

# Вестник хирургии Казахстана

№4 (16) 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. Желтоксан, 62  
Тел. (327) 2795306

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

По вопросам публикации материалов  
обращаться к ответственному 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 400 экз. Тип. NV-service

**Главный редактор**  
*Султаналиев Т.А., профессор*

**Заместитель главного редактора**  
*Рамазанов М.Е., д.м.н.*

**Ответственный секретарь**  
*Кабдрахманов К.Б.*

**Редакционная коллегия:**

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

**Редакционный совет:**

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

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

## Содержание

### Организация хирургии

Преподавание лапароскопической хирургии в медицинском ВУЗе. *Н.И. Изимбергенов, М.Н. Изимбергенов, А.С. Койшибаев (3)*

Развитие службы колопроктологии - настоятельная необходимость современной медицины. *М. Абдуллаев (5)*

### Абдоминальная хирургия

Ультрасонографический мониторинг в оптимизации хирургической тактики при язвенных пилородуоденальных стенозах. *Т.А. Султаналиев, Н.И. Оразбеков, Д.А. Сыбанбаев (7)*

Выбор оптимального способа хирургического лечения больных с эхинококкозом печени. *Д.С. Токсанбаев (13)*

Использование чрезкожной надсосудистой магнито-лазерной терапии в сочетании с антиоксидантом в коррекции эндотоксикоза при остром панкреатите. *Мамедов А.С. (16)*

Использование новых технологий в хирургическом лечении острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста с высокой степенью риска. Обзор литературы. *Керимов В.Н. (19)*

Применение магнито-лазерной терапии при хирургическом лечении грыж брюшной стенки. *Наджафкулиева П.Г. (25)*

Экспериментальная и клиническая оценка нового подхода к санации и дренированию брюшной полости при разлитом гнойном перитоните. *Алиева Э.А., Исаев Г.Б., Мамедов Н.И., Гасанов Ф.Дж. (28)*

Рубцовые стриктуры желчных протоков. Обзор литературы. *Ибекенов О.Т. (31)*

Результаты лечения поздних параколомических осложнений. *К.Т. Шакеев (36)*

Генная терапия с использованием ингибиторов гена эпидермального фактора роста при раке поджелудочной железы. *Муслимов Г.Ф. (40)*

### Ангио-, кардио-, микрохирургия

Минифлебэктомия в хирургическом лечении варикозной болезни нижних конечностей. *Джакупов В.А., Султаналиев Т.А., Коспанов Н.А., Пазылов С.Б., Ханчи М.Х., Киргизбаев С.Ж. (43)*

Интраоперационный разрыв аневризмы дуги аорты. *В.А. Джакупов, Т.А. Султаналиев, Е.М. Миербеков, Н.А. Коспанов, С.Б. Пазылов, А.Ш. Кусаинов (46)*

### Эндокринная хирургия

Диагностические трудности и тактические ошибки при гиперпаратиреозе. *Ж.А. Доскалиев, В.П. Григорьевский, А.Ш. Асабаев, Е.Ш. Калиаскаров, С.Т. Олжаев, Р.Д. Айгараев, Б.А. Жусипов (49)*

### Колопроктология

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки. *Абдуллаев М.Ш., Попов И.В. (51)*

Сравнительная оценка малоинвазивных методов лечения геморроя. *Абдуллаев М.Ш., Джувашев А.Б., Попов И.В., Енкебаев М.К. (53)*

### Урология

Характеристика микробной флоры уретры у пациентов, оперированных по поводу гипоспадии. *Табынбаев Н.Б., Айтуганов А.Т., Масасин А.Ю. (56)*

Характеристика копулятивной функции после уретропластики. *Масасин А.Ю. (58)*

### Фармакология в хирургии

Местный гемостатик ТахоКомб в профилактике послеоперационных осложнений. *Ержанов О.Н. (61)*

### События медицинской жизни

Турар Койшигараевич Кукеев. К 75-летию со дня рождения (64)

Профессору К.Ш. Шарипову - 70 лет (65)

Памяти профессора В.А. Джакупова (66)

# Преподавание лапароскопической хирургии в медицинском ВУЗе

Н.И. Изимбергенов, М.Н. Изимбергенов, А.С. Койшибаев

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия им. М.Оспанова

УДК 615.777.5

## **Медициналық институтте лапароскопиялық хирургияға оқыту**

Н.И.Изимбергенов, М.Н.Изимбергенов, А.С. Қойшибаев

Жұмыста авторлар республикамызда алғаш рет студентерді оқыту программасына қазіргі лапароскопиялық хирургияны енгізуді ұсынады. № Өздерінің тәжірибесіне сүйене отырып, хирургиялық бұл жаңа тарауын 6 және 7 курстарда оқытудың пайдалы екендігін дәлелдейді.

## **Teaching of laparoscopic surgery at higher medical institution**

N.I.Izimbergenov, M.N.Izimbergenov, A.S. Koishibaev

In this work the authors, being the first in the republic, raise the problem of introduction of new section of modern surgery "Laparoscopic Surgery" into the program of training of students at the higher medical institutions. On the basis of the experience of teaching this subject in the 6<sup>th</sup> year (subinternship in Surgery) the authors prove the expediency and advantages of training of future surgeons by broadened program.

Основное требование при подготовке специалистов в стенах высших медицинских учебных заведений – строгое соответствие программы обучения выпускников сегодняшнему уровню медицинской науки и практики. Без соблюдения этого принципа вузы будут выпускать ущербных специалистов, не способных решать реальные задачи здравоохранения. Прежде чем использовать таких специалистов для самостоятельной работы в лечебных учреждениях, их приходится доучивать, приводить вузовский багаж знаний выпускника в соответствие с реальными условиями практического здравоохранения.

Надо сказать, что эта проблема не нова. Из-за консерватизма вузовских программ, «старения» знаний студентов к моменту начала самостоятельной работы, определенное несоответствие между уровнем подготовки врачей и потребностями лечебных учреждений существовало всегда. Это традиционное расхождение, которое компенсировалось в процессе работы врача, особенно стало заметным в последние 10-15 лет в связи с внедрением в практику современной эндовидеохирургической технологии, оперативной лапароскопии. Новая технология внесла в хирургическую практику принципиальные изменения, причем настолько значимые, что французскими хирургами они названы «второй французской революцией».

Второй важный момент – ошеломляющая скорость распространения нового метода. Думаем, что не ошибаемся, утверждая, что история медицины до этого не знала случаев такого быстрого и повсеместного распространения того или иного нового способа лечения или диагностики. Если в первые годы (1990-1995 годы) видеоскопические технологии

использовались в крупных республиканских и областных лечебных учреждениях, то в настоящее время малоинвазивная хирургия стала достоянием почти всех районных и городских больниц. Сегодня большинство хирургических операций, традиционно являющиеся уделом начинающих хирургов (аппендэктомия, грыжесечение, ушивание перфоративных язв и т.д.) выполняются лапароскопическим методом. К этим сугубо медицинским проблемам присоединились и социальные факторы – население требует выполнения этих видов оперативных вмешательств.

На этом фоне бурно развивающегося научно-технического прогресса в практическом здравоохранении программа вузовской подготовки специалистов пока остается без существенных изменений. И этот разрыв между уровнем подготовки врачей в стенах вузов и реальными условиями работы хирургических отделений страны достиг недопустимых пределов.

Наши выпускники после окончания субординатуры и интернатуры сегодня не могут полноценно работать ординаторами хирургических отделений больниц, включая и районные. Самое главное, они приступают к работе, не имея четких представлений о возможностях, об ограничениях и недостатках нового метода. Естественно, они не могут правильно оценить роль и определить место новой технологии среди имеющихся в распоряжении врачей способов выполнения оперативных вмешательств. Как известно, именно эти вопросы служат основой рационального использования любого метода лечения и, в том числе, современной эндовидеохирургической технологии.

По-видимому, этими изъянами подготов-

ки врачей в вузе объясняются имеющиеся на сегодня негативные тенденции в применении лапароскопии в клинической практике: стремление расширить показания к ее использованию, склонность к фетишизации метода, недостаточная общая подготовка эндовидеохирургов по основным разделам традиционной открытой хирургии.

Учитывая это обстоятельство, нами в 2006 году впервые в стране в программу подготовки субординаторов-хирургов введен специальный курс (цикл) лапароскопической хирургии. Наша инициатива является первой не только в республике, но и в странах СНГ. Поэтому мы были лишены возможности перенять или ориентироваться на опыт коллег. Например, эта проблема в России впервые обсуждалась в мае 2006 года в г. Казань на расширенном заседании правления общества эндоскопических хирургов России. В это время мы уже работали над программой преподавания курса, организацией обсуждения и утверждения ее в соответствующих подразделениях вуза, а в 2006-07 учебном году реализовали на практике.

Для преподавания курса отведено 8 лекционных и 14 практических часов. На лекциях излагались: история вопроса, особенности и отличия лапароскопической хирургии от традиционной, показания, противопоказания, возможные ошибки и осложнения метода, меры их профилактики. Отдельно излагались возможности метода в плановой и неотложной хирургии. Практические занятия включали знакомство студентов с аппаратурой и оборудованием, присутствие на лапароскопических операциях, изучение в записях наиболее часто выполняемых операций в специально оборудованных классах, работа на самодельных тренажерах, которые изобретены сотрудниками кафедры.

Большие трудности испытывали в обеспечении студентов необходимыми учебными пособиями. Пока в странах СНГ нет адаптированных для студентов учебников и учебно-методических пособий. Поэтому первоначально пришлось обходиться лекционным материалом и методическими пособиями, составленными сотрудниками кафедры. В этом году нами издан типографским способом курс лекций (Н.И. Изимбергенов. Лапароскопическая хирургия. Актобе, 2008, 85

с.), подготовлен и его электронный вариант. К сожалению, пока тираж книги (300 экз.) не удовлетворяет потребностям нуждающихся в ней студентов. Тем не менее, начало уже есть, выпущен труд, который ведущими учеными страны – рецензентами, рекомендован в качестве учебного пособия для студентов старших курсов и врачей интернов. При заинтересованности медицинских вузов и соответствующей организации переиздания и распространения данное учебное пособие может стать доступным для всех студентов.

Как уже указывалось, для преподавания лапароскопической хирургии мы выбрали XII семестр - время прохождения студентами субординатуры по хирургии. Выбор именно этого семестра, по нашему мнению, наиболее оправдан. Во-первых, студенты на V-курсе завершают общую подготовку по предмету и на базе их знаний по традиционной хирургии значительно облегчается восприятие новых методов выполнения оперативных вмешательств.

Во-вторых, знакомство с основами лапароскопической хирургии во время субординатуры позволяет выпускникам более полноценно проходить интернатуру на базе лечебных учреждений, оснащенных современной эндовидеохирургической технологией.

Как показало анкетирование учащихся, студенты хорошо отзываются о ценности прохождения цикла. Кстати, все занятия со субординаторами по циклу лапароскопической хирургии активно посещали и интерны, проходящие обучение на нашей базе.

Таким образом, необходимость обучения студентов новому направлению хирургии не вызывает сомнений. Первый и самый трудный шаг уже сделан. Еще предстоит преодолеть немало трудностей, связанных с обеспечением необходимыми учебно-методическими, наглядными пособиями, техническими средствами обучения, организацией кабинетов, оснащенных стандартными тренажерами. Надеемся, что наша инициатива будет поддержана коллегами из других вузов и эта, на наш взгляд, отвечающая насущным запросам практического здравоохранения, методика подготовки специалистов будет официально внедрена во всех медицинских учебных заведениях страны.

# Развитие службы колопроктологии – настоятельная необходимость современной медицины

Проф. М. Абдуллаев  
г. Алматы

В 1998 году был создан Союз врачей-колопроктологов Казахстана (далее СВК). Данное общественное объединение создавалось, прежде всего, с образовательной целью. Известно, что число людей, страдающих заболеваниями прямой и ободочной кишки, неуклонно растет. В то же время специальные знания и умение, особенно среди врачей практического звена, недостаточны. СВК систематически, 1 раз в два года проводит республиканские конференции под названием «Актуальные проблемы колопроктологии». Издаются сборники трудов участников конференций, проводятся круглые столы по наиболее сложным вопросам, требующим тщательного осмысления и обсуждения. К участию в конференциях приглашаются не только колопроктологи, но и врачи других специальностей, в сферу профессиональных интересов которых входят проблемы диагностики и лечения заболеваний толстой кишки и других органов желудочно-кишечного тракта.

29-30 октября 2008 года в г. Алматы состоялась VI научно-практическая конференция врачей колопроктологов Казахстана с международным участием. Данный форум был посвящен 10-летию создания Союза врачей колопроктологов Казахстана. В работе конференции приняли участие свыше 120 специалистов из 14 регионов Казахстана, России, Узбекистана, Украины, Азербайджана, Грузии, Киргизии, Латвии, Германии. Среди участников конференции были представители различных медицинских специальностей – колопроктологи, хирурги, онкологи, гастроэнтерологи, инфекционисты, рентгенологи, эндоскописты, специалисты УЗИ, патофизиологи, морфологи и др.

На торжественном заседании, посвященном открытию конференции, знаком «Отличник здравоохранения Республики Казахстан», по приказу министра здравоохранения, был награжден академик АМН РФ, директор Государственного научного центра колопроктологии МЗ Российской Федерации, профессор Г.И. Воробьев, который Г.И. Воробьев начинал свою врачебную деятельность в годы освоения целины в Атбасарском районе Акмолинской области. Были награждены сертификатами, свидетельствующими об избрании их Почетными членами СВК – акад.

РАМН Г.И. Воробьев, д.м.н. З.Ж. Аманжолова (Алматы), проф. М.П. Захараш (Киев), проф. Т.А. Султаналиев (Алматы), проф. С.Н. Наврузов (Ташкент), проф. А.М. Мадаминов (Бишкек), проф. Н.В. Мун (Астана).

В программу конференции были включены актуальные проблемы современной колопроктологии: диагностика и лечение наиболее социально значимых колопроктологических заболеваний (геморрой, острый и хронический парапроктит, недостаточность анального жома, выпадение прямой кишки, дивертикулярная болезнь толстой кишки, язвенный колит, болезнь Крона и др.). Тщательному обсуждению были подвергнуты проблемы колоректального рака и других опухолей толстой кишки. Важное место в программе конференции заняли вопросы реабилитации стомированных больных, в частности создание в регионах кабинетов реабилитации и организация ассоциаций стомированных больных. При этом особое внимание было обращено на необходимость дальнейшего совершенствования хирургической реабилитации, пластических, реконструктивных и восстановительных операций на толстой кишке и анальном канале.

По данным на 01.08.08 г. в Казахстане лишь в 4 областных центрах и в г. Алматы функционирует 5 отделений колопроктологии и в 10 крупных лечебно-профилактических учреждениях развернуты проктологические койки в составе хирургических отделений. Специализированная помощь детям с врожденными пороками развития, заболеваниями перианальной области, прямой и ободочной кишки оказывается в институте педиатрии Республики Казахстан. Проктологические койки развернуты в составе хирургического отделения института. Внебольничная помощь оказывается в диагностических центрах в областях республики и в хирургических отделениях поликлиник.

Отмечается устойчивая тенденция к дальнейшему расширению объема и повышению качества амбулаторной колопроктологической помощи. Начата работа по развитию сети кабинетов реабилитации стомированных больных.

Было подчеркнуто, что до настоящего времени, в Казахстане не существует центра, где могли бы концентрироваться пациенты с заболеваниями

ми прямой и ободочной кишки и получать высокоспециализированную медицинскую помощь.

Продолжает совершенствоваться и углубляться система постдипломного образования специалистов, которая осуществляется на курсе колопроктологии АГИУВ. К осуществлению данной задачи значительные усилия прилагаются общественным объединением – Союзом врачей колопроктологов Казахстана. Врачи колопроктологи из разных регионов Казахстана приняли участие в международных конференциях и съездах.

В ноябре 2003 г. в Киеве на первом учредительном съезде колопроктологов Украины с международным участием, в июне 2003 г. в Будапеште (Венгрия) на 20-м Конгрессе международного общества университетских колоректальных хирургов, 7-10 октября 2004 г. в Белграде (Сербия и Черногория) на 9-м Центральноевропейском конгрессе колопроктологов, в сентябре 2005 г. на Фальк-симпозиуме «Воспалительные заболевания кишечника – диагностические и терапевтические стратегии», который прошел в г. Москве, в мае 2006 г. в г. Грац (Австрия) на Европейском конгрессе колопроктологов, 1-2 ноября 2006 г. во Львове (Украина) на 2-м съезде колопроктологов Украины с международным участием, на XII Центральноевропейском конгрессе по колопроктологии, 6-8 мая 2008 г. в г. Москве.

Вместе с тем, участники конференции отмечают, что в процессе реформирования здравоохранения были допущены серьезные погреш-

ности и дефекты в планировании и организации специализированной помощи колопроктологическим больным на многих административных территориях. В большей части областных центров республики были ликвидированы единственные отделения колопроктологии. В настоящее время существенно снижена организующая роль ведущих учреждений по проблеме, в том числе в колопроктологии.

В заключительный день работы состоялось заседание правления СВК, на котором были заслушаны и обсуждены доклады по диссертационным работам, готовящимся к публичным защитам. О своих научных и клинических результатах в хирургическом лечении кишечных свищей (в рамках докторской диссертации) сообщил доц. К.Т. Шакеев (Караганда). Следующее сообщение представил аспирант Енкебаев М. (Алматы) – сравнительная характеристика малоинвазивных методов лечения геморроя. Подробно обсудив представленные работы правление СВК, а также участники конференции признали обсуждаемые проблемы актуальными, а результаты исследований ценными для развития хирургической науки и практического здравоохранения.

Состоялось обсуждение резолюции конференции, которая была принята с доработками и направлена в Министерство здравоохранения и областные управления здравоохранением.

В заключение было вновь избрано правление Союза врачей колопроктологов Казахстана.

# Ультрасонографический мониторинг в оптимизации хирургической тактики при язвенных пилородуоденальных стенозах

Т.А.Султаналиев, Н.И.Оразбеков, Д.А.Сыбанбаев  
Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова,  
Казахстанский медицинский университет,  
Алматинская многопрофильная клиническая больница

## **Ойық жаралық пилородуоденалды тарылудағы хирургиялық емді таңдаудың оптимизациясының ультрасонографиялық мониторингі**

Т.А. Султаналиев, Н.И. Оразбеков, Д.Ә. Сыбанбаев  
А.Н. Сызганов атындағы ұлттық ғылыми хирургия орталығы, Қазақстан медицина университеті, Алматы көпсалалы клиникалық ауруханасы

**Зерттеудің мақсаты** болып пилородуоденалды аймақтың патологиясының мінездемесін объективті түрде көрсету үшін, оның өту барысын тексеру үшін, хирургиялық емдеу тәсілін таңдауда және емдеудің пайдальығын бағалауда ультрадыбысты зерттеудің беретін ақпаратын талдау табылады.

**Материалдар мен зерттеу әдістері.** Біздің клиникалық бақылауда ойық жаралық пилородуоденалды тарылуымен 70 науқас болды, оның ішінде 40 науқасқа динамикалық ультрасонография жасалынды. Барлық науқастарға ауруханаға түскеннен кейін әртүрлі кезеңде хирургиялық ем түрі қолданылды.

**Нәтижелер.** Ультрадыбысты сонография, асқазан мен пилоробульбарлы аймақтағы ойық жаралық тарылуда құрылымдық және функционалдық өзгерістердің мінездемесі мен сатысын объективті түрде бағалауға, периульцерозды аумақтың қабырға ішілік және қабырға сыртқылық өзгерістерді фиброгастродуоденоскопияға қарағанда идентификациялы анықтауға мүмкіншілік береді. Ойық жаралық пилородуоденалды тарылудағы асқазанның динамикалық ультрасонографиясы науқасқа қиындық тугызбайтын, ішке енгізуді қажет етпейтін, жоғары ақпарат беретін (87,4% дейін) зерттеу әдісі болып табылады, бұл өз кезегінде пилородуоденалды аймақтағы қабынып-тыртықтану процесін объективті бағалауда, жүргізілген операция алдындағы консервативті емнің әсері мен пайдальығын, операция жасайтын тиімді уақытты таңдауда үлкен көмегі бар.

## **Актуальность исследования**

Пилородуоденальный стеноз как одно из грозных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдается у более 16% больных (Кузин М.И.1996). Сложность проблемы определяется необходимостью в

## **Ultrasonographic Monitoring in Optimization of Surgical Tactics at Pyloro-Duodenal Stenosis**

Sultanaliev T.A., Orazbekov N.I., Sybanbayev D.A.  
National Science Center of Surgeon after the name of A.N.Sizganov,  
The Kazakh Medical University, Almaty Multifunctional Clinical Hospital

**The aim of the research** is study of information value of ultrasonic research in objectification of character of pathology in piloro-duodenal zone, flow of its course, effectiveness of treatment and choice of surgical tactics.

**Research materials and methods.** 70 patients with piloro-duodenal stenosis of ulcer genesis were under our observation, 40 persons of them went through dynamical ultrasonography. All the patients were surgically treated during different terms from the moment of their admission to hospital.

**Conclusions.** Ultrasonic sonography allows objectifying character and degree of structural and functional changes in stomach and piloro-bulbar zone at stenosis of ulcer genesis, identifying, versus FGDS, intramural and extramural changes in periulcerous zone. Dynamical ultrasonography of stomach at ulcerous piloro-duodenal stenosis is isinvasive, respecting and high-informative (up to 87.4%) method of research, and this allows objectifying cicatricial-inflammatory process in piloro-duodenal zone at the background of preoperational nonsurgical therapy, estimating its effectiveness and determining reasonable terms of holding surgical operation.

кратчайшие сроки дифференцировать хирургическую тактику соответственно тяжести нарушения основных функций гомеостаза организма, степени выраженности стеноза пилородуоденальной зоны, характеру морфоструктурных изменений желудка и двенадцатиперстной кишки. Это подразумевает необходимость выделения группы больных, требующих срочного оперативного пособия ввиду неэффективности консервативных лечебных мероприятий, направленных на восстановление пассажа желудочного содержимого. Весьма актуальным здесь, наряду с верификацией степени стеноза пилородуоде-

нальной зоны, является установление вероятной обратимости непроходимости пилорического канала и восстановления дренажной функции желудка, эффективности проводимых интенсивных лечебных мероприятий. Именно эти моменты и предопределяют действия хирурга в конкретной клинической ситуации: оперировать экстренно, при прогнозируемой неэффективности лечебных мероприятий, либо отсрочить операцию на более благоприятный период и восстановить нарушения функции гомеостаза при эффективности консервативного лечения.

Используемые такие диагностические мероприятия, как клинические, рентгенологические исследования и эндоскопия позволяют в комплексе получить существенную первичную информацию о характере патологии, но не дают возможность оперативно судить о динамике ее течения, следовательно, и эффективности ее лечения, ввиду известной технической ограниченности их повторного выполнения в динамике развития патологии вследствие инвазивности, лучевой нагрузки, отказа больного от повторного исследования, недостаточной информативности физикальных и лабораторных исследований.

В этой связи представляют интерес исследования отдельных авторов (Митьков В.В. 1997), направленные на ультрасонографическую объективизацию динамики течения инфильтративно-воспалительного процесса в пилородуоденальной зоне, технические возможности которого и неинвазивность дают возможность широко прибегать к повторным исследованиям. С другой стороны, в отличие от традиционных методов, УЗИ позволяет более точно визуализировать внутривентрикулярные и пристеночные изменения (инфильтрат) в желудке и двенадцатиперстной кишке (Пиманов С.И. 1997). Наряду с этим, только на основании УЗИ можно судить о соотношении таких составляющих стенотического процесса, как воспалительные и рубцовые компоненты, что имеет существенное значение в определении хирургической тактики (Жерлов Г.К. 2000). Так, преобладание рубцового компонента диктует необходимость срочной операции ввиду малой эффективности консервативных мероприятий, а преобладание воспалительной составляющей позволяет предположить возможность проведения консервативного лечения.

Ограниченность числа подобных исследований, особенно в ургентной ситуации, неоднозначность трактовки отдельными авторами значимости эхографических критериев УЗИ определяют необходимость проведения научных изысканий в этом направлении.

### Целью исследования

является изучение информативности ультразвукового исследования в объективизации характера патологии пилородуоденальной зоны, динамики

ее течения, оценке эффективности лечения и выборе хирургической тактики.

### Материал и методы исследования

Под нашим клиническим наблюдением находилось 70 больных с пилородуоденальным стенозом язвенного генеза, из которых 40 пациентов подвергались динамической ультрасонографии. Компенсированная стадия стеноза констатирована в 8 случаях, субкомпенсированная – в 32 и декомпенсированная – в 30. Все больные подвергнуты хирургическому лечению, в различные сроки с момента госпитализации в стационар. Следует отметить, что характер и объем консервативных лечебных мероприятий носили традиционный характер.

Всем 70 больным проведены общеклинические и специальные исследования, включающие ФГДС (у 70), рентгеноскопию желудка и двенадцатиперстной кишки (у 12) и УЗИ (у 40). Для оценки динамики течения патологического процесса в пилородуоденальной зоне, наряду с клинико-лабораторными исследованиями, 20 больным из 70 произвели повторную ФГДС, 40 пациентам выполнено УЗИ в динамике. Повторное эндоскопическое и ультразвуковое исследование проводилось соответственно клинической картине, в сроки от 24 до 96 часов с момента госпитализации. Следует отметить, что абсолютное большинство пациентов (92%) категорически отказывались от повторной ФГДС. Эндоскопические и рентгениследования проводились согласно общепринятым традиционным методикам.

УЗИ желудка и двенадцатиперстной кишки осуществлялась в нашей модификации. При УЗИ обращали внимание на следующие параметры: величину желудка, характер и объем его содержимого, толщину стенок (d), состояние и слоистость стенки, размеры пилорического канала, степень эвакуации желудочного содержимого в 12-перстную кишку, дуодено-гастральный рефлюкс, характер и распространенность периульцерозного инфильтрата, соотношение его воспалительного и рубцового компонентов, состояние поджелудочной железы, печени и билиарных путей.

На первом этапе производился осмотр брюшной полости натощак. Целью второго этапа служило детальное изучение стенок желудка и его полости, в связи с чем осмотр производился с наполнением желудка жидкостью в стандартных проекциях (лежа на спине, на правом боку, на левом боку, стоя) с последующим занесением полученных данных в память компьютера для последующего повторного детального их изучения. При определении скорости эвакуации нами была использована методика, которая заключалась в последовательном определении объема содержимого тела желудка



и его антрального отдела. Расчеты велись на основе размеров поперечных и продольных «срезов» соответствующего отдела желудка. Разработанная методика позволила достаточно хорошо визуализировать все отделы желудка, в том числе пилорического отдела желудка и 12-перстную кишку. Трансабдоминальное УЗИ, в отличие от традиционного рентгенологического и эндоскопического методов исследования, позволило визуализировать не только всю толщу стенки желудка, но и дифференцировать ее слоистое строение, а также анатомические структуры, находящиеся за пределами желудочной стенки.

Статическая обработка полученного материала проводилась путем расчета на ЭВМ средних величин, корреляционного и математического анализа, со сравнительной оценкой результатов клинического, эндоскопического и ультразвуковых исследований.

### Результаты исследования

Анализ клинического статуса больных с пилородуоденальным стенозом язвенного генеза показал, что при поступлении в стационар болевой синдром был констатирован в 85% случаев, в 15% случаев болезнь протекала в безболевой форме. Чувство тяжести и переполнения в эпигастриальной области отмечали 95% пациентов, рвоту съеденной пищей – 75%.

При первичном эндоскопическом исследовании (у 70) при поступлении больного в приемный покой стационара были выявлены следующие изменения: катаральный эзофагит (у 45%), жидкостное содержимое с остатками пищи в просвете желудка (у 85%), растяжение стенок желудка (у 50%), сужение пилорического канала до 5 мм (у 45%), а в 45% случаев он был полностью непроходим для тубуса эндоскопа, деформация пилородуоденальной зоны, различной степени выраженности, установлена в 88% случаев. На основании учета эндоскопических признаков патологии, компенсированная форма пилородуоденального стеноза выявлена в 10% случаев, субкомпенсированная – в 40% и декомпенсированная – в 50%.

На основании рентгенологического исследования (12 больных) у 4-х пациентов обнаружена субкомпенсированная стадия стеноза, у 3-х – декомпенсированная и у 5-компенсированная форма патологии.

Ультрасонографически при первичном исследовании больного были констатированы следующие изменения желудка и 12-перстной кишки: увеличение размеров желудка (в 100%), в том числе, более 10 см - в 45%, 8-10 см – в 40,3% и до 8,0 см в 14,7%. Толщина стенок желудка превышала 7 мм у 20,1% и составила менее 5 мм – у 39,3% пациентов. Перистальтика желудка была замедлена в 40% случаев и практически

отсутствовала в 44,9% случаев. Жидкостное содержимое в желудке регистрировалась во всех клинических случаях, в том числе в объеме до 100 мл – в 9,4%, 100-300 мл – в 19,5%, свыше 300 мл – в 70,1%. В момент исследования эвакуация желудочного содержимого в 12-перстную кишку была замедлена во всех случаях (100%), а полная задержка наблюдалась в 25,6%. Эхографический диаметр пилорического канала у 15% больных колебался от 5 мм до 7 мм, был менее 5 мм – у 50,4%.

При ультразвуковом исследовании структуры стенок желудка в пилорической зоне отмечено нарушение ее слоистости со стиранием границ между слоями, отечность и очаги уплотнения. УЗИ позволило выявить инфильтративные изменения и в пристеночной ткани пилородуоденальной зоны в виде ее уплотнения и инфильтрации, у 55,6% больных с пилородуоденальным стенозом. Причем в 44,8% случаев диаметр периульцерозного инфильтрата составил 2,5 см, в 10,2% - 2,5-4 см и в 4,1% - более 4 см. Анализ в совокупности всех параметров УЗИ позволил констатировать компенсированный стеноз луковицы двенадцатиперстной кишки у 15% больных, субкомпенсированный – у 35,2% и декомпенсированный – у 48,8% пациентов.

Динамика течения рубцово-воспалительного стенотического процесса в пилородуоденальной зоне характеризовалась у 36,4% больных положительными сдвигами клинических параметров. Так, болевой синдром и признаки нарушения пассажа желудочного содержимого практически нивелировались на 3-5 сутки на фоне проводимой консервативной терапии (у 69,1%), что сопровождалось и улучшением общего статуса больных. В остальных случаях (у 30,9%) сохранялись признаки желудочного стаза, что требовало прибегать к срочной операции. Однако в абсолютном большинстве случаев (у 72,4%) операция была предпринята на фоне консервативной терапии уже на 1-3 сутки госпитализации, ибо клинические признаки заболевания практически нивелировались на фоне консервативного лечения (декомпрессия желудка зондом и инфузионная терапия).

Эндоскопически (у 20) динамика течения заболевания к 3-5 суткам характеризовалась следующей картиной: стихли явления эзофагита (у 30%), объем жидкостного содержимого в просвете желудка резко уменьшился у 25%, фиксировались уменьшение отека и воспалительной инфильтрации – у 39,6% больных и только в 9,8% случаев сохранялась картина полной непроходимости пилорического канала для тубуса аппарата. В целом улучшение клинического статуса и купирование острых явлений стеноза пилородуоденальной зоны наблюдалась у 59,4% больных. Лечение оказалось в этом плане малоэффективным в 40,6% случаях.

