

# ВЕСТНИК ХИРУРГИИ КАЗАХСТАНА

№4 (32) 2012

## Трансплантология в ННЦХ им. А.Н. Сызганова



2012 год ознаменовался в ННЦХ им. А.Н. Сызганова проведением ряда сложнейших операций по пересадке печени и поджелудочной железы.

Первая операция из этой серии была проведена 9 декабря 2011 года совместно с коллегой из Республики Беларусь.

28 июля 2012 года была вторая пересадка печени – совместно с коллегами из Японии.

30 июля и 25 августа 2012 года подобные операции были проведены самими специалистами ННЦХ им. А.Н. Сызганова под контролем хирургов из Японии.

Последняя серия пересадок печени была проведена 16 и 18 ноября 2012 года, вновь совместно с коллегами из Японии.

В этом же году ННЦХ им. А.Н. Сызганова организовал и провел конкурс среди журналистов на лучшее освещение деятельности ННЦХ им. А.Н. Сызганова в сфере передовых медицинских и технологий. Итоги конкурса были подведены 23 ноября 2012 года. Победителям были вручены крупные денежные награды и вручены сертификаты.

- Инновации в лечении аритмии сердца
- Микрохирургическая реконструкции поврежденных сухожилий, сосудисто-нервных пучков кист и пальцев
- Циркуляторный арест; температурный аспект
- Ранняя реваскуляризация при остром инфаркте миокарда
- Разрывы сердца в остром периоде инфаркта микарда
- Оценка изменений функционального состояния сердца после хирургической реваскуляризации MDA, MPO results of Experimental Study on Impacts of Pure Portal Vein Exclusion and Hepatic Pedicle Exclusion Method on Ischemia Reperfusion Injury
- Лапароскопическая холецистэктомия
- Применение Гелофузина в консервативной терапии острого панкреатита
- Опыт применения Гелофузина у детей при дивертикуле Меккеля, осложненном кровотечением. Клинический случай
- Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода
- Роль ультразвукового исследования в диагностике острого аппендицита у беременных
- Возможности УЗИ в диагностике острого аппендицита в условиях ЦРБ
- Опыт стентирования при стенозирующих опухолях верхних отделов желудочно-кишечного тракта

# Вестник хирургии Казахстана

№4 (32) 2012

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

Издается с 2005 г.

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

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

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

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

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

Ответственность за содержание  
публикуемых материалов несут  
авторы материалов.

Ответственность за рекламные  
материалы несут рекламодатели.

Тираж 350 экз. Тип. «Идан»  
г. Алматы, ул. Коммунальная, 39

**Главный редактор**  
*Арзыкулов Ж.А., профессор*

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

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

**Редакционная коллегия:**

*Абзалиев К.Б.  
Артыкбаев Ж.Т.  
Ахметов Е.А.  
Батырханов М.М.  
Даирбеков О.Д.  
Жураев Ш.Ш.  
Мамедов М.М.  
Миербеков Е.М.  
Пюрова Л.П.  
Сейдалиев А.О.  
Сейсембаев М.А.  
Султанов Э.Ш.  
Хвостиков Е.И.  
Шайхиев Е.У.*

**Редакционный совет:**

*Абдуллаев М.Ш. (Алматы)  
Апсаров Э.А. (Алматы)  
Баймаханов Б.Б. (Астана)  
Вишневский В.А. (Москва)  
Изимбергенов Н.И. (Актобе)  
Мусеев Х.Н. (Баку)  
Мухамеджанов И.Х. Астана  
Лохвицкий С.В. (Караганда)  
Мамекеев М.М. (Бишкек)  
Назыров Ф.Г. (Ташкент)  
Поцелуев Д.Д. (Алматы)  
Сабыр М.Ш. (Актобе)  
Султаналиев Т.А. (Астана)  
Телеуов М.К. (Астана)  
Черноусов А.Ф. (Москва)*

## Содержание

### Кардио,- ангио,- микрохирургия

*Ж.А. Арзыкулов, А.А. Омаров, Б.Б. Кутуев, Ф.А. Турсунова, А.А. Ештай, Н.Г. Павлова*. Инновации в лечении аритмии сердца (4)

*Т. Тюркоглу, М.И. Асаналиев, А.Т., Кодасбаев, Н.Е. Шакиров, Е.К. Магауин*. Результаты аортокоронарного шунтирования на работающем сердце (6)

*М.И. Мурадов*. Микрохирургическая реконструкции поврежденных сухожилий, сосудисто-нервных пучков кист и пальцев (8)

*М.И. Мурадов, П.Ю. Сайк, Т.А. Садыков, А.А. Байгузева, К.Б. Мухамедкерим*. Микрохирургическое лечение посттравматических рубцовых деформаций кисти (11)

*Н.М. Булгунаева*. Циркуляторный арест; температурный аспект (13)

*Н.М. Булгунаева*. Ранняя реваскуляризация при остром инфаркте миокарда (14)

*Е.А. Кунапьянов, Б.С. Сивко, Б.Ш. Бакимбаев, Б.А. Кабидолдин*. Разрывы сердца в остром периоде инфаркта микарда (16)

*С.К. Бажикова, К.З.Искакова, Ж.М. Исниязова, Л.П. Кулманова, Р.К. Калыбаева, А.У. Конысбекова*. Оценка изменений функционального состояния сердца после хирургической реваскуляризации (17)

### Абдоминальная хирургия

*Asaf Taghiyev, Bo Tang, Deguang Sun, Rui Liang, Liming Wang*. MDA, MPO results of Experimental Study on Impacts of Pure Portal Vein Exclusion and Hepatic Pedicle Exclusion Method on Ischemia Reperfusion Injury (19)

*М.Р. Кошенов*. Лапароскопическая холецистэктомия (22)

*Т.Ж. Кайырмагамбетов*. Применение Гелофузина в консервативной терапии острого панкреатита (24)

*Нурмадиев А.М.*. Опыт применения Гелофузина у детей при дивертикуле Меккеля, осложненном кровотечением. Клинический случай (25)

*А.Н. Орманов, Р.М. Оспанов, К.Д. Байрамов, Д.А. Қабылов, Ғ.Е. Сармаш, Е.Б. Жантеев*. Жедел ірінді перитонит кезінде науқастар қанындағы липидтер асқын тотығу өнімдері мен антитотықтырғыш жүйе интегралды коэффициентінің өзгерістері (26)

*М.Р. Кошенов*. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (27)

*А.С. Ибадильдин, Г.К. Мухамеджанов, Б.Е. Аталыков, Э.А. Абылгазиева*. Роль ультразвукового исследования в диагностике острого аппендицита у беременных (28)

*Л.В. Андриевская, Т.В. Поддубченко, Д.Б. Эстияров*. Возможности УЗИ в диагностике острого аппендицита в условиях ЦРБ (29)

*Н.К.Казыбаев, Г.У. Калижанова, А.А. Ибрашева, К.Ю. Абылмашин*. Опыт стентирования при стенозирующих опухолях верхних отделов желудочно-кишечного тракта (31)

### Анестезиология, реаниматология

*Е.М. Миербеков, Ж.Т. Артыкбаев, В.В. Мутагиров, С.Р. Муханова*. Первый опыт анестезии и ведения ближайшего послеопера-

ционного периода у больной с ортотопической трансплантацией родственной донорской печени (33)

*Г.К.Кусаинова*. Опыт применения препарата Эбрантил (Урапидил) для достижения управляемой гипотонии при плановых пластических операциях (36)

*Е.А. Кунапьянов, Б.С. Сивко, Б.Ш. Бакимбаев, Б.А. Кабидолдин*. Анализ применения микродоз кетамина как антиноцицептивного компонента общей анестезии и послеоперационной анальгезии (37)

*Е.А. Прокудин*. Применение УФО крови в комплексной терапии вентилятор-ассоциированной пневмонии у больных, находящихся на ИВЛ (39)

### Онкология

*М.И. Сактаганов*. Реконструктивно-пластическая хирургия в онкомамологии (41)

*В.В.Балковой, Б.У.Бозабаев*. К вопросу совершенствования нейрохирургической помощи больным с новообразованиями головного мозга (42)

### Травматология

*А.М. Нурмадиев*. Опыт применения Венофундина при поли-травме. Клинический случай (44)

*Проценко Н.Н.* Сотрясение мозга и тяжелая черепно-мозговая травма (44)

*З.У.Доспанбетова*. Черепно-мозговая травма (46)

*О.С. Seyidbeyov, G.F. Hasanova*. Aziz Aliyev Clinical And Expertise Assessment Of Mandibular Fractures As A Result Of Blunt Object Impact (47)

*Б.У. Бозабаев*. Эффективность комбинированного лечения остеоартроза коленных суставов (49)

*Р.Р. Чорманова, В.В. Харламов, А.Ж. Жунусова, М.С. Садыков, Е.А. Жармухамбетов, С.Ж. Мулдагалыев, Б.Х. Шарипова, Б.У. Бозабаев*. Отдаленная клиничко-рентгенологическая оценка результатов эндопротезирования крупных суставов (50)

### Стоматология, ЛОР

*И.М. Касеинов*. Опыт хирургического устранения соустья полости рта с верхнечелюстной пазухи (52)

*И.М. Касеинов*. Причины развития травматического остеомиелита нижней челюсти (53)

*Е.В.Никонова*. Компьютерная томография при заболеваниях лобных пазух (54)

*С.К. Даутова*. Опыт практического применения препарата Поллезин в лечении сезонного аллергического риноконъюнктивита (55)

*Е.В.Никонова*. Устранение деформации перегородки носа как этап комплексного лечения синуситов (56)

