает степень риска оперативных вмешательств и анестезии (1,2). В настоящее время летальность после плановых реконструктивных операций по поводу окклюзионных заболеваний аорты удалось снизить до 0,8-6,2%, а при неотложной реконструкции брюшной аорты при разрыве аневризмы всего лишь до 30% (2,7). Высокая смертность связана, в основном, с пожилым и старческим возрастом, с наличием атеросклеротических стенозирующих поражений артерий, кровоснабжающих жизненно важные органы, в особенности головной мозг и миокард, с наличием у больных нескольких сопутствующих заболеваний, являющихся неблагоприятным фоном для высокотравматичных реконструктивных операций на брюшной аорте, когда гемодинамические сдвиги могут привести к развитию осложнений и смертельному исходу (1,2,3,4,7).

Цель исследования

- провести анализ структуры периоперационных осложнений и факторов риска при ре-

Postoperative complications at the patients operated on the abdominal aorta

Mierbekov E.M., Artykbaev Z., Ilyaletdinov I.D., Kusainov A.S.

The analysis postoperative complications at 186 patients operated on abdominal aorta in the A.N.Syzganov's National scientific centre of surgery for the period from 1998 before 2002 years.

From preoperative risk factors the most important are ischaemic disease of heart, arterial hypertension, chronic diseases of lungs.

High lethality it is considerably presented by respiratory complications that is connected with presence of an initial pulmonary pathology and application mechanical ventilation on a background of a heavy operational trauma and hemodynamic shifts.

It demands more careful preoperative correction of patients.

конструктивных операциях на брюшном отделе аорты.

Материал и методы

В основу работы положен анализ периоперационных осложнений у 186 больных оперированных на брюшном отделе аорты в Национальном научном центре хирургии им. А.Н. Сызганова за 5 лет. Средний возраст пациентов составил $61,6 \pm 8,9$ лет. Мужчин оперировано 176 (94,6%), женщин - 10 (5,4%). Из 186 больных - 58 (31,2%) оперированы по поводу аневризмы брюшной аорты, 128 (68,8%) – окклюзионных заболеваний аорты и магистральных (подвздошных, бедренных) артерий. Из них экстренно оперировано 40 пациентов (21,5%): 33 (17,7%) – с аневризмой брюшной аорты и 7(3,8%) – с синдромом Лериша.

Длительность реконструкции (шунтирование или протезирование) брюшного отдела аорты и ее ветвей в среднем составила $174 \pm 22,2$ мин., длительность ишемии (от момента пережатия аорты до пуска кровотока) - $63,4 \pm 9,3$ мин. Все операции проводили в условиях тотальной внутривенной анестезии с применением искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Премедикация: на ночь перорально седуксен 10 мг, димедрол 10 мг. За 30 мин до операции внутримышечно вводили промедол 10 мг, димедрол 10 мг, атропин 0,5-1,0 мг. Индукцию прово-

дили введением диазепама 10-20 мг, калипсола 1,5-2,0 мг/кг, фентанила 0,1-0,3 мг или 1-2% раствором тиопентала в дозе 5-7 мг/кг. После тотальной миоплегии листеноном 100-200 мг производили интубацию трахеи и подключение к ИВЛ. Анестетики, анальгетики, нейролептики, транквилизаторы, миорелаксанты вводили в различных комбинациях, в дозировках: фентанил 3-3,5 мкг/кг/час, калипсол 1,0-3,5 мг/кг/час, тиопентал 2,9-3,2 мг/кг/час, диазепам 4-5 мг/кг/час, дроперидол 1,0-1,5 мг/кг/час, галотан 0,5-2,0 об%, ардуан 0,04-0,06 мкг/кг/час. Дополнительно вводились ганглиоблокаторы, прозерин, вазопрессоры, глюкокортикоиды, кардиотоники и др препараты.