Повторное УЗИ (у 40), проводимое на фоне консервативной терапии, показало на 3-5 сутки следующую картину: восстановились тонус и естественные размеры желудка в 69,8% случаев; так, сонографические размеры желудка 5,8-8,0 см отмечены у 51,4% больных. В то же время толщина стенки желудка у абсолютного большинства больных уменьшилась до 5-7 мм (у 80%) и оставалась более 7 мм лишь у 4,9%. Кроме того, регистрировалась и активная перистальтика желудка в 25,1% случаев, отсутствие перистальтики – в 5,2%. Эвакуация жидкостного содержимого желудка восстановилась у 49,1%, оставалась замедленной – у 29,9% и полностью отсутствовала у 5,0% пациентов. Диаметр привратника оставался менее 5 мм в 44,7% и был более 5 мм – в 40,0%. УЗ картина периульцерозного инфильтрата характеризовалась положительной динамикой, стабилизацией и тенденцией к уменьшению его распространенности у 50,1% больных, в то же время у 6 пациентов (15%) величина инфильтрата оставалась более 2,5 см. На основании повторного УЗИ установлено, что в динамике течения патологического процесса в пилорoduоденальной зоне консервативное лечение оказалось эффективным только у 46,5% больных, эндоскопически – у 44,5% больных. УЗ картина декомпенсированного стеноза сохранялась у половины (43,5%) исследуемых больных, что определяло необходимость в срочном хирургическом вмешательстве у этих пациентов.

### Обсуждение результатов

Ретроспективный анализ клинических данных, фиксируемых при поступлении в стационар, показал, что у пациентов с пилорoduоденальным стенозом язвенного генеза, язвенный анамнез был выявлен лишь у 51,7%, то есть у 48,3% болезнь не манифестировалась, болевой синдром отсутствовал у 15% больных, а такой кардинальный признак стеноза, как рвота застойным желудочным содержимым и съеденной пищей отсутствовал у 25% наблюдавшихся больных. Сказанное позволяет констатировать, что у определенной части больных (около 25-30%) пилорoduоденальный стеноз протекает мало-, либо бессимптомно, в скрытой, латентной форме, что создает определенные трудности в объективизации характера патологии, особенно у врачей первичного звена и при компенсированных и субкомпенсированных формах заболевания. Поэтому основной акцент в верификации данной патологии отводится специальным инструментальным методом исследования.

Рентгенологические контрастные методы исследования желудка и 12-перстной кишки, предпринятые у 12 больных с пилорoduоденальным стенозом, практически во всех случаях позволило идентифицировать характер патологии и степень стеноза. Однако длительность

исследования, связанная с необходимостью наблюдения за пассажем бариевой взвеси, делает его малопривлекательным, особенно в условиях срочности патологии.

Эндоскопическое исследование желудка и 12-перстной кишки дало возможность полностью идентифицировать характер патологии пилорoduоденальной зоны, установить этиологию и степень стеноза пилорического канала. Однако информация, полученная при ФГДС, не позволяла судить о характере и степени периульцерозного процесса, степени выраженности воспалительного и рубцового компонентов, состоянии поджелудочной железы.

Ультразвуковая эхолокация желудка и 12-перстной кишки, предпринятая в условиях пилорoduоденального стеноза, оказалась достаточно информативным методом исследования, дало возможность на основании таких косвенных признаков, как величина желудка, характер и объем его содержимого, состояние стенок и пассажа желудочного содержимого в 12-перстную кишку, размеры пилорического канала, тонус и перистальтика органа судить о характере патологии и степени функциональных нарушений желудка. К тому же, в отличие от ФГДС, получена дополнительная информация о наличии и выраженности периульцерозного инфильтрата, состоянии поджелудочной железы. Принимая во внимание неинвазивность исследования, возможность его повторного применения, легкую переносимость больным, УЗИ желудка может служить одним из основных методов контроля динамики течения патологии и эффективности лечения.

Объективизация динамики течения рубцово-воспалительного процесса в пилорoduоденальной зоне и своевременная оценка эффективности проводимых интенсивных лечебных мероприятий дает возможность установить тенденции ее развития, либо в сторону прогрессирования, либо – стабилизации и регрессирования, что имеет существенное значение в определении хирургической тактики. Поэтому выявление объективных параметров, позволяющих контролировать течение воспалительно-рубцового процесса, дает возможность хирургу руководствоваться ими и строить соответствующую тактику, отсрочить операцию при верификации стабилизации и регрессирования процесса, подготовить адекватно больного и оперировать его в более благоприятных условиях, исключив негативные моменты экстренной операции. В этой связи, выявление маркеров течения воспалительного процесса в пилорoduоденальной зоне, позволяющие объективно судить о его динамике имеет большое практическое значение.

В динамике течения заболевания, на 3-5 сутки, на фоне проводимого лечения, большинство клинических параметров патологии нивели-

рвались (болевой синдром, рвота и др.), что, вероятно, связано с постоянной декомпрессией желудка (назо-гастральная аспирация) и фармакотерапией (спазмолитики, обезболивающее и др.). Поэтому судить адекватно о характере течения заболевания на основании только клинических данных не представлялось возможным. Хотя субъективно, свыше 60% больных отмечали улучшение состояния. Эндоскопическое исследование, проведенное в динамике на 3-5 сутки после госпитализации больного в стационар, позволило верифицировать положительную тенденцию в течении заболевания, эффективность консервативных мероприятий, позволивших добиться восстановления пассажа желудочного содержимого у 40,5% обследованных больных, что обусловило необходимость производства срочной операции в остальных 45,5% случаях. То есть ФГДС - достаточно высокоинформативный метод объективации динамики течения патологического процесса в пилорoduоденальной зоне, что дает возможность хирургу выбрать адекватную хирургическую тактику. Однако тяжелая переносимость метода отдельными лицами, к сожалению, ограничивает возможность его повторного применения ввиду отказа большинства больных (50% и более). Ультразвуковая эхолокация, произведенная в динамике на 3-5 сутки с момента госпитализации, показывала в целом аналогичные ФГДС результаты, положительную динамику течения воспалительно-рубцового процесса в пилорoduоденальной зоне, наблюдавшегося у более 43,5% больных. В то же время, УЗИ дало возможность верифицировать и динамику течения периульцерозного инфильтрата, который более чем у половины (у 21) из исследуемых больных стабилизировался и уменьшился в размерах, что говорит о достаточной разрешающей способности метода, который может служить объективным маркером динамики течения патологии и оценки эффективности лечебных мероприятий. Технические характеристики, доступность и простота исследования делают возможным повторное применения метода.

Сравнительная оценка эффективности различных методов исследования патологического процесса в пилорoduоденальной зоне, проведенного в динамике, свидетельствует о некотором несоответствии полученных результатов. Так, клинические данные свидетельствовали о нивелировании через 3-5 суток признаков непроходимости пилорического канала у 60% больных. В то же время, повторная ФГДС показала восстановление желудочного пассажа лишь у 46,5% больных, а в 10% случаев пилорический канал оставался полностью непроходим. Параллельно проведенное УЗИ позволило констатировать данные, близкие к результатам ФГДС: тенденцию к уменьшению размеров желудка и появления перистальтики желудка у

25% больных, уменьшения объема желудочного содержимого - у 65% с тенденцией к восстановлению дренажной функции желудка, раскрытие пилорического канала - у 43,5% больных. То есть УЗИ признаки патологии, как исходно, так и в динамике ее течения проявляли параллелизм с данными эндоскопического исследования, в отличие от клинических данных.

В связи с этим, для установления характера взаимосвязи результатов ФГДС и УЗИ проведен корреляционный анализ полученных данных. При этом установлена высокая степень корреляционной связи между результатом этих методов исследования, полученными до и на фоне консервативного лечения ( $r = -0,9$ ).

Результаты факторного математического анализа позволили установить диагностическую ценность метода УЗИ, относительно метода ФГДС, при пилорoduоденальных стенозах, достигающую 87,4%.

Проведенный нами поэтапный логистический регрессионный анализ выявил тесную связь между степенью нарушения основных функций гомеостаза организма больных с пилорoduоденальным стенозом и следующими ультразвуковыми параметрами: величина желудка (0,771), наличие жидкостного содержимого в желудке (0,199), толщина стенки желудка (0,169), диаметр привратника (0,05), наличие инфильтрата в пилорoduоденальной зоне (0,035). Путем балльной оценки каждого параметра, в градиенте от 1 до 3 баллов и математического расчета, согласно разработанной нами формуле, получен интегральный показатель  $r$ , значения которого могут варьировать в пределах 0 -  $r$  - 1. При значениях  $r$  до 0,93 можно говорить о легкой форме течения пилорoduоденального стеноза, его значения от 0,93 до 0,97 свидетельствует о средней степени тяжести патологии, значения  $r$  более 0,97 - о тяжелой форме течения заболевания.

Следовательно, ультрасонографический метод исследования желудка и 12-перстной кишки при стенотических поражениях выходного отдела желудка язвенного генеза может служить существенным подспорьем ФГДС и дополнительным методом обследования больных при поступлении в стационар. В оценке динамики течения стеноза пилорoduоденальной зоны УЗИ эхолокация является объективным методом контроля течения патологии и оценке эффективности консервативного лечения, что позволяет объективизировать выбор адекватной хирургической тактики.

Трансабдоминальная эхосонография желудка и двенадцатиперстной кишки, проведенная в динамике течения стеноза пилоробульбарной зоны на 24-96 часов после госпитализации позволила установить в 56,5% случаев неэффективность консервативного лечения и предпринять срочную операцию.

## Выводы

1. Ультразвуковая сонография позволяет объективизировать характер и степень структурных и функциональных изменений в желудке и пилоробульбарной зоне при стенозах язвенного генеза, идентифицировать, в отличие от ФГДС, внутри- и внестеночные изменения в периульцерозной зоне.
2. Технические преимущества УЗИ, неинвазивность и экономичность, доступность и вместе с тем высокая информативность позволяют использовать его для контроля динамики течения рубцово-инфильтративного процесса в пилоробульбарной зоне и оценке эффективности консервативной терапии и соответственно, определить хирургическую тактику.
3. Динамическая ультрасонография желудка

при язвенном пилородуоденальном стенозе является неинвазивным, щадящим и высокоинформативным (до 87,4%) методом исследования, что позволяет объективизировать рубцово-воспалительный процесс в пилородуоденальной зоне на фоне проводимой предоперационной консервативной терапии и оценить ее эффективность, установить рациональные сроки производства операции.

4. Разработанная методика выбора лечебной тактики у больных с язвенным пилородуоденальным стенозом различной степени тяжести, основанная на учете данных динамической ультрасонографии желудка позволила снизить частоту ранних послеоперационных осложнений и послеоперационную летальность.

## Литература

1. Лемешко З.А., Пиманов С.И. Ультразвуковое исследование желудка. Ультразвуковое исследование двенадцатиперстной кишки. Ультразвуковое трансабдоминальное исследование кишечника // Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Т.4 / Под ред. В.В. Митькова. - М.: Видар, 1997. - С. 9-80.
2. Селиванов В.И. Значение ультразвукового исследования в комплексной диагностике язвенной болезни желудка: Дис. ... канд. мед. наук. - Уфа, 1997. - 161 с.
3. Коротько Г.Ф. Двенадцатиперстная кишка – ключевая роль // Осложненные формы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (этиология, патогенез, патоморфология, патофизиология, клиника, диагностика, лечение) под ред. В.И. Оноприева, Г.Ф. Коротько, Н.В. Корочанской. – Краснодар. – 2002. – С. 45-58.
4. Blum A.L. et al. Aktuelle gastroenterologische Diagnostik. - В.; Heidelberg; N. Y.: Springer, 1985.
5. Fuentes R. et al. New ultrasonic finding in perforated ulcer [letter] // Lancet. - 1991. - Vol. 23, № 337 (8743). - P. 733.

## Выбор оптимального способа хирургического лечения больных с эхинококкозом печени

Д.С. Токсанбаев

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

Директор ННЦХ – профессор Султаналиев Т.А.

УДК 616.36 – 089

### **Бауыр эхинококкозын хирургиялық емдеудің тиімді әдісін таңдау**

М.А. Сейсембаев, Б.Б. Баймаханов, М.Е. Рамазанов, М.М. Сахипов, Д.С. Тоқсанбаев, Д.Ш. Бетирова, О.Т. Ибекенов

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

Бауыр хирургиясы бөліменді 2000-2008 жылдар аралығында 365 науқасқа бауыр эхинококкозына байланысты хирургиялық ем жасалды. Физикалық деректер мен эпиданамнезінен басқа, диагностикалық бағдарламаға – УДЗ, КТ және МРТ сыйқты аспаптық зерттеу әдістері қолданылды.

Біріншілік эхинококкоз 312 (85,5%) науқаста, рецидивті эхинококкоз 53 (14,5%) науқаста анықталды. 329 (90,2%) науқаста операция дәтүрлі лапаротомия арқылы жасалса, 36 (9,8%) науқасқа лапароскопиялық эхинококкэктомия жасалды.

Лапароскопиялық эхинококкэктомиядан кейін 2,7% жағдайда спецификалық асқынулар анықталды. Ал қалдық қуысын капитонаж әдісімен өңдеу арқылы лапаротомиялық эхинококкэктомиядан кейін асқыну жиілігі 9,7% жағдайда кездесті.

### **Актуальность**

Эхинококкоз печени является тяжелым паразитарным заболеванием человека и продолжает оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой во многих странах мира. Однако она не имеет тенденции к снижению, более того, в последнее время отмечается распространение эхинококкоза не только среди людей, занимающихся животноводством, но и среди городского населения.

Высокая частота послеоперационных осложнений до 57%, рецидивы заболевания, варьирующие в пределах от 3% до 54% сопровождаются множественными повторными оперативными вмешательствами, и приводит к стойкой инвалидизации больных. Летальность при хирургическом лечении больных с эхинококкозом печени даже в клиниках, располагающих значительный опыт лечения этого заболевания, остаётся высокой и достигает 3,1-8,6%.

Диагностика эхинококкоза печени и органов брюшной полости в наше время не представляет сложностей. Однако в диагностике и лечении

### **Selection of optimal surgical approaches to hydatid disease of liver**

М.А. Seisembaev, B.B. Baimakhanov, M.E. Ramazanov, M.M. Sakhipov, D.S. Toxanbayev, D.CH. Betirova

National Scientific Centre of Surgery, Almaty,

During the period from 2000 to 2008, 365 various operative treatments of hydatid disease of liver were conducted in department of liver surgery. In addition to physical examination and epidemiological anamnesis, diagnostic program included EIA test-reactions, ultrasonic examination, computer tomography and MR-imaging when justified.

Primary hydatid disease of liver was revealed in 312 patients (85.5%), recurrent – in 53 patients (14.5%). Laparoscopy was performed at 36 patients (9.8%) using standard techniques, and laparotomy was performed at 329 (90.2%) patients. Specific complications following laparoscopic echinococectomy were registered in 2.7% cases. Complication rate recorded after laparotomy echinococectomy with capitonnage of residual cavity comprised 9.7%.

эхинококкоза печени и его осложнений существует ряд окончательно нерешенных вопросов, обусловленных социальным прогрессированием, рецидивами заболевания, трудностью дифференциальной диагностики.

До сих пор среди хирургов недостигнуто единогласие в вопросах выбора методов обработки фиброзной капсулы и способов ликвидации остаточных полостей, возникающих после эхинококкэктомии.

Несмотря на большое количество исследований, в которых доказана инвазия сколексами фиброзной оболочки, отношение хирургов к данному вопросу остается неоднозначным. Ряд клиницистов считают оставление фиброзной оболочки с тщательной противопаразитарной обработкой вполне обоснованным, а другие радикальной операцией считают полное удаление фиброзной капсулы.

Но удельный вес радикально произведенных хирургических вмешательств при эхинококкозе печени не превышает 21%-53%. Наибольшее количество осложнений и наиболее серьезные

из них возникали при выполнении резекций печени и перицистэктомии.

*Таким образом, вышеизложенное побуждает нас к поиску новых способов совершенствования радикальных методов лечения социально значимых хирургических заболеваний печени направленных на профилактику послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.*

### Цель работы

Обоснование выбора оптимального способа хирургического лечения больных с эхинококкозом печени.

### Материал и методы

В работе обобщены и проанализированы результаты хирургического лечения 365 больных с эхинококкозом печени находившихся в отделении хирургии печени ННЦХ с 2000 по 2008 гг. Из них женщин 227 (62,2%), мужчин 138 (37,8%), в возрасте от 15 до 67 лет.

Помимо физикальных данных и эпидемиологического анамнеза всем больным с диагностической целью проводили УЗИ и в некоторых случаях дополнительно проводили КТ или МРТ для уточнения локализации кисты и взаиморасположения ее с сосудами и печеночными протоками.

Первичный эхинококкоз отмечен у 312 (85,5%), рецидивный – у 53 (14,5%) пациентов. Неосложненная форма эхинококкового поражения имела у 284 (77,8%), осложненная – у 81 (22,1%) больных. Одиночное поражение наблюдалось у 262 (71,8%), множественное (более 2) – у 103 (28,2%) больных. Локализация кист в правой доле печени отмечена у 198 (54,3%), в левой – у 64 (17,5%) и множественные билобарные поражения без или в сочетании с топикой эхинококковых кист в других отделах брюшной полости – у 103 (28,2%) больных.

### Результаты и их обсуждение

Лапароскопическая эхинококкэктомия выполнена у 36 (9,8%) больных, которая производилась по общепринятой методике PAIR (пункция - аспирация содержимого - инъекция сколексоцидного агента - реаспирация). Показаниями служили: первичные солитарные кисты печени размером не более 7-8 см, локализованные в доступных сегментах, без признаков нагноения и прорыва в желчные пути.

При выполнении лапароскопические вмешательства сопровождалась эндовидеоскопической резекцией стенки кисты и дренированием остаточной полости у 7 больных. Остаточную полость кисты тампонируют прядью большого сальника в 26 случаях. В 3 случаях операция завершена тотальной перицистэктомией. Выявленных цистобилиарных свищей не отмечено.

Вмешательства лапаротомным доступом представлены открытыми эхинококкэктомиями с капитонажем остаточной полости у 228 больных, в 59 случаях операция завершена оментогепатопексий. Тотальная перицистэктомия выполнена в 26 случаях, субтотальная перицистэктомия в 7 случаях, левосторонняя кавальная лобэктомия в 4 случаях и комбинированные вмешательства на печени, т.е. резекция печени и тотальная перицистэктомия выполнена 5 больным.

Остаточную полость обрабатывали термическим способом, с помощью горячего раствора с дополнительной обработкой раствором повидона, с экспозицией 4-5 минут.

После лапароскопической эхинококкэктомии из печени наблюдались следующие осложнения - в 1 (2,7%) случае отмечено желчеистечение по дренажу из остаточной полости, который самостоятельно закрылся; а в 3 (8,3%) случаях наблюдалось скопление выпота в остаточной полости, им произведена пункция под контролем УЗИ с последующим выздоровлением. Послеоперационный период характеризовался более благоприятным течением. Рецидивов заболевания и летальных исходов не отмечено.

Осложнений у больных после лапаротомной эхинококкэктомии с капитонажем остаточной полости составила 9,7%. Из них в 21 (6,4%) случае наблюдалось скопление выпота с нагноением в остаточной полости печени. Формированием наружного желчного свища послеоперационное течение осложнено в 7 (2,1%) случаях. А также абсцесс в поддиафрагмальных пространствах наблюдался у 4 (1,2%) больных. Из них, в трех случаях выполнена пункция и дренирование под контролем УЗИ, в одном – релапаротомия, вскрытие, дренирование гнойника.

Среди категории больных перенесших изолированную перицистэктомию или в комбинации с резекцией печени, послеоперационный период протекал без специфических осложнений. У двух больных по контрольным дренажам отмечено желчеотделение, которое разрешилось самостоятельно. Случаев абсцедирования выпота, пункции под контролем УЗИ не отмечено.

В период наблюдения по поводу рецидива заболевания в различные сроки после капитонажа остаточной полости оперировано 11 (3,3%), после различных вариантов перицистэктомии – случаев рецидива заболевания не зарегистрировано. Летальный исход отмечен в трех случаях, что составил 0,9 % больных.

### Заключение

Оптимальной тактикой хирургического лечения при эхинококкозе печени являются перицистэктомия и резекция печени. При сравнительной оценке непосредственных результатов частота послеоперационных специфических осложнений представляется минимальной.

Литература

1. Журавлев В.А., Черемисов О.В. Традиционное, новое и спорное в хирургии эхинококкоза печени //Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10. №2. С. 109.
2. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Махмудов У.М. Комплексный подход к хирургическому лечению эхинококкоза печени и органов брюшной полости //Материалы научно-практической конференции. Ташкент. 2004. С. 50.
3. Вишневский В.А., Кубышкин В.А., Чжао А.В., Икрамов Р.З. Операции на печени //Руководство для хирургов. М.: «Миклош», 2003. – 162 с.
4. Альперович Б.И., Сорокин Р.В., Толкаева М.В., Будков С.Р. Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени //Анналы хирургической гепатологии. 2006. Т. 11. №1. С. 7.
5. Полуэктов В.Л., Шутков В.Ю., Никитин О.В. Хирургическое лечение эхинококкоза печени //Анналы хирургической гепатологии. 2006. Т. 11. №2. С. 12.
6. Вишневский В.А. Кахаров М.А., Камолов М.М. Радикальные операции при эхинококкозе печени //Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10. №2. С. 106.

# Использование чрезкожной надсосудистой магнито-лазерной терапии в сочетании с антиоксидантом в коррекции эндотоксикоза при остром панкреатите

Мамедов А.С.

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

## Актуальность проблемы

Заболеваемость острым панкреатитом из года в год неуклонно растет и занимает третье место среди острых заболеваний органов брюшной полости, составляя 5-10%(1,2,3,4,6,7). Диагностика и лечение острого панкреатита на протяжении нескольких десятилетий остается одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии. Летальность при деструктивных формах достигает 50%, и до настоящего времени прогнозировать течение и исход заболевания невозможно из-за неясности патогенеза заболевания(1,2,3,5,7).

Возникающие при остром панкреатите эндогенная интоксикация и окислительный стресс, часто прогрессирующие даже после операции, заставляет хирургов искать новые возможности предупреждения этих тяжелых последствий. Вследствие этого, актуальным является поиск новых методов лечения больных с острым панкреатитом, в том числе малоинвазивных вмешательств (1,4,7), одним из которых являются лазеры. Проблема использования низкоинтенсивных лазеров в лечении острого панкреатита в настоящее время актуальна. Появились работы об эффективности одновременного применения низкоэнергетического лазерного излучения и постоянного магнитного поля в эксперименте и клинике(6,7,8,9,10), в которых авторами было доказано, что биостимулирующее действие лазерного излучения и магнитного поля более активно выражено при одновременном воздействии на биологический объект, чем при раздельном использовании указанных физических факторов. Снижение общей интоксикации на фоне магнито-лазерной терапии, улучшение органной и периферической гемоперфузии и быстрое купирование клинических проявлений заболевания доказывают эффективность применяемой схемы МИЛ-терапии путем воздействия на патогенетические звенья острого панкреатита. Всё вышеизложенное послужило основанием для проведения научно-клинического исследования с применением чрезкожной надсосудистой магнито-лазерной терапии в сочетании с современными антиоксидантами в комплексном

лечении острого панкреатита путем регуляции в организме синдрома эндогенной интоксикации, который имеет немаловажное значение в патогенезе острого панкреатита(ОП).

## Целью исследования

явилось использование чрезкожной, надсосудистой магнито-лазерной терапии в сочетании с антиоксидантом мексидолом в комплексном лечении больных острым панкреатитом.

## Материалы и методы исследования

В Научном центре хирургии им.М.А. Топчибашева на лечении находились 60 больных с различными формами острого панкреатита, в возрасте от 32 до 68 лет, из них 40 женщин и 20 мужчин, которые были разделены на две группы:

I - В контрольной группе 15 больным проводилась стандартная традиционная терапия, II - В основной группе, больные были подразделены на три подгруппы(А,Б,С): В первой основной подгруппе А - 10 больных, которым была выполнена традиционная терапия + внутримышечное введение мексидола; во второй основной подгруппе Б - 15 больным была выполнена традиционная терапия + чрезкожная надсосудистая МИЛ терапия в проекции магистральных сосудов; в третьей основной подгруппе С - 20 больным была выполнена традиционная терапия + сочетание мексидола + чрезкожное надсосудистое магнито-лазерное облучение крови в проекции бедренных сосудов аппаратом «Мильта-Ф» мощностью на выходе световода 20 мВт в течение 10-12 дней один раз в сутки с экспозицией 14-16 минут в сочетании с антиоксидантом мексидолом.

Эффективность комплексного лечения, включающего чрезкожное магнито-лазерное облучение в сочетании с антиоксидантом мексидолом оценивали по общему состоянию больных, клиническому течению заболевания и по лабораторным данным. Всем пациентам определяли показатели активности процессов перекисного окисления липидов(ПОЛ), малонового диальдегида, карбониллов, определяли



антиоксидантную активность - SH - групп, средних молекул.

Наиболее интересным аспектом было наблюдение за показателями ПОЛ. Детальный анализ каждого показателя выявил, что на 1 сутки у наших больных отмечалось снижение уровня SH- групп в среднем до 0,33 (при норме 0,37±0,08 - p<0,01), повышение уровня СМ до 0,65 (при норме 0,4 - p<0,05); МДА в 1,6 раз (2,2 - p<0,01) и карбонил в 1,3 раза (0,9 - p<0,04).

Динамическое наблюдение на 3, 7, 14 сутки показало, что концентрация SH - групп на 3 сутки нарастало у всех пациентов: в контрольной группе -103%, во основной подгруппе А - 132%, в основной подгруппе Б - 140%, в основной подгруппе С - 157%.

Концентрация СМ на 3 сутки в среднем в контрольной группе составляло к норме 133%, во основной подгруппе А - практически соответствовало норме (101%), в основной подгруппе Б - 110% от нормы и в основной подгруппе С - 85% от нормы, а на 7 сутки соответственно - 105%, 80%, 90% и 75%. На 14 сутки у всех пациентов отмечалось нормальное количество СМ.

Малоновый диальдегид и карбониды как важнейшие маркеры интенсификации ПОЛ на 3 сутки были значительно повышены. В контрольной группе уровень концентрации МД и КБ в крови составили 1,8±0,07 (при норме 1,45±0,2, p<0,01) и 0,83±0,12 (при норме 0,7±0,1, p<0,05), во основной подгруппе А - 1,6±0,1 (p<0,02) и 0,71±0,06 (p<0,05), в основной подгруппе Б - 1,82±0,18 и 0,85±0,07 (p<0,05) и в основной подгруппе С - 1,44±0,12 и 0,7±0,07 (p<0,03 и p<0,07 при сравнении с нормой), то есть на 3 сутки, отмечалось достоверная нормализация показателей МД в основной подгруппе С и тенденция к нормализации карбонидов в основной подгруппе А и в основной подгруппе С. К 7 суткам у пациентов основной подгруппы А и в основной подгруппе С концентрация МД и КБ соответствовали допустимым значениям нормы, а в основной подгруппе А и в основной подгруппе Б были повышены. К 14 суткам осталось незначительное повышение уровня МД у пациентов, получавших традиционную терапию. У больных в основных подгруппах А, Б, С уровень

Таблица № 1. Динамика показателей эндогенной интоксикации на 3 сутки

Показатели	Контр. группа n-15	Основная подгруппа Аn-10.	Основная подгруппа Бn-15.	Основная подгруппа Сn-20
SH- группа	0,3810,03 103%	0,49±0,03* 132%	0,52±0,09* 140%	<b>0,58±0,1**</b> 157%
Средние молекулы	0,53±0,01 133%	0,4±0,06* 101%	0,44±0,06* 110%	0,34±0,02* 85%
Малоновый диальдегид	1,8±0,07 127%	1,6±0,1* 110%	1,82±0,18 125%	1,44±0,12 99%
Карбониды	0,83±0,12 118%	0,71±0,06* 101%	0,85±0,07 121%	0,7±0,07* 100%

(\*\* p<0,01 \* p<0,05 по сравнению с первоначальным показателем)

Таблица №2. Динамика показателей эндогенной интоксикации на 7 сутки

Показатели	контроль. группа n-15	Основная подгруппа А n-10	Основная подгруппа Бn-15.	Основная подгруппа Сn-20
SH- группа	0,32±0,07	0,4±0,09	0,41 ±0,07*	0,39±0,03*
Средние молекулы	0,42±0,06	0,32±0,02*	0,36±0,3*	0,3±0,01**
Малоновый диальдегид	1,61±0,14	1,4±0,12*	1,5±0,1	1,32±0,08*
Карбониды	0,76±0,03 1	0,67±0,08*	0,72±0,08*	0,64±0,1*

(\*\* p<0,01 \* p<0,05 по сравнению с первоначальным показателем)

Таблица № 3. Динамика показателей эндогенной интоксикации на 14 сутки

Показатели	контроль. группа	Основная подгруппа А	Основная подгруппа Б	Основная подгруппа С
SH- группа	0,3±0,03	0,37±0,02	0,35±0,07	0,36±0,04*
Средние молекулы	0,39±0,06	0,26±0,04*	0,38±0,03*	0,21 ±0,02**
Малоновый диальдегид	1,52±0,31	1,32±0,06*	1,39±0,18*	1,29±0,1**
Карбониды	0,65±0,05	0,6±0,08*	0,64±0,1	0,5±0,08**

(\*\* p<0,01 \* p<0,05 по сравнению с первоначальным показателем)

МД и КБ соответствовал нормативному диапазону. Анализ МД И КБ показал, что их нормализация в основной группе достигалась в среднем на 8,3±4,3 сутки раньше, чем у пациентов контрольной группы, а в основной подгруппе А - на 7,1±0,9 суток раньше, чем в контрольной группе.

Таким образом, положительный эффект лазеротерапии обеспечивает увеличение количества SH-групп, играющих важную роль в нейтрализации К липидного радикала, КООН (гидроперекиси липида) и К.ОО (радикала перекиси), т.е. в ингибиторов "агрессивных" радикалов ПОЛ. Этим обеспечивается антиоксидантный эффект ЧКНСМИЛ терапии. Что касается мексидола, то его влияния обеспечивает быструю "инактивацию" самих продуктов распада и метаболитов липидов - МДА и карбониды(КБ), а также быструю нормализацию СМ, влияющих на синглетный кислород (один из сильнейших веществ повреждающих клетку). Быстрая нормализация СМ свидетельствует о своевременной нейтрализации O<sub>2</sub>.