### Акушерство, гинекология

*С.А. Зубчук*. Применение HES 130/0,42 в лечении массивных кровопотерь в акушерско-гинекологической практике (58)

- Г.М. Чистобаева.* Применения Бетадина в комплексном лечении кондиллом гениталий (59)
- Ж.М. Нугманова.* Влияние курения на беременность и плод (61)
- Ж.М. Нугманова.* Врожденные пороки развития плода (61)
- А.Ж. Сейдалина.* Клинические эффекты применения препарата Диаформин-ОД (Ranbaxy) у женщин с ожирением (63)
- М.М. Сарсембаева.* Внематочная беременность. Причины, симптомы, лечение, прогнозы (64)
- М.М. Сарсембаева.* Лечение воспалительных заболеваний половых органов в условиях стационара (65)
- Лысакова Н.В.* Неспецифический вагинит: современные принципы лечения (67)
- Н.А. Огнещенко.* Вульвовагинальный кандидоз: что нового? (70)
- Н.Н. Бекаева, В.И. Ковальчук.* Опыт применения препарата Залаин при лечении рецидивирующего вульвовагинального кандидоза (72)
- О.В. Ивлева.* Эффективность гипербарической оксигенации при лечении конъюгационных желтух новорожденных (74)
- О.В. Ивлева.* ГБО-терапия и плазмаферез в комплексном лечении тяжелых форм гестозов (75)
- Разное**
- Н.А. Кудрицкая.* Килевидная деформация грудной клетки в рентгенологическом изображении (76)
- Н.Н. Нугманов.* Хирургическое лечение легочного эхинококка у детей (77)
- Ю.М. Хван.* Клинический случай применения препарата Тахокомб при операциях по поводу удаления костно-хрящевых экзостозов при экзостозной болезни и удаления (экскохлеации) костной солитарной кисты в дистальном эпифизе бедренной кости у детей (79)
- А.М. Нургалиева.* Ультразвуковая диагностика тромбофлебитов и тромбозов вен нижних конечностей у больных, перенесших эндопротезирование тазобедренных суставов (80)
- Е.А. Кунапьянов, Б.С. Совко, Б.Ш. Бакимбаев, Б.А. Кабидолдин.* Ультрафиолетовое облучение крови как метод в комплексном лечении внебольничной пневмонии (81)
- Г.С. Колесников.* Опыт применения препарата Тамсулозин (Ранопрост) при медикаментозном комплексном лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы в поликлинической практике (83)
- Х.З. Ерденова.* Когнитивные расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга (84)
- Н.М. Макрослоева.* Дисциркуляторная энцефалопатия: этиология, патогенез-диагностика и лечение на современном этапе (86)
- А.Е. Сахипова, М.М. Мамбетова.* Физические методы лечения в реабилитации больных после операции экстракции катаракты (88)
- С.Б. Войтко.* Ангиография: показания и противопоказания (90)
- Войтко С.Б.* Применение рентгенконтрастных веществ при магнитно-резонансной томографии (91)
- С.Б. Войтко.* Влияние рентгеновских лучей на организм (92)
- Б.Р. Шокубаева.* Профилактика кровотечений в послеродовом периоде (93)
- Б.Р. Шокубаева.* Гестозы: клиника и профилактика (94)
- Б.Р. Шокубаева.* Профилактика заболеваний, передающихся половым путем (95)
- А.В. Третьяк.* Этика и деонтология в работе медицинской сестры (96)

УДК 617-089.844

Ж.А. Арзыкулов, А.А. Омаров, Б.Б. Кутуев, Ф.А. Турсунова, А.А. Ештай, Н.Г. Павлова  
 Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы

## Инновации в лечении аритмии сердца

### Аннотация

В статье говорится о том, что в настоящее время заболеваниями сердечно-сосудистой системы человека занимают лидирующие позиции в списке причин смерти. По статистике, каждый четвёртый человек страдает теми или иными сердечными болезнями. Более 30% людей, имеющих заболевания сердца, страдают аритмией.

В настоящее время Центр хирургии им. А.Н. Сызганова обладает самым современным оборудованием по проведению инвазивного электрофизиологического исследования, а также оснащен современной системой навигационного картирования, что позволяет специалистам проводить радиочастотную абляцию очагов различных видов тахиаритмий.

Ключевые слова: сердечно-сосудистая система, аритмия, инвазивные электрофизиологические исследования.

### Интервенционная аритмология

В настоящее время заболевания сердечно-сосудистой системы человека занимают лидирующие позиции в списке причин смерти. По статистике каждый четвёртый человек страдает теми или иными сердечными болезнями. Статистика гласит, что более 30% людей, имеющих заболевания сердца страдают аритмией. Таким людям необходимо постоянно наблюдаться у кардиолога. Нарушения сердечного ритма каждый год уносят около тридцати тысяч наших с вами сограждан. Аритмология – раздел кардиологии, который изучает нарушения сердечного ритма, является одним из наиболее сложных. Наше сердце в сутки делает более ста тысяч сокращений, причем за каждое такое сокращение наше сердце проталкивает кровь по кровеносным сосудам, суммарная общая протяженность которых более ста тысяч километров. Всего 40 – 80 сокращений сердца достаточно чтобы прокачать через себя всю кровь в организме, то есть один полный круг кровообращения занимает в среднем одну минуту. По своей стойкости и стабильности сердце является одним из самых выносливых и надёжных органов в организме. Мало того сердце располагается в самом защищенном месте в организме человека: в центре грудной клетки с небольшим смещением нижней его части влево. По бокам наши легкие как две воздушные подушки предохраняют сердце от ударов, а грудная клетка формирует жесткий защитный каркас снаружи. Сердце представляет собой мышцу, основная функция которой резко сжиматься и расслабляться. Сокращаясь, оно выталкивает кровь, выполняя функцию своеобразного насоса по перекачке крови в нашем организме. Сокращения эти никогда не прекращаются с момента рождения и до момента смерти. В результате этого по нашей сердечно-сосудистой системе все время движется кровь, перенося питательные вещества, необходимый организму кислород и выводя из организма продукты обмена, такие как углекислый газ. И пока сердце нормально работает и прокачивает кровь по сосудам – человек чувствует себя прекрасно. В зависимости от состояния нервной системы или от текущего гормонального статуса в организме сердце может изменять свой ритм. Нормальный ритм оно старается поддерживать всегда. Но как только ритм сердцебиения начинает периодически сбиваться, в жизни появляется определённый дискомфорт и перспектива печального летального исхода. Аритмия бывает врождённая, приобретённая и идиопатическая, то есть случаи, когда причина не выявлена. Приобретённая мерцательная аритмия чаще всего является следствием ишемической болезни сердца, гипертонии, следствием сахарного диабета.

Эти болезни – основные причины провоцирующие появление мерцательной аритмии. Главная опасность аритмии – её осложнения. В первую очередь это тромбоэмболии, во-вторых, может развиваться сердечная недостаточность и в третьих треть пациентов с внезапной сердечной смерти умирают от аритмии. Аритмия сердца довольно распространённое заболевание, хотя и не так широко как артериальная гипертония. Зачастую человек даже не подозревает что у него аритмия, поскольку ничего не чувствует и следственно ничего не знает. Узнают, как правило, об аритмии после снятия кардиограммы при плановой диспансеризации или же по стечению обстоятельств, при выявлении других заболеваний. После выявления аритмии, пациент должен постоянно находиться под контролем врача. При назначении врачом терапии необходимо строго следовать всем предписаниям. Поскольку не редки случаи, когда начиная лечение, пациенты поначалу принимают лекарства, но их ничего не тревожит и в какой-то момент времени они прекращают их прием. Что в свою очередь уже чревато последствиями, такими как тромбоэмболия. В настоящее время разработаны малоинвазивные хирургические методы лечения большого спектра аритмий с помощью применения радиочастотного тока через катетер. Например, такого рода аритмии как АВ узловая тахикардия, тахикардия с участием дополнительного АВ соединения, трепетание предсердий, идиопатическая (когда у пациента нет органического поражения сердца) желудочковая экстрасистолия могут быть успешно излечены при помощи радиочастотной абляции аритмогенного фокуса. И оперативное лечение в таких случаях является приоритетным методом лечения. И что немаловажно, в дальнейшем таким пациентам может не потребоваться прием препаратов. Также есть возможность лечения путем имплантации кардиостимуляторов, кардиовертеров-дефибрилляторов, ресинхронизирующих устройств. Электроника искусственных водителей ритма заслуживает отдельного разговора. Эти микрокомпьютеры сегодня считаются гарантированно более надёжными, чем живая проводящая система сердца. В них закладываются программы коррекции сразу многих нарушений ритма, не говоря уже о системах холтеровского мониторинга, способных работать до 10 лет и выдавать исчерпывающую картину работы сердца и кардиостимулятора. Каждые 2-3 года производители этих приборов полностью обновляют спектр своей продукции. Разрабатываются системы с открытым программным обеспечением. Несомненно, это расширяет возможности кардиологов в лечении аритмий. Врач, установивший пациенту кардиостимулятор, может непрерывно контролировать состояние больного и эффективность лечения, быстро и адекватно реагировать на изменения клинической ситуации.

Не так давно кардиостимуляторы нашли применение в лечении еще одной сложной патологии дилатационной кардиомиопатии. Электроды подводятся к отстающим в сокращении участкам миокарда левого желудочка и, таким образом, синхронизируется его систола. Эффективность метода трехкамерной ресинхронизации оказалась настолько высокой, что позволяет снять с листа ожидания на пересадку сердца около 30% больных, для которых этот выход был единственно возможным. Потребность в имплантации кардиостимулятора, кардиовертера-дефибриллятора, ресинхронизирующих устройств около 7000 операций в год, из них в Казахстане выполняется около 15%.