При плановых операциях (окклюзионные поражения сосудов, синдром Лериша) кровопотеря была в среднем 476 ± 30 мл. Объем инфузии составил $2004,0 \pm 80$ мл, из них восполнение препаратами крови – $343,5 \pm 13$ мл. При экстренных операциях (разрыв аневризмы аорты или угроза разрыва) кровопотеря в среднем составила 1333 ± 86 мл; инфузия – 4000 мл, из них коллоидов – 666 ± 23 мл, препаратов крови – 800 ± 35 мл.

Интраоперационно проводился мониторинг артериального давления, электрокардиограммы, сатурации крови кислородом, частоты пульса, центрального венозного давления, контроль инфузии, диуреза, параметров ИВЛ. В послеоперационном периоде также проводился мониторинг этих показателей и биохимических анализов.

Результаты и обсуждение

Наиболее часто встречающимся из сопутствующих заболеваний являлась артериальная гипертония (АГ) - 41% случаев (76 пациентов). Ишемическая болезнь сердца (ИБС) выявлена у 60 пациентов (32,2%). Значительную долю факторов риска занимали хронические неспецифические заболевания легких (хронический бронхит, пневмония, бронхиальная астма, эмфизема легких, пневмосклероз и др.) – 57 пациентов (30,6%). Сахарный диабет, различные заболевания почек, печени, сосудов головного мозга, встречались от 4 до 16% случаев.

Интраоперационная гипертензия выявлена у 32 пациентов (17,2%). Исходно высокое АД восстанавливалось к концу операции у 33 пациентов (17,7%). Гипотония в плановой хирургии отмечена лишь у 4 пациентов (2,8%). Из 40 пациентов, оперированных в экстренном порядке, гипотония наблюдалась у 20 пациентов (50% от числа экстренных случаев) и была обусловлена массивной кровопотерей в интра- и послеоперационном периодах.

Существенных изменений функций других органов и систем у выздоровевших пациентов во время операции и после нее отмечено не

было. У 34 больных (18,3%) в послеоперационном периоде имелось повышение билирубина (в 1,2-1,5 раза), которое возвращалось к норме в конце лечения.

Повышение уровня сахара крови у 16 больных (8,6%) сахарным диабетом корректировалось введением инсулина, приемом маннинила или диабетона. При парезе кишечника с первых суток после операции проводилась стимуляция кишечника (церукал, прозерин, гипертонические клизмы). Выявленная анемия и гипопропротеинемия у больных после операции (вследствии исходной гемоконцентрации на фоне гиповолемии, инфузионной гемодилюции и интраоперационной кровопотери), корректировалась адекватной инфузионно-трансфузионной терапией.

Общая летальность составила 13,4% (25 пациентов). Из них 11 (5,9%) умерших - с аневризмой аорты, 14 (7,5%) – с синдромом Лериша. Из 25 умерших в 83% развились к 1-3 суткам пневмония или гнойный эндобронхит; в двух случаях - обострение бронхиальной астмы. У одного пациента возникла тромбоэмболия легочных артерий, приведшая к инфаркту нижней доли левого легкого. На 3-5 сутки у 10 больных (40%) на фоне респираторных осложнений или полиорганной недостаточности развился отек легких. Ишемия миокарда зафиксирована у 17 пациентов (68%), инфаркт миокарда - у 8 (32%) (явившийся у 4 пациентов (16%) непосредственной причиной смерти). В остальных случаях, клинически и патолого-анатомически, как причина смерти выступали сердечно-легочная недостаточность или синдром полиорганной недостаточности.

Острая почечная недостаточность (ОПН) развилась у 12 пациентов (48%). У двух из них исходно имелась хронический пиелонефрит и хроническая почечная недостаточность. В других случаях ОПН явилась результатом гипоперфузии почечных артерий (вследствии атеросклероза, тромбоза или полиорганной недостаточности). Анурия развивалась на 3-8 сутки.

Парез кишечника развивался на 1-2 сутки и у 16 пациентов (64%) не разрешался практически до летального исхода. Желудочно-кишечные кровотечения встречались у 5 (20%) пациентов на 5-8 сутки при возникновении стрессовых эрозий или развитии ДВС-синдрома. Кровотечение как причина смерти была в 2 случаях.