## Литература

1. Алиев И.М. Магнито-лазерная терапия в комплексном лечении и профилактики печеночной недостаточности при механической желтухе: Автореф. дисс.... канд.мед.наук.- М., 1989. – 26 с.
- 2.Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. - 1995. - с. 3 -60.
3. Зеленин В. А. Применение внутривенного лазерного облучения крови в лечении больных с хроническим панкреатитом « Ижевская медицинская академия. - автореф. дисс... канд. мед. наук. - 1995. - с. 16
4. Зеленин В.А., Каримова Ю.Т., Баженов А.Н. К вопросу исследования функционального состояния поджелудочной у больных хроническим панкреатитом и изменений его в процессе лазеротерапии « Современные тенденции развития гатроэнтерологии. - Ижевск. - 1995. - с. 73 -74.
5. Майоров Ю.А. Определение уровня перекисного окисления липидов и антиоксидантной активности в оценке эндогенной интоксикации при остром панкреонекрозе «Нижегородской медицинский журнал. - 1998. - № 1 . - с. 83-88.
- 6.С.Винник, Д.В.Черданцев, А.А.Вахрунин, О.В.Первова, В.А.Грушкин « Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на микроциркуляцию и систему антиперекисной защиты при экспериментальном панкреатите.- Сб.статей «Методология флоуметрии».- М., 1999.- С.69-79
7. Гейниц А.В., Тогонидзе Н.А., Максименков А.В. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексной терапии механической желтухи доброкачественного генеза» Лазерная медицина. – 2001. - Т5. - №4. - С.42-47
8. Брискин В.С., Иванов А.Е., Эктов П.В. и др. Влияние эндоскопических и малоинвазивных технологий на улучшение результатов лечения больных желчекаменной болезнью»Эндоскопическая хирургия. – 2000. - №2. - С.11-12
9. Максименков А.В., Тогонидзе Н.А., Азизов Ю.М.» Показатели эндогенной интоксикации и окислительного стресса в определении степени тяжести и тактики ведения у больных механической желтухой обусловленной холедохолитиазом. «Материалы 10 юбилейной международной конференции хирургов- гепатологов России и стран СНГ, г. Москва, Журнал Анналы хирургической гепатологии», 2003 г., т.8, № 2, С.317-318
- 10.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.
- 11.Мамедов А.А., Мамедов М.М. Магнито-Иклазерное излучение. Реальность и перспективы»бзор литературы/ Журнал «Здоровье» « № 5, 2004,С26-31
- 12.Мамедов А.А., Мамедов М.М. Магнито-Иклазерное излучение. Реальность и перспективы»бзор литературы»Журнал «Здоровье» 2005,№ 5,С26-31

# Использование новых технологий в хирургическом лечении острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста с высокой степенью риска. Обзор литературы

Керимов В.Н.

Городская клиническая больница № 2 г. Казань, РФ,

Центральная клиническая больница № 1 г. Баку, Азербайджан

Проблема желчнокаменной болезни и заболеваний желчного пузыря, имеющая многовековую историю, несмотря на достигнутые успехи клинической медицины до настоящего времени является одной из актуальнейших проблем современной клинической медицины и хирургии в частности (1,2,3,4).

Холецистит в наши дни является достаточно распространенным заболеванием, поражающим практически все возрастные категории населения, особенно у женщин. По данным ряда авторов (5,6), частота заболевания у взрослого населения составляет 1,4% на 1000 человек. Однако нельзя не отметить, что различные возрастные категории имеют свои специфические особенности. Как было указано ранее, это заболевание существует в виде двух форм: острый холецистит (ОХ) и хронический холецистит (ХХ). По мнению некоторых авторов (6,7), 25,7% больных страдают ОХ и приблизительно 74,3% - ХХ.

В геронтологической практике преобладают случаи калькулезного ОХ и в последние годы (7) это заболевание выходит на первое место среди других экстренных заболеваний органов брюшной полости. Клиническая картина течения ОХ у пациентов пожилого и старческого возраста в большинстве случаев стерта и не соответствует глубине морфологических изменений и тяжести процесса. У рассматриваемой категории ОХ часто сочетается с поражением и других органов пищеварения, а также сердечно-сосудистой системы. Часто ОХ в этом возрасте провоцирует приступ стенокардии. Послеоперационная летальность при ОХ в этой группе пациентов остается достаточно высокой 10-20% (в отличие от летальности у пациентов в возрасте < 60 лет - < 1%) и, к сожалению, в последние десятилетия не имеет тенденции к снижению. Среди современных авторов до настоящего времени сохраняются принципиальные разногласия по вопросу о выборе оптимальных сроков выполнения оперативного вмешательства и хирургической тактике (8,9). Одни из них являются сторонниками консер-

вативного ведения больных в остром периоде, другие отстаивают необходимость расширения показаний к экстренному оперативному вмешательству. По существующим представлениям, больные с острым холециститом (ОХ) подлежат обязательной госпитализации в хирургическое отделение. Вне зависимости от того, возникло ли острое воспаление желчного пузыря на фоне желчно-каменной болезни или без нее, лечение в первые часы от начала приступа, при отсутствии признаков перитонита, должно быть консервативным.

Наличие признаков деструктивного холецистита является показанием к оперативному вмешательству с предварительным проведением детоксикационной терапии. В последние десятилетия практика клинической медицины существенно обогатилась методами компьютерной томографии (КТ), УЗ-обследования пациентов, которые существенно оптимизировали диагностику ОХ. В некоторых случаях, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями, на фоне проводимой консервативной терапии, в клиническую практику были внедрены методы экстренной лапароскопии (10), ультразвукового эхотомосканирования (11) и другие дополнительные прецизионные методы обследования пациентов. Следует отметить, что по существующим в настоящее время представлениям, оперативное лечение следует применять при всех формах воспаления желчного пузыря, однако степень хирургической активности при этом может быть различной. Единичные авторы (12,13) после длительной дискуссии по вопросам хирургической тактики при остром холецистите пришли к заключению о том, что основой для принятия решения о сроках оперативного лечения является тяжесть состояния больного. Только при перитонитах операция становится экстренной, в остальных случаях у больных прогностически безопасной группы рекомендуется операция после уточнения диагноза в сроки от 24 до 72 часов, а в "угрожаемой" группе предпочтительной выполнение холецистэктомии после стихания

воспалительных явлений и целенаправленной предоперационной подготовки. В последние десятилетия были разработаны многочисленные операции, которые хирурги успешно применяют на практике.

В качестве альтернативы традиционной экстренной холецистэктомии в последние 5-10 лет появились работы, (14,15) где стали успешно применять лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), но при этом сохраняются большие принципиальные разногласия по вопросу показаний и противопоказаний к применению лапароскопической холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями, сроки выполнения, выбор оперативного вмешательства и факторы риска (16,17). Острый холецистит первоначально рассматривался хирургами как противопоказание к выполнению холецистэктомии с помощью лапароскопической техники. Больных острым холециститом либо оперировали обычным способом, либо лечили консервативно, пытаясь выполнить ЛХЭ в "холодном" периоде (18). Однако, в последующем по мере накопления клинического опыта стало очевидным, что для квалифицированного в лапароскопической хирургии специалиста выполнение ЛХЭ при остром холецистите является технически вполне возможным, особенно в ранние сроки от начала заболевания, пока еще не возникли выраженные инфильтративные изменения в области желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки (19, 20). По данным авторов (21,22) выяснилось, что ЛХЭ на фоне стихающего приступа острого холецистита (4-6 недель) не менее сложны из-за выраженных рубцово-инфильтративных изменений. Более длительная выжидательная тактика приводила к новой атаке острого воспаления у 27% больных (23).

Авторы (24,25) отметили, что наличие местного и диффузного перитонита не является противопоказанием к малоинвазивной холецистэктомии, так как полноценная санация осуществима лапароскопическим путем. Авторы (25,26) придерживались активной хирургической тактики лечения острого холецистита: лапароскопическая холецистэктомия была выполнена через 6-12 часов с момента поступления, после дообследования и короткой предоперационной подготовки. Большинство авторов сходятся во мнении, что наиболее благоприятно выполнение ЛХЭ через 24-48 часов от начала приступа, подобный подход позволяет выполнить ЛХЭ у 95% больных острым холециститом (25,26,27). Однако, несмотря на имеющиеся современные способы ведения послеоперационного периода, в ряде случаев даже выполнение вмешательств с помощью современных прецизионных методик не гарантирует от развития таких осложнений, как возникновение газовой эмболии.

Искусственное повышение ВБД на 15-16 мм рт. ст. по сравнению с атмосферным создает идеальные условия для попадания газа в кровоток (26,27). Экспериментальные исследования на животных показывают, что газовой эмболии не происходит при внутривенном введении  $\text{CO}_2$  со скоростью 25 мл/мин (27,28). В отношении газовой среды организма интересна следующая экстраполяция. При нахождении больного в условиях общей анестезии закисью азота, попадающий в кровоток воздух в объеме 1 см согласно закону Генри будет увеличиваться в 3-4 раза за счет диффузии в него растворенного в крови азота. Если же операция выполняется в условиях тотальной внутривенной анестезии с искусственной вентиляцией легких кислородно-воздушной смесью (содержащей 80% кислорода), то при попадании 1 см воздуха в кровоток объем эмбола будет уменьшаться, так как азот из пузырька будет диффундировать в денитрогенированные ткани, а часть кислорода из эмбола будет усваиваться тканями. Большая часть кислорода крови находится в связи с гемоглобином, поэтому  $\text{O}_2$  не будет диффундировать в пузырек взамен азота. Поэтому ряд исследователей считают целесообразным исключить закись азота из схемы анестезии при лапароскопических операциях или снизить его содержание в дыхательной смеси до уровня менее 50% в силу следующих причин (29):

- закись азота вытесняет кислород на альвеолярном уровне с последующей десатурацией гемоглобина, что сильнее выражено при создании пневмоперитонеума;
- закись азота увеличивает объем кишечника и уменьшает перистальтику, что связано с более быстрым проникновением  $\text{N}_2\text{O}$  в просвет кишечника по сравнению с элиминацией эндогенных газов (например, метана), что ухудшает обзор во время операции и задерживает восстановление перистальтики в послеоперационном периоде;

- закись азота, адсорбируясь в дыхательных путях, проникает в брюшную полость, создавая смесь с  $\text{CO}_2$ , которая является одной из причин возникновения типичного для лапароскопии плече-лопаточного болевого синдрома. Диагноз газовой эмболии при лапароскопических операциях устанавливается по следующим клиническим признакам: внезапно развивается артериальная гипотензия, сопровождающаяся цианозом, появлением холодного липкого пота. Появляются нарушения ритма сердца (допароксизмальной тахикардии, мерцательной аритмии, трепетания желудочков, фибрилляции). По ЭКГ-данным, как правило, наблюдается расширение комплекса QRS, его деформация. Аускультативно может определяться булькающий водно-воздушный шум "мельничного колеса". Повышение внутрибрюшного давления во время лапароскопических операций создает предпосылки для возникновения желудочно-пищевод-

ной регургитации с последующей аспирацией желудочного содержимого (8,11,14,27). Риск развития данного осложнения, по мнению авторов, особенно высок у пациентов с гастропарезом, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, ожирением, обструкцией пилорического отдела желудка. С целью профилактики регургитации предлагается предоперационное применение метоклопрамида, повышающего тонус кардиального сфинктера желудка, и  $H_2$ -блокаторов, снижающих кислотность желудочного содержимого. Рекомендуют также предоперационное промывание желудка с последующей установкой желудочного зонда (после интубации трахеи); наличие зонда, кроме того, предупреждает ранение желудка при наложении пневмоперитонеума и улучшает визуализацию оперативного поля. В последние 2-3 года увеличилось внимание к проблеме гемокоагуляционных расстройств при лапароскопических операциях. Как было показано в работах авторов (28,29), повышение внутрибрюшного давления (ВБД) при лапароскопии приводит к компрессии нижней полой вены, что ограничивает венозный возврат из нижних конечностей. Давление в бедренной вене обычно соответствует внутриабдоминальному. Поэтому при наложении пневмоперитонеума (ПП) происходит депонирование крови в нижних конечностях, относительный венозный стаз был доказан при доплерографии. Повышение свертываемости крови через сутки после операции было выявлено при тромбоэластографических исследованиях у пациентов после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) (25, 26, 27). В целях профилактики тромбозов могут использоваться как прямые антикоагулянты, такие, как гепарин, так и непрямые, оральные или внутривенные; физические методы: эластические гольфы, бинты, сапоги с перемежающейся пневматической компрессией. Довольно частым осложнением эндоскопических операций является возникновение так называемого плече-лопаточного болевого синдрома, связанного с наложением и экспозицией напряженного карбоксиперитонеума (24,25). Для уменьшения частоты этого осложнения, автор (28) рекомендует поддерживать ВБД во время эндоскопических вмешательств на уровне 7 мм рт. ст. Авторы (29,30) выявили прямую зависимость между частотой возникновения послеоперационного плече-лопаточного болевого синдрома и количеством оставшегося после операции в брюшной полости газа. Присоединение на сутки резиновой груши (для аспирации остатков углекислого газа) к дренажу брюшной полости, оставляемому после ЛХЭ в 4-ой точке, позволило авторам добиться снижения этого осложнения в три раза. М. Verberoglu et al. (28) сравнил частоту плече-лопаточного болевого синдрома в зависимости

от скорости инфуляции  $CO_2$ . При потоке газа равном 2,5 л/мин это осложнение возникало вдвое реже, чем при 7,5 л/мин. В то же время, уменьшение скорости подачи газа существенно не увеличило продолжительность операции. Исследователи рекомендуют поддерживать скорость нагнетания  $CO_2$  в пределах 2,5 л/мин. Патогенетическими факторами ишемических расстройств являются следующие взаимоотношения:

- наложение КП способствует сдавлению извне сосудов спланхического и почечного бассейнов (31,32).
- сдавление нижней полой вены в сочетании с изменением положения тела приводит к депонированию крови, уменьшению сердечного выброса на 30% и снижению органного кровотока (25,26,27);
- гиперкапния, которая связана с адсорбцией  $CO_2$  брюшиной, сама по себе вызывает спазм мезентериальных сосудов;
- выброс вазопрессина в ответ на инфуляцию  $CO_2$  (33).
- сопутствующая сосудистая патология (атеросклероз или врожденное сужение устья верхнебрыжеечной артерии) увеличивает риск мезентериального тромбоза.

К факторам риска развития ишемических расстройств некоторые авторы (34, 35) относят: возраст старше 60 лет; продолжительность операции более 2 часов; сосудистая патология (инсульт, инфаркт миокарда, гипертония и др.) в анамнезе; злокачественные опухоли; повышенная свертываемость крови. Для этой группы больных авторы (33, 34, 35) рекомендуют использовать периодическую декомпрессию брюшной полости по ходу операции; поддерживать ВБД на минимальном уровне; предотвращать гиперкапнию путем гипервентиляции.

Одним из способов предотвращения ишемических и других осложнений, связанных с напряженным пневмоперитонеумом является развитие техники безгазовых и малогазовых лапароскопических операций.

Если отрицательные воздействия экспозиции напряженного карбоксиперитонеума могут быть относительно легко перенесены молодыми, практически здоровыми пациентами, у больных, отягощенных сопутствующими заболеваниями, операции при повышенном внутрибрюшном давлении могут привести к срыву компенсаторных возможностей организма и вызвать серьезные осложнения. В связи с этим понятен интерес к так называемым безгазовым (25, 26, 27) и малогазовым операциям (лапароскопическим операциям при пониженном ВБД с лифтинговым вспоможением) (26, 27, 32, 33). Суть пособия заключается в том, что передняя брюшная стенка с помощью специальных подъемников (лифтинговых приспособ-

соблений или лапаролифтов) при положении больного на спине поднимается вверх. Таким образом, в брюшной полости создается пространство, напоминающее усеченную пирамиду, в то время как при напряженном ПП это пространство имеет форму небесного купола (сферы).

Впервые механическое поднятие брюшной стенки для осмотра внутренних органов применил Дмитрий Отт в 1901 году (36). Он приподнимал брюшную стенку пулевыми щипцами, а органы брюшной полости осматривал через кольпотомическое отверстие. В настоящее время в мире создано более десятка устройств, для лапаролифтинга, чаще всего в литературе встречается описание следующих конструкций: - проволочные (37,38), лифтинговое устройство вводится под кожу передней брюшной стенки; - Т-образные (38,39), в брюшную полость через троакар вводится короткий стержень с нитью, конец которой выводится наружу через другой прокол передней брюшной стенки, тракция осуществляется за нить;

- применяются также веерообразные лапаролифты, которые вводятся в брюшную полость в сложенном состоянии, как правило, в то же отверстие, что и лапароскоп. После введения устройство раздвигается и фиксируется в поднимающем устройстве (элеваторе) (40,41). Мнение большинства авторов (42, 43) в отношении первых трех подъемников в основном негативное. Проволочные приспособления сильно травмируют кожу при подтягивании, кроме того, несколько проволочных струн, за которые осуществляется тракция, ограничивают свободу действий лапароскопическими инструментами вне брюшной полости.

Т-образные эндолифты с одной нитью в брюшной полости трудноуправляемы. При наличии двух нитей они затрудняют выполнение манипуляций над брюшной стенкой. Кроме того, обычно для выполнения лапароскопических операций требуется несколько Т-образных лифтов, что приводит к дополнительным проколам и увеличению числа нитей. Присасывающиеся устройства слишком громоздки и часто повреждают кожу живота. Некоторыми авторами (24, 26, 31, 41) доказано, что общими недостатками практически всех лифтинговых приспособлений являются следующие: сужение обзора в области проводимого оперативного вмешательства; создаваемое

при безгазовой лапароскопии пространство не имеет форму сферы или купола как при ПП, а скорее напоминает усеченную пирамиду; при этом обзор боковых каналов брюшной полости весьма затруднен (25, 26, 27); адекватная экспозиция у тучных больных затруднена из-за "наползания" большого сальника и поперечной ободочной кишки в зону операции (21, 23, 26). Вместе с тем, к несомненным преимуществам безгазовых лапароскопических операций следует отнести (36, 37): - отсутствие гемодинамических и метаболических расстройств, связанных с карбоксиперитонеумом; независимость от пневмоперитонеума для создания необходимой экспозиции (утечка газа, плохая работа инсуффлятора и др.), а также отсутствие специфических осложнений напряженного карбоксиперитонеума. По данным авторов (31,32), безгазовая техника позволяет расширить показания к лапароскопическим операциям за счет категорий больных с серьезными сопутствующими заболеваниями. Ранее эти пациенты оперировались традиционным открытым методом из-за реальной опасности развития побочных эффектов напряженного КП при "чисто" лапароскопической операции. Подавляющее же большинство этих больных составляют лица пожилого и старческого возраста. Для этой группы больных некоторые авторы (21,22,24,25) рекомендуют использовать периодическую декомпрессию брюшной полости по ходу операции; поддерживать внутрибрюшное давление (ВБД) на минимальном уровне; предотвращать гиперкапнию путем гипервентиляции.

Одним из способов предотвращения ишемических и других осложнений, связанных с напряженным пневмоперитонеумом, является развитие техники безгазовых и малогазовых лапароскопических операций. Внедрение видеозендоскопической технологии позволили улучшить результаты хирургического лечения многих заболеваний, в том числе ЖКБ, но вместе с тем, выявленные вредные побочные эффекты напряженного карбоксиперитонеума обязательного условия проведения лапароскопической операции, усложнили проблему лечения больных ЖКБ пожилого и старческого возраста, страдающих сопутствующими заболеваниями. В связи с этим, исследования, изучающие возможность снижения вредных побочных эффектов карбоксиперитонеума при эндоскопических операциях являются актуальными и представляют большой научно-практический интерес.

## Литература

1. Андреев А.Л., Прядко А.С., Филлин А.С., Грах С.И. Эндоскопическая хирургия холецистохоледохолитиаза: результаты лечения 110 пациентов // Тез. докладов 1-й Всероссийской конференции по эндоскопической хирургии. / Эндоскопическая хирургия.-1997.- № 1.- с.41-42.
2. Борисов А. Е., Борисова Н.А., Мосягин В.Б. и др. Комплексное использование методов малоинвазивной хирургии в лечении холедохолитиаза. / Тез. докладов 1-й Всероссийской конференции по эндоскопической хирургии.- Эндоскопическая хирургия.-1997.- № 1.- с 49-50.
3. Аннаев А.А., Бухарин А.Н., Пащыков К.А. и др. Осложнения и их профилактика при лапароскопической холецистэктомии. // Там же.-с.15-17.
4. Балалыкин А.С., Гаркавенко В.А., Авалиани М.В., Шукшина И.В. Первый опыт литотрипсии. // Хирургия.- 1988.- № 10.- с. 156.
5. Вельский А.В., Архангельский А.В., Сафронов А.Б. Особенности патогенеза ЖКБ и острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста. // Хирургия.- 1975.- №1.- с. 15 - 19.
6. Галлингер Ю.И., Будзинский А.А., Нечаев Д.А. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (показания, техника, результаты). // Хирургия.- 1985.- I- №12.- с. 152.
7. Балалыкин А.С., Лобанов Д.В., Попов А.Ф. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. // Российская конференция "Эндохирургия в лечении неотложных заболеваний и травм органов грудной и брюшной полости".- /Тез. докл.- Казань.-1995.- с. 199-200.
8. Балалыкин А.С., Брехов Е.И., Ульянов В.И. и др. Возможности и перспективы эндоскопической хирургии. // Матер. 8 Всероссийского съезда хирургов.- Краснодар.- 1995.- с. 332 - 333.
9. Балалыкин А.С. Лапароскопическая холецистэктомия. // Там же, с. 40 -56.
10. Бебуришвили А.Г., Бурчуладзе Н.Ш., Мандриков В.В., Елистратова Е. // В сб.: Материалы 3-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии.- Москва, 21-23 апреля 1999.- с. 31-32.
11. Городецкий В.М. Особенности анестезиологического подхода к гериатрическим пациентам. // Клиническая геронтология.- 1996.- №2.- с. 44 - 47.
12. Новомлинский В.В., Куркин А.В., Музальков В.А. Применение эндоскопической хирургии в лечении острой хирургической патологии брюшной полости. // Тез. докладов 1-й Всероссийской конференции по эндоскопической хирургии.- Эндоскопическая хирургия.- 1997.- № 1.- с. 80.
13. Баторфи И., Фазекаш Т., Балинт А., Ихас М. Опыт 735 лапароскопических холецистэктомий. // Хирургия.-1975.- № 5.- с. 18-19.
14. Батыров У.Б. Анестезиологическое обеспечение лапароскопических холецистэктомий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М. - 1996. - с. 27
15. Брискин Б.С., Демидов Д.А., Иглев В.П. Опыт эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке при патологии холедоха и профилактика их осложнений. // Российский симпозиум "Внутрипросветная эндоскопическая хирургия". Тез. докл. М., 1998.- с. 29-30.
16. Буянов В.М., Перминова Г.И., Шестаков Н.Ю. Новые аспекты лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста. // Хирургия.- 1985.- №9.-с. 146-147.
17. Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д., Цацаниди А.К. Лапароскопическая холецистэктомия. // Хирургия.- 1993.- № 6.- с. 31-35.
18. Даценко Б.М., Ибишев Ш.Ф., Дегтярёв А.О., Аль-Мутавакель А.К. // Хирургия.- 1991.- № 7.- с. 89 - 103.
19. Боев Ю.М., Кузьмин В.А., Шатохина С.Н. и др. Профилактика осложнений лапароскопической холецистэктомии у оперированных больных пожилого и старческого возраста с хроническим калькулезным холециститом на фоне лазеро-КВЧ-терапии. // Там же.- с. 39-40.
20. Брехов Е.И., Башилов В.П., Бобровский М.Ю., Мизин С.П. Трудности, ошибки и осложнения при лапароскопической холецистэктомии. // Хирургия.- 1995.- № 5.- с. 11-13.
21. Борисов А.Е., Архипов В.Ф., Кащенко В.А., Семёнов В.А. Оценка эффективности вариантов эндолифта при выполнении ЛХЭ. // Эндоск. хирургия.- 1997.- №1.- с. 7 -12.
22. Смигирев Ю.В. Способ лечения холедохолитиаза и стеноза большого дуоденального соска при лапароскопической холецистэктомии // Тез. докладов 1-й Всероссийской конференции по эндоскопической хирургии.- Эндоскопическая хирургия.- 1997.- № 1.- с. 102.
23. Белоухов В.М., Фёдоров И.В., Шаймуратов И.М. Особенности обезболивания в эндохирургии. // Метод, реком. для врачей.- Казань.- 1996.- 24 с.
24. Брискин Б.С., Карпов И.В., Минасян А.М., Боград Л.П. Альтернативные способы лечения ЖКБ и её осложнений: Обзор информ.-В., 1991.
25. Шаймуратов И.М., Пустильник Л.И., Мустафин Э.Р. Анестезиологические аспекты при лапароскопических и торакокопических операциях. // Межрегиональная конференция "Профилактика и лечение осложнений в эндохирургии. Проблемы развития эндохирургии в России". Тезисы. Казань.- 1994.- с. 85 - 86.
26. Шорох Г.П., Завада Н.В. Лапароскопические операции при остром холецистите. // Тез. докладов 1-й Всероссийской конференции по эндоскопической хирургии.- Эндоскопическая хирургия.- 1997.- № 1,- с. 118-119.
27. Baraka A., Jabbour S., Hammoud R., Aouad M., Najjar F., Khoury G., Sibai A. Can pulse oximetry and end-tidal capnography reflect arterial oxygenation and carbon dioxide elimination during laparoscopic cholecystectomy. // Surgery-Laparoscopy - Endoscopy.- 1994.- Vol. 4.- P. 353 - 356.
28. Тлееенова Г.У. Анестезия при ЛХЭ у больных с высокой степенью риска: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Алматы.-1996.- с. 19.
29. Завалев В.И., Костин О.Н. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите (показания, противопоказания, предоперационное обследование). // Тез. докладов 1-й Всероссийской конференции по эндоскопической хирургии.- Эндоскопическая хирургия.- 1997.- № 1.- с. 65.
30. Васильев Р.Х. Комбинированная лапароскопия.- Ташкент, Медицина. 1976.- 306 с.
31. Дронов В.И., Фоменко А.В., Гамолка Н.Н. Лапароскопические операции при остром холецистите \ Лапароскопическая хирургия: Матер. Международного симпозиума.- Москва.- 1994.- с. 66-68.
32. Baird D.R., Wilson J.P., Mason E.M., et al. An early review of 800 laparoscopic cholecystectomies at a university - affiliated community teaching hospital. // Am. J. Surg.- 1992.- 58.- p. 206 - 210.
33. Шорох Г.П., Завада Н.В. Ошибки и осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите \ Эндоскопическая хирургия.-1997.-№2.-с. 15-19.
34. Потапов Л.В., Васильев В.В., Савранский В.М., Семенов Д.Ю. Малоинвазивная хирургия в лечении острого холецистита. // В сб.: Материалы 3-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии.- Москва, 21-23 апреля 1999.- с.228 -229.
35. Bantig S., Shini S., Vander-velpen G., Cuschieri A. Abdominal wall lift. Lowpressure pneumoperitoneum laparoscopic surgery. // Surg. - Endosc.- 1993.- Jan.-Feb.-7(1).-p. 57-59.
36. Прудков М.И. Лапароскопически дополненные операции с применением инструментов для манипулирования из мини-доступа // Методы малоинвазивной хирургии в лечении заболеваний органов грудной и брюшной полости: Тез докл. М.-1995.- с. 40-41.
37. Berci G., Sackier S.M. The Los - Angelos experience with laparoscopic cholecystectomy. //Am. J. Surg.-1991.-161.- p. 382 - 384.
38. Егоров В.В. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. // Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Хабаровск, 1997.- 26 с.
39. Галлингер Ю.И. Интраоперационные осложнения при

- лапароскопической холецистэктомии, их предупреждение и лечение. \ \ российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -1 1994.-Т. 4.-№4.-с. 77-81.
41. Burhenne H.J. Can the newer interventional procedures replace cholecystectomy for cholecystolithiasis. // *Radiology*. - 1989. - V.170, N22. - p. 574-575.
42. Мовчун А.А., Тимошин А.Д., Карпенкова В.И. Лапароскопическая холецистэктомия - четырёхлетний опыт. \ \ *Матер. Всероссийского съезда хирургов*. - Краснодар. - 1995. - с. 338 - 339.
43. Braun R., Jahn U.R., Schumacher W., Lang R., Thiele H. Pneumothorax in laparoscopic cholecystectomy. // *Anesthesiology - Intensivmed - Notfallmed - Schmerzther.* - 1994. - V. 29. - P. 302 - 303.
44. Brams D. M., Cardoza M., Smith R.S. Laparoscopic repair of traumatic gastric perforation using a gasless technique. // *J. Laparoendosc. Surg.* - 1993. - Dec. -3(6).-p. 587-591.
45. Никитенко А.И., Никитенко Е.Г., Желанов А.М. Особенности лапароскопических холецистэктомий при остром холецистите. \ \ *Российская конференция "Эндохирургия в лечении неотложных заболеваний и травм грудной и брюшной полости"*: Тез. докл.- Казань.-1995.- с. 93-94.



# Применение магнито–лазерной терапии при хирургическом лечении грыж брюшной стенки

Наджафкулиева П.Г.

Кафедра II хирургических болезней Азербайджанского медицинского университета (руков. акад. Б.А.Агаев), Баку, Азербайджан

Грыжи брюшной стенки, особенно обширные и гигантские, рассматриваются не только как локальный патологический дефект, но и как сложное заболевание, обуславливающее множественные расстройства в деятельности внутренних органов и систем [3,6,8,16].

Ведущую роль в возникновении и развитии рецидивов грыжи брюшной стенки играют отмечающиеся в ряде ситуаций формирования гнойно-воспалительных осложнений раны, которые могут развиваться у оперированных больных [5,10,15]. Стремление снизить количество гнойно-воспалительных осложнений раны как фактора, во многом определяющего возникновение рецидива грыжи брюшной стенки, вынуждает хирургов искать новые пути и возможности их профилактики [4,9,13,17].

Достижения современной медицины в области лазерной терапии, стимуляции регенераторных процессов и предупреждения инфекционных осложнений позволяют ожидать значительного улучшения результатов оперативного вмешательства при магнито-ИК лазерной облучении области раны [1,9,14]. Основанием для использования переменного магнито-ИК лазерного излучения в профилактике и лечении послеоперационных вентральных грыж послужило то, что ткань передней брюшной стенки обладает способностью максимально поглощать лазерную энергию в видимом красном и ближнем инфракрасном диапазонах спектра и обладает свойством парамагнетизма [2,11,13]. Кроме того при этом нами учитывались противоспалительное, противовоспалительное, анальгезирующее, десенсибилизирующее, иммунокорригирующее действие магнито-ИК лазерного излучения [7,12].

Нашей целью

явилось изучение результатов применения магнито-лазерной терапии послеоперационной раны при оперативных вмешательствах по поводу послеоперационных грыж передней брюшной стенки для профилактики местных осложнений в раннем послеоперационном периоде.

## Материал и методы

За период с 2002 по 2008 годы в Научном Центре Хирургии им. М.А. Топчибашева на лечении находились 124 больных, прошедших аллопластическую операцию в связи с грыжей в области передней стенки живота. -94(75,8%) из них были женщины, - 30(24,2%) мужчины (3,1:1).

По возрастному интервалу больные распределялись следующим образом: до 40 лет- 17(13,7%), от 41 до 60 – 79(63,7%), старше 60 лет- 28(22,6%) (табл. 1).

У 68(54,8%) больных, подвергшихся ранее операции по поводу вентральной грыжи с осложнившихся рецидивом и у 56(45,2%) остальных больных с послеоперационный вентральной грыжей были произведены аллопластические операции. Ожирением страдали 49 (39,5%) пациента. Ожирением I степени страдал – 8, II степени – 20 пациент, III степени - 17, IV степени- 4.

Для восстановления дефекта передней стенки живота у больных находившихся под нашим наблюдением были применены аллотрансплантационные проленовые сетки размерами 15X15; 6X11; 30X30 см. производства фирмы “Etikon limited”.