Радиочастотная (катетерная) абляция – это наиболее действенный и радикальный метод оперативного лечения на-

рушений сердечного ритма, позволяющий в 80-98% случаев исключить в дальнейшем возвращение опасных для жизни тахикардий. При использовании метода радиочастотной абляции не требуется операции на открытом сердце: воздействие на проблемные участки проводящих структур сердца осуществляется через катетер. Данный метод относится к малоинвазивным оперативным вмешательствам и имеет несколько разновидностей, каждая из которых отличается принципом действия катетера. Радиочастотная абляция проводится с помощью тонкого гибкого катетера-проводника, который вводится через кровеносный сосуд (бедренную артерию) и подводится к источнику неправильного патологического ритма в полости сердца. Далее по этому проводнику подается радиочастотный импульс, который разрушает участок ткани сердечной мышцы, отвечающий за неправильный ритм. Радиочастотная абляция применяется при лечении следующих видов аритмий: Фибрилляция предсердий, мерцание предсердий, наджелудочковая тахикардия, включая АВ (атриовентрикулярную) узловую реципрокную тахикардию и синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW – синдром), некоторые виды желудочковой тахикардии. Радиочастотная катетерная абляция показана при идиопатической (беспричинной) мерцательной аритмии, когда отсутствуют органические патологии, для лечения аритмии в виде приступов и при персистирующей (постоянной) аритмии. Распространенность наджелудочковых аритмий равна 250 на 100 тысяч населения. И большинство их может быть излечено РЧ абляцией.

Метод электроанатомического картирования позволяет выполнять точную топическую диагностику очага нарушения ритма в миокарде и при этом значительно снизить рентгеновскую нагрузку на пациента. Без применения этого метода все хирургические вмешательства с доступом через крупные сосуды необходимо проводить под постоянным рентген-контролем. Новая технология дает возможность по магнитному полю и электрическому сигналу создать карту возбуждения сердца в трехмерном пространстве, локализовать субстрат аритмии и точно позиционировать электрод.

На данный момент Центр хирургии им. А.Н. Сызганова обладает самым современным оборудованием по проведению инвазивного электрофизиологического исследования (Cardiolab, Puka, GE), а также оснащен современной системой навигационного картирования (Carto 3), что позволяет специалистам проводить радиочастотную абляцию очагов различных видов тахикардий.

Кроме того, в отделении проводятся операции по имплантации электрокардиостимуляторов, аппаратов ресинхронизирующей терапии сердца (CRT-P, CRT-D), а также кардиовертеров-дефибрилляторов.

Перечисленные оперативные вмешательства проводятся специалистами, прошедшими обучение на базе Новосибирского НИИ Патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина по клинической электрофизиологии и интервенционной аритмологии.

В ННЦХ им. А.Н. Сызганова в отделении рентгенохирургии и интервенционной кардиологии проводятся консультации врачей-аритмологов для отбора пациентов, которым показано хирургическое лечение аритмий. Для получения подробной информации просим обращаться по адресу: г. Алматы, ул. Желтоқсан, 62. Тел.: 8(727) 279-95-22; 279-99-61; 279-99-05; (170)

#### Тұжырым

Ж.А. Арзыкулов, А.А. Омаров, Б.Б. Кутуев, Ф.А. Турсунова, А.А. Ештай, Н.Г. Павлова

А.Н. Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми хирургиялық орталық, Алматы қаласы

Жүрек ырғақсыздығын емдеудегі инновация

Мақалада қазіргі уақытта адамның жүрек қан тамырлары жүйесіндегі аурулар өлу себептері тізіміндегі алдыңғы қатарлы орындарды алып отыр. Статистика бойынша әрбір төртінші адам аталған жүрек ауруының осы немесе келесі түрімен қиналуда. 30% жуық жүрек ауруына ие адамдар жүрек ырғақсыздығымен қиналуда.

Қазіргі уақытта А.Н. Сызганов атындағы Хирургия орталығы инвазиялық электрофизиологиялық зерттеулерді өткізу бойынша нағыз қазіргі заманғы құрылғыларға ие, сондай ақ қазіргі заманғы жаңа картаға түсіру жүйесімен жабдықталып, мамандарға тахикардияның алуан түріне радиожүйлік абляция жүргізуге мүмкіндік береді.

#### Summary

Zh.A.Arzykulov, A.A.Lobster, B. B. Kituyev, F.A.Tursunov, A.A.Eshtay, N. G. Pavlova

National scientific center of surgery of A.N.Syzganova, Almaty  
Innovations in treatment of arrhythmia of heart

In article it is said that now diseases of warmly vascular system of the person take leading positions in the list of causes of death. Statistically, every fourth person has these or those warm diseases. More than 30% of the people having diseases of heart, have arrhythmia.

Now the surgery Center of A.N.Syzganova possesses the most modern equipment on carrying out invasive electrophysiological research, and also is equipped with modern system of a navigation kartirovaniye that allows experts to carry out a radio-frequency ablatsiya of the centers of different types of takhiaritiya.

УДК УДК 617-089.844

Т. Тюркоглу, М.И.\* Асаналиев, А.Т.,\*\* Кодасбаев, Н.Е. Шакиров, Е.К. Магауин

Клиника «Almaty Sema Hospital», г. Алматы, Республика Казахстан

\* Научно-исследовательский институт хирургии сердца и трансплантации органов, г. Бишкек, Кыргызстан

\*\* Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г. Алматы, Республика Казахстан

## Результаты аортокоронарного шунтирования на работающем сердце

### Аннотация

В исследуемой работе представлена оценка непосредственных результатов реваскуляризации миокарда на работающем сердце без применения искусственного кровообращения 88 пациентов с коронарной болезнью сердца. Послеоперационного инфаркта миокарда, острой сердечной недостаточности, госпитальной летальности не было.

**Ключевые слова:** коронарная болезнь сердца, аортокоронарное шунтирование на работающем сердце, коронарные артерии.

Аортокоронарное шунтирование (АКШ) в настоящее время является общепризнанным методом лечения коронарной болезни сердца (КБС), широко вошедшим в клиническую практику [1, 2]. Совершенствование и развитие искусственного кровообращения (ИК), защиты миокарда и анестезии обусловили эффективное развитие коронарной хирургии, сделав операцию коронарного шунтирования (КШ) относительно безопасным хирургическим вмешательством [1, 3]. Несмотря на достигнутый прогресс, нельзя не учитывать отрицательных последствий стандартной операции АКШ в условиях ИК, среди которых следует выделить негативное воздействие глобальной ишемии и кардиоopleгии на миокард, неблагоприятное влияние ИК на функцию печени, почек, легких, центральной нервной системы [1, 4, 6]. Кроме того, у пациентов пожилого возраста, имеющих существенные нарушения сократительной функции миокарда левого желудочка (ЛЖ) и страдающих тяжелыми сопутствующими заболеваниями, опасность осложнений, обусловленных системной воспалительной реакцией, значительно возрастает [2, 5].

Необходимость решения названных проблем возродило интерес к операциям реваскуляризации миокарда на работающем сердце без ИК, при которых принципиально исключены осложнения, связанные с системной воспалительной реакцией [4, 6]. По данным зарубежных исследователей, КШ на работающем сердце по сравнению с реваскуляризацией миокарда в условиях ИК сопровождается значительно меньшим повреждением сердечной мышцы и менее выраженным системным воспалительным ответом [1, 6].

### Цель работы

– оценка непосредственных результатов аортокоронарного шунтирования на работающем сердце.

### Материал и методы исследования

На базе клиники «Almaty Sema Hospital» в отделении кардиохирургии с мая 2011 по ноябрь 2012 г. прооперированы 186 пациентов с КБС, которым произведено АКШ. В клинику внедрены операции множественного КШ на работающем сердце с полной реваскуляризацией миокарда у пациентов с многососудистым поражением коронарных артерий (КА) по технологии OPCAB - Off-Pump Coronary Artery Bypass [3, 5]. Из 186 пациентов, перенесших АКШ, 88 больным (47,31%) реваскуляризация миокарда произведена на работающем сердце без применения ИК.

Возраст пациентов составил в среднем 58,7±8,6 лет. Самыми молодыми, перенесшими КШ, были 4 мужчин в 40-летнем возрасте, самым пожилым оказался пациент 80-ти лет. От 40 до 49 лет прооперировано 16 пациентов (18,18%), от 50 до 59 – 41 (46,59%), от 60 до 69 – 22 (25,0%) и от 70 до 80 лет – 9 больных (10,23%). Преобладали мужчины – 73 (83,0%), женщин было 15 (17,0%).

В исследование включены пациенты КБС со стабильной стенокардией напряжения, в основном III-IV функционального класса по классификации Канадской ассоциации кардиологов – 85,23%, нестабильной стенокардией – 5,68%, подострой стадией инфаркта миокарда – 5,68%, с постинфарктной стенокардией у больных недавно перенесших инфаркт миокарда – 3,41%. Пациентов, перенесших АКШ на работающем сердце, с функциональным классом I-II не было.

Нами была выявлена высокая распространенность коронарных факторов риска: артериальная гипертония – 88,63%, гипертрофия ЛЖ – 78,41%, абдоминальное ожирение – 64,77%, сахарный диабет второго типа – 29,55%, гиперхолестеринемия – 26,14%, различные нарушения ритма и проводимости – 21,59%. Часто встречались пациенты КБС, злоупотреблявшие курением – 76,14% и 90,9% были физически неактивными. В анамнезе инфаркт миокарда перенесли 55,68%, мозговой инсульт – 7,95%, хроническая сердечная недостаточность III-IV функционального класса по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов – 87,5%.