Со стороны центральной нервной системы у двух пациентов (8%) выявлено нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу, причем у одного пациента была отмечена до операции хроническая церебро-васкулярная недостаточность. 8 пациентов (33%) имели нарушения сознания вплоть до комы III степени в основном за счет гипоперфузии сосудов головного мозга с развитием отека мозга, гемической и дисциркуляторной гипоксии на фоне атеросклероза мозговых сосудов.

Анализ летальных случаев показал, что у 17 больных (68%) причиной смерти явились легочные осложнения – острая дыхательная недостаточность, отек легких. У 4 пациентов (16%) смерть наступила в результате инфаркта миокарда. Причиной смерти ОПН была у 2 пациентов (8%), кровотечение – также у 2 пациентов (8%).

Выводы

1. Из предоперационных факторов риска на-

иболее важными являются ИБС, артериальная гипертония, хронические заболевания легких. Это требует более тщательной подготовки пациентов к операции и дооперационной коррекции.

2. Высокая летальность значительно представлена респираторными осложнениями, что связано с наличием исходной легочной патологии и применением ИВЛ на фоне тяжелой операционной травмы и гемодинамических сдвигов.

Литература

1. Haku E., MD, Hayashi M., MD, Kato H., MD. Anesthetic Management of Abdominal Aortic Surgery: A Retrospective Review of Perioperative Complications. *Journal of Cardiothoracic Anesthesia* – 1989. – Vol.3. – №5. – P.587-591.
2. Долина О.А., Кунгурцев В.В., Потемкин А.В. Выбор анестезии при реконструктивных операциях на брюшной аорте у больных пожилого и старческого возраста. // *Анестезия и реаниматология*. – 1989. – №1. – С.68-70.
3. Боровских Н.А., Андрущук Ю.В., Левшанков К.А. Изменение некоторых показателей гомеостаза после операций на брюшной аорте в зависимости от метода анестезии. // *Вестник хирургии им. Грекова* – 1991. – №3.

4. Селезнев М.Н., Грищенко М.Н., Белов Ю.В., Гулешов В.А., Красин А.Г. Изменение гемодинамики и метаболизма при резекции аневризмы брюшной полости. // *Анестезия и реаниматология*. – 1995. – №2.
5. Baron J. *Anesthesia in Abdominal Aortic Surgery*. 9-th European Congress of Anesthesiology, Jerusalem, Israel – 1994 – 2-7 October.
6. Lambert D.H. *Factors Influencing Spinal Anesthesia*. *International Anesthesiology Clinic* – 1989. – V.27. – №1. – P.13-27.
7. Корюкин В.М. «Тактика анестезиолога при операциях резекции аневризмы брюшного отдела аорты». *Хирургическое лечение больных атеросклерозом и его осложнениями*. – Ленинград. – 1985. – С. 87-91.

Применение реинфузии аутокрови при реконструктивных операциях на брюшном отделе аорты

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова
Миербеков Е.М., Артыкбаев Ж. Т., Илялетдинов И.Д., Кусаинов А.Ш.
УДК 616.12-089.5-032:611.829

Құрсақ қолқасына реконструктивті операция кезінде аутоқан реинфузиясын қолдану.

Миербеков Е.М., Артыкбаев Ж. Т., Илялетдинов И.Д., Құсаинов А.Ш.

Құрсақ қолқасына реконструктивті операция жасалған 113 пациент зерттеуден өтті. Гемоглобин және эритроциттердің перифериялық қандағы концентрациясын операция бойы тексеруге алынды. Операция үстінде қан жоғалтуға байланысты қанды толықтыру тәсілдеріне сай 3 топқа бөлінді.

1. 500 мл дейін қан жоғалтқан пациенттер
 2. Cell Saver аппараты қолданылмаған 500 мл жоғары қан жоғалтқан пациенттер
 3. Cell Saver аппараты қолданылған 500 мл жоғары қан жоғалтқан пациенттер
- Cell Saver аппараты қолданылу дозорлық қаны құюды 2,6 есеге азайтады.