Все больные разделены на 2 группы: в первую контрольную группу (ККГ) наблюдения вошли 61 больной, у которых в послеоперационном периоде не применяли магнито-лазерной терапии (традиционное ведение), во вторую основную группу (ОКГ) вошли 63 больной, эта группа была разделена на 2 подгруппы. В первую основную подгруппу были включены 38 пациентов, наряду

Рис. 1. Процентное соотношение мужчин и женщин

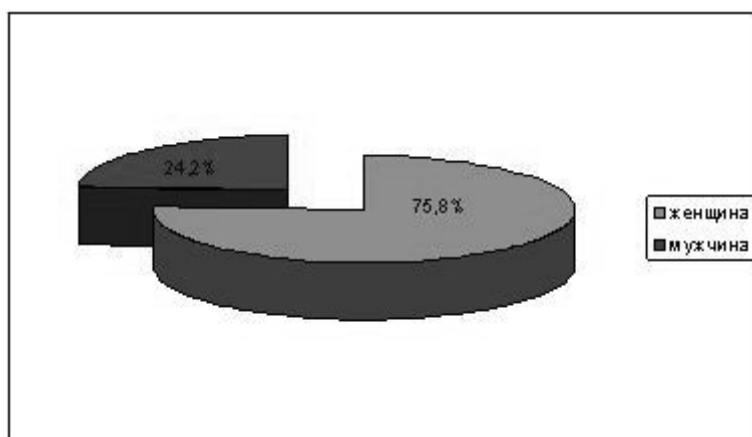


Таблица 1. Распределение больных по возрасту и полу

Клинические группы	Возраст в годах						Всего	
	до 40 лет		41-60		старше 60			
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
Контрольная	4	6	5	36	2	8	11	50
Первая основная	2	3	8	15	2	8	12	26
Вторая основная	1	1	4	11	2	6	7	18
Итого	7(5,7%)	10(8,07%)	17(13,7%)	62(50,0%)	6(4,8%)	22(17,7%)	30(24,2%)	94(75,8%)
	17(13,7%)		79(63,7%)		28(22,6%)		124(100%)	

с традиционной методикой лечения в послеоперационном периоде для обеспечения комплексного предупреждения возможных случаев осложнений им проводили сеансы чрезкожной магнито-ИКлазерной терапии в область раны посредством аппарата «МИЛТА-Ф» (рис.2).

Сеанс проводился ежедневно в течение 10 минут, начиная со второго дня после операции. Было назначено 7-8 сеансов с установлением следующих параметров: 20мВт, 1500 Нс.

Вторую подгруппу составили 25 больных, которым была проведена чрездренажная подкожная МИЛ-терапия с помощью аппарата Агаева Б.А (АБА) (рис.3).

В этой подгруппе находились больные с большими и гигантскими грыжами. Воздействие лазерного излучения осуществляется через световод от аппарата «Милта-Ф», а пульсирующих электромагнитных волн от источника аппарата Агаева Б.А (АБА). Параметры чрездренажной подкожной МИЛ-терапии:

Переменное магнитное поле: частота - 50 Гц, индукция 40 мТл, выходная мощность - 3 Вт.

Лазерное излучение: длина волны излучения - 0,85 мкм, режим – импульсный - 1500 Гц, мощность выходная - 6 Вт в импульсе, частота- 600 Гц.

Этот курс тоже проводился ежедневно в те-

чение 10 минут, начиная со второго дня после операции.

Результаты операции оценивали путем динамического наблюдения заживления раны в клинике.

Изучали осложнения со стороны раны (местные осложнения в раннем послеоперационном периоде), характер ее заживления (первичным, вторичным натяжением); возникновение и течение экссудативно-пролиферативных процессов, нагноение, возникновение серомы, гематомы.

### Обсуждение результатов

У 14(23%) больных из группы получивших традиционное лечение имели место серома, 4(6,6%) инфильтраты, 3(4,9%) гематомы, 7(11,5%) гноение раны, болевой синдром в течение 6 суток после операции, температура у больных повышалась до 38-39°C, значительно затянулась выписка этих больных домой.

У 4(10,5%) больных из первой основной подгруппы, прошедших наряду с традиционным лечением также курсы магнито-лазерной терапии имели место серома, 2(5,3%) инфильтраты, 1(2,6%) гематомы, 1(2,6%) гноение раны, болевой синдром в течение 4 суток после операции, температура поднялась до 37-38°C, выписка из больницы тоже несколько затянулась.

У всех (100%) больных из второй основной

Рис.2. Аппарат «МИЛТА-Ф».



Рис.3. Аппарат АБА.



подгруппы прошедших наряду с традиционным лечением сеансы чрездренажной подкожной лазерной терапии, рана зажила первичным натяжением, не были отмечены указанные выше симптомы, выписка из клиники спустя 7-10 дней после произведенной операции.

Изучение структуры осложнений в исследуемых группах показало, что местные осложнения раннего послеоперационного периода - инфильтраты, серома и нагноение послеоперационной раны чаще встречались у больных, у которых в послеоперационном периоде магнито-лазерное облучение не использовалось.

#### Литература

1. Агаев Б.А., Мамедов А.А., Мамедов М.М. Интракорпоральная переменная магнито-лазерная терапия в коррекции перекисного окисления липидов у больных с механической желтухой. // *Анналы хирургической гепатологии*, 2006, 3, 177.
2. Байбеков И.М., Касымов А.Х., Козлов В.И. Морфологические основы низкоинтенсивной лазертерапии. Ташкент: Изд-во им. Ибн Сины 1991;223.
3. Белоконов В.И., Пушкин С.Ю., Ковалева З.В. Пластика брюшной стенки при вентральных грыжах комбинированным способом. // *Хирургия 2000*; 8; 24-26.
4. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С. Современные методы лечения брюшных грыж. К.: Здоровья 2001; с. 97-98.
5. Ермолов А.С., Алексеев А.К., Упырев А.В., Ильичев В.А., Горчаков В.К., Черняева Н.А. Выбор способа пластики послеоперационных грыж живота полипропиленовыми эндопротезами. // *Хирургия 2005*; 8; 16-21.
6. Кармазов Ю.Е. Эндопротезирование сеткой из пролена при вентральных и паховых грыжах. // *Кармазов Ю.Е., Ибатуллин Р.Д., Сауткин А.Г. // Материалы симпозиума "Актуальные вопросы герниологии". - М.2001.-С. 24-26.*
7. Кошелев В.Н. Лазеры в клинической медицине. : Медицина, 1981.-330с.
8. Лювянский В.Г.; Насонов С.В.; Кожемяцкий В.И. и др. Хирургическое лечение рецидивных после операционных вентральных грыж. // *Хирургия 2004*; 11; 22-23.
9. Мамедов А.А., Мамедов М.М., Ниязов А.Ш. Использование переменного магнито-ИК лазерного излучения при

#### Заключение

Таким образом, при хирургическом лечении гигантских, обширных грыж перспективным методом профилактики развития гнойно-воспалительных осложнений раны, является чрездренажное подкожное применение магнито-лазерной терапии.

Этот метод способствует быстрому устранению воспалительных процессов в послеоперационных ранах, улучшает микроциркуляцию, ускоряет заживление ран, уменьшает вероятность возможных рецидивов, позволяет значительно сократить сроки пребывания оперированных больных в стационаре.

механической желтухе неопухолевого генеза //

Материалы международной научно-практической конференции «Лазерные технологии в медицинской науке и практическом здравоохранении». Москва, 7-8 октября, 2004г, с. 31-33

10. Майстренко Н.А. Возможности прогнозирования гнойно-воспалительных осложнений при хирургическом лечении больных с нерезицидивной послеоперационной вентральной грыжей. // *Майстренко Н.А., Бахтин М.Ю., Ткаченко А.Н., Федоров Д.Ю. // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 2000. - № 1. - С. 68-72.*

11. Олесин А.И., Павлов Р.Н., Мажара Ю.П., Лобанов Н.А.. Механизм действия лазерного излучения. // *Актуальные проблемы применения магнитных и электромагнитных полей в медицине: Тез. докл. всесоюзн. конф. -Л., 1990.-С.157-158.*

12. Саенко В.Ф., Белянский Л.С., Манойло Н.В. Современные направления открытой пластики грыжи брюшной стенки. // *Клин.хир.2001*; 6; 59-64.

13. Pasarella S., Quagliarriello E., Catalano I.M. Laser in biochemistry and medicine. // *Ital. G. Biochem. -1980. -Vol.29. -P.463-464.*

14. Bahr F. Laser and biologische systeme. // *Akupunctur.-1986. -В.3.-S.3-10.*

15. Nyhus L.M., Condon R.E. Hernia. Philadelphia: J.B.Lippincou Co 1995;615.

16. Klinge U., Klosterhalfen B., Conze J. et al. Modified mesh for hernia repair that is adapted to the physiology of the abdominal wall. *Eur J. Surg* 1998; 164:12:951-960.

17. Goldstein H.S. Hernia 1999; 101: 127-135.

# Экспериментальная и клиническая оценка нового подхода к санации и дренированию брюшной полости при разлитом гнойном перитоните

Алиева Э.А., Исаев Г.Б., Мамедов Н.И., Гасанов Ф.Дж.

НЦХ им. М.А.Топчибашева, Отделение хирургических болезней печени, желчных путей и поджелудочной железы, г.Баку, Азербайджан

*Проанализирована эффективность и дана сравнительная оценка результатов 30 больных с разлитым гнойным перитонитом новым методом санации брюшной полости с применением «мешка» из поливинилпирролидоновой пленки и отечественный угольно-минеральный адсорбент УМ-5 для энтеродетоксикации в комплексном лечении перитонита. Проведена сравнительная оценка с*

*традиционным методом.*

*Предложенный новый метод санации брюшной полости и адсорбент УМ-5 для энтеродетоксикации способствует максимальному удалению микроорганизмов и продуктов его жизнедеятельности наружу из брюшной полости и из просвета тонкой кишки. Устраняет спаечный процесс, межкишечные абсцессы и уменьшает интоксикацию.*

Несмотря на колоссальный прогресс в деле оказания массовой хирургической помощи, развитие анестезиологии и реаниматологии, постоянное расширение возможностей медикаментозной терапии и, в частности, использование новых антибиотиков широкого спектра в традиционной методике санации и дренирования брюшной полости, перитонит и сейчас остается основной причиной смертельных исходов у больных хирургического профиля (9.11.12).

Если в лечении больных с разлитым гнойным перитонитом, методах интраоперационной санации брюшной полости клиницисты в той или иной степени одинаково подходят к решению вопроса, то этого нельзя сказать о применении методов послеоперационной санации (10,12), так как предложенные многочисленные методы не удовлетворяют хирургов из-за их недостатков и осложнений.

Так, за последние 20 лет, используя различные методы санации и дренирования брюшной полости у 250 больных с разлитым перитонитом, мы убедились в том, что оставленные дренажные трубки, обтурированные сгустками фибрина и крови, переставали функционировать, кроме того, с быстро развивающимся спаечным процессом образовывалась узкая дорожка и дренажи оказывались расположенным «экстратериторально» по отношению к свободной брюшной полости. И вводимая с целью промывания всех отделов брюшины и межкишечных пространств жидкость протекала по этому каналу вниз и оттуда наружу, не попадая в другие участки брюшной полости.

При этом всегда отмечался дефицит между вводимой и выводимой жидкостью, что приво-

дило к различным осложнениям (4).

Исходя из этого, после интраоперационной санации брюшной полости мы решили в послеоперационном периоде санировать петли тонкой кишки и поверхность париетальной брюшины отдельно, с применением «мешка», приготовленного из поливинилпирролидоновой пленки. Благодаря малому пространству полости «мешка» петли тонкого кишечника омывались со всех сторон и лишались возможности припаяться к париетальной брюшине и образованию межкишечных абсцессов и спаечных процессов.

По нашему предложению специальное опытно-производственное конструкторно-техническое бюро по комплексному производству сырья Азербайджанской национальной академии наук синтезировало поливинилпирролидоновую пленку с антибактериальным свойством в виде «мешка» с припаянными по верхнему и нижнему краю макроиригаторами для введения и выведения антисептических жидкостей и антибиотиков (Патентное изобретение 2001 от 13.08.2001). Изготовленный из такой пленки «мешок» не прилипает к серозным покровам, эластичен. Способен вместить в себя петли тонкой кишки, сохраняет свою целостность 14-15 суток и легко удаляется через отверстие диаметром 2-3 см, путем подтягивания через припаянные к нему трубки.

## Материалы и методы

Полученные в экспериментах данные о значительной эффективности и преимуществах разработанного нами нового метода санации и дренирования брюшной полости при разлитом

перитоните мы оценивали по результатам: гематологических, биохимических, иммунологических показателей крови; морфофункционального состояния брюшины и стенки тонкого кишечника; токсичности крови; бактериологического исследования экссудата из брюшной полости, промывного раствора из «мешка» и химуса из тонкой кишки, позволили нам апробировать этот метод у больных с перитонитом в клинике как более перспективный в сравнении с общепринятыми методами(1,2,3,4,5,6,7,8).

В клинике исследование проведено у 30 больных с разлитым перитонитом, причиной которого служил деструктивный аппендицит и послеоперационный перитонит. Из них 15 больных составляли основную группу, и 15 больных контрольную группу, где санация и дренирование брюшной полости проводили традиционным методом. Все больные были в молодом возрасте от 20 до 40 лет. Больные подвергались оперативному вмешательству сразу при поступлении в клинику после установления диагноза. Больные оперировались под интубационным наркозом в режиме ИВЛ.

Тактика оперативного лечения в обеих группах состояла в устранение очага инфекции, эвакуации экссудата из брюшной полости, интраоперационной санации и адекватном дренировании брюшной полости.

Санация брюшной полости проводилась тщательным неоднократным промыванием ее несколькими литрами физиологического раствора и раствора фурациллина, объем которых при разлитом перитоните достигал 10-12 литров, до «чистых вод». Оперативное вмешательство в основной группе завершалась дренированием брюшной полости предложенным нами методом, то есть петли тонкого кишечника помещали в «мешок» из поливинилпирролидоновой пленки. Горловина «мешка» прикреплялась путем прошивания кетгутом в безсосудистых местах брыжейки так, чтобы не ущемлялся его корень. После этого «мешок» с петлями тонкого кишечника помещали в брюшную полость с выведением микроиригаторов через лапаротомную рану наружу. Левый и правый боковые каналы дренировали отдельно и выводили наружу через отдельный прокол передней брюшной стенки. Перед завершением операции проводили пробное промывание полости «мешка», правого и левого каналов брюшной полости. Убедившись в хорошем функционировании трубок, лапаротомную рану ушивали наглухо.

В послеоперационном периоде через верхние дренажи «мешка» в течение суток вводили асептический раствор фурациллина в количестве от 1 до 2 литров капельно в течение 2 часов. Через нижние дренажи «мешка» асептический раствор выводился наружу от 1800 мл до 1900 мл. При этом в «мешке» оставалось до 100,0 – 200,0 мл фурациллина .

Кроме того, для энтеродетоксикации, устранения пареза кишечника мы использовали отечественный угольно-минеральный адсорбент УМ-5 из расчета 10 г растворенного в 100 мл воды на кг веса больного в количестве до 2 литров.

Первые 2-е суток в послеоперационном периоде дачу адсорбента проводили путем введения через назогастральный зонд, а в последующие дни больные сами пили растворенный в воде адсорбент УМ-5.

В контрольной группе операция завершалась дренированием брюшной полости обычным традиционным методом без дачи адсорбента.

### Результаты и обсуждения

Во время операции, до санации брюшной полости, у всех 30 больных был взят экссудат для бактериологического исследования. При бактериологическом исследовании в обеих группах выявлены анаэробные бактерии в ассоциации с аэробными микроорганизмами.

В динамике наблюдений за больными с разлитым гнойным перитонитом было выявлено, что в основной группе в послеоперационном периоде предложенный нами новый метод санации и дренирования брюшной полости позволил обеспечить достоверно более высокие темпы элиминации патогенных микроорганизмов из экссудата брюшной полости и промывного раствора из «мешка». Так, если снижение концентрации кишечной палочки в первые 3-е суток в контрольной группе составляло 11,9%, то в основной группе уменьшение кишечной палочки составляло 71,1%, то есть уменьшение количества кишечной палочки в основной группе на 67,9% было больше по сравнению с контрольной группой.

В первые сутки по дренажам из брюшной полости в основной группе выделялось до 10 - 15 мл серозно-гнойный экссудата, на 3-е сутки выделения гнойного экссудата не было.

В основной группе ежедневно антисептическим раствором на 3-е, 6-е, 9-е, 12-е сутки мы промывали полость «мешка», где были помещены петли тонкой кишки, и определяли количественный и видовой состав патогенных микроорганизмов в промывном растворе.

На 3-е сутки у 6-и больных кишечная палочка уменьшилась на 74,7% ( $P < 0,001$ ). На 6-е сутки уменьшение составляла 92,4%. На 7-е, 8-е, 12-е сутки кишечная палочка отсутствовала у всех больных.

Также отмечалась уменьшение энтеробактерий на 3-е сутки до 67,2%; 6-е сутки до 97,2%, 12-е сутки до 100%; стафилококк на 3-е сутки до 57,2%, на 6-е сутки до 92,4%, на 12-е сутки до 100%.

У 7-ми больных из 13-и патогенные микроорганизмы в промывном растворе на 6-е сутки

не выявлены 100%; у двух больных уменьшение составляло 97,2%.

В контрольной группе, несмотря на снижение количества некоторых видов анаэробных и аэробных микроорганизмов, бактериальная загрязненность экссудата из брюшной полости на 3-6 сутки остается высокой. Так, к 6-и суткам снижение количества микроорганизмов составляло 27-50%, то есть продолжалась воздействие токсических веществ оставшихся микроорганизмов на брюшину и всасывание его в кровь, приведшего к смерти 5 больных, летальность которых составляла 33,3%.

В основной группе из 15 больных в 1-е и 3-е сутки умерли 2-е. Эти больные поступили в крайне тяжелом состоянии, то есть на 5-6 сутки от начала развития перитонита. Летальность составляла 13,3%.

Эффективность предложенного нового метода санации и дренирования брюшной полости и дача адсорбента УМ-5 мы оценивали также по

результатам иммунологических исследований крови. Определение иммунного статуса мы проводили во время поступления, на 3-е и 7-е сутки. Если во время поступления Т- лимф составляли  $45,727 \pm 1,795$ , то на 3-е сутки составляло  $44,88 \pm 1,33$  (1,8%), на 7-е сутки улучшение составляло 15,4% Е-РОК - на 3-е сутки улучшилось на 12,8%, Т-хелпер на 1,86%, Т-супр на 1,6% ЦИК на 13,6% JgG на 17,7%, JgA на 2,8%, JgM на 15,11%. В - лимфоциты на 3,3%.

Анализ результатов бактериологических исследований у больных с перитонитом основной группы показывает, что применение нового метода санации и дренирования брюшной полости, использование адсорбента УМ-5 для энтеродетоксикации способствует максимальному удалению микроорганизмов и продуктов ее жизнедеятельности наружу из брюшной полости. Устраняет спаечный процесс, межкишечные абсцессы и уменьшает интоксикацию.

#### Литература

1. Алиева Э.А. Влияние нового метода санации и дренирования брюшной полости на состояние клеточного иммунитета при экспериментальном разлитом гнойном перитоните. //Saglamliq, г.Баку, 2002, №3, стр. 10-13
2. Алиева Э.А. Морфологическо - функциональное состояние брюшины новым методом санации о дренирования брюшной полости при экспериментальном распространенном перитоните. //Saglamliq, г.Баку, 2002, №3, стр. 10-13.
3. Алиева Э.А. Новый метод санации и дренирования брюшной полости при экспериментальном распространенном перитоните. Патологическая физиология и экспериментальная терапия. //Москва. 2005, №1, стр. 20-23.
4. Алиева Э.А. Сравнительная оценка результатов лечения разлитого гнойного перитонита традиционным и новым методом санации и дренирования брюшной полости. //Метаболизм, г.Баку, 2004. №1 стр.44-47
5. Алиева Э.А. Влияние нового метода лечения разлитого перитонита на динамику гематологических показателей. //Saglamliq, г.Баку, 2005.№-3, стр. 89-92.

6. Алиева Э.А. Динамика биохимических показателей у экспериментальных животных новым методом лечения разлитого перитонита. //Saglamliq, г.Баку, 2005, № 2, стр. 10-13.
7. Алиева Э.А. Иммунокорректирующее действие энтеросорбции в комплексном лечении при разлитом гнойном перитоните (экспериментальное исследование). //Биомедицина, г.Баку, 2004 №2, стр.24-27.
8. Алиева Э.А. Лечение разлитого гнойного перитонита. Непосредственные результаты и перспективы их улучшения, (экспериментальное исследование) //Saglamliq, г.Баку, 2005, №4. стр.69-73
9. Qarayev Q.S., Niyaziyev S.M. Eksperimtal heyvanlarda qayın bowlugunun "Qifя бязяр dreпajла" dreпя edilmяsi. //Saьlamliq, Вакы ш. 2000, №4, сяh.557-558.
10. Ерухин И.А., Белый В.Я. Клиническая классификация перитонита. //Хирургия, 1982, №8 стр.110-112.
11. Исayev H.B., Ялийев S. Peritonit. //Азярпяшр, Вакы ш., 1994, сяh.312.
12. Савчук Б.Д. "Гнойный перитонит". //Медицина - 1979 стр.192.

# Рубцовые стриктуры желчных протоков. Обзор литературы

Ибекенов О.Т.

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

## 1.1 Эпидемиология, этиология рубцовых стриктур желчных протоков

Рубцовые стриктуры желчных протоков (РСЖП) в подавляющем большинстве случаев возникают вследствие повреждения желчных протоков во время холецистэктомии, а также при резекции желудка, во время эхинококкэктомии из печени, после первичной пластики ранений протоков при проникающих и закрытых травмах живота [1,3,5,9,13,14,31]. По данным Э.И. Гальперина (2003), В.И.Малярчука (2002), травмы желчных протоков при открытой холецистэктомии встречаются в 0,1-0,8%, при лапароскопической холецистэктомии колеблется от 0,3% до 3% случаев [1,2,4,14,26,29,30,33]. После повреждения желчных протоков рубцовые стриктуры развиваются в отдаленном периоде у 20-30% больных [1-3,6-10,17,25-27,35]. Неудовлетворительные результаты операции при травмах желчных путей связаны с задержкой созревания соединительной ткани в месте ранения протока с образованием грубого рубца; микрофлорой, проникающей в желчные пути из кишечника после наложения билиодигестивного анастомоза; ишемией проксимального отдела общего печеночного протока (ОПП); наложением анастомоза с тонкостенным узким протоком; выполнением операции недостаточно опытным хирургом; недостаточной прецизионностью при наложении соустья; оставлением рубцовых тканей в области анастомоза [1,3,6-9,16-17,23,24].

Частота повреждений желчных протоков при резекции желудка невелика и составляет в среднем 0,14% [13,16,34]. Реже травмы желчных протоков возникают в результате эхинококкэктомии из печени, при проникающих и закрытых травмах живота. [26,36].

## 1.2 Классификация повреждений и рубцовых стриктур желчных протоков

Существуют различные классификации РСЖП, отражающие этиологию, протяженность поражения, клиническое течение и осложнения (Ситенко В.М. и Нечай А.И., 1972; Гальперин Э.И., 1982, 1986, 2002; Гришин И.П., 2002; Dogliotti A., 1957; Gall F.P. & Frank F., 1984; Bismuth H. & Majno P.E., 2001; Strasberg S.M., 2002) [1,6,16,35,37,39,40]. Главным интегральным признаком поражения является уровень пора-

жения протоков [1,16,37,39].

В 1957 году Dogliotti предложил классификацию, основанную на протяженности рубцового процесса: изолированные (протяженностью до 1,5см), распространенные (от 1,5 до 3-4см), субтотальные (с частично сохраненным общим печеночным протоком) и тотальные стриктуры [40].

В.М. Ситенко и А.И. Нечай (1972) в происхождении доброкачественной непроходимости желчных путей различают травматические и воспалительные стриктуры, по уровню обструкции выделяют высокие и низкие, с частичной или полной непроходимостью желчного протока, с наружным желчным свищом, с билиарным циррозом печени, с внутривнутрипротоковым литиазом [41].

В 1982 г. Н. Bismuth предложил классифицировать поражения желчных протоков опухолевого генеза в зависимости от уровня расположения опухоли, выделив 5 уровней поражения, соответствующих типам стриктур. В дальнейшем (2001) автор использовал эту классификацию для систематизации РСЖП [1, 37,].

*Классификация рубцовых стриктур по Н. Bismuth (2001).*

1 тип – низкая, длина общего печеночного протока (ОПП) более 2 см;

2 тип – средняя, длина ОПП менее 2 см;

3 тип – воротная стриктура;

4 тип – деструкция конfluence печеночных протоков;

5 тип – вовлечение правого долевого протока в сочетании (или без) с поражением общего печеночного протока;

В 2002 г. Э.И. Гальперин предложил видоизмененную классификацию Н. Bismuth, в основу которой положено состояние внутри- и внепеченочных желчных протоков [20,27]. Она выявляет основную анатомическую особенность повреждения, обуславливающую сложность и характер предстоящей операции. Одновременно она проста, удобна, легко запоминается и имеет логически обоснованные обозначения: длина внепеченочного ОПП соответствует нумерации стриктуры с положительным знаком, состояние внутривнутрипеченочных протоков представлено нумерацией стриктуры с отрицательным знаком.

*Классификация рубцовых стриктур по Э.И. Гальперину (2002).*

«+2» тип - культя ОПП более 2 см;

«+1» тип - культя ОПП 1-2 см;

«0» тип - культя ОПП менее 1 см;

«-1» тип - культя ОПП нет, сохранен верхнезадний свод конfluence печеночных протоков;

«-2» тип - зона конfluence разрушена, сохранены культя долевых протоков;

«-3» тип - переход рубца на сегментарные протоки

Наиболее распространенными и подходящими для практического применения, как для «свежих» повреждений желчных путей, так и для рубцовых стриктур, считаются классификации Э.И. Гальперина (2002), Н.В. Bismuth (2001).

### 1.3. Клиника и диагностика повреждений и стриктур внепеченочных желчных протоков

Частота интраоперационной диагностики травм протоков составляет в среднем 28% [19,26,30,32]. Если повреждение не диагностировано в операционной, то возможны несколько путей развития клинической картины. Первый – картина нарастающей механической желтухи с явлениями холангита. По мнению И.Н. Гришина [6], ежедневное нарастание билирубина на 30мкмоль/л свидетельствует о полной непроходимости желчных путей.

Второй вариант – желчеистечение из дефекта протока по страховочному дренажу или в свободную брюшную полость. При желчеистечении по дренажу может сформироваться наружный желчный свищ, а также образование затеков в подпеченочном пространстве. В случаях желчеистечения в свободную брюшную полость отмечаются адинамия, слабость, брадикардия, парез ЖКТ, абдоминальные боли, френикус-симптом [16,26].

Ведущими клиническими проявлениями рубцовой непроходимости желчных путей являются желтуха, холангит, наружный желчный свищ и симптомы, обусловленные вторичным циррозом печени. Н.Ф. Кузовлев (1990) различает четыре типа клинического течения заболевания: стриктуры желчных путей с полной обструкцией; стриктуры с неполной обструкцией; стриктуры с полным наружным желчным свищом; стриктуры с неполным наружным желчным свищом. Наиболее тяжелое течение наблюдается у больных с неполной обструкцией и неполным желчным свищом. Это объясняется тем, что сохраняются пути реинфицирования желчных протоков извне и из кишечника и имеются условия для внезапной обструкции стенозированного участка или свищевого хода [9,16,42]. Основные симптомы рубцовых стриктур протоков и анастомозов связаны с атаками рецидивирующего холангита, механической желтухой. В биохимических анализах повышены уровень билирубина за счет прямой фракции, АЛТ, АСТ, ГГТП, щелочной фосфатазы.

При УЗИ выявляются дилатация внутрипеченочных желчных протоков одной или обеих долей печени и уровень блока, наличие конкрементов в желчных путях, свободная жидкость в брюшной полости. Информативность его составляет 86-94%. В норме, внутрипеченочные желчные протоки при УЗИ не видны. При наличии наружного желчного свища, из-за отсутствия расширения желчных протоков, информативность УЗИ составляет 25% (В.А. Иванов, 2003) [43].

В диагностике РСЖП большое значение имеют методы прямого контрастирования желчного дерева, такие как, чрескожно-чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), фистулохолангиография (ФХГ). Диагностическая точность этих исследований достигает 92%. Они позволяют судить о состоянии внутрипеченочных протоков, изолированном повреждении сегментарных, долевых протоков или общего печеночного протока. С помощью ЭРХПГ можно получить информацию о состоянии дистального отдела холедоха, при неполном блоке протока – об уровне и протяженности стриктуры. Однако без декомпрессии желчного дерева ЧЧХГ и ЭРХПГ приводят к обострению, и поэтому ЧЧХГ без декомпрессии проводят непосредственно в день операции (С.Г. Шаповальянц и соавт., 1997).

Выявление рубцовой стриктуры на КТ основана на характерных признаках билиарной гипертензии. При подозрении на повреждение правой печеночной артерий показана ангиография.

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) позволяет провести построение виртуального изображения внутри- и внепеченочных желчных протоков, уточнить уровень стриктуры и ее протяженность, определить протоки выше и ниже стриктур, выявить признаки холангита. Положительными характеристиками этого исследования являются сочетание высокой информативности (100%), неинвазивности с отсутствием лучевой нагрузки [46].

### 1.4. Хирургическое лечение рубцовых стриктур желчных протоков

Хирургические вмешательства по поводу РСЖП приходится проводить в сложных условиях. В связи с наличием выраженного спаечного процесса, инфильтратов, нарушающих топографо-анатомические взаимоотношения между органами, возникает опасность повреждения сосудов гепатодуоденальной связки, полого органа. Больные с РСЖП нередко находятся в тяжелом состоянии, обусловленном механической желтухой, гнойным холангитом, интоксикацией, печеночной недостаточностью.

Главными задачами в лечении доброкачественных стриктур ВЖП являются полноценная декомпрессия билиарной системы, по возможности - восстановление нормальной анатомии



желчных протоков, профилактика вторичного поражения печени за счет билиарной гипертензии, холангита и предупреждение рестенозов. Основным методом хирургической коррекции является – наложение билиодигестивных анастомозов. Малоинвазивные эндоскопические методы декомпрессии желчных путей не могут радикально излечить основной процесс, устранить стриктуру, а достигаемый положительный эффект – явление временное [16,26,44].

Выбор способа операции зависит от локализации стриктуры, ее протяженности, состояния дистального и проксимального отрезков гепатихоледоха, выраженности перидуктального фиброза, воспалительных изменений, а также от тяжести состояния больного [2,12,15,16,18,20,21,23,25,47].

В 60-е годы 20 века в основном выполнялись восстановительные операции, как сохраняющие сфинктерный аппарат фатерова сосочка и естественный ток желчи; билиодигестивные анастомозы с печеночными протоками давали худшие результаты; накладывались фистулодигестивные анастомозы после формирования стойких наружных желчных свищей. Для уменьшения стенозов билиодигестивного анастомоза использовались «потерянные» дренажи в виде каркаса, однако подобные дренажи инкрустировались солями желчных кислот и требовались повторные операции для его удаления. Предложенные методы пластики холедоха большой подкожной веной бедра, червеобразным отростком, сегментом тонкой кишки не нашли широкого применения [16,18].