Кроме того, большинство пациентов страдали сопутствующими заболеваниями, ухудшающими их общее состояние. Хроническое обструктивное заболевание легких имело место у 36,36%, хроническая почечная недостаточность в латентно-компенсированной стадии – 4,55%, гемодинамически значимые стенозы и окклюзии брахиоцефальных артерий – 19,32%, облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей – 9,09%, перенесшие острый инфаркт миокарда в последние 2 месяца – 12,5%, как было выше сказано артериальная гипертония – у 78,41%, сахарный диабет – у 29,55%. У 3 пациентов (3,41%) обнаружены выраженные атеросклеротические изменения восходящей аорты, что исключает пережатие аорты, приводящее к массивным кровотечениям и диссекциям аорты, и является высоким риском эмболического синдрома при АКШ [4, 5]. Проведение экстренной операции на фоне острого коронарного синдрома имело место у 14,77% больных.

По степени распространенности атеросклероза преобладали пациенты с тяжелым поражением трех основных КА – 47,73%. Несомненно, в исследуемую группу вошли пациенты с однососудистым (23,86%) и двухсосудистым поражением коронарного русла (28,41%). Поражение ствола левой коронарной артерии (ЛКА) со степенью стеноза более 50% обнаружено у 12,5%. Более чем у половины больных перед операцией выявлена локальная гипокинезия ЛЖ – 86,36% и у более трети (40,91%) – обширная зона нарушений локальной сократимости (3 и более сегмента).

**Техника операции.** Все операции КШ без ИК проводим через продольную срединную стернотомию, позволяющую осуществлять экспозицию всех КА и их ветвей. Для удобной экспозиции

шунтируемой коронарной артерии применяем глубокие перикардальные тракционные швы-держалки. Для поддержания стабильности гемодинамики используем маневр Тренделенбурга и ротацию операционного стола. Для локальной фиксации и стабилизации миокарда, где предполагается шунтирование, применяем вакуумные стабилизаторы «Ostorus» и держатель верхушки сердца «Starfish», позволяющий придать сердцу вывихнутое из перикарда положение. Такое использование является непременным условием для качественного формирования коронарных анастомозов на работающем сердце [1, 3, 5].

Оптимальная последовательность операции является ключом к успеху хирургического вмешательства [1, 2, 5]. Наше мнение совпадает с мнением большинства авторов, что первоначально следует шунтировать ПНА, поскольку восстановление кровотока в бассейне ведущей КА повышает толерантность миокарда к ишемии и позволяет уменьшить гемодинамические нарушения при последующих манипуляциях на сердце.

Во всех операциях первоначально выполняем проксимальные анастомозы аутовенозных трансплантатов на восходящей аорте с боковым пережатием. Затем формируем анастомоз между аутовеной и ПНА (или левой внутригрудной артерией и ПНА), далее выполняем дистальные анастомозы между аутовенозными трансплантатами с диагональной артерией, ветвями огибающей артерии (ОА) и после – с правой коронарной артерией (ПКА) или ее задней нисходящей ветвью.

Во время формирования дистальных анастомозов используем интракоронарные шунты-окклюдеры. Не используем временное пережатие коронарных артерий дистально и проксимально от предполагаемого анастомоза, так как не исключаем возможность развития локальной ишемии миокарда и травмирования стенок артерий, что может сказаться на дальнейшей проходимости шунтов.

Методы исследования включали сбор анамнестических данных, клиническое наблюдение, комплекс антропометрических, лабораторных и инструментальных (электрокардиография, эхокардиография, ультразвуковая доплерография, обзорная рентгенография грудной клетки, селективная полипозиционная коронароангиография) исследований. Кроме того, наряду с диагностическими процедурами использовали бесконтрастную компьютерную томографию восходящей части аорты для оценки ее обызвествления.

## Результаты и их обсуждение

Практически больше всех оперированных пациентов имели место поражение ПНА – 97,73%. Достоверно реже наблюдали поражение ветвей огибающей и правой коронарных систем – 67,05% и 80,68% соответственно.

Больным с изолированным поражением ПНА шунтирование выполняли всем без ИК – 22,73%. Большее количество больных подверглись реваскуляризации миокарда двух КА – 44 больных (50,0%), в 25,0% случаях (22 пациента) – трехсосудистое шунтирование и у двух (2,27%) – четырехсосудистое шунтирование. Индекс реваскуляризации миокарда составил  $2,65 \pm 0,93$ . Ни одного перехода на ИК при проведении АКШ на работающем сердце не было.

Средняя длительность операций, оперированных по технологии OPCAB, составила  $69,5 \pm 16,4$  мин. Средняя интраоперационная кровопотеря составила  $415,7 \pm 87,3$  мл. Дренажной кровопотери, что могло бы потребовать рестернотомии, не отмечено. Частота применения донорских компонентов крови после операции у пациентов исследуемой группы – 17,05%.

Критериями оценки результатов хирургического лечения пациентов были госпитальная летальность, кардиальные и некардиальные осложнения в госпитальный период. В исследовании у 9 пациентов (10,23%), кому проводилась реваскуляризация правого миокарда, после операции отмечены нарушения ритма сердца в виде фибрилляции предсердий, купированные соответствующей терапией. Послеоперационного инфаркта миокарда, острой сердечной недостаточности и других кардиальных осложнений у больных, перенесших АКШ

на работающем сердце, не диагностировано.

У одного пациента со злокачественной артериальной гипертонией, принимавшим длительное время гипотензивные препараты из 4 лекарственных средств, после операции развился левосторонний гемипарез (1,14%), который полностью купировался в течение 2-х недель после выписки из стационара. В одном случае (1,14%) в первые сутки после операции развилась левосторонняя пневмония, обусловленная на тот момент вспышкой острых респираторных вирусных инфекций, к тому же возраст пациента старше 60 лет, длительный стаж курения, хроническая обструктивная болезнь легких и ожирение были факторами в развитии легочного осложнения. Раневой инфекции и других осложнений не наблюдали.

Госпитальная летальность определялась как смерть, случившаяся в период госпитализации или в течение 30 дней со дня операции. Летальности в исследуемой группе пациентов, оперированных по технологии OPCAB, не было.

Время пребывания больных, перенесших КШ на работающем сердце, в отделении реанимации и интенсивной терапии составила  $22,0 \pm 1,7$  часов, в клинике после хирургического вмешательства составила  $6,5 \pm 1,2$  койко-день.

Таким образом, технология OPCAB не ограничивает возможности выполнения полной реваскуляризации миокарда, а ее выбор определяется не объемом реваскуляризации миокарда, а качеством дистального русла КА, подлежащих шунтированию. Диффузное поражение КА ограничивает возможности ее выполнения, но не является абсолютным противопоказанием.

Операции АКШ на работающем сердце без ИК должны проводиться с обязательным применением вакуумных систем экспозиции сердца и локальной стабилизации миокарда.

Возможность АКШ на работающем сердце следует рассматривать у каждого пациента с многососудистым поражением коронарных артерий, причем у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями – в качестве операции выбора.

## Литература

- 1 Акчурун Р.С., Ширяев А.А. Актуальные проблемы коронарной хирургии – М.: ГЭОТАР-МЕД. 2004. - 88 с.
- 2 Гордеев М.И. Пути оптимизации операций прямой реваскуляризации миокарда у больных высокой степени риска: дис. д-ра мед. наук - СПб., 2001. - 211с.
- 3 Шабалкин Б.В., Жбанов И.В., Арзикулов Т.С. и соавт. Реваскуляризация миокарда без искусственного кровообращения // Грудная и сердечнососудистая хирургия. - 2001. - № 6. - С. 35-41.
- 4 Aydın N.B., Gerçekoğlu H., Aksu B. et al. Endotoxemia in coronary artery bypass surgery: A comparison of the off-pump technique and conventional cardiopulmonary bypass // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. - 2003. - Vol. 125. - P. 843.
- 5 Cheng W., Denton T.A., Fontana G.P. et al. Off-pump coronary surgery: Effect on early mortality and stroke // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. - 2002. - Vol. 124. - P. 313-320.
- 6 Heijden J. van der, Nathoe H.M., Jansen E.W. et al. Metaanalysis on the effect of off-pump coronary bypass surgery // Eur. J. Cardiothorac. Surg. - 2004. - Vol. 26. - P. 81-84.

### Тўжырым

Тюркоглу Т., Асаналиев М.И., Кодасбаев А.Т., Шакиров Н.Е., Магауин Е.К.

«Almaty Sema Hospital» клиникасы, Қазақстан Республикасы, Алматы қ.

Жүрек хирургиясы және трансплантология ғылыми зерттеу орталығы, Қырғызстан Республикасы, Бишкек қ.

А.Н. Сызганов атындағы ұлттық ғылыми зерттеу хирургия орталығы,

Қазақстан Республикасы, Алматы қ.

Соғып тұрған жүрекке аортокоронарлық шунт салу операцияларының нәтижелері

Зерттелінген жұмыста жүректің ишемиялық ауруы бар 88 науқасқа жасанды қан айналым жүйесін қолданбай, соғып тұрған жүрекке жасалған шунт салу операцияларының тікелей нәтижелері көрсетілген. Операциялардан кейін миокард инфаркті, жедел жүрек жеткіліксіздігі, госпитальдік өлім



сияқты асқынулар болмады.