Проблема хирургического кровотечения при реконструктивных операциях на аорте является актуальной. Объем кровопотери при протезировании брюшной аорты (БА) составляет от 2000 до 7500 мл (1). Восполнение кровопотери с помощью донорской крови на сегодняшний день остается вынужденной мерой и проводится по строгим показаниям. Снижению риска от переливания донорской крови посвящено множество публикаций (2,3,4,5). С 2000 г. в нашем центре используется автоматизированные системы для реинфузии отмытых эритроцитов, основанные на технологии Cell Saver. Технология Cell Saver позволяет собирать кровь непосредственно из операционной раны, с помощью вакуумного отсоса в стерильную емкость с фильтром. Затем кровь центрифугируют в емкости со скоростью 5600 об/мин с разделением на эритроцитарную массу и плазму. Центрифугирование эритроцитов продолжают непрерывным промыванием физиологическим раствором. В результате вымываются все гемолизированные эритроциты, тканевой детрит, тромбоциты и плазма. Больному переливаются только отмытые эритроциты. Аппаратом Cell Saver таким образом можно вернуть до 80% потерянного объема эритроцитов (6).

Цель исследования

- изучить эффективность применения аппарата Cell Saver при операциях по поводу аневризм

Refusion of blood cells at reconstructive operations on a abdominal aorta

Mierbekov E.M., Artykbaev Z., Ilyaletdinov I.D., Kusainov A.S.

It has been surveyed 113 patients operated reconstructive operations on abdominal aorta. Parameters of concentration of hemoglobin and erythrocytes of peripheral blood, necessity for donor components of blood during operation were studied in dynamics. Patients have been divided into 3 groups on methods of completion perioperative bleeding:

1. Patients with bleeding up to 500 ml
2. Patients with bleeding above 500 ml without application of device cell saver.
3. Patients with bleeding above 500 ml with application of device cell saver.

Application of device cell saver reduces necessity for transfusion of donor blood for 2,6 times.

брюшного отдела аорты (БОА).

Материалы и методы

Было обследовано 113 пациенты из них 27 с аневризмой БА и 86 с синдромом Лериша перенесших реконструктивные операции на БОА с линейным протезированием и аортобедренным бифуркационным аллопротезированием. По методам восполнения интраоперационной кровопотери пациенты были разделены на 3 группы:

- 1) Пациенты с кровопотерей до 500 мл
- 2) Пациенты с кровопотерей выше 500 мл без применения аппарата «Sequestra 1000» (Medtronic, США).
- 3) Пациенты с кровопотерей выше 500 мл с применением аппарата «Sequestra 1000» (Medtronic, США).

Изучались в динамике показатели концентрации гемоглобина и эритроцитов периферической крови, потребность в донорских компонентах крови во время операции. Анализ данных проведен с определением достоверности различий с помощью критерию t-Стьюдента, при $p < 0,05$. Результаты выражены в $M \pm \sigma$

Результаты и их обсуждение

По возрасту, весу, росту и тяжести перенесенных операций больные в группах достоверно

не отличались, как видно из таблицы 1.

Анализ и сравнения полученных данных проводились на 3 этапах:

1) Исходные данные
2) Интраоперационные показатели гемоглобина и эритроцитов

3) После операции
Динамика гемоглобина и эритроцитов достоверно в группах не отличалась. У пациентов в исследованных

группах достоверное снижение концентрации гемоглобина крови и количество эритроцитов крови относительно исходного уровня наблюдалось лишь на втором этапе: гемоглобин 1 группе $104,64 \pm 13,78$ г/л, 2 группе $98,68 \pm 20,81$ г/л и 3 группе $84,10 \pm 12,35$ г/л ($p < 0,05$). Количество эритроцитов 1 группе $3,56 \pm 0,37$ млн/мкл, 2 группе $3,36 \pm 0,62$ млн/мкл и 3 группе $2,99 \pm 0,38$ млн/мкл ($p < 0,05$).