Значительный прогресс в хирургии желчных путей вызвало применение дренажа Praderi – Smith (1961,1964), который дал возможность длительного дренирования протоков [6,9,16,18]. Однако трудности связанные с заменой дренажа ограничили его применение.

С 70-х годов для длительного каркасного дренирования желчеотводящего анастомоза стали использовать сменный транспеченочный дренаж (СТД), оба конца которого выходят на переднюю брюшную стенку. Предложенный Goetze (1951), усовершенствованный Saipoli et Kurian (1969), Э.И.Гальпериным (1982) СТД нашел широкое применение в реконструктивной хирургии желчных путей, позволил снизить послеоперационную летальность, развитие рестриктур анастомозов [16,18,47].

Э. И. Гальперин, Н. Ф. Кузовлев, А. Ю. Чевокин представили ретроспективную оценку опыта лечения 378 больных (1972 - 1997 гг.) с рубцовой стриктурой печеночных протоков [18]. В период с 1972 по 1986г. основным принципом было применение дренажа-каркаса для длительного (не менее 2 лет) дренирования желчеотводящего анастомоза. С целью снижения риска рецидива, использовали сменный транспеченочный дренаж. Из 199 оперированных больных, умерли

18. В послеоперационном периоде развивались специфические осложнения, связанные с применением СТД (гемобилия, затек желчи в поддиафрагмальное пространство, образование билиодуоденальной фистулы и др.). В отдаленном периоде после 34 восстановительных операций рецидив рубцовой стриктуры возник у 8 больных (как следствие осложнений, вызванных СТД). После реконструктивных операций СТД был удален у 109 больных, рецидив имел место у 5 (4,5%).

В настоящее время продолжает дискутироваться вопрос о необходимости использования каркасных дренажей. Нахождение дренажа внутри протока и в месте соединения его с кишкой может способствовать повышенному рубцеванию в этой зоне и привести к рецидиву после извлечения дренажа [2,9,16,23]. Больные длительное время должны ходит с несколькими дренажами, что создает неудобства и снижает качество жизни [22].

Следующий этап в хирургическом лечении повреждении и рубцовых стриктур печеночных протоков связан с внедрением в практику атравматических игл с инертным монофиламентным шовным материалом, а также рассасывающихся шовных нитей. При наложении прецизионного шва для формирования билиодигестивного анастомоза репаративный процесс протекает с минимальной воспалительной реакцией, и заживление происходит по типу первичного. Использование такого шва предупреждает сужение анастомоза и позволяет накладывать соустье без дренажа-каркаса. Э.И. Гальперин и соавт. представили результаты лечения 130 больных прооперированных с 1987 по 1997 год без применения дренажа-каркаса [18]. Послеоперационные осложнения возникли у 24 больных, случаев летального исхода не зафиксировано. В отдаленном послеоперационном периоде неудовлетворительный результат констатирован у 7 больных. В настоящее время предпочтение отдается операциям без дренажа-каркаса. Применение СТД показано: при наличии выраженной гнойно-воспалительной инфильтрации в воротах печени с переходом на стенку печеночных протоков, при циррозе печени и портальной гипертензии, затрудняющих выделение печеночных протоков; при рубцовой стриктуре правого печеночного протока со склерозированием секторальных протоков.

Бескаркасные анастомозы выполняются с соблюдением основных условия:

- 1) выделение протоков выше стриктуры за счет иссечения рубцовых тканей, иссечения участка IV сегмента печени, рассечение левого или правого долевого протоков;

- 2) сопоставление слизистых оболочек протока и кишки (однорядный шов без захвата слизистой);

- 3) использование индифферентных нитей

№4-5/0;

4) отключение петли кишки по Ру длиной 80см;

Э.И.Гальперин и соавт. (2003) отмечают, что целесообразно выполнение реконструктивной операции при ширине протока не менее 4мм с достаточной толщиной стенки, наличии опытного хирурга и необходимого инструментария,

в первую очередь шовного материала. Реконструктивные оперативные вмешательства по поводу высокой стриктуры печеночного протока с применением однорядного прецизионного шва в настоящее время считаются операцией выбора. Авторы рекомендуют направлять больных с РСЖП в специализированные учреждения [20].

#### Литература

1. «Руководство по хирургии желчных путей» Под редакцией Э.И. Гальперина, П.С. Ветшева. - М.: «Видар», 2006.- 568с.
2. Малярчук В.И., Пауткин Ю.Ф. Хирургия доброкачественных заболеваний внепеченочных желчных протоков. М.: «Светотон», 2002.- 220с.
3. Blumgart L.N., Kelley C.J., Bengamin I.S. Benign bile duct stricture following cholecystectomy: critical factors in management // Br. J Surg.- 1984.- Vol.71, N 11.- P 836-843.
4. Archer S.B. et al. Bile Duct Injury During Laparoscopic Cholecystectomy // Results of a National Survey // Ann. Surg.- 2001.- Vol.234, №4.- P.549-558.
5. Azagra J.S., De Simone P., Goergen M. Is there a place for Laparoscopy in Management of Postcholecystectomy Biliary Injuries? // World J. of Surgery.-2001.- Vol. - 25, №10. - P. 1331-1334.
6. Гришин И.Н. Повреждения желчевыводящих путей. Харвест, 2002 -141с.
7. Агаев Б.А., Агаев Р.М., Новрузова Ш.А. Способ профилактики стенозов билиодигестивных анастомозов // Материалы X юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ. - М., 2003. -С.76.
8. Гальперин Э.И, Чевочкин А.Ю, Дюжева Т.Г. Выбор метода операции в зависимости от типа высокой рубцовой стриктуры печеночных протоков // Материалы X юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ. - М., 2003. -С.86-87.
9. Глушков Н.И. Реконструктивные и восстановительные операции при рубцовых стриктурах и повреждениях желчных протоков: Автореф. дисс. канд. мед. наук./ СПб., 1995. - 39с.
10. Земляной А.Г., Глушков Н.И. Хирургическое лечение стриктур и повреждений внепеченочных желчных протоков. // Вестник хирургии. - 1995. - №2. - С.88-91.
11. Гальперин Э.И, Чевочкин А.Ю, Кузовлев Н.Ф., Дюжева Т.Г., Гармаев Б.Г. Диагностика и лечение различных типов высоких рубцовых стриктур печеночных протоков.// Хирургия-2004.-№5.-С.26-31.
12. Вишневецкий В.А., Назаренко Н.А. Резекция печени в лечении посттравматических рубцовых стриктур желчных протоков и желчно-гнойных печеночных свищей // Материалы X юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ. - М., 2003. -С.85.
13. Третьяков А.А., Слепых Н.И., Корнилов А.К., Каримов З.Х. Хирургическое лечение интраоперационных повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков. // Хирургия - 1998.- №10.- С.46-50.
14. Артемьева Н.Н. Повреждение желчных протоков во время операции и способы их исправления // Анналы хирургической гепатологии, 1996.- Т.1.- Приложение.- С. 269.
15. Борисов А.Е. Первичные повреждения и рубцовые стриктуры желчных протоков. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей: В 2 т./- СПб.: - «Скифия», 2003.- Т.2.- С.183-268.
16. Гальперин Э.И, Кузовлев Н.Ф, Карагюлян С.Р. Рубцовые стриктуры желчных протоков.- М.: Медицина,1982, 240с.
17. Bismuth H. Postoperative strictures of the biliary tract In: The Biliary Tract, Clinical Surgery International vol 5 L.H.Blumgart, editor, Edinburgh, Churchill-Livingstone, 1983,

pp209 — 218.

18. Гальперин Э.И, Кузовлев Н.Ф., Чевочкин А.Ю. Лечение рубцовых стриктур желчных протоков// Хирургия - 1998.- №9.-С.26-30.
19. Chapman William C. Postcholecystectomy bile duct strictures // Arch Surg.-, Vol.130 - June - 1995.- P.597-604.
20. Гальперин Э.И, Чевочкин А.Ю., Дюжева Т.Г., Гармаев Б.Г. Выбор метода операции в зависимости от типа рубцовой стриктуры печеночных протоков.// Анналы хирургической гепатологии - 2003.- т.8.- №2.- С.86-87.
21. Земляной А.Г., Глушков Н.И. Хирургическое лечение стриктур и повреждений внепеченочных желчных протоков.// Вестник хирургии - 1995.- т154.- №2.С.88-91.
22. Кузовлев Н.Ф. Рубцовая стриктура печеночных протоков (стриктура 0). Прецизионный желчно-кишечный анастомоз без дренажа каркаса. // Анналы хирургической гепатологии - 1996.- т.1.- С.108-114.
23. Майстеренко Н.А., Нечай А.И. Гепатобилиарная хирургия. СПб.: «Специальная литература», 1999.-265с.
24. Нечитайло М.Е., Скумс А.В. Лечение больных с повреждениями желчных протоков при традиционной и лапароскопической холецистэктомии.// Анналы хирургической гепатологии - 1999.- т.4.-№1.- С.49-55.
25. Шалимов А.А., Копчак В.М., Сердюк В.П. Рубцовые стриктуры желчных протоков: наш опыт хирургического лечения // Анналы хирургической гепатологии. - 2000. - Т.5, №1. - С.13-18.
26. Чернышев В.Н., Романов В.Е. Повреждения и рубцовые сужения желчных протоков. Самара, 2001.- 208с.
27. Гальперин Э.И. Что должен делать хирург при повреждении желчных протоков? // 50 лекции по хирургии / Под ред. В.С. Савельева.- М., «Триада-Х», 2004, - С. 422 - 436.
28. Антонов В.А. Комплексное лечение гнояного холангита и холангиогенных абсцессов печени: Дисс. канд. мед. наук. Ст-Петербург 1995.
29. Гальперин Э.И, Кузовлев Н.Ф. Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистэктомии // Хирургия - 1998.- №1.- С.5-7.
30. Moossa A.R.,Easter D.W., van Sonnenberg E., Casola G.,D'Agostino H: Laparoscopic injuries to the bile duct. Ann Surg 1992; 215/03: 203-208.
31. Гальперин Э.И., Волкова Н.В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии - М.: Медицина, 1988.- 271с.
32. Gupfa. Management and outcome of patient with combined bile duct and hepatic artery injure // Arch Surg.- 1998.-133.- P.176.
33. Фёдоров И.В., Славин Л.Е., Чузунов А.Н. Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. - «Триада - Х», 2003.-80с.
34. Тимошин А.Д. Лечение и профилактика рубцовых стриктур и наружных свищей желчных протоков: Дисс. ...д-ра мед. наук.- Москва,1991г.
35. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф, Шаров А.В. Доброкачественные стриктуры желчных протоков // Хирургия.- 1986.- №10.- С.21-26.
36. Montes Jose A Rodrigues. Complications following repair of extrahepatic bile duct after blunt abdominal trauma // World J Surg. - 2001 - Okt.- 25 (10).- P. 1313-1316.
37. Bismuth H., Majno P.E. Biliary strictures: classification based on the principles of surgical treatment.// World J Surg.- 2001.- Okt.- 25 (10).- P.1241-1244.

38. Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.П., Строганова Е.П. Восстановительные и реконструктивные операции на желчевыводящих протоках // *Материалы X юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ.* – М., 2003. – С.80.
39. Strasberg S.M. Avoidance of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy // *Hepatobiliary Pancreatic Surg.* - 2002. - 9. - P.543-547.
40. Гришкевич Э.В. Повторные операции на желчных путях: Дисс. д-ра мед. наук. - Москва, 1963.
41. Ситенко В.М., Нечай А.И. Постхолецистэктомический синдром и повторные операции на желчных путях. – Л.: Медицина, 1972.
42. Ахаладзе Г.Г. Гнойный холангит: клинические формы, определение степени тяжести, лечение: Дисс. д-ра мед. наук. М. 1994.
43. Иванов В.А., Сундушникова Н.В. Ультразвуковая диагностика проксимальной блокады билиарного тракта / *Материалы X международной конф. Хирургов-гепатологов России и стран СНГ.* – М., 2003. - С.93-94.
44. Шаповальянц С.Г., Орлов С.Ю., Мыльников А.Г. Эндоскопическое лечение «свежих» повреждений желчных протоков. // *Анналы хирургической гепатологии* – 2005, - Т.10, №3, - С.50-54.
45. Шаповальянц С.Г., Цкаев А.Ю., Грушко Г.В. Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе. // *Анналы хирургической гепатологии* – 1997, - Т.2, - С.117-123.
46. Ward J. et al. Bile duct strictures after hepatobiliary surgery: assessment with MR cholangiography // *Radiology.* - 2004. - Vol. 231(1). - P.101-108.
47. Артемьева Н.Н. Посттравматические рубцовые стриктуры желчных протоков // *Анналы хирургической гепатологии*, 1996. - Т.1. - Приложение. - С. 270-271.

## Результаты лечения поздних параколостомических осложнений

К.Т.Шакеев

Областная клиническая больница, г. Караганда

Бұл жұмыста параколостомиялық кеш дамыған асқынуларды 88 науқастың емдеу нәтижелері ұсынылады. Барлық кеш дамитын асқынулардың ішінде жиі кездесетіні ерекше қызушылық тудырады, 31 науқаста (35,2%). Таңдаулы қалпына келтірілген операцияда науқастар колостоманың асқынған түрі іш қуысына кіру қиғаш әдісі қажет сол себептен ішкі ағзаларымен тығыз байланыс және негізделмеген адгезиолизистен құтқарады. Үлкен жарық ақауларындағы жергілікті тіндерді жамау кезінде тіндердің созылуы байқалады асқынулар 48,9%, ал торлы эндопротезді қолданғанда асқынулар салыстырмалы түрде 18,6 % сирек кездеседі.

In this work we study the result of treatment of late paracolostomal complication in 88 patients. The special attention was to the paracolostomal hernias, the often cases among late complication, in 31 patients (35.2%). The approach for the rehabilitating operation in patient with the complication of the colostomy was oblicpararectal, which exclude the large contact with the organs of abdominal cavity and baseless adhesiolysis. In the plastic of the hernias defects with local tissues has the prominent strength were complication are 48.9%, which is not observed in case when use the combinative endoprotes and the complication will develop comparatively rare 18.6%.

### Актуальность

После операций на толстой кишке, завершающихся формированием колостомы, в отдаленном периоде параколостомические грыжи и стриктуры стом имеют место у 23-31% пациентов, причем основным фактором образования их являются несоответствие диаметра колостомической раны и диаметра выведенной кишки [1, 2]. В результате большого размера раны на передней брюшной стенке при частом повышении внутрибрюшного давления образуются грыжи, напротив, при узком отверстии и рубцевании в процессе негладкого заживления в условиях нагноения и некроза возникают стриктуры [3, 4].

### Цель исследования

- изучить результаты лечения поздних параколостомических осложнений.

### Материалы и методы

В проктологическом отделении Областной клинической больницы г.Караганды мы оперировали 88 больных с локальными параколостомическими осложнениями. Грыжи имели место у 31 пациента (35,2%), причем сочетание параколостомических и вентральных грыж у 10 (11,3%); стриктуры колостомы у 21 (23,8%); параколостомические свищи у 9 (10,2%); эвагинация колостомы у 11 (12,5%); поздняя параколостомическая флегмона у 2 (2,2%). Возраст больных от 16 до 79 лет. Средний возраст пациентов составил 47 лет. Мужчин было – 49, женщин 39.

При оценке результатов больные были разделены на две группы. Критерием деления слу-

жил выбор доступа и способ пластики грыжевых дефектов. В контрольной группе больных (n=45) при восстановительной операции использована срединная лапаротомия, а пластику дефектов производили местными тканями. В основной группе (n=43) применен косопараректальный доступ и по показаниям пластика грыжевых дефектов с помощью сетчатых эндопротезов.

Значительные трудности при лечении представляют сочетанные грыжи- послеоперационные (по средней линии) и параколостомические. Больной У., 53 лет с вентральной грыжей больших размеров, которая образовалась на фоне обострения хронического бронхита с выраженным кашлевым рефлексом (рисунок 1).

Особенность патологии заключалась в том, что параколостомическая грыжа входила в со-



Рисунок 1 - Сочетанная параколостомическая и вентральная грыжа больших размеров

став вентральной грыжи, которая проявлялась выпячиванием при повышении внутрибрюшного давления и нередко сопровождалась болевым синдромом, при этом нарушения пассажа по кишечному тракту не отмечалось.

При декомпенсированных стриктурах кишечных стом у 9 больных хирургическое лечение проводилось в два этапа. Реконструкция колостомы - первый этап, восстановительная операция – второй этап после нормализации пассажа по кишечному тракту в сроки 2-3 мес. У 12 пациентов, при наличии компенсированной и субкомпенсированной стриктуры, были выполнены в один этап восстановительные операции (таблица 1).

Таблица 1 - Характеристика больных с поздними параколостомическими осложнениями

Виды осложнений	Основная группа (n=43)		Контрольная группа (n=45)	
	абс.	%	абс.	%
Параколостомические грыжи	15	34,9	16	35,6
Сочетанные грыжи	5	11,6	5	11,1
Лигатурные и параколостомические свищи	4	9,3	5	11,1
Эвагинация кишечной стомы	5	11,6	6	13,3
Стриктуры колостом	11	25,6	10	22,2
Рецидив опухолевого поражения	3	7,0	3	6,7
ИТОГО:	43	100,0	45	100,0

Реабилитационная программа при параколостомических осложнениях состояла из 2 основных групп мероприятий: 1 - выявление осложнений и их коррекция; 2 - восстановительные операции.

До 1997 г. восстановительные операции проводили с использованием срединной лапаротомии, преимуществом чего являлась возможность произвести полную ревизию органов брюшной полости и адгезиолизис. Однако такая операция была травматичной, сопровождалась послеоперационным парезом и болевым синдромом.

С 1997 г. при восстановлении непрерывности ободочной кишки применен способ косопараректальной лапаротомии с предварительным отделением колостомы от передней брюшной стенки и продлением доступа книзу и медиально. При этом сохранялась возможность ревизировать определенно ограниченную область. Преимуществом данного доступа является меньше травматичность, болевой синдром значительно меньше выражен, что субъективно определялось пациентами и объективно оценивалось количеством введенных обезболивающих средств в первые сутки послеоперационного периода.

В основной группе (n=43) показанием к сре-



Рисунок 2 - Пластика грыжевого дефекта сетчатым эндопротезом у больного У. 53 л.

динной лапаротомии при восстановительных операциях считали наличие послеоперационной срединной грыжи у 5 больных, клинику спаечной болезни у 3 и локализация центрального конца кишечной стомы на правой половине живота в виде асцендо- или илеостомы, а отключенного сегмента в левой половине брюшной полости у 2. У 1 больного имелась вентральная грыжа гигантских размеров, при этом колостома входила в состав вентральной грыжи.

Выбором доступа являлся косопараректальный с предварительным отделением колостомы, что исключало манипуляции на тонкой кишке. Этот доступ был применен у 33 больных. При восстановительных операциях, выполненных через срединную лапаротомию, у больных с вентральной грыжей, использовалась гениопластика с помощью сетчатого эндопротеза.

При наличии колостомы в левом мезогастррии окаймляющим разрезом отделяли колостому от передней брюшной стенки и продляли разрез вниз в косопараректальном направлении. Технические трудности возникли при коротком дистальном сегменте у 5 больных. Однако длина раны 12-14 см позволяла выполнять манипуляции в малом тазу.

Параколостомические грыжи имелись у 11 больных, причем у 7 был кольцевой вид грыжи. При грыжевых дефектах размерами более 10-12 см у 9 больных, с целью их закрытия использован сетчатый эндопротез. После подготовки больному произведена лапаротомия, восстановление непрерывности толстой кишки, грыжевой дефект по срединной линии и области стояния колостомы были ликвидированы с помощью сетчатого эндопротеза размерами 20x30 и 8x10 см.

В контрольной группе всем больным (n=45) произведена лапаротомия с иссечением старого срединного послеоперационного рубца. Грыжевой дефект в области колостомы был ликвидирован путем пластики местными тканями, причем дефект у 5 больных составил более 10 см, имелись технические трудности при пластике из-за выраженного натяжения тканей. В зоне срединной раны у 6 больных дефект апоневроза был более 10-12 см. При больших дефектах у 4

больных применялась пластика по Трополи, у 2 - путем создания дубликатуры апоневроза. Тотальный адгезиолизис был выполнен 7 больным, при этом отмечались множественные десерозирования и у 5 - вскрытие просвета тонкой кишки, причем 3 больным произведена резекция сегмента тонкой кишки.

При развитии рецидива с изолированным опухолевым поражением колостомы производили резекцию данного сегмента у 6 пациентов обеих групп. Особых технических трудностей не при этом не отмечалось.

### Результаты и обсуждение

Оценка результатов лечения в различных группах оценивалась по количеству и характеру осложнений (таблица 2).

В основной группе осложнения возникли у 7 больных (16,7%), в виде лигатурных свищей и абсцессов у 1 (2,3%), нагноение послеоперационной раны у 2 (4,7%) больных. Данные осложнения были излечены консервативно, лишь у 1 пациента пришлось вскрывать гнойник, при наличии гнойного затека. Рецидива грыж не отмечалось. У 2 пациентов, которым производили лапаротомию в отдаленном периоде, имела место спаечная болезнь болевой формы, периодическое стационарное консервативное лечение временно разрешало данную проблему. Остальные больные данной группы в отдаленном периоде пришли к обычной трудовой жизни.

В области ран в послеоперационном периоде отмечалось нагноение у 1 больного, серома у 1. В послеоперационном периоде у данного больного с целью профилактики бронхообструкции производились санационные бронхоскопии, так как имел место гнойный эндобронхит, возникло нагноение послеоперационной раны, на фоне местной терапии рана очистилась, вторично зажила, однако отторжения сетчатого эндопротеза не отмечалось.

В контрольной группе осложнения возникли у 16 больных (35,6%). Наиболее чаще имел место рецидив грыжи у 4 (8,9%), у 2 (4,4%) больных после вынужденной резекции тонкой кишки имела частичная несостоятельность энтероэнтероанастомоза и у 2 (4,4%) после ушивания дефекта кишки была несостоятельность кишечных швов. Развитие несостоятельности кишечных швов у 1 и анастомоза у 1 пациента в следствие некоррегированных водно-электролитных и белковых нарушений привело к летальному исходу. Со стороны толстокишечных анастомозов осложнений не было.

В отдаленном периоде в контрольной группе с традиционным способом пластики грыжевых дефектов больных у 16 (35,6%) имели место следующие осложнения: рецидив грыжи в области ранее локализованной колостомы у 4 больных (8,9%); лигатурные свищи и абсцессы у 2 (4,4%).

Таблица 2 - Результаты лечения поздних параколостомических осложнений

Виды осложнений	Основная группа (n=43)		Контрольная группа (n=45)	
	абс.	%	абс.	%
Нагноения ран области колостом	2	4,7	3	6,7
Серомы ран области колостом	1	2,3	2	4,4
Рецидив грыжи	-	-	4	8,9
Лигатурные свищи и абсцессы	1	2,3	2	4,4
Нагноение срединной раны	1	2,3	2	4,4
Ранняя спаечная кишечн/ непроходимость	2	4,7	3	6,7
Несостоятельность кишечных швов	1	2,3	4	8,9
Летальный исход	-	-	2	4,4
ИТОГО:	8	18,6	22	48,9

Спаечная болезнь развилась у 3 больных, причем у 2 - с явлениями хронической кишечной непроходимости и превалированием болевой формы. Оперативное лечение потребовалось 2 пациентам, так как консервативное лечение было не эффективное, имел место выраженный спаечный процесс с множеством перегибов и сдавление петель тонкой кишки. В результате у 1 пациента операция ограничилась адгезиолизом. У второго пришлось произвести резекцию сегмента тонкой кишки, в последующем возникла несостоятельность тонкокишечного анастомоза, образовался неполный кишечный свищ через гнойную полость, в итоге больной умер на 21 сутки в результате прогрессирования раневого и алиментарного истощения.

Значительно меньше количество осложнений в основной группе больных - 18,6% в сравнении с контрольной группой, где частота осложнений составила 48,9%.

### Выводы

1. Параколостомические грыжи являются одним из частых осложнений среди всех поздних осложнений колостомии.
2. Выбором доступа при восстановительных операциях у больных с колостомами является косопараректальный, который исключает обширный контакт с органами брюшной полости, проведение необоснованного адгезиолизиса.
3. При пластике больших грыжевых дефектов с целью их ликвидации, целесообразно использовать сетчатые эндопротезы, так как пластика местными тканями сопровождается чрезмерным натяжением тканей, соответственно чаще с развитием осложнений.
3. Такие осложнения, как лигатурные свищи и абсцессы, нагноения ран при использовании сетчатых эндопротезов существенно не оказы-

вало влияние на результаты лечения. В результате применения сетчатого эндопротеза для закрытия грыжевых дефектов, в сравнении с

пластикой местными тканями, частота рецидивов уменьшилась более чем в 2 раза.

*Литература*

1. Мехдиев Д.И., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В. и соавт. Параколомические осложнения и их коррекция// Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы колопроктологии». – Москва, 2005. - С. 360-361.
2. Коновалов С.В., Стойко Ю.М., Синенченко Г.И. Роль предшествующих гнойно-воспалительных процессов в развитии рубцового сужения колостомы// Материалы

- научно-практической конференции «Актуальные проблемы колопроктологии». – Москва, 2005. - С. 354-355.
3. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Рывкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. – М: Медицина. - 1994. – 432 с.
4. Hassan M. Abdalla, MD. Prosthetic Mesh Repair for Large Paracolostomy Hernia// Journal of the Egyptian Nat. Cancer Inst., 2000. - Vol. 12. - №3. -September. – P. 165-172.

# Генная терапия с использованием ингибиторов гена эпидермального фактора роста при раке поджелудочной железы

Муслимов Г.Ф.

Научный центр хирургии им. М. Топчубашова, Баку, Азербайджан

В последние годы исследования экспрессии рецепторов эпидермального фактора роста в нормальной и опухолевой ткани показали, что уровень экспрессии EGFR гена в клетках панкреатической аденокарциномы достоверно выше, чем в нормальных клетках поджелудочной железы. Также изучено, что AA геномный и A аллел полиморфизм в 61 G  $\Rightarrow$  A нуклеотидной паре EGF гена является достоверным фактором риска развития рака поджелудочной железы.

Мы также изучали влияния нового препарата AG1478, являющийся ингибитором EGFR нового поколения на апоптоз и пролиферацию клеток при РПЖ на клеточной линии PaTu 8902. Выяснилось, что данный препарат не уступает 5FU по апоптотическому эффекту и эффективно уменьшая пролиферацию клеток, по антипролиферативному эффекту превосходит 5FU в 1,5 раза.

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, EGFR, генный полиморфизм, апоптоз, клеточная пролиферация

## Актуальность проблемы

По данным литературы, на момент установления диагноза рака поджелудочной железы (РПЖ) лишь 10-15% больных являются кандидатами на хирургическое лечение, после которого средняя продолжительность жизни составляет 10-18 месяцев, а до 5 лет выживают только 17-24% больных (1,2,3). При этом 12-месячная выживаемость составляет 10%, а 5-летняя выживаемость наблюдается лишь у 3-5% больных (3,4,5).

В последние годы в ряду достижений диагностики и терапии РПЖ особое место занимает изучение молекулярного онкогенеза рака поджелудочной железы (4,5,6,7,8). Среди них особый интерес у исследователей вызывает фактор эпидермального роста (EGF) и его рецепторы (EGFR). В некоторых литературных источниках последних лет, применение моноклональных ингибиторов EGFR после радикального хирургического лечения рака поджелудочной железы, а также их различные комбинации считаются клинически эффективными (9,18).

Основываясь на вышесказанном, считается, что одной из целей адьювантной и неoadьювантной терапии рака поджелудочной железы является ингибция рецепторов фактора эпидер-

## Role of EGF gene in the development of pancreatic cancer and efficacy its inhibitors in treatment of pancreatic cancer cells

Q.F. Muslimov. Scientific Surgical Center named after M. Topchubashov, Azerbaijan

Summary: The majority of cases of pancreatic carcinoma overexpress growth factors which stimulate cell growth. One of these known growth factors is epidermal growth factor (EGF).

Today, one of the important targets of cancer therapy is regulating the apoptosis and cell proliferation mechanisms in tumor cells. Previous studies have shown that blockade of epidermal growth factor receptors can both induce apoptosis and reduce cell proliferation in multiple human cancer cell lines, including pancreatic cancer. However, the effect and mechanism of new ECFR inhibitors on apoptosis and cell proliferation in pancreatic cancer growth have not been well studied. Therefore, we aimed to detect the role of overexpression of epidermal growth factor gene and its polymorphism in the development of the pancreatic cancer and to study the effect of new EGFR inhibitors (AG1478) on apoptosis and cell proliferation in pancreatic cell line under in vivo condition.

Our randomized study showed that, expression of EGFR gene in cancer group significantly high than in normal group and statistically difference existed between pancreatic cancer and healthy groups for AA genotype and A allele polymorphism in 61 G  $\rightarrow$  A doublet. Our study also demonstrated that EGFR inhibitor of AG1478 has similar pro-apoptotic effect as well known anticancer agent of 5FU. At the same time, we have shown that AG1478 is significantly effective than 5FU on reducing cell proliferation in pancreatic cell line of PaTu 8902.

мального развития (5,8,10,11). Одновременно с этим, в последнее время в объект исследований превратились также молекулярные ингибиторы, тормозящие активность тирозин-киназ (16). Но до сегодняшнего дня относительно эффективности ингибиторов EGFR при РПЖ не проведены ни клинических, ни экспериментальных исследований.

Целью настоящего исследования явилась экспериментальное изучение влияния ингибитора EGFR нового поколения-AG1478 (в последующем AG) на апоптоз и клеточную пролиферацию на клеточной линии РПЖ PaTu 8902 после определение уровня экспрессии EGFR.



### Методика исследования

Экспериментальные исследования проводились в лаборатории экспериментальных исследований Мангеймской хирургической клиники Гейдельбергского университета Германии на клеточной линии рака поджелудочной железы PaTu 8902 (Elsasser, Heydtmann, Lehr, Agricola и Kern, 1993). Уровень экспрессии EGFR на опухолевых и интактных тканевых биоптатах, взятых у 125 больных определили иммуногистохимическими исследованиями.

Мононуклеотидный генный полиморфизм для EGF→ALU1 изучалось по методу Reaction-Restriction Fragment Length Polymorphism Analysis (PCR-RFLP).

Исследование пролиферации в клеточной линии были проведены с помощью считывающей системы ELISA (Model-550, Bio-Rad) и аппарата "Beckman Coulter Analysator" (Кооперация Колтер, Майами, Флорида, США). А количество апоптотических, живых и умерших клеток определяли флоуцитометрическим методом (FACS).

Для изучения влияния ингибитора EGFR нового поколения-AG1478 на апоптоз и пролиферацию клеток исследования были проведены в 4 группах: в группе наблюдения опухолевые клетки подверглись инкубации без лечения. В остальных группах лечения использовались следующие комбинации: 5FU в дозе 25  $\mu$ M (II группа); AG, ингибитор EGFR нового поколения, в дозе 50  $\mu$ M (III группа); и 5FU (25  $\mu$ M) + AG (50  $\mu$ M) (IV группа).

### Результаты исследования

Уровень экспрессии EGFR изучались в 4 подгруппах: неокрашенная (негативная) нормальная панкреатическая ткань; неокрашенная опухолевая ткань панкреаса; окрашенная моноклональными антителами EGFR нормальная панкреатическая ткань и окрашенная моноклональными антителами EGFR опухолевая ткань.