#### Summary

Turkoglu T., Asanaliev M.I. \*, Kodasbayev A. T., \*\*Shakirov N.E., Magauin E.K.,

"Almaty Sema Hospital", Almaty, Republic of Kazakhstan

\*Research Institute of Surgery and Organ Transplantation, Bishkek, Kyrgyz Republic

\*\*National Research Surgical Center named after A.N. Syzganov,

Almaty, Republic of Kazakhstan

Results Of Coronary Artery Bypass Grafting

On The Beating Heart

This study provides an assessment of the immediate results of myocardial revascularization on the beating heart without the use of cardiopulmonary bypass of 88 patients with coronary heart disease. There was not postoperative myocardial infarction, congestive heart failure, in-hospital mortality.

УДК: 617.576 .134.4 - 611.747.7

М.И. Мурадов

ННЦХ им.А.Н.Сызганова, г.Алматы, МЗ РК

## Микрохирургическая реконструкция повреждений сухожилий, сосудисто-нервных пучков кист и пальцев

#### Аннотация

В данной статье представлен опыт лечения 295 больных с острой травмой сосудисто-нервных пучков и сухожилий сгибателей пальцев кисти. Описан способ оптимизации микрохирургических доступов к смещенным концам сухожилий. Изложен способ разработанного сухожильного шва. Показано преимущество предложенной тактики лечения. При этом хорошие и удовлетворительные результаты получены у 98,8% больных.

Ключевые слова: реконструкция сухожилий, сосудисто-нервный пучок, кисть, сгибатели пальцев, сухожильные швы

#### Актуальность

Проблемы восстановления функции кисти при повреждениях сухожилий и сосудисто-нервных пучков состоят из особенностей ее анатомии и функции, которые определяются высокой их чувствительностью к травме, отрицательным влиянием формирующихся рубцовых сращений и высокими требованиями к тактике и технике выполнения операций.

#### Материал и методы

В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии ННЦХ им.А.Н.Сызганова с 2006 по 2011 годы прооперировано 295 больных с острой травмой сосудисто-нервных пучков и сухожилий сгибателей пальцев кисти. В течение первых суток с момента травмы было госпитализировано 248(84%) пациентов, на вторые сутки - 35(12%) больных, позже - 12(4%).

Причинами травм были: ранение ножом или другим острым предметом - у 125(42%), ранение при падении стекла, топором - у 88(30%) больных, ранение электропилой - у 47(16%) больных, ранение в результате попадания пальцев кисти в различные механизмы - у 35(12%) больных. В быту травму получили 212(72%) больных, на производстве - 83(28%). В 180(61%) случаях была повреждена правая кисть, в 115(39%) - левая.

Травма одного пальца определена у 127(43,1%) больных с повреждением 127 сухожилий. Травма нескольких сухожилий на пальцах и ладонной поверхности кисти - у 168(59,9%) пациентов с повреждением 491 сухожилия. Чаще других травмировался IV и V пальцы, реже - I палец.

Соответственно различиям анатомо-функциональной топографии сосудисто-нервных пучков и сухожилий кисти травмы в 1 зоне выявлены у 56(19%) больных с повреждением 92 сухожилий. Во II зоне ранения были у 131(44,4%) пациентов с повреждением 251 сухожилия. Ранения в III зоне были у 30(10,2%) пациентов с травмой 56 сухожилий. Повреждения 106 сухожилий в IV зоне были у 37(12,5%). У 41(13,9%) больного с травмой 113 сухожилий ранения были в 5 зоне.

При ранении 469(75,9%) сухожилий сгибателей одновременно был поврежден сосудисто-нервный пучок. В остальных наблюдениях перерыв сухожилий был изолированным. Наиболее часто нервы повреждались при ранениях I(100%) и II(75%) пальцев, реже - при ранениях IV(57%), III(56%), V(43%) пальцев. Во всех случаях травм сухожилий на ладони имело место повреждение нервов.

Операции проводились под проводниковой анестезией в комбинации с нейролептоанальгезией. Все реконструктивные операции выполнялись с применением оптического увеличения до х8, микрохирургического инструментария и монофиламентного шовного материала.

Практически во всех наблюдениях имело место смещение дистального или проксимального концов сухожилий. Для выделения последних раны, удлиняли таким образом, чтобы, с одной стороны, был обеспечен достаточный доступ к поврежденной части костно-фиброзного канала, а с другой — последующее рубцевание не привело к образованию ограничивающих функцию рубцов. Для этой цели нами разработан «способ малотравматичных доступов для микрохирургического восстановления поврежденного сухожилия сгибателя пальца кисти».

Способ заключается в ультразвуковой визуализации концов сухожилия и определении уровня их расположения. Учитывая данные ультразвуковой картины разрезы на кисти производили непосредственно над концами поврежденного сухожилия сгибателя. При этом кожу на протяжении диастаза концов сухожилия не пересекали. Во всех случаях удавалось обойтись одним дополнительным разрезом или, при смещении дистального конца, двумя длиной не более 1 см над каждым сухожилием (в среднем 0,8 см±0,2см). Расхождение в данных ультразвукового исследования и интраоперационной ревизии не было.

В выборе сухожильного шва мы придерживались следующих принципов: 1) прочный внутренний шов нерассасывающейся нитью с минимальной деформацией конца сухожилия и внутривольным положением узлов; 2) дополнительный обвивной микрохирургический шов нитью 6/0—7/0 для максимально точного сопоставления концов сухожилия.

В 1 зоне кисти накладывали чрезкостный шов сухожилия по S.Bunnell. При наличии определенной длины периферического конца глубокого сгибателя выполняли фиксацию проксимального конца сухожилия только через мягкие ткани фаланги. Основную фиксирующую сухожилие нить удаляли через 5 недель с момента операции. В 17 наблюдениях использовали так же погружные постоянные швы.

При повреждении сухожилия глубокого сгибателя во 2 зоне, поверхностный сгибатель иссекали. Затем сшивали сухожилия глубокого сгибателя.

Для восстановления сухожилий во второй зоне до 2005 года мы отдавали предпочтение способам петлевого внутриволь-

ного шва по Казакову, Розову, Кесслеру, которые не имеют принципиальных отличий. В то же время было выявлено, что при затягивании сухожильного шва до соприкосновения передних отделов концов сухожилия задние отделы испытывали повышенное взаимное давление, приводило к его деформации (гофрированию). Гофрированный конец сухожилия с трудом проводился в костно-фиброзном канале, а зона анастомоза утолщалась, что препятствовало скольжению сухожилия в костно-фиброзном канале. В 53 наблюдениях связки приходилось иссекать с последующей их пластикой. Возникла так же необходимость в вскрытии стенки синовиальных влагалищ на протяжении. Это наносило дополнительную травму и существенно затягивало длительность операции (от 20 мин до 1ч.), особенно при ранении нескольких пальцев.

Нами разработан и клинически апробирован на 176 сухожилиях «Способ сухожильного шва сгибателей пальцев кисти». Техника его выполнения заключается в следующем. После выделения концов травмированного сухожилия через рану или дополнительные разрезы нитью пролен 3/0 с атравматической колющей иглой прошивали проксимальный и дистальный концы сухожилия по Розову с выколом иглы в области среза на 1мм от его края. Затем накладывали по одному дополнительному витку в обратном направлении, отступив от краев среза сухожилия на 1 мм с каждой стороны. Иглу выкалывали так же через область среза в непосредственной близости с первым выколом. Концы сухожилий подводили друг к другу, проводя под связками в костно-фиброзном канале. После беспрепятственного проведения концов сухожилия под связками в костно-фиброзном канале «друг к другу», их сопоставления, нити завязывали и отсекали. Далее нитью 6/0-7/0 выполняли оверлог зоны шва с его адаптированием. При этом первый вкол и последний выкол иглы осуществляли через область среза, с последующим погружением узла в область анастомоза (рисунок 2).

В связи с тем, что основная нагрузка при тяге сухожилия за прошитые нити приходилась не на первый вкол, а на конец сухожилия, гофрирования последнего не наблюдалось ни в одном случае. Весь процесс наложения шва и его проведения занимал 5-10 мин.

Разработанный способ сухожильного шва препятствует образованию складок на сухожилии по длине шва, способствует равномерному распределению нагрузки на ткань сухожилия, облегчает проведение концов сухожилия под связками в костно-фиброзном канале, не нарушает скользкую поверхность восстановленного сухожилия, сокращает длительность операции.

При ранах на уровне проксимального межфалангового сустава у 24 больных одновременно с повреждением сухожилий повреждались апоневротические связки, капсула сустава и коллатеральные связки. Восстановление этих образований мы считали обязательным. Особое внимание уделяли восстановлению кольцевидных связок основной и средней фаланг.

После наложения внутривольного шва палец и кисть несколько разгибали. Это обеспечивало свободу для дальнейших микрохирургических манипуляций. На поврежденные пальцевые нервы нитью 8/0-10/0 накладывали 6-8 эпинеуральных швов (рисунок 3).

При расположении линии пересечения сухожилий сгибателей вблизи входа в канал запястья их центральные концы выделяли из отдельного поперечного доступа в нижней трети предплечья, с полным или частичным рассечением поперечной связки запястья. При одновременном повреждении общих ладонных сосудисто-нервных пучков сшивали общие пальцевые нервы. Показания к наложению сосудистого шва возникали редко (рисунок 4).

Травмы сухожилий сгибателей в 4-й зоне всегда сочетались с ранениями срединного нерва. Вмешательства начинали с расширения раны с рассечением поперечной связки запястья. Во всех случаях восстанавливали срединный нерв.