Больным с кровопотерей менее 500 мл гемотрансфузия не проводилась, так как невелика потребность в донорских компонентах крови, равно как эффективность Cell Saver у них невысокая.

Как видно из таблицы 2 интраоперационно во 2 группе при отсутствии Cell Saver переливалось $501,94 \pm 464,30$ мл эритроцитарной массы (ЭМ). В условиях реинфузии отмытых эритроцитов с помощью аппарата «Sequestra 1000» потребность в донорской крови составила $195,38 \pm 321,57$ мл, что в 2,6 раза меньше чем в 2 группе ($p < 0,05$). Процент пациентов нуждавшихся в гемотрансфузии (ЭМ) составил 1 группе 0%, во 2 группе 94,5% и 3 группе 34,6% соответственно. Интраоперационная потребность в свежемороженой плазме (СЗП) составила в 1 группе 27,5%, 2 группе 94,5% и 3 группе 65,4%.

Реинфузия крови как способ восполнения интраоперационной кровопотери известна давно. Еще в 1818 г. J.Blundell реинфузировал кровь рожениц (2), в 1885 г. Duncan создал примитивный аппарат для реинфузии, в дальнейшем было предложено множество способов для реинфузии крови, изливающейся в полости или в операционную рану, наиболее распространенным остается вычерпывание крови с фильтрацией через 8 слоев марли в емкости с гемоконсервантом для последующего переливания (3). В последующем было установлено, что реинфузия изливающейся крови не всегда безопасна для больного. Кровь из операционной раны содержит активированные факторы свертывания, свободный гемоглобин, продукты

Таблица 1. Характеристика больных оперированных на БА (n=113)

	1 группа (n=51)	2 группа (n=36)	3 группа (n=26)
Возраст (лет)	$59,88 \pm 7,19$	$62,36 \pm 7,80$	$63,76 \pm 11,11$
Вес (кг)	$71,02 \pm 22,44$	$71,47 \pm 10,68$	$71,42 \pm 15,71$
Рост (см)	$170,58 \pm 8,53$	$167,78 \pm 6,00$	$167,95 \pm 6,63$
Кровопотеря (мл)	$290,27 \pm 127,59$	$1402,71 \pm 1071,31$	$1934,61 \pm 988,20$
Время операции (мин)	$163,47 \pm 35,69$	$195,14 \pm 46,62$	$201,15 \pm 39,60$
Время анестезии (мин)	$192,06 \pm 36,9$	$226,42 \pm 46,81$	$234,80 \pm 43,18$

Таблица 2 - Потребность в эритроцитарной массе и свежемороженой плазме

Во время операции			
	1 группа (n=51)	2 группа (n=36)	3 группа (n=26)
Эр. масса (мл)	0	$501,94 \pm 464,30^*$	$195,38 \pm 321,57^{***}$
СЗП (мл)	$94,11 \pm 162,97$	$456,11 \pm 338,65^*$	$378,84 \pm 352,57^*$
* - достоверное отличие от 1 группы ** - достоверное отличие от 2 группы			

деградации фибрина, микроагрегаты и биологически активные вещества (4,5). С изобретением компанией «Haemonetics» аппарата Cell Saver, основанного на центрифугировании и отмывании эритроцитов физиологическим раствором, проблема безопасности реинфузии была решена. За последние 20 лет различными фирмами созданы и усовершенствованы полностью автоматизированные аппараты для реинфузии отмытых эритроцитов, использующие одноразовые стерильные комплекты: Haemonetics Cell Saver IV-V, Dideco Stat, AT-1000 Electromedics, COBE BRAT II, Medtronic Sequestra-1000, Fresenius C.A.T.S. (3,5). Данная аппаратура позволяет также резервировать аутокровь с фракционированием на эритроцитарную массу, плазму и плазму, богатую тромбоцитами.