Как выяснилось (рис. 1), степень экспрессии трансмембранно локализованной EGFR (показан стрелкой) достоверно выше в опухолевых клетках (б), чем в нормальных клетках панкреаса (а).

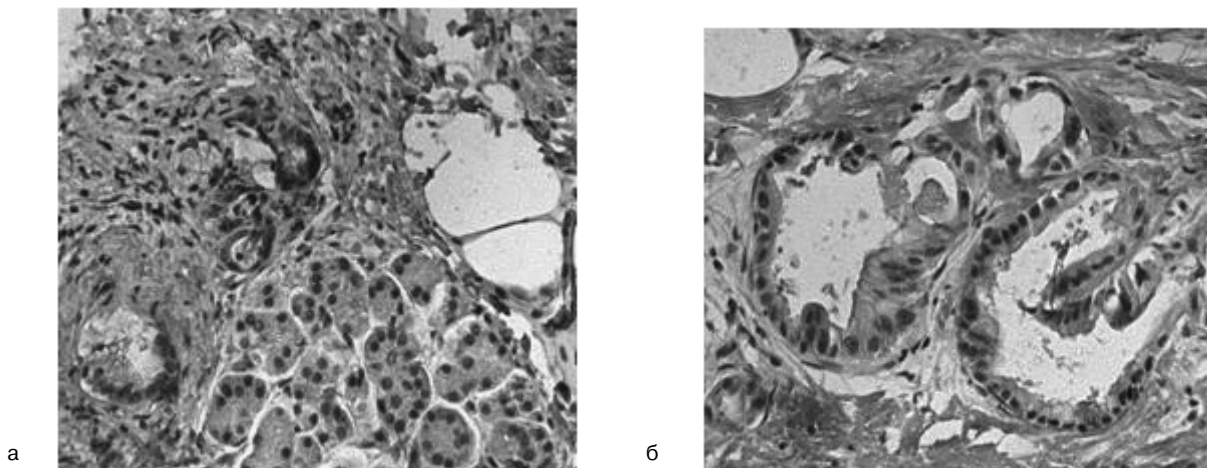
На следующем этапе изучали встречаемость различных типов геномного и аллельного полиморфизма у больных по сравнению с контрольной группой. Анализ показал, что различия между группами по AA геномному и A аллельному полиморфизму была статистически достоверной. Тогда, когда геном AA среди больных РПЖ встречался в 33,6% случаев, в контрольной группе этот геном встречался лишь у 9,1% обследованных ( $p < 0,01$ ). В группе здоровых добровольцев аллель А составило 32,7% генотипа, а среди больных данный показатель составило 50,8% ( $p < 0,01$ ).

Показатели цитометрии после соответствующего лечения различными препаратами были изучены в динамике через 24, 48 и 72 ч после лечения.

В 1-ый день лечения (24 часа) количество апоптотических клеток в группе 5FU составило 16,7% ( $p = 0,0001$ ), в группе AG 7,64% ( $p = 0,001$ ), а при комбинации AG + 5FU 11,91% ( $p = 0,0001$ ). Интересен тот факт, что показатели апоптоза в группе лечения 5FU гораздо выше, чем в группах AG и AG + 5FU (в 2,2 и 1,4 раза, соответственно). Через 24 часа после лечения количество здоровых и погибших клеток превзошло количество апоптотических клеток.

На 2-ой день лечения показатели апоптоза во всех исследуемых группах достигли своего пика, что полностью согласуется с данными специализированной литературы. В это время показатели апоптоза в группах AG и AG + 5FU почти сравнялись, и, разница с показателями группы 5FU, значительно уменьшились. Особо следует отметить, через 24 часа показателями апоптоза в группах 5FU и AG статистически достоверной разницы не наблюдалось (показатели апоптоза соответственно 53,74% и 44,08%).

Рис. 1. Сравнительный иммуногистохимический анализ экспрессии EGFR при аденокарциноме панкреаса (объяснение в тексте)



На 3-й день лечения показатели апоптоза во всех группах начинают уменьшаться и самый высокий уровень апоптоза наблюдается в группе 5FU + AG. В этой группе количество апоптотических клеток в 1,4 раза больше, чем в группе 5FU, и в 1,3 раза, чем в группе AG.

Таким образом, сравнивая показатели апоптоза во 2-ой и в 3-й дни, замечаем, что в 3-й день показатели в группе 5FU уменьшились в 1,7 раз, а в группе AG в 1,5 раза, тогда как в группе 5FU + AG этот показатель достиг 1,1 раза (р. 0,001) и составил 40,28 %.

Как было отмечено выше, степень пролиферации клеток в сравниваемых группах нами определялась тоже через 24, 48 и 72 ч после начала лечения.

Показатели пролиферации в динамике лечения показали, что в первый день лечения самый низкий уровень пролиферации наблюдается в группе AG + 5FU. Через 24 часа эффективность лечения AG была сравнительно выше (степень пролиферации 0,28), чем при лечении 5FU (степень пролиферации 0,32). Через 48 часов после лечения динамика показателей пролиферации клеток показывает превосходство AG с точки зрения антипролиферативной эффективности.

На 2-ой день лечения самый сильный антипролиферативный эффект отмечается в группе AG + 5FU. В этой серии AG, по своей эффективности оказался сильнее 5FU. Одновременно с этим, через 48 часов, антипролиферативная эффективность по сравнению с показателями

24-часового периода, в группе AG возросла в 5 раз, а в группе 5FU – в 1,5 раза.

Как и ожидалось, через 72 часа клеточная пролиферация в контрольной группе начала уменьшаться (через 24 часа – 0,42; через 72 часа – 0,39). Наряду с этим, эффективность AG, 5FU и AG + 5FU продолжалось расти. Так, как если на 2-ой день лечения степень пролиферации в группе AG составила 0,26, а в группе AG + 5FU 0,22, то на 3-й день эти показатели соответственно составили 0,22 и 0,2.

### Заключение

Было доказано, что экспрессия EGFR гена в тканях РПЖ достоверно выше, чем в нормальной панкреатической ткани и AA геномный и A аллел полиморфизм в 61 G  $\Rightarrow$  A нуклеотидной паре EGF гена является достоверным фактором риска развития рака поджелудочной железы. Результаты исследования также утвердили, что препарат AG1478, являющийся ингибитором EGFR нового поколения по эффекту влияния на апоптоз и пролиферацию клеток при РПЖ не уступает 5FU (максимальный апоптотический эффект, достигнутый AG1478 – 44,08 %, 5FU – 53,74 %; AG1478 по антипролиферативному эффекту превосходит 5FU в 1,5 раза), а при этом комбинация AG + 5FU может считаться наиболее эффективным. Таким образом, AG1478 как ингибитор EGFR нового поколения может являться одним из наиболее эффективных средств адьювантной и неоадьювантной терапии при РПЖ.

### Литература

1. Агаев Б.А., Муслимов Г.Ф., Ягублу В.Ш., Гейдрих Б //Влияние ингибиторов EGFR (Рецептор Фактора Эпидермального Роста) на апоптоз и клеточную пролиферацию при раке поджелудочной железы // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2008, №2, стр. 84-92
2. Г.Ф.Муслимов || Молекулярно-биологические аспекты рака поджелудочной железы (Pankreas хəřçənginin molekulyar bioloji aspektləri) Bakı-2008, 120 стр.
3. Г.Ф.Муслимов //Pankreas şişinin hüceyrə xəttində yeni nəsil EGFR inhibitorlarının hüceyrə proliferasiyasına təsiri. Sağlamlıq jurnalı, 2007, N2, s.81-88
4. Г.Ф.МУСЛИМОВ //Роль гена эпидермального фактора роста в развитие рака поджелудочной железы и эффективность ингибиторов данного гена в лечение клеток карциномы панкреаса //Клеточные технологии в биологии и медицине, 2008, №2, стр. 106-109
5. Г.Ф.МУСЛИМОВ //Роль гена эпидермального фактора роста в развитии рака поджелудочной железы и эффективность ингибиторов данного гена в лечении панкреатической карциномы// Биомедицина, N2, 2008, səh. 23-26
6. Г.Ф.Муслимов // Epidermal growth factor receptor (EGFR) gene expression and its polymorphism in the pancreatic cancer // Abstracts of 10<sup>th</sup> International Euroasian Congress of Gastroenterology and Surgery, p.133-134 /7-9 Dekabr 2007, Iran, İsfahan
7. Г.Ф.Муслимов // Efficacy of EGFR inhibitors in treatment of pancreatic adenocarcinoma // Abstracts of 11<sup>th</sup> International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology, p.213 / Bakı, 12-15 iyun, 2008
8. Allen G, Lee P, Ryan M et al. //Application of molecular biol-

ogy studies to gene therapy treatment strategies //World J Surg, 2002; 26, 854-860

9. Mimeault M, Brand ER, Sasson AA et al. //Recent advances on the molecular mechanisms involved in pancreatic cancer progression and therapies //Pancreas 2005, 31: 301-316
10. Westphal S and Kalthoff H //Apoptosis: targets in pancreatic cancer //Molecular cancer, 2003; 2:6, 1-14
11. Missiaglia E, Blaveri E, Terris B et al. //Analysis of gene expression in cancer cell lines identifies candidate markers for pancreatic tumorigenesis and metastasis //Int J Cancer, 2004; 112, 100-112
12. J.P.Neoptolemos, D.Cunningham, H.Friess et al. //Adjuvant therapy in pancreatic cancer: historical and current perspectives //Annals of Oncol 2003, 14: 675-692
13. Michael GT, Conor CM, Neoptolemos PJ //New techniques and agents in the adjuvant therapy of pancreatic cancer //Acta Oncologica, 2002; 41: 582-595
14. Ghaneh P, Hartley M, Neoptolemos P et al. //Adjuvant therapy in pancreatic cancer //World J Gastroenterol, 2001; 7(4): 482-489
15. Mendelsohn J //The epidermal growth factor receptor as a target for cancer therapy //Endocr Rel Cancer 2001, 8: 3-9
16. Ganesh P, Kawesha A, Evans JD and Neoptolemos JP //Topics: Pancreatic cancer new-horizons in diagnosis and treatment: molecular prognostic markers in pancreatic cancer //J Hepatobiliary Pancreat Surg 2002, 9: 1-11
17. Arteaga CL //Overview of epidermal growth factor receptor biology and its role as a therapeutic target in human neoplasia //Semin Oncol 2002, 29(14) : 3-9
18. Vogel CL, Cobleigh MA, Tripathy D et al. //Efficacy and safety of trastuzumab as a single agent in first-line treatment of HER2-overexpressing metastatic breast cancer //J Clin Oncol 2002, 20: 719-726

## Минифлебэктомия в хирургическом лечении варикозной болезни нижних конечностей

Джакупов В.А., Султаналиев Т.А., Коспанов Н.А., Пазылов С.Б., Ханчи М.Х., Киргизбаев С.Ж.

*Аяқтың веналарының варикозды кеңейіу ауыруына операцияның көлемі ультрадыбыспен зерттеу нәтижелеріне байланысты жасалуы тиісті.*

*Терінің асты көк тамырлардың варикозды кеңейіу алғанда, теріге тігістерді салмай ең перспективті микрофлебэктомия құралдарын қолдануды талап етеді, ол казырғы заманғы талаптарға және эстетикалық хирургия мақсаттарына жауап береді. Сондықтан осы уақыттың сұрауы кішіинвазивті хирургиялық технологиялардың іздеп, жетілдіріп варикозды ауыруы бар науқасқа өте жақсы косметикалық әсер бар, жылдам реабилитациялатын және радикалы емдеуді қамтамасыз ету.*

*Volume of operative intervention at varicose disease of the lower extremities should be based on results of ultrasonic research and pursue the purpose of elimination pathological veno-venous refluxes.*

*In the relation of varicose inflows of subcutaneous veins, subjects to removal, most perspective represents use of microphlebological methods, not demanding in subsequent of imposing of skin seams, that meets the requirements also to purposes of modern aesthetic surgery. Thus, the today's realities determine necessity of search miniinvasive of surgical technologies ensuring a minimum quantity of complications, different cosmetic effect, fast rehabilitation and radical treatment of varicose disease of the lower extremities.*

Варикозная болезнь нижних конечностей продолжает лидировать среди заболеваний периферического сосудистого русла и является объектом пристального внимания хирургов с давних времен. Актуальность проблемы ВБ обусловлена ростом её частоты, стабильно высоким уровнем рецидивов и большим количеством осложненных форм заболевания. Частота её достигает 40% и наибольшее распространение она получила в европейской популяции [1]. При этом большинство пациентов достаточно молоды, средний возраст – 45,5 лет. Однако по сравнению с результатами эпидемиологических исследований 60-70-х годов отмечается значительное повышение заболеваемости ВБ у мужчин, что объясняется тотальным изменением образа жизни европейского населения, хотя в целом заболеваемость у женщин по-прежнему выше, чем у мужчин в 1,5-3,5 раза [2,3].

На протяжении многих лет операция Бэбкокка - Нарата являлась традиционным хирургическим методом удаления варикозно трансформированных большой и малой подкожных вен и их притоков. В настоящее время все шире используется короткий стриппинг и методика минифлебэктомии по Варади, главными преимуществами которого являются малая травматичность и хороший косметический эффект.

Мы располагаем результатами комплексного обследования и последующего хирургического лечения и наблюдения 136 пациентов с первичным варикозным расширением вен нижних конечностей, оперированных в отделе хирургии сосудов ННЦХ им. А. Н. Сызганова в период с декабря 2004г. по январь 2008 г. Женщин было

76 (55,9%), мужчин 60 (44,1%), прооперировано 156 нижних конечностей. (диаграмма №1) Возраст пациентов колебался от 20 до 69 лет, средний возраст составил  $44,5 \pm 13,5$ . Как видно, свыше половины больных (59,6%) находилась в наиболее трудоспособном возрасте – от 20 до 50 лет. Время от начала заболевания до поступления в стационар составляло от 2 до 38 лет, средняя составила  $15,5 \pm 8$ . Продолжительность заболевания у основной массы пациентов была более 10 лет. Распределение по клиническим классам СЕАР: С2 – 10 пациентов (7,4%), С3 – 90 (66,2%), С4 – 24 (17,5%), С5 – 10 (7,4%), С6 – 2 (1,5%) Подавляющее число оперированных – 114 (83,8%) пациентов принадлежала к клиническим классам С3 и С4. (таблица №1)

В комплексное обследование больных входило обязательное ультразвуковое дуплексное ангиосканирование и стандартные клинические анализы. Поражение в бассейне БПВ имелося на 135 (86,5%) конечностях, сочетанное поражение БПВ и МПВ имелося на 21 (13,5%) конечности, изолированное поражение МПВ не отмечалось.

Подавляющее большинство операций проводилось под спинальной анестезией – 94 пациента, что составило 69,1%. Виды анестезиологического пособия представлены в таблице № 2.

Благодаря УЗДС у 58 больных – 42,7 % выявлена клапанная недостаточность и варикозное расширения ствола большой подкожной вены только на бедре, поэтому с целью максимально сохранить подкожные вены мы ограничились коротким стриппингом, а доступ к сафенофemorальному соустью был паховый или по U.

Таблица №1 Распределение по клиническим классам CEAP

	C0		C1		C2		C3		C4		C5		C6	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Количество					6	4	40	50	11	13	3	7	1	1
EP														
PR					6	4	38	48	4	2	3	7	1	1
GSV					6	4	40	49	11	13	3	7	1	1
LSV							5	7		2	2	5		
PO									1					
PR,O							2	2	6	11				

Brunner. Стриппинг выполнялся инвагинационным способом, который значительно уменьшает количество послеоперационных осложнений, таких как повреждение нервов и окружающих тканей. У остальных 78 пациентов (57,3%) выполнена экстирпация БПВ на всем протяжении с удалением притоков по Нарату. (диаграмма №2)

Классический косопродольный доступ по И.В.Червякову к сафенофemorальному соустью, кроме достоинств - совпадение проекции кожного разреза с ходом большой подкожной вены и возможностью при необходимости экспозиции магистральных сосудов бедра, имеет ряд недостатков, избежать которые позволяет нам паховый доступ и доступ по U. Brunner.

Определив точку пульсации бедренной артерии, в направлении к лонному сочленению, по паховой складке, делается кожный разрез длиной 4-5 см. Послойно рассекают подкожную клетчатку и фасцию, сразу же под ней обнаруживают сафенофemorальное соустье. БПВ дистально и проксимально фиксируется мягкими зажимами, после чего пересекается. Проксимальная часть БПВ ножницами и малым тупфером, «мушка», мобилизуются до овальной ямки, притоки перевязываются и пересекаются. На уровне остиального клапана БПВ пристеночно к бедренной вене прошиваются и перевязываются.

**Доступ по U. Brunner** (надпаховый доступ) выполняется на 2 см выше паховой складки. Кожный разрез выполняется аналогично паховому доступу, после рассечения подкожно-жировой клетчатки и томпсоновой фасции определяется надчревная вена, v. epigastrica superficialis, выделяя последнюю в дистальном направлении, обнаруживают устье БПВ.

С 2004г. в отделении сосудистой хирургии нами был внедрен метод минифлебэктомии по Варади – Мюллер, варикозно - расширенных притоков большой и малой подкожных вен, а также эпифасциальная перевязка перфорантов различной локализации.

Таблица № 2 Вид анестезии

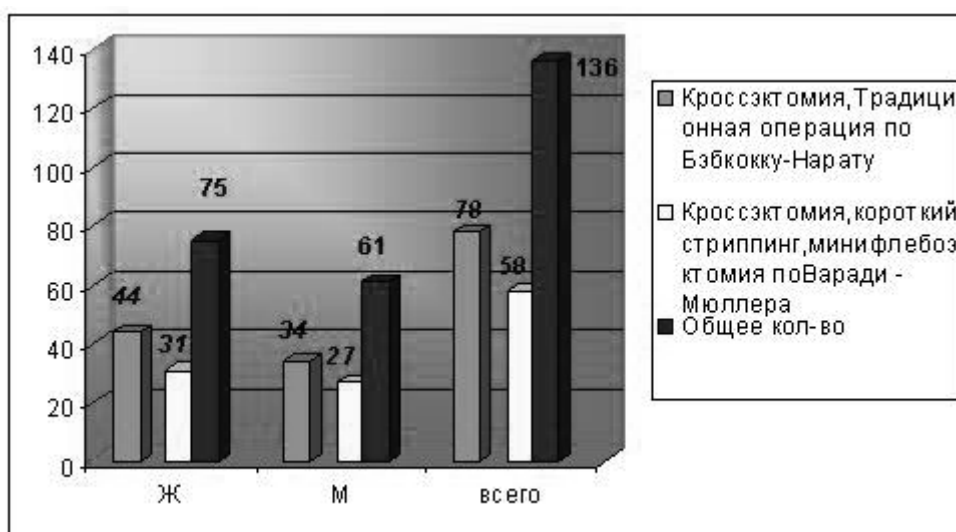
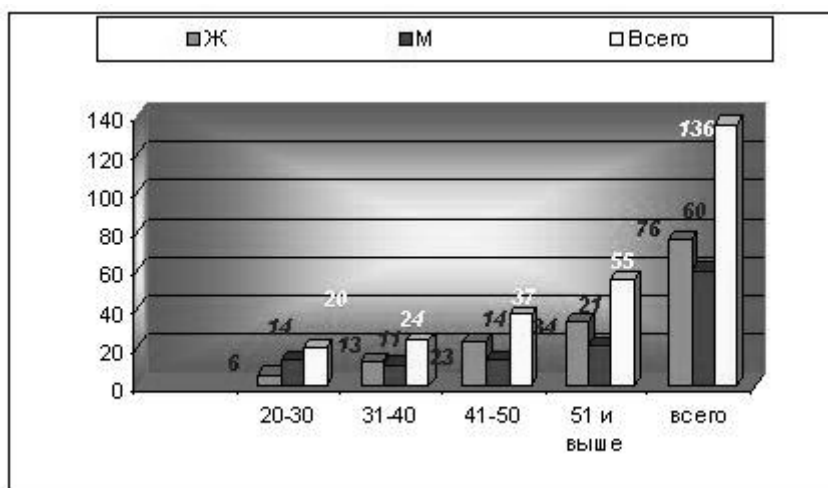
Вид анестезии	Ж		М		Общее кол-во	
	п	%	п	%	п	%
ТВА+ИВЛ	16	11,8	18	13,3	34	25,1
СМА	55	40,4	39	28,7	94	69,1
ЭА	4	2,9	4	2,9	8	5,8
Всего	75	55,1	61	44,9	136	100

Инструменты для микрофлебэктомии разработаны Varady и выпускаются фирмой «Aescular» (Германия) В комплект входят несколько крючков Мюллера, разного размера, используемые для извлечения варикозной вены и флешпатель применяемый для мобилизации подлежащих удалению варикозных притоков, а также остроконечный скальпель для прокола кожи и зажимы типа «москит» (рисунок)

Минифлебэктомия выполняется следующим образом: над предварительно маркированными варикозно измененными притоками и (или) недостаточной перфорантной веной выполняется кожный прокол длиной до 2 – 3 мм. Далее при помощи микрофлебодиссектора и микрофлешпателя освобождают вену от подкожно – жировой клетчатки и участок в виде петли вытягивают из раны и пересекают между двумя зажимами. Следующий прокол (примерно через 3 – 8 см) определяется при натягивании вены, по месту фиксации дистального отрезка вены к коже. Кожные проколы не ушиваются, в некоторых случаях края кожи сопоставляются пластырем фирмы «3 М».

Показанием к удалению притоков в системе большой и малой подкожных вен мы считали диаметр более 1 см, не всегда поддающиеся адекватной склерооблитерации, кроме того, особенности индивидуального анатомического строения нижней конечности, неудобная для эластической компрессии и аллергическая реакция на склерозанты.

Пациенты наблюдались после операции в сроки от 6 месяцев до 4 лет и всем им была выполнена УЗДГ. Рецидив варикоза в связи с не-



удаленным ранее стволом большой подкожной вены на голени и/или бедре был у 2-х пациентов, что составило 3,4 %. Количество рецидивов варикозной болезни при традиционной флебэктомии был у 3-х человек, что составило 3,8 %. При динамическом наблюдении за 58 больными, оперированными нами с применением техники микрофлебэктомии отмечен идеальный косметический результат. У пациентов оперированных по Нарату косметический результат выглядит следующим образом: неудовлетворительный – 17%, удовлетворительный – 38%, хороший 45%.

Благодаря дуплексному ангиосканированию оперативное лечение на сегодняшний день должно быть направлено на сохранение «здо-

ровых» и устранение пораженных участков вен, тем самым «консервирую» их для возможных шунтирующих сердечно – сосудистых операций. Короткий стриппинг большой подкожной вены является одной из таких операций, а значительное снижение неизбежных при этом повреждений паравенозных тканей делает эту операцию методом выбора. Метод микрофлебэктомии показал в наших исследованиях не только отличный косметический результат, но и лечебный, снизив вероятность послеоперационных рецидивов варикозной болезни. Благодаря простоте выполнения и эффективности, микрофлебэктомия, по аналогии со склеротерапией, может применяться и в амбулаторных условиях под местной анестезией.

**Литература.**

1. Измайлов С.Г., Измайлов Г.А., Аверьянов М.Ю. Хирургические технологии в лечении варикозного расширения вен нижних конечностей // Хирургия.-2002.-№ 1: с.10-15.

2. Evans C.J., Fowkes F.G., Ruckley C.V., Lee A O. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburg Vein Study// J. Epidemiol. Community Heal. – №53. – P. 149-153.  
3. Флебология / Под.ред. Савельева В.С. - М, 2001.- 664 с.

## Интраоперационный разрыв аневризмы дуги аорты

В.А. Джакупов, Т.А. Султаналиев, Е.М. Миербеков,  
Н.А. Коспанов, С.Б. Пазылов, А.Ш. Кусаинов  
ННЦХ им.А.Н. Сызганова

Разрыв аневризмы грудной и торакоабдоминальной аорты всегда связан с высоким уровнем периоперационной летальности и частым развитием послеоперационных осложнений, особенно у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и у лиц пожилого возраста.

Интраоперационный разрыв аневризмы грудной аорты является тяжелым осложнением, которое может трагически отразиться на результате операции, особенно высоким риском сопровождаются интраоперационные разрывы ложных аневризм. На сегодняшний день в литературе имеется крайне ограниченное число сообщений, посвященных интраоперационным разрывам аневризм грудной аорты. В настоящей работе представлен клинический пример, отражающий данную патологию.

### Клиническое наблюдение

Больной В., 45 лет, поступил в отделение в январе 2006 года с жалобами на боль в области сердца и грудной клетки, общую слабость, одышку при физической нагрузке.

Из анамнеза: со слов болеет с 1999 г. Артериальная гипертензия до 210/120 мм рт.ст., неоднократно лечился в кардиологическом отделении по поводу ИБС. Перенес инфаркт миокарда в 1994 и 2005 гг.

Туберкулез, венерические заболевания, болезнь Боткина отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей. Дисциркуляторная и посттравматическая энцефалопатия с частыми эпилептиками. В возрасте 7-8 лет – травма – удар камнем в правый висок, не лечился. С 1980 г. (в армии) начались эпилептические приступы. Далее неоднократно лечился у психиатра (принимал карбамазепин, бензонал). В 1999 году перенес тяжелую черепно-мозговую травму, ушиб головного мозга.

*Status praesens:* Общее состояние при поступлении тяжелое, обусловленное наличием аневризмы дуги аорты. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД 160/90 мм.рт.ст. ЧСС 70 уд. в минуту. Печень не увеличена, селезенка не пальпируются. Симптом покола-

чивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены.

Ангиологический статус: пульсация магистральных артерий верхних и нижних конечностей не нарушена.

Обследование: группа крови А (II) вторая, резус положительный.

ОАК - Эр.3,8, НВ 118.3г/л, лейкоц.6,4, с/я 66, Л-24, М-8, СОЭ- 14 мм/ч. ОАМ: цвет-соломенно-желтый, уд.вес.1021 ,белок не обнар., лейкоц. 2-4 в п/з.

Биохимический анализ крови: белок 68.0,билирубин 11.3,сахар 4.5.

ЭКГ: Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка.

ЭхоКГ - КДО 224, КСО 93, ФИ 58%. Аневризма восходящей части аорты. Регургитация на аортальном клапане I-II ст. Умеренное снижение сократительной функции миокарда левого желудочка.

ФЭГДС: Атрофический гастрит в стадии незначительного обострения. *Аортография:* - расслаивающаяся аневризма дуги аорты, размер 43х37 мм.

Учитывая клинику и данные обследования, больному был выставлен диагноз: Посттравматическая расслаивающаяся аневризма восходящего отдела и дуги аорты. ИБС. ПИКС (2004г.) Прогрессирующая стенокардия. Артериальная гипертензия III ст. Риск 4. Дисциркуляторная и посттравматическая энцефалопатия.

08.02.2006 г. года больной был оперирован. Канюляция левой общей бедренной артерии (ОБА) с подключением артериальной магистрали. Стернотомия. Вскрыт перикард. В полости перикарда массивный спаечный процесс. Спайки разъединены тупым и острым путем. Сердце увеличено за счет левых отделов и восходящей части и дуги аорты, которая аневризматически расширена с максимальным диаметром до 7 см. Канюляция через правое предсердие и левую бедренную артерию. При выделении дуги аорты с ветвями наступил разрыв нижнезадней стенки аорты в области перешейки. Место кровотока прижато рукой. Начало искусственного кровообращения (ИК) с охлаждением больного до 20°C. Циркуляторный арест с остановкой ИК. Затем вскрыт аневризматический мешок. При



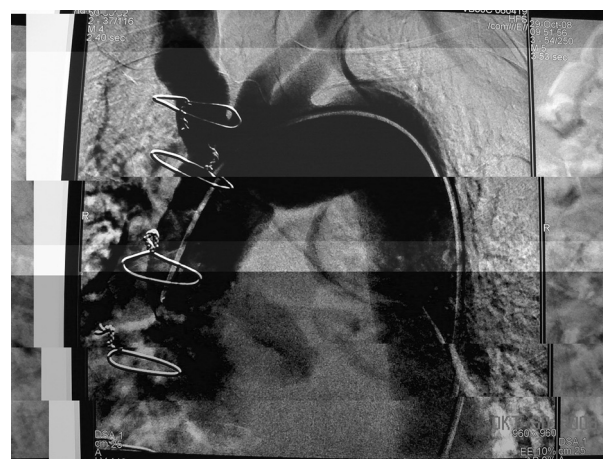
этом имеется расслоение аорты от устья, выше отхождения коронарных артерий, продолжается до области перешейка аорты. Селективная антеградная кардиоплегия. При ревизии - аортальный клапан, створки сохранены. Решено выполнить супракоронарное протезирование восходящей части и дуги аорты. Вскрыт аневризматический мешок, взята на держалки. Наложен дистальный анастомоз в области перешейка аорты, протезом БАСЕКС №28, длиной 15 см. В протез имплантирован на площадке ветви дуги аорты. Проксимальный анастомоз сформирован выше отхождения коронарных артерий. Начато согревание. Профилактика воздушной эмболии. Снят зажим с аорты, пациент согрет до 37 градусов. Подшиты электроды к миокарду ПЖ. Сердечная деятельность восстановилась после 2-х разрядов дефибриллятора. Начато дыхание. Давление восстановилось, остановлена ИК. Деканюляция из ушка правого предсердия и левой бедренной артерии. Нейтрализация гепарина. Контроль на гемостаз. Протез в начальном отделе окутан остатками аневризматического мешка. Перикард ушит редкими швами, установлен дренаж в полость перикарда и средостение. Послойно швы на рану. Повязка.



Восстановлена целостность бедренной артерии. Поэтапное отжатие зажимов, магистральный кровоток. Швы на рану с оставлением дренажной полутрубки в паравазальном пространстве. При наложении швов на кожу имела место дефибрилляция. Распущены швы раны. Повторная дефибрилляция. Сердечная деятельность восстановлена. При ревизии имело место кровотечение из задних имплантированных ветвей дуги аорты. Наложены дополнительные швы. Контроль на гемостаз.

*Время ИК - 221 мин*  
*Время пережатия аорты - 209 мин*  
*Циркуляторный арест 94 мин*

Послеоперационный период протекал тяжело, что обусловлено объемом и тяжестью операции. Проводилась комплексная интенсивная терапия, на фоне которой удалось добиться стабилизации состояния больного. При контрольной ЭхоКГ перипротезных затеков не выявлено,



функция протеза удовлетворительная. Больной в удовлетворительном состоянии на 15-е сутки был выписан под наблюдение сосудистого хирурга по месту жительства.

### Обсуждение

При состоявшемся разрыве аорты первостепенной задачей хирургической бригады является срочное достижение временного гемостаза и адекватное возмещение кровопотери. При невозможности контролировать кровотечение путем прижатия аорты рукой или посредством наложения зажимов на аорту возможно применение баллонных катетеров.

Обращает на себя внимание наличие дегенеративных изменений стенки аорты, это является немаловажным фактором риска возникновения интраоперационного разрыва аневризмы. При выделении аневризмы аорты из окружающих тканей следует соблюдать особую осторожность. Необходимо отметить, что во избежание травматизации измененной аорты и развития таких осложнений, как разрыв в месте наложения зажима, следует использовать атравматические мягкие зажимы со съёмными синтетическими прокладками. Кроме того, следует избегать многократного переключивания зажима.