В 5 зоне периферические концы сухожилий обычно выводились в рану при полном сгибании пальцев и ладонном сгибании

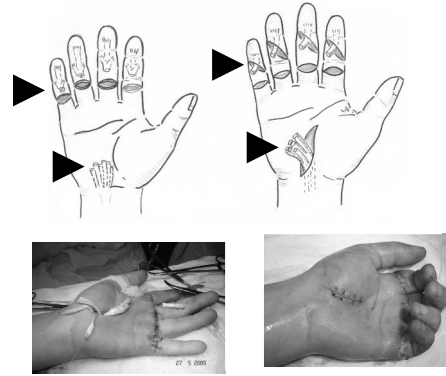


Рисунок 1 - Дополнительные разрезы на средних фалангах пальцев кисти и карпального канала, для выделения концов травмированных сухожилий сгибателей. Проекция смещенных концов сухожилий была определена ультразвуковым способом.

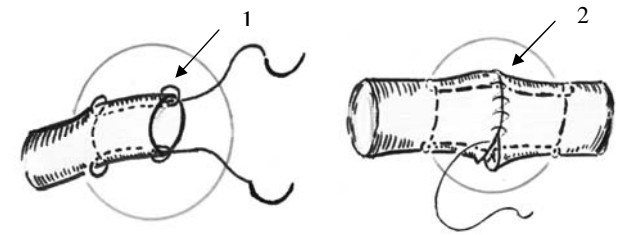


Рисунок 2 - Схема выполнения способа сухожильного шва: 1- возвратный виток; 2- адаптирующий обвивной микрохирургический шов

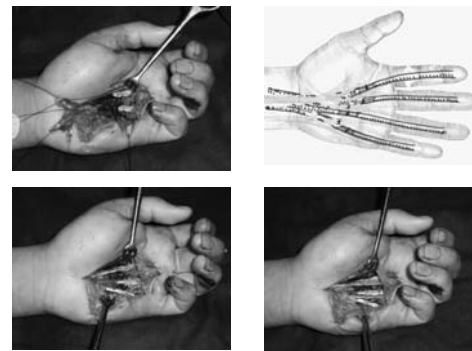


Рисунок 3 - Восстановление пальцевой артерии и нерва, сухожилия глубокого сгибателя II пальца левой кисти во 2 зоне. Субкомпенсация кровообращения ногтевой фаланги пальца. Увеличение x10. Микрохирургический шов нерва и артерии.

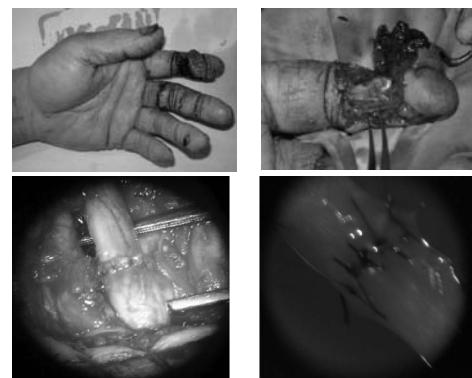


Рисунок 4 - Восстановление сухожилий сгибателей II,III,IV,V пальцев, общепальцевых нервов III-IV,IV-V пальцев левой кисти в 3 зоне.

в лучезапястном суставе.

В 26 случаях восстановлены лучевая, локтевая и пальцевые артерии, также с применением микрохирургической техники. Изолированные ранения глубокой ветви локтевого или моторной ветви срединного нервов встречались редко (13 и 15 наблюдений соответственно). Чаще двигательная функция мелких мышц кисти страдала при повреждении срединного и локтевого нервов в проксимальном отделе кисти, в зоне деления на ветви.

При резаных ранах использование средств оптического увеличения позволяла обнаружить и сшить эти ветви.

## Результаты и их обсуждения

В ближайшем послеоперационном периоде имело место нагноение послеоперационной раны после рвано-размозженной травмы у 1 пациента и разрыв шва сухожилий у 3 пациентов. Из них в 2 случаях причиной разрыва оказался некачественный шовный материал, в 1 наблюдении перегрузка пальца во время массажа. Всем пациентам выполнены повторные вмешательства с пластикой сухожилий.

Оценка отдаленных результатов восстановительных операций на сосудисто-нервных пучках и сухожилиях сгибателей пальцев кисти нами осуществлялась не ранее, чем через год после вмешательства и прослежены в течение 5 лет у 161 больного (294 сухожилия).

Для определения преимуществ разработанных способов миниинвазивного доступа и модифицированного сухожильного шва, мы разделили больных на две группы. Первую группу составили 74 пациента, у которых реконструкции и реабилитация были выполнены по обычной методике, вторую - 87 больных с использованием разработанных способов.

Подобраны пациенты в среднем одной возрастной группы (от 20 до 40 лет), приблизительно одинаковыми сроками травмы и механизмом травмы, количеством травмированных анатомических образований, уровнем повреждения. У всех больных обеих групп были сочетанные ранения нервов. Пациенты регулярно выполняли рекомендуемые терапевтические мероприятия по реабилитации травмированной кисти. Особенно больные были активны в первые два месяца. В последующие месяцы большую роль в восстановлении функции пальцев кисти играли бытовая и профессиональная трудотерапия.

Результаты лечения ранений сухожилий сгибателей на разных уровнях обеих групп отличались. Так отличные и хорошие результаты первой группы и второй группы в зоне 1 составили - 100 %, что связано с малой амплитудой движения сухожилий на этом уровне. Снижение показателей хороших результатов во 2 и 4 зонах во второй группе обусловлено наличием деформации в зоне шва сухожилий при выполнении обычных методик восстановления, что снижало амплитуду экскурсии восстановленных сухожилий в костно-фиброзном канале и в канале запястья.

Результаты лечения в различные сроки наблюдения были так же неодинаковыми. Средние сроки нетрудоспособности у больных первой группы составили  $44,6 \pm 2,7$  ( $p < 0,05$ ) дня (1,5-2 месяца). У больных перед выпиской на работу общий средний показатель был равен  $11,5 \pm 0,7$  балла, при осмотре в отдаленные сроки -  $14,7 \pm 1,2$  балла. Эти различия достоверны ( $p < 0,05$ ).

Средние сроки нетрудоспособности у больных второй группы составили  $64,6 \pm 8,7$  дня (1,7-3,5 месяца). Результаты лечения больных этой группы во всех периодах наблюдения были достоверно ниже, чем у больных первой группы ( $p < 0,05$ ). Качество лечения, судя по средним показателям балльной оценки, также достоверно было ниже.

Качество лечения в отдаленные сроки наблюдения и у больных обеих групп достоверно было выше, чем при окончании срока нетрудоспособности ( $p < 0,05$ ). Это было связано с тем, что больные продолжали выполнять лечебные процедуры в амбулаторных и домашних условиях. Более того, домашняя и профессиональная трудовая деятельность способствовали восстановлению двигательной активности поврежденных пальцев.

В 10(3,4%) случаях с неудовлетворительными результатами сухожильного шва в обеих группах наблюдений имели место сгибательные контрактуры различной степени в обоих межфаланговых суставах. У 2 больных были повреждены сухожилия глубоких сгибателей 3 пальцев, у 4 - 2 пальцев, у 4 - 1 пальца (II палец - у 1, III палец - у 2, IV палец - у 2, V - у 5 больных).

Основными причинами развития контрактур были: недостаточное восстановительное лечение, отсутствие динамического контроля за процессом восстановления функции пальцев, недисциплинированность больных. Большинство больных начало трудиться на производстве с недостаточной функцией пальцев.

Для устранения контрактур в течение 2-4 месяцев проводили медикаментозную терапию и физиолечение. В 3 случаях после безуспешных консервативных мероприятий оперировали повторно. Однако, прогноз при повторных операциях был значительно хуже как для функционального результата, так и для морально-психологического состояния больного и хирурга.

В общей сложности хорошие и удовлетворительные результаты микрохирургического восстановления СНП, сухожилий сгибателей пальцев кисти с использованием разработанных способов малоинвазивного доступа, шва сухожилия и ранней функциональной реабилитации составили 98,8%. Во второй группе хорошие и удовлетворительные результаты получены у 93,7%, что свидетельствует о практической значимости разработанной тактики лечения при повреждении сосудисто-нервных пучков и сухожилий сгибателей пальцев кисти.

### Выводы

Таким образом, предложенная тактика лечения травмированных сосудисто-нервных пучков, сухожилий пальцев кисти при острой травме с применением микрохирургической техники является наиболее оптимальной. Одномоментное восстановление поврежденных анатомических образований одним хирургом, владеющим микрохирургической техникой, при нормальной анатомии кисти, применение разработанного способа малоинвазивных доступов к травмированным сухожилиям и модифицированного сухожильного шва позволяют прецизионно выполнить реконструкцию, сократить время операции и способствуют качественному восстановлению функции кисти.