В результате внедрения реинфузии отмытых эритроцитов с помощью аппарата cell saver «Sequestra 1000» 3 группе интраоперационная потребность в ЭМ снизилась в 2,6 раза, причем у большинства больных (65,4%) удается полностью обойтись без донорской крови.

Выводы

1) Применение реинфузии отмытых эритроцитов снижает потребность в переливании донорской крови в 2,6 раза.

2) Применение реинфузии отмытых эритроцитов существенно не снижает потребности в свежемороженой плазме.

Литература

- 1) Крапивкин И.А., Аутогемотрансфузия в хирургии аорты и ее ветвей» Автореф...дисс. канд. мед. наук – Москва, 1997.
- 2) Зильбер А.П. «Кровопотеря и гемотрансфузия. Принципы и методы бескровной хирургии» - Петрозаводск, 1999 – С. 16-18, 43.
- 3) Рагимов А.А., Крапивкин И.А. «Кровосберегающие технологии в сердечно-сосудистой хирургии» – Москва, 1999 – С.38-52.
- 4) Виньон Д. «Переливание аутокрови – протоколы» - Анестезиология и реаниматология. Приложение – Москва, 1999 – С. 122
- 5) Чухнов С.А., Лобачева Г.В., Харькин А.В. «Интра- и послеоперационная реинфузия отмывтых эритроцитов» – Грудная и сердечно-сосудистая хирургия, №4, 2000 – С.61-67
- 6) Лубнин А.Ю., Громова. «Проблема операционной кровопотери и применение современных кровосберегающих методик в нейроанестезиологии » – Анестезиология и реаниматология, № 3, 2003– С.26-30.

Профессор О.К.Кулакеев. К 60-летию со дня рождения

10 октября 2008 года исполняется 60 лет со дня рождения, а также 36 лет трудовой деятельности главному врачу областного онкологического диспансера, заведующему кафедрой онкологии, маммологии с курсом ЛОР-болезней ЮКГ-МА, доктору медицинских наук, профессору Кулакееву О.К.



Онласбек Кудайбергенович родился 10 октября 1948 года в с. Чубаровка Ордабасинского района Южно-Казахстанской области в семье рабочего конного завода. В 1966 году поступил и в 1972 году окончил лечебный факультет Карагандинского медицинского института. Здесь посчастливилось получить высокопрофессиональные знания у таких корифеев медицины, как доцент М.Е.Тебенев (нормальная анатомия), профессора Я.А. Лазарис, И.А.Серебровская (патфизиология), профессор М. И. Даулетбакова (пропедевтика внутренних болезней), профессор К.Ж. Мусульманбеков (онкология), доцент К.З.Тнимова, профессор В.М.Карлинский (госпитальная терапия), доцент Г.А. Жанайдарова (нервные болезни), профессор Н.А.Хлопов (топографическая анатомия и оперативная хирургия), профессор В.И. Булынин (госпитальная хирургия) и многие другие.

С 1973 года, после окончания интернатуры по хирургии, был оставлен на работу в Южно – Казахстанскую областную больницу ординатором торакального отделения, где под руководством заведующего отделением и главного хирурга облздраводела к.м.н. Д.С.Сексенбаева начал свою практическую деятельность. В этот период овладел типовыми операциями на легких, пищеводе, средостении, диафрагме. Также О.К. Кулакееву посчастливилось поработать под непосредственным руководством главного врача ОКБ, д.м.н., профессора В.М.Алиева, что послужило основой для овладения операциями на желудке, желчевыводящих путях, кишечнике.

С 1979 г. до назначения главным врачом областного онкологического диспансера за-

ведовал отделением грудной хирургии ОКБ. Им внедрены в практику отделения более 20 новых методик операций и сложных диагностических манипуляций, имеются собственные разработанные операции и способы лечения в хирургии легких, пищевода, диафрагмы, средостения.