### Список литературы

1. Ю.В.Белов, А.Б. Степаненко, А.П.Генс, Д.Д. Савичев. Интраоперационные разрывы аневризм грудной аорты. *Ангиология и сосудистая хирургия* том 11 №3/2005. С. 107-114
2. Ю.В.Белов, А.Б. Степаненко, А.П.Генс, Л.С.Локшин, Г.В. Бабалян, М.В. Кириллов, Ф.В Кузнецhevский, Хирургическое лечение гигантских аневризм восходящего отдела и дуги аорты в условиях глубокой гипотермии и остановки кровообращения с периферическим подключением аппарата искусственного кровообращения *Хирургия*. №5.

2003. С. 4-8

3. Elefteriades JA. Natural history of thoracic aortic aneurysms: indications for surgery, and surgical versus nonsurgical risks. *Ann Thorac Surg* 2002 74: S1877-S1880.
4. Cowan JA Jr, Dimick JB, Wainess RM, Henke PK, Stanley JC, Upchurch GR Jr. Ruptured thoracoabdominal aortic aneurysm treatment in the United States: 1988 to 1998. *J Vasc Surg* 2003 Aug;38(2):319-22.
5. Ayabe T, Nakamura K, Yano M, Onitsuka T. Clinical study on the surgical cases of the ruptured thoracic aortic aneurysm. *Kyobu Geka* 2003 Jul;56(7):555-9.



## Диагностические трудности и тактические ошибки при гиперпаратиреозе

Ж.А. Доскалиев, В.П. Григорьевский, А.Ш. Асабаев, Е.Ш. Калиаскаров,  
С.Т. Олжаев, Р.Д. Айгараев, Б.А. Жусипов

Казахская государственная медицинская академия,  
Национальный научный медицинский центр, г. Астана  
УДК 616.447-008.61-07

*Гиперпаратиреоз кезіндегі диагностикалық қиындықтар және тактикалық қателіктер*

*Гиперпаратиреоз (ГПТ) ауруы 19 жастағы пациентте ұзақ уақыт бойы анықталмаған және аурудың соңғы сатыларында диагноз қойылған клиникалық бақылау ұсынылып отыр. Сүектегі өзгерістерді ГПТ-ң белгілері ретінде емес, жеке туберкулез патологиясы деп қарастырған.*

*Diagnostic difficulties and tactical mistakes in case of hyperparathyroidism*

*Clinical observation of hyperthyroidism in case of patients of age 19 years with late diagnosis in late stage of disease was done. Bone disease was taken as tuberculosis in stead of occurrence of hyperparathyroidism.*

Гиперпаратиреоз (ГПТ) относится к числу сравнительно редких заболеваний. Диагностика ГПТ представляет трудность не только для врачей общей практики, но и для врачей-специалистов. Частота выявления ГПТ различна и зависит от многих факторов, таких, как полиморфность клинических проявлений заболевания, своевременность обращения больных за медицинской помощью, настороженность практических врачей в отношении ГПТ, целенаправленность обследования, оснащенность лечебного учреждения и др. В России частота выявления ГПТ колеблется от 50 до 200 на 100 тыс. населения /1, 2, 3/, в США – 10% страдающих этим заболеванием /4/, а в Швеции заболеваемость составила 1:200 /5/. К сожалению, во многих регионах нашей республики ГПТ диагностируется спустя месяцы и даже годы, в течение которых больным выставляется ошибочный диагноз и проводится длительное неадекватное лечение. Позднее распознавание и несвоевременно начатые лечебные мероприятия приводят к осложнениям заболевания. Иллюстрацией к сказанному является приведенное ниже наблюдение.

*Пациентка Н., 19 лет, поступила в Национальный научный медицинский центр г. Астаны (ННМЦ) 13.11.2007г. с жалобами на общую слабость, снижение аппетита, жажду, частое мочеиспускание, боли в костях, крупных суставах и в местах патологических переломов, нарушение сна и запоры. Считает себя больной с лета 2006г., когда начали беспокоить периодические боли в мышцах голени, в костях и крупных суставах, а в динамике боли приобрели постоянный характер, появилась «утиная походка». При обращении к терапевту районной больницы по месту жительства назначено амбулаторное лечение*

по поводу остеохондроза и артрозо-артрита крупных суставов. В связи с неэффективностью проводимого лечения больная направлена в областную больницу, где с 16.02.07г. по 11.03.07г. находилась на стационарном лечении с диагнозом: Артрозо-артрит тазобедренных и коленных суставов. На фоне проводимого лечения состояние не улучшалось. После консультации фтизиатра больная переведена в Обл. туб. диспансер с подозрением на костный туберкулез поясничных позвонков, где в течение 4-х месяцев проводилось специфическое лечение. За время пребывания в стационаре у пациентки произошли патологические переломы шейки обеих бедренных костей и нижней трети левой бедренной кости. В дальнейшем диагноз туберкулез костей был снят и на основании заключения эндокринолога больная переведена в эндокринологическое отделение БСМП г. Павлодара с диагнозом: Гиперпаратиреоз. После уточнения диагноза больная направлена в ННМЦ для дальнейшего лечения. Необходимо отметить, что от момента первичного обращения к врачу по месту жительства до поступления в эндокринологическое отделение уровня общего и ионизированного кальция крови не определялись.

При поступлении в ННМЦ состояние больной средней степени тяжести. Астенического телосложения. Кожа и видимые слизистые бледные, сухие. ЧДД 19-20 раз в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД-110/60 мм.рт.ст., пульс 80 уд. в мин. Симптом «поколачивания» слабо положительный с обеих сторон. Отмечается наружная ротация обеих нижних конечностей, движения в нижних конечностях резко ограничены, при пальпации – болезненность в области обеих тазобедренных суставов и нижней трети

левого бедра. У больной запоры, стул обычного цвета, оформлен. Мочеиспускание свободное, моча с интенсивным окрашиванием.

**Анализ крови:** кальций общий – 3,68 ммоль/л (норма 2,05-2,90 ммоль/л), кальций ионизированный – 1,86 ммоль/л (норма 1,0-1,15 ммоль/л), паратгормон – 1559,0 пг/мл (норма 16-62 пг/мл), щелочная фосфатаза – 36,85 ммоль/л, креатинин – 32,7 ммоль/л, амилаза – 0,62 мккат/л.

**Общий анализ мочи:** цвет – св/коричн., прозрачность – мутная, уд.вес-1020, р-ия-5,0, белок-0,066%, глюкоза-отр., кетон-положит., эп.пл.-4-6 в п/зр., лейкоциты-10-15-25 в п/зр., эритроциты-сплошь, слизь+, бактерии+;

**ЭКГ:** Синусовая тахикардия с ЧСС 100 в минуту, ЭОС нормальная. Субэпикардальные изменения на передней стенке левого желудочка.

**УЗИ щитовидной железы:** Ниже нижнего полюса щитовидной железы за магистральными сосудами шеи справа определяется образование 2,8x1,7 см, контуры его ровные, структура неоднородная, пониженной плотности. Закл.: Объемное образование мягких тканей шеи, справа.

**КТ шеи:** В верхнем средостении паратрахеально справа определяется образование овальной формы с довольно нечеткими контурами, неоднородной структуры за счет кистозного компонента, размерами 2,0x4,0 см. Закл.: КТ-картина образования верхнего средостения.

**УЗИ органов брюшной полости:** Диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы. Признаки застоя желчи в желчном пузыре.

**УЗИ почек:** МКБ, множественные конкременты обеих почек, признаки хронического двухстороннего пиелонефрита.

**МРТ позвоночника:** Признаки остеохондроза поясничного отдела позвоночника, дисцита L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub>. Признаков туберкулезного поражения позвоночника не выявлено.

**ЭФГДС:** атрофический гастрит, эрозия луко-

вицы ДПК.

На рентгенограммах костей скелета имеет место диффузный остеопороз, консолидирующие переломы шейки обеих бедренных костей, нижней трети левой бедренной кости.

22.11.07г. пациентка прооперирована. При ревизии выявлена аденома правой нижней ОЩЖ размерами 4,5x2,0 см, серо-желтого цвета, исходящая из задней поверхности нижнего полюса правой доли щитовидной железы и простирающаяся в загрудинное пространство, в область задней поверхности правого грудино-ключичного сочленения. Произведена паратиреоидэктомия. Гистологический анализ удаленного препарата – светлоклеточная аденома околощитовидной железы. В до- и послеоперационном периодах проводилось коррегирующее лечение совместно с эндокринологом, урологом и травматологом. На 5-ые сутки после операции пациентка переведена из ОАРИТ в хирургическое отделение, а на 18-ые сутки после операции была выписана в удовлетворительном состоянии.

**Заключительный клинический диагноз:** Первичный гиперпаратиреоз, костно-почечная форма. Аденома правой нижней околощитовидной железы. Диффузный паратиреоидный остеопороз. Консолидирующие переломы шейки обеих бедренных костей, нижней трети левой бедренной кости. МКБ, множественные камни обеих почек. Хронический двухсторонний пиелонефрит. Хронический атрофический гастрит, эрозивный бульбит.

Таким образом, в приведенном наблюдении преобладают типичные анамнестические данные и клинические признаки ГПТ, которые не были правильно оценены врачами первичного звена и своевременно подтверждены лабораторно-инструментальными методами исследования, что и привело к диагностической и тактической ошибке, к диффузному поражению органов и систем, а также к серьезным осложнениям заболевания.

#### Литература

1. Калинин А.П., Нурманбетов Д.Н., Лукьянчиков В.С. Первичный гиперпаратиреоз // Бишкек: «Илим», 1992.
2. Кузнецов Н.С., Ветшев П.С., Иполитов И.Х., Ручкина А.А. Первичный гиперпаратиреоз: Обзор // Хирургия. – 1996, №2. – с. 129-137.
3. Калинин А.П., Майстренко Н.А., Ветшев П.С. Хирургическая эндокринология // СПб.: «ПИТЕР». – 2004.

– С. 272-308.

4. Clark O.H. Diagnosis of primary hyperparathyroidism. In: Clark O.H., Duh Q.-Y., eds. Textbook of endocrine surgery. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1997. – Ch.36. – P. 297-331.
5. Cristensson T., Hellstrom K., Wengle B. et al. Prevalence of hypercalcemia in a health screening in Stockholm // Acta. Med. Scand. – 1976; 2000: 131-137.

## Дивертикулярная болезнь ободочной кишки

Абдуллаев М.Ш., Попов И.В.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

ЦГКБ г. Алматы

Дивертикул – это «грыжеподобное» выпячивание слизистой оболочки сквозь циркулярный мышечный слой за пределы кишечной стенки. Особенности структуры дивертикулов позволяют рассматривать эти образования кишечной стенки как приобретённые. При врожденных дивертикулах в выпячивании сохранены все компоненты кишечной стенки. Такие дивертикулы, как правило, располагаются в слепой или восходящей ободочной кишке. При врожденных дивертикулах в выпячивании сохранены все компоненты кишечной стенки. Такие дивертикулы, как правило, располагаются в слепой или восходящей ободочной кишке. Соответственно дивертикулез ободочной кишки представляет собой патологический процесс, характерным отличительным признаком которого является наличие грыжевидных выпячиваний в кишечной стенке – дивертикулов. Дивертикулез ободочной кишки является полиэтиологичным заболеванием, однако единой общепринятой концепции его возникновения не существует.

Однако этот термин не отражает всей широты спектра различных клинических проявлений от незначительных болей и дискомфорта в левой подвздошной области до разлитого перитонита и профузного толстокишечного кровотечения. Они имеют место у 20-25% пациентов с дивертикулами и в этом случае применяют термин «дивертикулярная болезнь».

При оценке дивертикулярной болезни основную сложность представляет, на наш взгляд, тот факт, что в течение длительного времени она протекает бессимптомно.

Мы располагаем данными клинического обследования и лечения 268 пациентов – собственные наблюдения, проводившиеся в период с 1998 г. по 2008 год с установленным диагнозом: дивертикулярная болезнь ободочной кишки. Из них в экстренном порядке поступило 185 больных, в плановом – 83 больных. У женщин это заболевание наблюдалось чаще, чем у мужчин, 65,2% и 34,8% соответственно. Дивертикулы в различных отделах толстой кишки редко диагностировались у лиц моложе 35 лет. Наиболее часто данное заболевание мы выявляли у лиц в возрасте 50 - 60 лет, самому молодому больному было 32 года, самой пожилой - 85 лет, что еще раз подтверждает, признаки дивертикулярной болезни появляются в среднем возрасте.

Длительность стационарного обследования и лечения больных колебалась от 5 до 18 дней,

средняя продолжительность лечения составила 9.4 койко-дня.

Дивертикулы располагались преимущественно в сигмовидной кишке (54.7% случаев), затем в процентном отношении в нисходящем отделе ободочной кишки (32.4%). Менее часто распространялись в правую половину поперечной ободочной кишки (9,2% больных) и очень редко правые отделы ободочной кишки - у 4,7% больных.

В основном при рентгенологическом обследовании обнаруживалось 2 ряда дивертикулов, по одному на каждой стороне кишечной стенки между брыжеечной и противобрыжеечной лентами ободочной кишки 86,2% случаев. В 8,7% наблюдений дивертикулы локализовывались только по латеральному краю кишечной стенки, а в 6,1% случаев только по медиальному краю ободочной кишки.

Клиника хронического воспалительного процесса при дивертикулёзе ободочной кишки характеризовалась тремя основными формами – непрерывной, рецидивирующей и латентной. Так непрерывное течение дивертикулярной болезни установлено у 43,9% больных, рецидивирующее течение у 29,6%, а латентное течение в 26,5% пациентов.

Самым встречаемым осложнением дивертикулярной болезни являлся дивертикулит – (50,2%) пациента, затем кровотечение – (42,4%) случая, перфорация дивертикула – у 5,2% больных. Некоторые авторы считают стеноз весьма частым вариантом осложнений дивертикулярной болезни, частота которого достигает 10-34% по данным разных авторов. Мы считаем, что это связано с тем, что к данной категории относят случаи, когда в том числе возникают симптомы нарушения кишечной проходимости во время обострения хронического воспалительного процесса. Соответственно истинный рубцовый стеноз просвета толстой кишки, развившийся на фоне длительного течения дивертикулярной болезни, мы диагностировали в 2,2% случаев.

Консервативное лечение с положительным эффектом проведено 215 больным с последующим амбулаторным долечиванием и диспансерным наблюдением. Несмотря на проводимое консервативное лечение, у практически всех пациентов (с разным по длительности латентным периодом) развивались либо повторные эпизоды воспалительных осложнений, или эффект от проводимого лечения был ограниченным, т.е.

несмотря на снижение интенсивности воспаления, полностью его купировать не удавалось, что и являлось одним из показаний к хирургическому лечению.

В 53 случаях потребовалось хирургическое вмешательство. Из них у 37 больных по экстренным показаниям.

Наиболее характерной особенностью ободочной кишки при дивертикулезе является утолщение стенки в 2-4 раза по сравнению с нормой за счет мышечного слоя. Интраоперационно нами констатировано, что стенка кишки при этом плотная и одновременно ригидная. В основном кишка была укорочена по сравнению с нормой, но ее просвет расширен примерно в полтора раза. При осмотре макропрепарата видны высокие серповидные складки слизистой, в 4 случаях почти перекрывающие просвет кишки. На разрезе кишечной стенки видно и невооруженным глазом, что циркулярный и продольный мышечный слои кишечной стенки утолщены. При

исследовании биопсийного материала были выявлены такие особенности: миоциты хаотично переплетаются между собой, часть которых разобщена, образуя «фрагменты». Выявляются группы рубцово измененных гладкомышечных элементов. Сосудистое русло перестраивается по типу «вено-артериальной реакции». Практически во всех случаях выявлены дистрофические изменения в ганглиях мышечно-кишечного сплетения. Все эти морфологические изменения свидетельствуют о существенном увеличении функциональной нагрузки.

Следовательно, можно констатировать, что все признаки течения хронического, в основном рецидивного воспалительного процесса при дивертикулярной болезни ободочной кишки указывают на большую вероятность развития более тяжёлых осложнений. Соответственно, мы считаем, что необходимо расширить показания для хирургического вмешательства при дивертикулезе толстой кишки – в плановом порядке.

## Сравнительная оценка малоинвазивных методов лечения геморроя

Абдуллаев М.Ш., Джувашев А.Б., Попов И.В., Енкебаев М.К.

Кафедра хирургии с курсом колопроктологии Алматинского государственного института усовершенствования врачей

Хронический геморрой – наиболее частое заболевание прямой кишки. Его распространенность среди населения значительно превышает обращаемость за медицинской помощью и достигает 118 – 120 случаев на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических болезней колеблется от 34 до 41%. Среди общехирургических болезней на его долю приходится до 16% (Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л., 1994, Hussian I.N., 1992). Истинную заболеваемость можно выявить только при профилактических осмотрах (Мун Н.В., Наврузов С., 1995г).

Среди больных, страдающих геморроем, в оперативном лечении нуждаются около 30% больных (Абдуллаев М.Ш., 1997, Мун Н.В. и соавт., 1997). Эти цифры позволяют судить о том, как часто хирургам приходится сталкиваться в своей практической деятельности с лечением этого заболевания.

Рост числа пациентов пожилого и старческого возраста, нередко страдающих серьезными сопутствующими заболеваниями, ведет к увеличению степени операционного риска. Поэтому проблема поиска путей, альтернативных хирургическим методикам лечения геморроя, остается достаточно актуальной. Применение малоинвазивных технологий в лечении проктологических больных в последнее десятилетие существенно снизило количество операций по поводу геморроя в условиях стационара, чему способствовали их широкое внедрение, современное медицинское оборудование, так и экономические подходы при расчетах расходов на лечение больных (которые на порядок ниже при амбулаторном лечении, чем при лечении больных в условиях стационара).

В большинстве стран Америки и Европы типичную геморроидэктомию в настоящее время выполняют лишь у 17-21% пациентов, а в остальных случаях используются малоинвазивные методы лечения (Neiger A., 1992; Cormann M., 1994; Abcarion H. et al., 1994). В то же время в России наиболее распространенным способом лечения является геморроидэктомию, выполняемая у 75% пациентов, а малоинвазивные способы применяют лишь у 3% (Благодарный Л.А., 1999). Очень долгое время в СССР, а потом и в России уделялось мало внимания малоинва-

зивным методам лечения геморроя, которые, по мнению ряда авторов, эффективны у 30-35% больных (Аминев А.М., 1959, 1971; Рыжих А.Н., 1956; Клеветенко Г.И. 1976; Ривкин В.Л., 2000; Диденко В.В., 2002). Тем не менее, к настоящему времени накопилось достаточно работ, в которых указывается, что колопроктологи с успехом применяют малоинвазивные методы.

В Казахстане малоинвазивные методы лечения геморроя применяются лишь в частных медицинских центрах и клиниках. И эти манипуляции производятся в основном не врачами колопроктологами, а общими хирургами и другими специалистами.

Таким образом, изучение клинической эффективности малоинвазивных методов лечения хронического геморроя и разработка оптимальных схем и способов послеоперационного лечения в амбулаторных и стационарных условиях, все встают на повестку дня.

В клинике кафедры хирургии с курсом колопроктологии Алматинского Государственного института усовершенствования врачей, за период с 2005 по 2008г проведено лечение 57 пациентов с внутренним геморроем по методу вакуумного лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами и 36 больных оперированных по методу Лонго (метод РРН).

Возраст больных составлял от 21 до 68 лет, однако большинство больных было в возрасте от 30 до 45 лет. Соотношение больных по половому признаку составило 1:1.

Для методики вакуумного лигирования геморроидальных узлов отбирали пациентов с I, II и III степенью внутреннего геморроя (по 4-степенной классификации), а по методу Лонго III и IV степенью хронического геморроя.

Методика вакуумного лигирования проводилась как амбулаторно (94% больных), так и в условиях стационара (6%) а метод РРН только стационарно.

Критериями отбора больных при лигировании для амбулаторного лечения были:

- внутренний (кровоточащий) и комбинированный геморрой I и II степени;
- возраст до 60 лет;
- возможность наблюдения за пациентом в течение 24 ч после лечения (наличие телефона, родственников, доступность срочной медицин-

ской помощи).

При несоответствии состояния больного указанным критериям вакуумное лигирование проводилось в условиях стационара. При этом средний срок пребывания больного в стационаре составил 2-3 дня.

Критериями отказа от применения метода вакуумного лигирования были:

- острое и хроническое воспаление в слизистой оболочке прямой кишки и параректальной клетчатке (острый геморрой, папиллит, криптит, анусит, проктит, парапроктит, сфинктерит, анальная трещина, параректальный свищ, рубцовое сужение анального канала);
- гельминтозы;
- острая урогенитальная патология;
- субкомпенсированные и декомпенсированные стадии сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, зоб, анемия, нарушение сердечного ритма, сердечная, дыхательная, почечная недостаточность, желтуха, портальная гипертензия и др.);
- онкопатология;
- заболевания крови и нарушения свертывающей системы крови (лейкоз, гемофилия, тромбоцитопения, гепатолиенальный синдром и др.);
- иммунодефицитные состояния;
- спинальные болезни;
- беременность (угроза прерывания беременности, III триместр);
- больные с нарушением психики;
- острые инфекционные заболевания, в том числе сифилис и туберкулез.

### Методика проведения

**Подготовка пациента.** Для проведения методики вакуумного лигирования геморроидальных узлов особой подготовки не нуждалось, для проведения методики РРН включала механическую очистку прямой кишки от каловых масс очистительными клизмами или специальными препаратами.

Техника лигирования внутренних геморроидальных узлов имеет ряд особенностей:

- лигирование выполняли проксимальнее зубчатой линии;
- за один сеанс лигировали не более двух геморроидальных узлов;
- лигирование выполняли при отрицательном давлении 0,4–0,6 атм;
- по окончании лигирования в анальный канал устанавливали мазевой тампон (левомеколь, левосин);
- проводили не менее двух сеансов лигирования;
- проводили контроль зоны лигирования на 3–5-е сутки;
- повторный сеанс лигирования проводили через 3–5 нед.

### Послеоперационное медикаментозное лечение

Типовая схема медикаментозного лечения при вакуумном лигировании внутренних геморроидальных узлов и при методике РРН:

- Флебодиа 600 (полусинтетический диосмин) по 1 таб.летке 3 раза в сутки 4 дня, затем по 1 таблетке 2 раз в сутки 3 дня, потом по 1 таблетке 1 раз в сутки 1 месяц;
- Свечи (комбинированные препараты, состоящий из преднизолона, анестетика) по 1 свече 2 раза в сутки 5 дней;
- свечи с облепиховым маслом по 1 свече 1–2 раза в сутки 3–4 нед;
- мукофальк 1 пакетику 2 раз в день 7-8 дней.

Больным рекомендовали на период лечения клетчаточную диету, прием кисломолочных продуктов, после дефекации проводить гигиену заднего прохода теплой водой (восходящий теплый душ).

Обязательным являлся контрольный осмотр пациента на 3–5-е сутки после лигирования с целью ранней диагностики таких осложнений, как парапроктит и острый геморрой, а после методики РРН контрольный осмотр на 7–8-е сутки. При выявлении патологических изменений в ходе лечения проводили их медикаментозную и хирургическую коррекцию.

### Результаты

Время, затраченное на лигирование было 10–20 мин. Количество местных осложнений после вакуумного лигирования составило 1,2%.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 до 12 мес у 92% больных. Количество больных с рецидивом геморроя составило 4,1%.

Продолжительность операции по методике РРН составила в среднем 25 минут. Интраоперационных осложнений не было.

Максимальная выраженность болевого синдрома отмечалась в первые 2-6 часов после операции. Средний срок пребывания пациентов в стационаре составил 4 дня. Из полученных осложнений отмечены: развитие дизурических расстройств у 1 больного, которому была выполнена однократная катетеризация мочевого пузыря, у 1 пациента отмечался незначительный отек наружных геморроидальных узлов, купированный после консервативной терапии.

Болевой синдром после операции был выражен незначительно. На 4 день после операции были выписаны 28 больных. На 5 сутки – 5. Умеренную болезненность в заднем проходе при выписке отмечали 2 больных.

Следует отметить, что все пациенты на 8-9 день после операции приступали к привычному труду.

Через месяц у 2-х больных выявлено увеличение наружных геморроидальных узлов без

признаков воспаления. Через 6 месяцев у 1 пациента отмечены эпизоды выделения крови при дефекации связанные с нарушением диеты.

### Выводы

Вакуумное лигирование геморроидальных узлов в амбулаторных условиях является высокоэффективным и безопасным малоинвазивным методом лечения I и II степени внутреннего геморроя. Введение в практику лечения больных с внутренним геморроем стандартизованного метода вакуумного лигирования, включающего дифференцированный отбор пациентов, соблюдение техники выполнения методики, медикаментозное лечение в послеоперационном периоде, базовым препаратом которой является Флебодиа 600, позволили снизить количество местных осложнений в 6 раз и число рецидивов геморроя в 3 раза.

Метод РРН позволяет восстановить нормаль-

ное анатомическое строение анального канала без травмирования слизистой и кожи, а также без повреждения внутреннего аппарата кишки. Благодаря этому послеоперационный период проходит практически безболезненно: после выписки пациенты ведут нормальный образ жизни, и у них практически не бывает рецидивов. Щадящий режим и возможность проводить операцию под местной анестезией позволяют делать ее практически без ограничений.

Накопленный опыт лечения больных хроническим геморроем по методике Лонго доказывает патогенетическую обоснованность этой операции. Излечение наступает вследствие укрепления подвешивающего аппарата геморроидальных узлов в целом и за счет уменьшения притока артериальной крови к геморроидальным узлам по терминальным ветвям верхней прямокишечной артерии, пересекаемых аппаратом в подслизистом слое.

## Характеристика микробной флоры уретры у пациентов, оперированных по поводу гипоспадии

Табынбаев Н.Б., Айтуганов А.Т., Масасин А.Ю.

НЦ урологии им.Б.У.Джарбусынова, АГИУВ. Кафедра урологии. г.Алматы

УДК 616.643-08.844:611.013.2

### *Үрпі пластикасынаң кейінгі копулятивті қызметінің сипаттамасы*

Үрпінің дисталды бөлімін құру операциясы жасалған науқастарды сұрау кезіндегі нәтижелері бойынша, операция жасалған науқастардық сау адамдардық контрольды тобымен салыстырғанда копулятивті циклдің, негізгі қызметінің төмендеуі байқалды.

### *Characteristics kopulyativ functions after plastic urethra*

Thus, studies have shown that men who underwent in childhood-plastic reconstructive operations on the stem and cod gipospadi forms are violations of basic functional state links kopulyativ cycle in comparison with similar indicators of healthy persons. The traditional interpretation of the state kopulyativ cycle only for erectile component is inadequate assessment of complex multi-copulation mechanism, because a huge role to play psychic and emotional impact of factors that shape interpersonal relations and psychological condition of the patient.

В последние годы повсеместно отмечается увеличение числа воспалительных заболеваний половой сферы мужчин, что часто приводит к проблемам фертильной и эректильной дисфункции (1,2,3,4). Этому способствует также изменения в структуре микробной флоры, ее вирулентности и патогенности (5,6).

Замещение кожным лоскутом недостающей части уретры при уретропластике может приводить к застою в вновь созданной уретре слущенных ороговевших клеток. Кроме того, из-за аномалии и последующей пластики у данной категории больных отмечается нарушение естественного микрорельефа складок слизистой наружного отверстия уретры, сглаживание ладьевидной ямки, что значительно снижает барьерные и антирефлюксные механизмы мочеиспускательного канала и может способствовать инфазии микроорганизмов из наружного отверстия в его внутренние зоны. Здесь нельзя не учитывать и такую особенность вновь созданной уретры, как широкое наружное отверстие, являющегося неизбежным исходом многих методов хирургической коррекции гипоспадии.

В предыдущих исследованиях (7) нами были определены особенности течения уретрита вновь созданного отдела мочеиспускательного канала у пациентов оперированных по поводу гипоспадии в детском возрасте. Целью данного исследования явилось изучение микробной флоры у той же группы пациентов.

### Материалы и методы исследования

Нами было исследовано 20 мужчин в возрасте от 18 до 33 лет, перенесших уретропластику по поводу гипоспадии в детском возрасте, которые составили основную группу исследования. Контрольную группу составили 30 мужчин той же возрастной категории, но в анамнезе которых не было вмешательств в урогенитальную зону. У 13 мужчин основной группы проведена операция по методу Дюплея, когда замещение уретры производилось кожным лоскутом из стволовой части полового члена. У 7 мужчин, из-за невозможности технически провести более оптимальную выше описанную операцию, проведена операция по Ландереру, где для пластики уретры использовалась кожа мошонки, в которой имеются волосяные фолликулы, что грозит в отдаленном периоде ростом волос во вновь созданной уретре.

Всем больным провели бактериологическое исследование мазков из уретры и исследование на урогенитальную инфекции методом полимерно-цепной реакции (ПЦР).

### Результаты и обсуждение

Результаты бактериологического исследования приведены в таблице 1. Положительный рост в основной группе был выявлен в 90% случаев, тогда как в контрольной группе только в 70%. В контрольной группе исследуемых преобладали E. Coli, тогда как в основной группе



Таблица 1. Виды микроорганизмов и частота их встречаемости ( $>10^5$ ) в результате бактериологического исследования соскобов из уретры у мужчин основной и контрольной групп

Группа	Рост				Выделенная флора													
	п о л о - жит.		отрицат.		E. Coli		S. Epi- dermidis		S. Au- reus		Proteus		E. fecalis		Candida		Ассоци- ации	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	Абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Основ- ная	18	90	2	10	7	35	3	15	1	5	1	5	1	5	2	10	3	15
Конт- рольн.	21	70	9	30	13	43	2	6,7	1	3,3	0	0	1	3,3	3	10	1	3,3
Всего	39	78	11	22	20	40	5	10	2	4	1	2	2	4	5	10	4	8

отмечалось увеличение роста колоний микроорганизмов *S. Epidermidis*, *S. Aureus*, *Proteus*, *E. Fecalis*, *Candida*.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что уровень инфицирования условно-патогенной флорой в основной группе гораздо выше, что возможно связано с недостаточностью неспецифического местного иммунитета и снижением барьерных функций вновь созданной уретры.

По результатам ПЦР в основной группе у 6 человек выявлена урогенитальная инфекция: у двух мужчин выявлен *cytomegalovirus*, у 3 обнаружены *trichomonas vaginalis*, у одного *ureaplasma*. В контрольной группе у 7 мужчин ПЦР показал на наличие инфекции: в одном случае *trichomonas vaginalis*, в 2-х случаях *mycoplasma*, в 1 случае *herpes*, в 1 - *cytomegalovirus*.

Учитывая полученные данные в результате исследования, следует отметить, что у мужчин перенесших в детском возрасте пластику уретры по поводу стволовых и мошоночных форм гипоспадии, риск инфицирования условно-патогенной бактериальной и специфической урогенитальной флорой выше, чем у остальных мужчин популяции.

В связи с этим, данной категорией больных возникает необходимость проведения более детального специфического лечения с целью

устранения факторов, способствующих инфицированию и усилению факторов местного неспецифического иммунитета. В основной комплекс лечения нами были включены такие дополнительные меры как: обязательный многократный туалет наружных половых органов, лазерная депиляция уретры у больных, перенесших операцию по методу Ландерера, применение местных интенсивных орошений скрабирующими веществами, целью которых является очистка уретры от слущенных и ороговевших частиц. Рецидив после проведенного лечения возник лишь у одного больного, повторное лечение которого с применением местных иммуномодулирующих и общеукрепляющих средств купировало рецидив.