*М.И. Мурадов*

*А.Н. Сызганов атындағы ҰҒХО, Алматы қ, ДСМ. ҚР*

*Саусақ пен қол сіңірлері және қантамыр, жүйке түйіндерін микрохирургиялық қалпына келтіру*

*Бұл мақалада 295 науқастын саусақ пен қолдың қантамыр, жүйке түйіндерінің жедел жарақаттарын емдеуі көрсетілген. Сіңірдің екі жақа кеткен ұштарын табу тәсілдерін оптимизациялау. Ойластырылған сіңір тігісі көрсетілген. Емдеуің ең қолайлы тәсілдері жазылған. Жақсы және өте жақсы деген нәтижемен 98,8% науқастар емделді.*

*M.I. Muradov*

*NSCS named after A.N. Syzganov, Almaty, Ministry of Health Republic of Kazakhstan*

*Microsurgical Reconstruction Of Damaged Tendons, Neurovascular Bundles Of Hand And Fingers*

*This article presents the experience of the treatment of 295 patients with acute trauma of neurovascular bundles and flexor tendons in of fingers. Describes a method for optimizing the microsurgical approach to the displacement of the end tendons. Developed method is given for tendon suture. The advantage of the proposed course of treatment. In this case, good and satisfactory results were obtained in 98.8% of patients.*

УДК 616-003.925-612.818.9

М.И. Мурадов, П.Ю. Сайк, Т.А. Садыков, А.А. Байгузева, К.Б. Мухамедкерим  
 Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г. Алматы

## Микрохирургическое лечение посттравматических рубцовых деформаций кисти

### Аннотация

В данной статье представлены результаты микрохирургического лечения 57 пациентов с посттравматическими рубцовыми деформациями кисти, оперированных за период 2011 года в отделении реконструктивной, пластической и эстетической микрохирургии ННЦХ им. А.Н. Сызганова. Все операции выполнены под оптическим увеличением с применением микрохирургического инструментария и атравматичного шовного материала. Таким образом, применение микрохирургического метода пациентам с посттравматическими рубцовыми деформациями кисти, поступающим в специализированное отделение, позволило получить в основном отличные и хорошие результаты 49 (86%) пациентов, что позволяет снизить инвалидность данной категории больных и вернуть их к прежней работе.

Ключевые слова: кисть, травма, рубцы, деформация, микрохирургия.

### Введение

Внедрение в клиническую практику методов микрохирургии значительно расширило возможности органосберегающей лечебной тактики, открыло реальные перспективы снижения уровня инвалидности. Вместе с тем, возросшие требования к качеству жизни, тенденция к увеличению частоты травм кисти с образованием в последующем посттравматических рубцовых деформаций диктуют необходимость поиска новых способов и совершенствования существующих подходов хирургического лечения этой большой и социально значимой группы пациентов.

### Актуальность

На сегодняшний день повреждения кисти и пальце в связи с существенным ростом производства составляют 70% среди травм опорно-двигательного аппарата [1,2]. Случаи стойкой потери трудоспособности вследствие развития рубцовых деформаций покровных тканей кисти достигают 30% от общего количества инвалидов [3]. Имеет место тенденция к росту частоты с образованием в последующем посттравматических рубцовых деформаций и роста инвалидности среди трудоспособного населения и тяжесть их последствий для человека и общества [4,5], что представляет собой серьезную медико-социальную проблему.

### Цель

- улучшить результаты лечения и снизить количество инвалидов с посттравматической рубцовой деформацией кисти путем применения микрохирургического метода оперативного лечения.

### Материал и методы

В отделении реконструктивной, пластической и эстетической микрохирургии национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова за 2011г. были обследованы и прооперированы 57 пациентов с посттравматическими рубцовыми деформациями кисти. Из них 50 пациентов (88%) оперированы ранее в непрофильных лечебных учреждениях, 12 пациентов (7%) лечились самостоятельно. Посттравматические рубцовые

деформации левой кисти составили 67%, правой 33%. По механизму травм у 49 пациентов (86%) травмы получены на производстве (преимущественно прессовыми механизмами, диском ручной электропилы, фрезой и т.д.). Бытовые травмы (полученные в основном лезвием ножа, осколками стекла, топором и т.д.) наблюдались у 8 пациентов (14%).

Большинство больных составили пациенты трудоспособного возраста – от 18 до 55 лет (74%). Мужчин было - 55 (96,5%), женщин - 2 (3,5%). Локализация рубцов по ладонной поверхности составила 78%, по тыльной поверхности 22%. Показатели инвалидности пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Группа инвалидности	II группы	III группы	Временно не работающие
Количество пациентов	6 (10%)	17 (30%)	34 (60%)
Всего	57 (100%)		

Определены следующие причины, которые наиболее часто приводят к посттравматическим рубцовым деформациям кисти:

- повреждения сухожилий сгибателей и продольные доступы при попытке их восстановления в непрофильных лечебных учреждениях (19 пациентов) – 33%;
- травмы локтевого и (или) срединного и (или) лучевого нервов с сопутствующим повреждением сухожилий сгибателей (12 пациентов) – 21%;
- сочетанные повреждения с дефектом мягких тканей, приводящие к дефектам, контрактурам, анкилозам, деформациям пальцев (26 пациентов) - 46%.

Обследование больных проводили по общепринятой методике клинического обследования. В необходимых случаях проводили дополнительные методы исследования, позволяющие сделать правильный выбор в объеме реконструкции и прогнозирования косметических исходов и восстановления функциональных возможностей кисти. К таким дополнительным методам, которые позволяли определить оптимальный план лечения, относятся: ультразвуковая доплерография, антропометрия, электромиография мышц конечности, исследование проводимости по нервным стволам и лучевые методы исследования.

При лечении больных с посттравматическими дефектами мягких тканей при многокомпонентных повреждениях кисти придерживались следующих принципов: экономная некрэктомия (или иссечение рубцовой ткани, являющейся причиной контрактур или деформаций), восстановление (или реконструкция) поврежденных анатомических структур и одномоментное закрытие дефектов кожных покровов различными видами пластических приемов реконструктивно-пластической хирургии, ранняя реабилитация поврежденной кисти.

Все операции выполнены под оптическим увеличением (от 2,5 до 16 крат) с применением микрохирургического инструментария и атравматичного шовного материала (от 11/0 до 3/0). Пересадка «Филатовского лоскута» произведена у 6 (10%) пациентов, встречные лоскуты различной формы у 18 (32%) пациентов, «Фингер» лоскут у 9 (16%) пациентов, треугольные лоскуты, Z - пластика у 13 (23%) пациентов, аутодермопласти-

ка у 6 (10%) пациентов, лучевые лоскуты у 5 (9%) пациентов.

Первым этапом проводили курс консервативного лечения, включающего физиотерапевтические процедуры (магнитотерапия, ультразвук, электрофорез с рассасывающими препаратами (алоэ, лидаза) курсами по 10-15), а после операции (Парафин + массаж, ЛФК, через 1,5-2 месяца со дня операции – грязелечение, в случаях нейропластики - через 3 недели со дня операции - Прозерин 1,0x1p в/м, витамины группы В курсами №10-15).

### Клинический пример

Больной К. 23л, поступил в плановом порядке с диагнозом: Отдаленные последствия травматического повреждения сухожилий сгибателей II,III,IV,V пальцев левой кисти. Посттравматическая рубцовая деформация, тенodesмогенная сгибательная контрактура II,III,IV,V пальцев левой кисти.

С жалобами на наличие рубцовой деформации, ограничение разгибательных движений II,III,IV,V пальцев левой кисти.

Из анамнеза травму получил в быту 12.05.2010г. лезвием ножа. В условиях ЦРБ выполнена попытка восстановления поврежденных анатомических образований через продольные доступы – безуспешно. По заживлению ран образовались деформирующие рубцы, тенodesмогенная сгибательная контрактура II,III,IV,V пальцев левой кисти.

Локально: II,III,IV,V пальцы левой кисти в положении сгибания - 90 градусов в проксимальных межфаланговых суставах. От дистальных межфаланговых суставов до пястно-фаланговых суставов имеются продольные, стягивающие, деформирующие контуры послеоперационные рубцы в виде «паруса». Активные и пассивные разгибательные движения II,III,IV,V пальцев ограничены.

Выполнена операция под увеличением x 4.0 крат: тенолиз сухожилий сгибателей, устранение послеоперационной тенodesмогенной контрактуры II,III,IV,V пальцев Z – пластикой, аутодермопластика II,III,IV пальцев, формирование III-IV межпальцевых промежутков левой кисти.

Ход операции: Эндотрахеальный наркоз. Положение больного на спине. Обработка левой верхней конечности раствором повидона 4-ды. По гребню стягивающих рубцов от основной фаланги II, III, IV, V пальцев с переходом на ладонную поверхность кисти Z-образно вскрыта кожа и подлежащие ткани, выкроены встречные треугольные лоскуты. Между III-IV пальцами рассечены мягкие ткани, сформированы межпальцевые промежутки III-IV пальцев. Кровообращение пальцев компенсировано. Образовавшийся дефект покровных тканей II, III, IV, V пальцев устранен Z - пластикой местными тканями, II, III, IV пальцев укрыт аутодермой, взятой соответственно дефекту по внутренней поверхности средней трети предплечья. Гемостаз по ходу операции. Швы на раны. Дренажи. Ас. повязка.

В послеоперационном периоде проведен курс антибактериальной, противовоспалительной терапии. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Десмогенная контрактура устранена. Разгибательные, сгибательные движения II,III,IV,V пальцев левой кисти возможны в полном объеме. Выписан на 12 сутки с выздоровлением.

### Результаты и обсуждение

В ближайшем послеоперационном периоде из 57 оперированных больных раны первично зажили у 53 (94%) пациентов. У 2 (3%) имелся краевой некроз лоскутов, заживших под струпом, у 5 (8%) пациентов отмечались гематомы в послеоперационной ране, которые были ликвидированы. Данные осложнения не



Рисунки 1,2: Общий вид кисти до операции.



Рисунок 3: Общий вид кисти после операции.

Рисунок 4: Отдаленный результат (через 6 месяцев).

повлияли на отдаленный результат.