В 1974 году прошел 4-месячную специализацию по торакальной хирургии (а в 1987 г. - усовершенствование) в Ленинградском ГИДУВе, где прослушал цикл лекций у известных профессоров Гаджиева С.А. (ученик Куприянова П.А.), Воронова А.А., Васильева В.Н.; ассистировал при операциях на легких, пищеводе, средостении, при врожденных и приобретенных пороках сердца, операциях на щитовидной и вилочковой железе. Посчастливилось побывать в клиниках, руководимыми известными хирургами акад. Колесовым А.П. и проф. Колесниковым И.С. (ВМА им.С.М.Кирова). В этот период были заложены основы внедрения в практику работы торакального отделения операций на вилочковой железе при миастении и тимоммах, операции типа Льюиса при раке пищевода и др.

В 1981 году проходил усовершенствование в г.Москве (ЦОЛИУВ), на кафедре легочной хирургии, руководимым известным ученым проф. Богущ Л.К., где ассистировал и освоил операции на главных бронхах (при ее свищах) через полость перикарда и контрлатеральным путем. Большое удовлетворение в смысле профессионального роста были получены от посещения онкологических клиник, руководимыми профессорами Харченко В.П. (Московский рентгенорадиологический институт), который не без основания считался одним из мировых центров по хирургии трахеи и реконструктивно-пластических операций при раке легких, а также Пироговым А.И. (отделение онкоторакальной хирургии - Всесоюзный НИИ онкологии и радиологии).

В 1991 году без отрыва от производства защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Профилактика осложнений при хирургическом лечении эхинококкоза легких», под науч-

ным руководством профессоров Лохвицкого В.С. и Орманова Н.Ж., а в 2002г. – докторскую диссертацию на тему: «Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза легких» в Специализированном совете при Научном центре хирургии им. А.Н.Сызганова. В рамках своей кандидатской диссертационной работы разработал программу профилактики послеоперационных осложнений до-, во время и после операций при хирургическом лечении распространенной краевой патологии юга Казахстана – эхинококкоза легких, доказал эффективность эндолимфатической (в лимфоузлы корня легкого), антиоксидантной (альфа-токоферолом) и озонотерапии, показал высокую антипаразитарную, противовоспалительную, репаративную активность коллоидального йода при обработке остаточной полости паразита и в качестве профилактических мер рекомендовал также выбор дифференцированных методов ликвидаций остаточной полости. Проблеме хемилюминесцентной диагностики эхинококкоза легких и его дифференциации с другими «шаровидными» образованиями легких, мерам интраоперационной профилактики рецидива эхинококкоза, разработкам новых органосохраняющих операций (капитонаж вертикальными полукушетными швами, метод «заплаты», модифицированный и комбинированные методы закрытия остаточной полости паразитарной кисты легкого) и научному обоснованию адекватных, оптимальных в каждом конкретном случае, методов операций в зависимости от стадии и характера поражения, формы, величины, расположения и количества кист была посвящена его докторская диссертация.

В изданных по материалам диссертаций монографиях «Хирургия эхинококкоза легких» и «Дифференциально-диагностические критерии эхинококкоза легких» отражены самые современные достижения и взгляды с позиций собственно разработанных методик диагностики, дифдиагностики и хирургического лечения часто встречаемой патологии юга Казахстана – эхинококкоза легких. Можно с полной уверенностью сказать, что эти монографии заняли достойное место в ряду лучших изданий в истории молодого суверенного государства и являются настольной книгой специалистов этого профиля.

Кулакеев О.К. является автором 2 монографий (подготовлены к изданию еще 2 монографии, одна из них на английском языке), 22-х изобретений, предпатентов и рацпредложений, 16 учебных, учебно-методических пособий. Учебные, учебно-методические пособия, изданные на русском и казахском языках: «Деонтология в онкологии», «Словарь онкологических терминов», «Дифференцированное лечение эхинококкоза легких», «Эпидемиология рака в ЮКО», «Современные противоопухолевые препараты», «Атлас операций на поджелудочной