## Выводы

Изучение микробной флоры мочеиспускательного канала у пациентов, оперированных в детском возрасте по поводу стволовой и мошоночной форм гипоспадии выявили более высокий уровень инфицирования (как условно-патогенной флорой, так и специфической урогенитальной инфекцией) по сравнению с контрольной группой, которое требует включения в основной комплекс лечения дополнительных местных мероприятий.

## Литература

1. Беледа Р.В., Голубчиков В.А., Фотина Л.А.// Половое воспитание, сексуальное здоровье и гармония брачно-семейных отношений: Тез.докл.-Киев, 1990.-с.97-98.
2. Юнда И.Ф. Болезни мужских половых органов. -Изд.2-е.- Киев, 1989.-с.272
3. Рыжков Д.И., Артифексов С.Б. Мужское бесплодие и сексуальные дисфункции. Н.Новгород. 2002.

4. Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Андрология.- Санкт-Петербург: Медиа-Пресс, 1999.
5. Хрянин А.А., Решетников О.В., Кривенчук Н.А. Заболевания, передаваемые половым путем. М 1998;2:9 - 11.
6. Nickel JC, Weidner W. *Infect Urol* 2000; 13 (Supl 5A): S 22-8
7. Табынбаев Н.Б., Масасин А.Ю., Айтуганов А.Т. Уретрит неоуретры. Материалы 111 съезда врачей и провизоров республики Казахстан. г. Астана 2007.с.437-438.

## Характеристика копулятивной функции после уретропластики

АГИУВ. Кафедра урологии. г. Алматы

Масасин А.Ю.

УДК 616.643-08.844:611.013.2

*Үрпі пластикасынаң кейінгі копулятивті қызметінің сипаттамасы*

*Үрпінің дисталды бөлімін құру операциясы жасалған науқастарды сұрау кезіндегі нәтижелері бойынша, операция жасалған науқастардық сау адамдардық контрольды тобымен салыстырғанда копулятивті циклдің, негізгі қызметінің төмендеуі байқалды.*

*Characteristics kopulyativ functions after plastic urethra*

*Studies have shown that men who underwent in childhood-plastic reconstructive operations on the stem and cod gipospadi forms are violations of basic functional state links kopulyativ cycle in comparison with similar indicators of healthy persons. The traditional interpretation of the state kopulyativ cycle only for erectile component is inadequate assessment of complex multi-copulation mechanism, because a huge role to play psychic and emotional impact of factors that shape interpersonal relations and psychological condition of the patient.*

Проблема эректильных расстройств в последнее время привлекает все большее внимание специалистов. Во-первых, качество сексуальной функции является неотъемлемой частью качества жизни, во-вторых, широкой распространенностью эректильной дисфункции (в США почти у 30 млн. мужчин, в России у 7-8 млн.). Между тем сексуальное здоровье пациентов также важно как и их физическое здоровье, т.к. является важным компонентом общего благополучия человека, его социальной активности и качества жизни. Расстройства эрекции являются нередко причиной реактивных состояний, приводят к утрате интереса к жизни и даже суицидальным попыткам, социально дезадаптируют пациента, являются одной из наиболее частых причин распада семьи. Актуальность проблемы связана так же с обращаемостью больных к самым различным специалистам, недоучетом широкими кругами врачей синдрома эректильной дисфункции как первого сигнала нервно-психического, соматического, эндокринного и других заболеваний. В настоящее время помимо андрологов, урологов и сексопатологов лечением эректильной дисфункции занимаются дерматовенерологи, хирурги, психиатры, эндокринологи, невропатологи, терапевты и даже гинекологи [1,2].

Половой член является ключевой структурно-функциональной единицей эректильного звена копуляции. По данным Kaiser (1988), несмотря на то, что эректильная дисфункция - это полиэтиологическое состояние, в 60-80% случаях эректильных расстройств лежат органические причины [3]. Изучение копулятивных расстройств, учитывая их значительную распространенность и мультифакториальность, является особенно актуальным

вопросом характеристики больных из групп риска по урологическим заболеваниям. Одним из этиологических факторов данного состояния могут явиться аномалии развития полового члена и уретры, в частности, гипоспадия. Однако изучению взаимосвязи аномалий развития полового члена и уретры с копулятивной дисфункцией до настоящего времени изучены недостаточно. Единичные публикации зарубежных авторов носят противоречивый характер [4,5]. Кроме того, в процессе формирования таких звеньев копулятивного цикла, как, либидо и оргазм, колоссальную важность приобретает психологический фактор, угнетение которого, в конечном итоге, снижает качество жизни пациента. Установлено, что при этом более чем в 4 раза увеличивается физическая неудовлетворенность, и более чем в 2 раза угнетается эмоциональная составляющая жизни пациента [6].

### Целью

данной работы являлось изучение функционального состояния основных звеньев механизма копуляции у пациентов, перенесших в детском возрасте реконструктивно-пластические операции по поводу аномалии развития уретры и полового члена, в сравнении с показателями копулятивного цикла у здоровых лиц, которые не имеют уроандрологического анамнеза.

### Материалы и методы

В исследование включены 50 мужчин в возрасте от 18 до 40 лет, которые были подразделены на 2 группы: первая (основная) – 20 мужчин, оперированных в детстве по поводу мошоночной и стволовой форм гипоспадии и вторая (контроль-

ная) группа – 30 мужчин, без аномалий развития полового члена и уретры, и не подвергавшиеся ранее оперативной коррекции. Состояние основных звеньев копулятивного цикла оценивали по разработанной нами многокомпонентной анкете. Также был использован международный вопросник по половому здоровью (МИЭФ-5), где проведена изолированная оценка только эректильных нарушений, суммарный балл которых сравнивали с полученной комплексной картиной состояния копулятивного механизма.

### Результаты и обсуждение

Первый этап исследования включал проведение анкетирования по шкале международного вопросника по половому здоровью (МИЭФ-5). Умеренно выраженная эректильная дисфункция в контрольной и основной группах выявлена у 2 пациентов (6,7% и 10% соответственно). Легкая степень эректильных нарушений наблюдалась в контрольной и в основной группах у 4 пациентов (13,3% и 20% соответственно). У 24 (80%) мужчин контрольной группы и 14 (70%) мужчин основной группы отсутствовали эректильные нарушения.

Как видим, шкала МИЭФ-5 дает однобокую трактовку функционального состояния половой функции, освещая лишь эректильное и частично оргиастическое звенья многокомпонентного механизма копуляции. В то же время, нарушение в любом из звеньев копулятивного цикла, может исключить сам половой акт, как таковой. Следовательно, возможность получения достоверных результатов анализа половой функции только по эректильной составляющей, является проблематичной. В связи с этим проведен анализ результатов анкетирования мужчин по разработанной нами многокомпонентной анкете. В анкете проведено дифференцирование копулятивного цикла по составляющим:

- 1) половое влечение (либидо)
- 2) напряжение и длительность эрекции
- 3) сила и время наступления эякуляции
- 4) характеристика оргазма по выраженности ощущений.

Полученные данные свидетельствуют о нарушениях каждого звена копуляции у пациентов основной группы.

Выраженность полового влечения у мужчин контрольной группы оказалось низкой у 1 (3,3%), средней – у 2 (6,7%), высокой – у 7 (23,3%) и очень высокой – у 20 (66,7%) респондентов. В основной группе мужчин низкий показатель либидо был выявлен у 2 (10%), средний – у 5 (25%), высокий у 5 (25%) и очень высокий у 8 (40%). Таким образом, установлено снижение выраженности полового влечения у мужчин контрольной группы в сравнении с аналогичными показателями здоровых мужчин. Низкие показатели либидо в основной группе на 6,7% больше, а высокие

значения полового влечения на 26,7% меньше, чем в контрольной группе мужчин.

Изучение показателя продолжительности эрекции показало сохранение эрекции в течение всего полового акта у лиц контрольной группы в 86,7% (26) случаях, в основной группе – в 80% (16). Сохранение эрекции в течении 1-2 минут и больше в основной группе наблюдалось у 3 (15%) респондентов, в то время как в контрольной группе у 3 (10%) мужчин. Преждевременная эякуляция наблюдалась у 1 (5%) пациентов основной группы и у 1 (3,3%) мужчин контрольной группы.

Изучение напряжения полового члена у мужчин контрольной группы показало наличие полноценной эрекции в 90% случаях, в то время как у основной группы – в 65%. Ряд пациентов предъявляли жалобы на неполное напряжение полового члена, в то же время введение удаётся без труда. Из контрольной группы патология зафиксирована у 3 (10%), а в основной у 5 (15%). Также в основной группе 1 (5%) пациент нуждался в ручном пособии для интромиссии, ригидность полового члена была недостаточной.

Анализ вышеперечисленных характеристик установил наличие нарушений в продолжительности эрекции и напряжении полового члена у мужчин основной группы.

Принимая во внимание факт оперативного вмешательства в анатомическую геометрию мочеиспускательного канала можно предположить изменение объемной скорости не только мочи, но и спермы, что нашло свое подтверждение в результатах субъективной оценки активности эякуляции. В исследуемых группах сохранение активной эякуляции составляло 27 (90%) и 15 (75%) соответственно. Вялая эякуляция с «выдавливанием» спермы наблюдались у 5 (25%) пациентов основной группы и 3 (10%) респондентов контрольной группы. Отсутствие эякуляции не зарегистрировано ни у одного мужчины исследуемых групп.

По материалам представленной таблицы четко прослеживается взаимосвязь вялого семяизвержения с оперативной коррекцией гипоспадии, что связано с особенностями строения мочеиспускательного канала после пластики (изменение диаметра, эластичности стенки и длины канала).

Результаты анкетирования респондентов показали нарушение динамики формирования эякуляторного акта в виде преждевременной эякуляции у 7 (35%) лиц основной группы, в отличие от 5 (16,6%) мужчин контрольной группы. Более чем двукратное преобладание раннего семяизвержения у мужчин основной группы свидетельствует о возможно имеющемся дисбалансе процесса формирования очага возбуждения в коре головного мозга и периферическими нейроструктурами.

При оценке характера сексуальных ощущений

полное половое удовлетворение подтвердили 28(93,4%) респондентов контрольной группы, в основной группе данный показатель составил 15(75%). Характеристика последнего по порядку, но не по значению звена копулятивного цикла, как оргазм, показала притупление остроты половых ощущений на 18,4% больше у мужчин основной группы, нежели чем у мужчин контрольной группы.

### Выводы

Проведенные исследования показали, что мужчины, перенесшие в детском возрасте реконструктивно-пластические операции по поводу

стволовой и мошоночной форм гипоспадии, имеют нарушения функционального состояния основных звеньев копулятивного цикла в сравнении с аналогичными показателями здоровых лиц. В подавляющем большинстве случаев эректильной дисфункции являются отражением более двух причинных факторов, взаимно усугубляющих течение заболевания. Традиционная трактовка состояния копулятивного цикла лишь по эректильной составляющей является неадекватной оценкой сложного многокомпонентного механизма копуляции, т.к. огромная роль отводится влиянию психоэмоциональных факторов, формирующих межличностные отношения и психологическое состояние пациента.

### Литература

1. Ковалев В.А. Диагностика и лечение эректильной дисфункции // Автореф. дис....д-ра мед.наук. Москва, 2001 - С. 32.  
2. Михайличенко В.В. Патогенез, клиника, диагностика и лечение копулятивных и репродуктивных расстройств у мужчин: Автореф. дис....д-ра мед.наук. -С.-Петербург, 1996 -С.34.

3. Kaiser F., Viosca S. Impotence and aging clinical and hormonal factors // J.Amer. Geriatr. Soc. - 1988 - Vol.36. - p.511-518.  
4. Тиктинский О.Л., Новиков И.Ф. Заболевания половых органов у мужчин. - Л., 1986.-С.98.  
5. Коган М.И., Селезнев Г.Г., Абоян И.А. \ Актуальные проблемы андрологии. Ростов-на-Дону, 1986.-С.74-80.  
6. Юнда И.Ф. Болезни мужских половых органов. - Киев. 1984.-С.128.

## Местный гемостатик ТахоКомб в профилактике послеоперационных осложнений

Ержанов О.Н.

Кафедра хирургических болезней №1 Карагандинской государственной медицинской академии

Широкое внедрение высокоактивных гемостатических препаратов в хирургическую практику произошло после усовершенствования технологических процессов, связанных с получением факторов коагуляции высокого качества, необходимой степени очистки и в больших количествах. [Лаборатория фирмы Никомед разработала высокоактивный местный гемостатик ТахоКомб. Препарат ТахоКомб состоит из коллагеновой пластины, покрытой с одной стороны высококонцентрированными активными компонентами, способствующими свертыванию крови: тромбином, фибриногеном и апротинином. Рибофлавин желтого цвета обозначает клейкую поверхность. Размеры: 9,5x4,8x0,5см, 4,8x4,8x0,5см и 3,0x2,5x0,5см. 1,2].

Человеческий фибриноген для ТахоКомба производится из плазмы доноров, прошедших тщательный контроль при отборе и при обследовании которой получен отрицательный ответ на антитела к ВИЧ, к вирусу гепатита С, HbSAg, сифилис и повышение уровня АЛТ. Для дополнительной надежности проводятся удаление и инактивация вирусов из фибриногена путем тепловой фракционной коагуляции (гепатита А и др.) и с помощью растворителей очистителей (гепатит В, С, ВИЧ). Риск заражения вирусными заболеваниями при использовании ТахоКомб исключается тщательным отбором животного сырья (бычьего тромбина и конского коллагена) и производственными этапами удаления и инактивации.

При контакте ТахоКомба с кровотокающей раной, биологическими жидкостями (лимфой, ликвором, желчью, соком поджелудочной железы, мочой, желудочным соком и др.) или стерильным физиологическим раствором хлорида натрия находящиеся на его поверхности высококонцентрированные фибриноген, тромбин и апротинин растворяются, что приводит к осуществлению последней фазы свертывания крови. Тромбин превращает фибриноген в фибрин. Образуется липкий фибриновый сгусток, склеивающий раневую поверхность и эластичную коллагеновую пластину. Апротинин (контрикал, трасилол, гордокс) – поливалентный ингибитор протеаз подавляет местный фибринолиз, стабилизирует фибриновый сгусток, блокирует протеолитическое действие плазмينا на фибрин и

перевод плазминогена в плазмин аутогенными активаторами. Коллаген стимулирует агрегацию эритроцитов [3,4].

За счет протекающего процесса полимеризации происходит тесное соединение пластины ТахоКомб с тканями. Экспериментальные работы показали, что через 2 недели после операции пластина инфильтрируется фибриноваскулярной грануляционной тканью, а через 4 недели замещается эндогенным коллагеном. Пластина ТахоКомб рассасывается и впоследствии замещается соединительной тканью в течение 3-6 недель.

ТахоКомб применяется для достижения гемостаза при хирургических вмешательствах на паренхиматозных органах (печени, селезенке, поджелудочной железе, почках, легких), надпочечниках, щитовидной железе, лимфатических узлах, а также при гинекологических, урологических, травматологических операциях. ТахоКомб эффективен для закрытия лимфатических, желчных, желудочных, дуоденальных и ликворных фистул [5,6].

Использование ТахоКомб показано в сосудистой и абдоминальной хирургии (укрепление анастомозов), нейрохирургии (закрытие дефектов твердой мозговой оболочки).

ТахоКомб обладает высокой пластичностью, эластичностью, легко подвергается растягиванию и сжатию. После растворения и фиксации на раневой поверхности образуется не увеличивающийся в объеме, прочный водо- и воздухо непроницаемый эластичный каркас, который легко сжимается и растягивается, например, в соответствии с экскурсией легких.

Пластина ТахоКомб накладывается только в стерильных условиях. Перед применением ТахоКомба раневая поверхность должна быть очищена от крови, дезинфицирующих средств и других жидкостей. Сторону, покрытую факторами свертывания и помеченную желтым цветом, наложить на раневую поверхность и прижимать в течение 3-5 мин. При достаточно влажных ранах применение препарата возможно без дополнительного увлажнения. При сухих ранах перед применением рекомендуется увлажнить физиологическим раствором для достижения полного соединения с сухими участками раневой поверхности. Перед применением необходимо

очистить хирургические перчатки и инструменты от крови и жидкости для того, чтобы избежать их склеивания с пластиной ТахоКомб.

ТахоКомб применен нами у 124 больных. С целью гемостаза и сохранения органа пластины ТахоКомб применялись при травме селезенки – 11; при повреждении почки – 7. Длительность гемостаза составляла обычно не более 5 минут. Каких-либо осложнений, связанных с применением ТахоКомб не наблюдалось. Гемостаз во всех случаях был абсолютно полным. Во всех случаях удалось избежать удаления органа, что при других методах гемостаза было бы невозможным.

У 40 пациентов пластины ТахоКомб были использованы с целью гемостаза и закрытия раневой поверхности после холецистэктомии по поводу деструктивных холециститов – 18; атипичной резекции печени – 13; удаления эхинококковых кист из печени – 14; левосторонней резекции поджелудочной железы – 5.

При нейрохирургических операциях для гемостаза после удаления опухоли ТахоКомб применили у 47 пациентов.

Надежная фиксация ТахоКомб к брюшине была использована нами дополнительное укрытие зоны анастомозов у 14 больных и несостоятельности швов желудочно-кишечных и кишечно-кишечных анастомозов у 5 пациентов. Размеры дефектов колебались от 7-10 мм. У всех больных имелась выраженная инфильтрация стенки в окружности зоны несостоятельности. Использование ТахоКомб в подобных ситуациях является оптимальным решением этой хирургической ситуации. Аппликации ТК на зону несостоятельности должны наноситься в 2 или 3 слоя в виде «черепицы» или «заплаты». Хорошая герметизация отверстия наступала уже после нанесения 1 слоя ТахоКомб, однако происходило «пупкообразное» выпячивание в области заклеенного отверстия, что вызвало у 1 пациента повторную несостоятельность. Нанесенные в 2 или в 3 слоя «заплата» или «черепицы» обладали большей стабильностью. Препарат наносился в 2 или в 3 слоя следующим образом – после моделирования отверстия несостоятельности клеили пластину ТахоКомб, заходящую за зону фистулы на 10-15 мм. По истечении 5 мин, необходимых для приклеивания препарата к серозному покрову, поверх первой накладывалась вторая и третья пластины ТахоКомб. Это позволяет увеличивать не только толщину и механическую прочность клеящего слоя, так и площадь соприкосновения с серозным покровом органа. Перед наложением препарата на серозную поверхность, его клеящую поверхность необходимо умеренно смочить физиологическим раствором. Приклеивать необходимо от краев к центру, пользуясь влажным тупфером. Время

фиксации должно быть не менее 5 мин. Убирать тампон необходимо осторожно, с одного края придерживая пластину ТахоКомб пинцетом. Герметичность укрытия зоны несостоятельности проводилась за счет раздувания желудка воздухом через зонд.

Данные наблюдения показали, что в тех случаях, когда имеется несостоятельность желудочно-кишечного и кишечно-кишечных анастомозов, как вынужденная мера может быть применено заклеивание фистул пластинами ТахоКомб.

При операциях на легких абсорбирующее раневое покрытие ТахоКомб использовалось у 10 пациентов с посттравматическим инфицированным свернувшимся гемотораксом – 5; со спонтанным пневмотораксом, буллезной эмфиземой – 3; со свищем культи бронха диаметром 10 мм – 2.

Использование ТахоКомб для аэро- и гемостаза диффузно кровоточащих раневых поверхностей после плеврэктомии, без предварительного ушивания легочной паренхимы, приводящего к уменьшению объема легочной поверхности. Для обработки междолевой щели при её разделении. Для аэростаза большой площади раневой поверхности (при резекции врожденной кисты, резекции булл), аппликации бронхоплевральной фистулы без предварительного ушивания и резекции. Во всех случаях пластины заходят за край не поврежденной поверхности легкого не менее чем на 5 мм. После прикрепления пластины, ТахоКомб прижимался к поврежденной поверхности влажными тампонами в течение 5 минут. В среднем на 1 операцию уходило 1-3 пластины. Эффект аэростаза проверялся водяной пробой через 5-10 мин после удаления фиксирующих тампонов. Результат аэростаза и гемостаза оценивался не только во время операции, но и в послеоперационном периоде по количеству отделяемого содержимого, временем прекращения сброса воздуха и динамике расправления легкого.

ТахоКомб прекрасное местное гемостатическое и аэростатическое средство. Принципиально новым направлением в использовании ТахоКомба является его аппликация на линии швов полых органов с целью укрепления их механической прочности и дополнительной герметизации, а также закрытие зон несостоятельности швов полых органов желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, клинический опыт свидетельствует о высокой эффективности ТахоКомба при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости, забрюшинной клетчатки и груди. Широкое применение препарата расширяет технические возможности и улучшает результаты оперативного лечения, снижает послеоперационные осложнения и летальность.

Литература

1. Agus G.B. et al. Hemostatic Efficacy and Safety of Tachocomb in Surgery// *Int Surgery*.-1996.-81.-p.316-319.
2. Ohtani N. et al. General pharmacological effects of Tachocomb // *Pharmacometrics*.-1995.-49.- 345-354.
3. Osada H. et al. The clinical significance of Tachocomb, a fibrin adhesive in sheet form // *Surgical Technology International* VII.-1998.-p.31-35.
4. Hollaus H. Et al. The use Tachocomb in thoracic surgery // *J. Cardiovasc. Surgery*- 1994.-35.-169-170.
5. Северцев А.М. Первый опыт использования раневого клеевого покрытия «ТахоКомб» в хирургии печени // *Клинический вестник*.-1995.-№3.- С. 24-26.
6. Скипенко О.Г., Шатверян Г.А., Мовчун А.А. Применение раневого покрытия «ТахоКомб» при хирургических вмешательствах на печени и поджелудочной железе // *Хирургия*.-1998.-№1.- С.11-14.

## Турар Койшигараевич Кукеев К 75-летию со дня рождения

15 декабря 2008 года исполняется 75 лет со дня рождения и 50 лет научно-педагогической деятельности профессора кафедры госпитальной хирургии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова Кукеева Турара Койшигараевича.

Т.К.Кукеев родился в с.Ушарал Таласского района Жамбылской области. В 1952 году с отличием окончил медицинское училище в г.Тараз и поступил на лечебный факультет медицинского института в г.Алматы. В институте был Сталинским стипендиатом.

В 1958 году дипломом с отличием окончил институт и был направлен замглаврача и хирургом в Таласскую райбольницу Жамбылской области. Вскоре был приглашен в аспирантуру при кафедре госпитальной хирургии КазМИ. С тех пор вся трудовая деятельность Т.К.Кукеева неразрывно связана с этой кафедрой: аспирант, ассистент, доцент, профессор. В 1980-1985 гг. заведовал этой кафедрой.

Вместе со своим учителем профессором М.И.Брякиным Т.К.Кукеев является одним из основоположников сосудистой хирургии в Казахстане. Под руководством М.И.Брякина Т.К.Кукеевым впервые в Казахстане в 1965 году стали выполняться реконструктивно-восстановительные операции при окклюзирующих заболеваниях артерий нижних конечностей: аорто-бедренное и повздошно-бедренное шунтирование аллопротезом, резекция окклюзированного сегмента артерии с пластикой аутовеной и аллопротезом. А также сложные операции на кровеносных сосудах: резекция травматической аневризмы бедренной артерии с аутовенозной пластикой, операции при сложных гемангиомах бедра, ягодичной области, ранениях повздошной и бедренной артерии, операция тромбинтимэктомии и эндартерэктомии при облитерирующем эндартериите и атеросклерозе, операции при ПТФС. При облитерирующем эндартериите Т.К.Кукеев впервые в республике стал широко применять пояснич-



ную и грудную симпатэктомию. Им опубликован ряд наблюдений успешной антикоагулянтной и фибринолитической терапии при тяжелых илеофemorальных флеботромбозах и синдроме Педжета-Шреттера, успешное излечение болезни Мондора. Впервые в Казахстане Т.К.Кукеевым в 1967 году выполнена операция спленоренального анастомоза при портальной гипертензии, внедрены сложные исследования при различных сосудистых заболеваниях: транслюмбальная аортография, артериография, различные виды флебографии, спленопортография

и др.

Работая на кафедре с 1958 г., Т.К. Кукеев внес большой вклад в дело подготовки врачебных кадров и первичную подготовку будущих хирургов через субординатуру и интернатуру. Он является одним из организаторов интернатуры вообще и первым руководителем хирургической интернатуры в университете.

Т.К.Кукеев активно работает по внедрению преподавания хирургии на казахском языке. Им выпущены на казахском языке «Избранные лекции по госпитальной хирургии» и в соавторстве два учебника для хирургии для 5 и 6 курсов.

Т.К.Кукеев в 1970 году МЗ СССР награжден нагрудным знаком «Отличник здравоохранения СССР».

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

В феврале 1997 года «За выдающиеся заслуги в развитии сосудистой хирургии и подготовке врачебных кадров в Казахстане» избран «Почетным профессором Национального научного центра хирургии им. А.Н.Сызганова».

В 2002 г. в связи с 2000-летием г. Тараз Т.К. Кукеев избран почетным гражданином Жамбылской области.

Весь свой богатый опыт хирурга, педагогический талант и энергию Т.К. Кукеев отдает важнейшему делу – подготовке врачебных кадров.

Ассоциация хирургов РК  
Администрация ННЦХ им. А.Н. Сызганова  
Общество хирургов г. Алматы и Алматинской области



## Профессору К.Ш. Шарипову – 70 лет

Исполнилось 70 лет со дня рождения доктора медицинских наук, профессора Кайтпаса Шариповича Шарипова.

Трудовую деятельность К.Ш. Шарипов начал в 1967 году в Институте хирургии им. А.Н.Сызганова. В 1975 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Оценка уровня анестезии и методов искусственной гипотермии по показателям кислотно-щелочного равновесия крови у больных с врожденными дефектами перегородок сердца».

В 1992 году Шарипов К.Ш. защитил докторскую диссертацию на тему «Изменения метаболизма в процессе хирургического и комбинированного лечения».

Основным направлением научной деятельности Шарипова К.Ш были клинико-метаболические исследования в периоперационном периоде, оценка показателя метаболизма при применении анестезиологических средств и защиты пациентов от хирургической агрессии и патологических состояний.

Состоял в рядах КПСС с 1961 по 1993 годы, член РК КПК в 1987-88 гг. Секретарь комитета комсомола АГМИ в 1964-67 гг., секретарь партбюро КазНИИ ОиР в 1982-92 гг. Депутат Алма-Атинского городского совета народных депутатов Казахской ССР 1989-94 гг., замдиректора по экстремальной медицине ННЦ им.А.Н.Сызганова 1993-94 гг.

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

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



и США.

Основные работы: «Гипотермия в кардиохирургии» 1973 г., «Справочник хирурга» 1997 г., «Хирургиялық н с ау» 1997 г. «Метаболизм и иммунная система в анестезиологии и хирургии рака легких» 2005 г. «Русско-казахский фармакологический медицинский словарь» 2006 г. В свете реализации координационного плана действий также разработаны и изданы для служебного пользования «План действия службы экстренной медицины помощи в ЧС РК», «Положение о бригадах спецмедицинской помощи постоянной готовности СЭМП РК в ЧС», «Стандарты диагностики и лечения в медицине экстремальных ситуаций», «Медицина чрезвычайных ситуаций», «Неотложная помощь при экстремальных ситуациях», «Положение о региональных и территориальных центрах медицины катастроф», «Оперативный и чрезвычайный план действия медицинских формирований по ликвидации ЧС» и др.

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

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

Государство достойно ценило вклад Шарипова К.Ш. в развитие здравоохранения, он награжден знаком «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ісінің үздігіне», «Отличник здравоохранения ССР», Указом президента РК награжден медалью «Ерен еңбегі үшін» 24 октября 2000 г.

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

## Памяти профессора В.А. Джакупова (1948 – 2007)

В этом году исполнилось бы 60 лет со дня рождения замечательного человека, блестящего хирурга и ученого Валихана Абуевича Джакупова.

Джакупов В.А. родился в Южно-Казахстанской области 7 сентября 1948 года. В 1966 году окончил Георгиевскую среднюю школу с золотой медалью. В 1972 году окончил с красным дипломом лечебный факультет Алма-Атинского государственного медицинского института. Трудовую деятельность начал в клинике Казахского НИИ клинической и экспериментальной хирургии в 1969 году, будучи еще студентом. В 1972 году, после окончания АГМИ по рекомендации академика А.Н. Сызганова был принят на работу в институт, с которым была связана вся его дальнейшая деятельность, становление как хирурга и ученого. В данном учреждении прошел все этапы подготовки квалифицированного специалиста от врача-реаниматолога в отделении интенсивной терапии до заведующего отделом хирургии сосудов с группой микрохирургов.

Многие годы он работал главным ангиохирургом Министерства здравоохранения Казахстана, постоянно выезжал на консультации и операции в областные больницы республики.

Особый интерес В.А. Джакупов проявлял к разработке способов диагностики и хирургического лечения различных форм симптоматических артериальных гипертензий.

Накопление опыта в таком труднейшем разделе медицины, как сосудистая хирургия, позволило Валихану Абуевичу в 1988 году успешно защитить кандидатскую диссертацию на тему: «Хирургическое лечение редких и сочетанных форм симптоматических артериальных гипертензий».

В начале 90-х годов Валихан Абуевич разработал и внедрил в практику ряд новых оригинальных научно обоснованных способов хирургических операций, результаты которых были положены в основу докторской диссертации на тему: «Выбор оптимальной тактики хирургического лечения сочетанных форм гипертензивных



состояний», защищенной в 1994 году.

За разработку и внедрение в клиническую практику способов реконструктивных хирургических операций при окклюзирующих заболеваниях плече-головных и висцеральных ветвей аорты, аневризмах аорты, артерий и вен нижних конечностей Валихану Абуевичу присуждена Государственная премия Республики Казахстан в 1999 году.

Под руководством профессора В.А. Джакупова впервые в Казахстане успешно были выполнены реконструктивные операции на дуге аорты и при торакоабдоминальных аневризмах. Совместно с ангиохирургами из США, Франции и России сделан ряд сложнейших оперативных вмешательств на различных отделах аорты и ее ветвях.

Джакупов В.А. - автор свыше 250 печатных работ, посвященных различным актуальным разделам современной ангиохирургии, среди которых 32 изобретения, 4 монографии, в том числе коллективной монографии «Симптоматическая гипертензия (рентгенорадионуклидная диагностика)». Мастер своего дела, Валихан Абуевич, весь ход выполненных операций точно и красочно воплощал на листе бумаги, венцом чего стал единственный в Казахстане «Атлас по сосудистой хирургии», который является настольной книгой многих хирургов.

Долгое время Валихан Абуевич преподавал курс ангиохирургии студентам Казахстанского медицинского института. Талантливый хирург, скромный, отзывчивый человек, Учитель, воспитавший не одно поколение хирургов, многие из которых заведуют сосудистыми отделениями различных городов страны. Под руководством профессора В.А. Джакупова защищено 8 кандидатских и 2 докторские диссертации.

Вот уже год, как мы живем без Валихана Абуевича, человека, который любил жизнь и всю свою жизнь посветил искусству хирургии. Светлая память о прекрасном человеке, выдающемся хирурге, Учителе, друге останется в сердцах всех, кто работал с ним и знал его.

Коллектив Национального научного центра  
хирургии им. А.Н. Сызганова  
Ассоциация хирургов Республики Казахстан  
Редколлегия журнала «Вестник хирургии Казахстана»