железе» и др. широко используются в учебном процессе и являются достойным пополнением фонда библиотеки ЮКГМА. Им опубликовано более 370 научных статей по различным направлениям клинической хирургии и онкологии, организации здравоохранения в центральных журналах (Клиническая хирургия, Хирургия, Анналы хирургической гепатологии, Хирургия Узбекистана, Хирургия Казахстана, Медицинский журнал Казахстана, Онкология и радиология Казахстана, Вестник ЮКГМА, Уральский Медицинский журнал, Здравоохранение Казахстана и др.) и сборниках конференций и съездов РК и СНГ (Алматы, Астана, Челябинск, Киев, Москва, Ростов-на Дону, Екатеринбург, Баку, Ташкент, Бишкек, Барнаул, Семей, Тараз, Актюбинск, Караганда, Костанай, Кызыл-Орда и др.).

Практическую и научную работу постоянно совмещает с педагогической. Работал ассистентом, доцентом на кафедрах общей, факультетской и госпитальной хирургии. Заведование одновременно и кафедрой онкологии открыло новые перспективы в научно-педагогическом плане. Так под его непосредственным руководством защищены 6 кандидатских диссертаций. Готовятся к защите 2 докторские и 5 кандидатских диссертаций. В руководимой им клинике под руководством других профессоров также защитились 3 соискателя, что подтверждает его научную чистоплотность и порядочность. Он также настойчиво принимает активное участие в подготовке врачебных кадров на государственном языке. Им на казахском языке изданы учебные и методические пособия для студентов и врачей по онкологии. Его лекции и выступления убедительно демонстрируют глубину смысла, красоту и огромные возможности казахского языка в научной и практической медицине.

На базе Областного онкологического диспансера создано научно-учебно-производственное объединение «Онкология», несомненным преимуществом и достижением которого является полная интеграция лечебного, учебного и научного процесса. Неоднократно участвовал и выступал с научными докладами на областных, Республиканских (Алматы, Астана, Караганда) и Международных (Ташкент, Бишкек, Афины, Барселона, Стокгольм) конференциях, съездах по отдельным проблемам хирургии и онкологии.

Основными направлениями деятельности онкодиспансера являются ранняя диагностика онкологических заболеваний, внедрение современных методов операций и схем лечения, снижение процента поздней диагностики (запущенных случаев), полнота охвата спецлечением и снижение смертности по области от онкологических заболеваний.

Основными направлениями научных и практических проблем, разрабатываемых в клинике профессором Кулакеевым, его коллегами и учениками являются совершенствование опе-

ративного лечения и лимфодиссекций при раке легкого (лоб-билобэктомия, пневмонэктомия, реконструктивные операции), пищевода (операции типа Льюиса, Гэрлока), желудка (субтотальные резекции, гастрэктомия), щитовидной (гемиструмэктомия, тиреоидэктомия) и молочной железы (секторальные, мастэктомии), шейки матки (экстирпации, операция Вертгейма), колоректальном раке (передние резекции, экстирпации прямой кишки), раке почек, мочевого пузыря, печени и других локализаций, а также внедрение новых, более эффективных схем лучевой терапии, неоадьювантной и адьювантной полихимиотерапии, включая высокоэффективное внутриартериальное введение препаратов с химиоэмболизацией опухоли.

Онласбек Кудайбергенович наряду с административной, лечебной, научно-педагогической деятельностью выполняет большой объем и общественной работы – является председа-

телем областного общества онкологов и радиологов, членом правления областной ассоциации хирургов, входит в состав редакционного совета журнала «Вестник Южно-Казахстанской меакадемии», является вице-президентом областной федерации волейбола. Почетный гражданин Ордабасинского района. Торакальный хирург и организатор здравоохранения высшей категории. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ісінің үздігі.

Свой 60-летний юбилей Онласбек Кудайбергенович Кулакеев встречает полный сил и энергии, пользующий уважением сотрудников, друзей, родных и близких, продолжая активную творческую хирургическую и научную работу. Его учителя и коллеги, друзья, ученики желают ему крепкого здоровья, больших творческих успехов, свершения всех замыслов и добрых начинаний.