В отдаленном периоде проведен анализ 48 (84%) пациентов через год после проведенной реабилитационной терапии. К отличным мы отнесли результаты, практически полного восстановления функции кисти и наблюдали у 42 (87,5%) оперированных пациентов. К хорошим, 5 (10,5%) пациентов мы отнесли результаты, когда восстановление функции было не полным, но полностью удовлетворяло функциональным потребностям больного. Неудовлетворительные результаты без восстановления функции наблюдались у 1 (2%) пациента, что связано с нарушением рекомендаций и посещения пациентами курсов реабилитации.

### Выводы

Таким образом, применение микрохирургического метода пациентам с посттравматическими рубцовыми деформациями кисти, поступающим в специализированное отделение, позволило получить в основном отличные и хорошие результаты 49 (86%) пациентов, что позволяет снизить инвалидность данной категории больных. Для получения хорошего функционального результата при хирургическом пособии на кисти обязательно использование метода микрохирургии и правильной, адекватной послеоперационной медицинской реабилитации.

*Тұжырым*

*М.И. Мурадов, П.Ю. Сайк, Т.А. Садыков, А.А. Байгузева, К.Б. Мухамедкерим*

*А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургиялық орталық, Алматы қаласы*

*Травмадан кейінгі тыртықты білезік деформациясын микрохирургиялық емдеу*

*Аталған мақалада 2011 жылы операция жасалғандардың А.Н. Сызғанов атындағы ҰҒХ орталығының пластикалық және эстетикалық микрохирургия, қайта құру бөлімшесінде травмадан кейінгі тыртықты білезік деформациясының микрохирургиялық емдеуінің қорытындысы ұсынылған. Барлық операциялар микрохирургиялық құрал-сайманның қолдануымен оптикалық үлкеюмен және атравматикалық тігіс материалмен орындалған. Сайып келгенде, травмадан кейінгі тыртықты білезік деформациясын бар емделушілерге микрохирургиялық әдістерді қолдану, ең жақсысы аурулардың*

осы дәрежесін жарымжандық азайту және олардың бұрынғы қалпына қайтаруға мүмкіндік (86%) 49 емделушілердің жақсы нәтижелерін алуға мүмкіндік берді.

#### Summary

M.I.Muradov, P.Yu. Sayk, T.A.Sadykov, A.A.Bayguzev, K.B.Mukhamedkerim

National scientific center of surgery of A.N.Syzganova, Almaty  
Microsurgical treatment of post-traumatic cicatricial deformations of a brush

Results of microsurgical treatment of 57 patients are presented

in this article with post-traumatic cicatricial deformations of the brush, operated during 2011 in office of reconstructive, plastic and esthetic microsurgery of NNTsH of A.N.Syzganova. All operations are executed under optical increase with use of microsurgical tools and an atravmatichny sutural material. Thus, application of a microsurgical method to patients with post-traumatic cicatricial deformations of the brush, arriving in specialized office, allowed to receive generally excellent and good results 49 (86%) patients that allows to reduce disability of this category of patients and to return them to former work.

УДК 616.089;617.5

Н.М. Булеунаева

Областной кардиохирургический центр, г. Караганда

## Циркуляторный арест; температурный аспект

#### Аннотация

В статье представлены результаты операция на грудной аорте, произведенных в кардиохирургическом центре г. Караганды. Результаты показали, что улучшение анестезиологического пособия, хирургической техники, методов защиты миокарда и головного мозга ведет к гладкому послеоперационному периоду, что в конечном итоге улучшает прогноз и качество жизни больных после хирургического лечения расслаивающейся аневризмы аорты.

Ключевые слова: грудная аорта, циркулярный арест, температурный аспект, защита миокарда

#### Актуальность

В сердечно-сосудистой хирургии существуют области, которые всегда считаются крайне трудными даже для очень многоопытных хирургических клиник. Это все виды аневризм и расслоений грудной аорты, особенно включающие ее дугу. Здесь в единый узел сплетаются проблемы своевременной и точной диагностики, сложность хирургического доступа, непредсказуемость патологической анатомии и структуры тканей, коагулопатии и послеоперационная полиорганная недостаточность. По образному выражению D. Cooley, «операции на дуге аорты представляют собой своеобразный «вызов» специалистам в области сердечно-сосудистой хирургии».

#### Материалы и методы

В нашей клинике небольшой опыт операций на грудной аорте. Из восьми прооперированных больных, у троих отличный результат с отдаленным эффектом. У умерших больных диагностированы дегенеративные процессы- идиопатический медионекроз и неспецифический аортоартериит. Из умерших пациентов двое мужчин и трое женщин. Трое удачно прооперированных пациентов мужчины с исходным атеросклерозом, ревматизмом.

#### Клинический случай

Больной, Л., 69 лет с диагнозом : ХрБС. Аортальный порок сердца . Недостаточность аортального клапана 3 степени. Аневризма восходящего отдела аорты . Артериальная гипертензия 3 степени, риск 4 . ХСН ФК 2.

Жалобы на одышку при незначительной нагрузке, чувство нехватки воздуха, чувство кома в горле. Колющие боли в области сердца, общую слабость, утомляемость.

Анамнез заболевания в течение года нарастала сердечная недостаточность. За медицинской помощью обратился , когда появились отеки на ногах, повысилось артериальное давление до 200/100 мм рт.ст.

Объективно: субцианоз губ, отеки голеней до нижней трети и стоп, дыхание в нижних отделах ослаблено, застойные хрипы; сосудистый пучок расширен до 7 см. Тоны сердца ослабленной звучности; диастолический шум на аорте и в точке Боткина-Эрба. Печень + 1,5 см, гладкая, безболезненная.

Данные обследований:

ЭКГ: гипертрофия левого желудочка. Систолическая перегрузка. Гипертрофия левого предсердия. Отрицательный зубец Т в отведениях I, AVL, V4-6.

Эхокардиоскопия: аневризма корня аорты. ФИАК 26 мм, на уровне синуса Вальсальвы 60 мм, восходящий отдел 39 мм; аортальный клапан двухстворчатый, створки уплотнены, без значительных морфологических изменений; нарушение конституции аортальных створок на фоне аневризмы корня аорты с наличием центрального дефекта смыкания, аортальная регургитация вторичная тяжелая, 3 степени. PHT 240. Систолический аортальный градиент 21мм рт.ст.; умеренная дилатация левого желудочка, левого предсердия. Струя регургитации планометрическая вдоль передней митральной створки. Умеренная симметричная эксцентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. Диастолическая дисфункция левого желудочка 2 типа. Фракция выброса 40-50 %.

Аортография: Корень аорты: ширина 6,0 см. Восходящий отдел: 5,0 см. Дуга и нисходящий отдел: 4,5 см.

Заключение: аневризма восходящей аорты.

Коронарография:

Правый тип коронарного кровотока.

Ствол LCA:Left Main – норма; LAD: стеноз 50% средней трети, кальциноз проксимальной трети; ДВ 1: норма ; СХ : стеноз 60% средней трети; RCA : стеноз 70% средней трети.

Операция Бентала: протезирование восходящего отдела аорты клапансохраняющим кондуитом № 21 с реимплантацией устьев коронарных артерий.

Вскрыт перикард, имеется аневризма корня и восходящего отдела аорты, без распространения на дугу. В области аневризмы стенка аорты истончена. Кисетные швы на восходящий отдел, ближе к дуге аорты, на ушко правого предсердия, канюляция. Поперечным разрезом ниже области пережатия вскрыт просвет аорты. При ревизии признаков расслоения не выявлено, отмечается дегенерация слоя медиа. Фиброзное кольцо аортального клапана расширено, центральный дефект смыкания створок. Аневризматический мешок иссечен, сформированы устья коронарных артерий. Учитывая недостаточность аортального клапана, решено произвести протезирование восходящего отдела аорты клапаносодержащим кондуитом. При температуре 19 градусов по Цельсию произведен циркуляторный арест. Сформирован дистальный анастомоз. По нормализации нормальной температуры тела сократительная способность левого

желудочка удовлетворительная.

Наркоз: тотальная многокомпонентная анестезия, ИВЛ.

Искусственное кровообращение: постепенное агрессивное снижение температуры тела до 19 градусов по Цельсию в течение 70 минут. Кардиopleгия кровяная холодовая в дозе 4:1. Защита мозга S. Tiopentali-natrii 1грамм внутривенно перед циркуляторным арестом. Циркуляторный арест в течение 25 минут. Поддерживалась гемодилюция: гемоглобин 75-80 грамм на литр, гематокрит 24,3-26%. До завершения ареста с целью профилактики отека мозга S. «Mannit» 15%, S. Furosemidi, гормоны в кардиотом. С целью коррекции ацидоза 4% раствор соды. По достижению желаемой температуры, дальнейшее охлаждение и терморегуляция прекращены; терморегулирующее устройство переведено в режим ожидания с заданной температурой согрева с разницей в 4 градуса. С началом искусственного кровообращения начат согрев больного. Контроль согрева больного по температуре per rectum; согрев на каждую десятую градуса сопровождался повышением заданной температуры на десятую градуса, а также увеличением скорости перфузии под контролем перфузионного давления. Согревание составило 80 минут до температуры 36,4 градуса. Также сыграло роль небольшая площадь поверхности тела больного - 1,72.

Контроль активированного времени свертывания через каждый час. АСТ составляло 748-779 секунд. К концу перфузии АСТ выросло до 999 секунд, гепарин дополнительно не добавлялся. Расценено как нарушение коагуляции на фоне гипотермии. Во время согревания подключена ультрафильтрация, удалено 900 мл первичной мочи. Возможно, это послужило профилактикой «неконтролируемого кровотечения». Диурез во время искусственного кровообращения 600мл. Диурез после ИК 500 мл. Длительность операции 7 часов 25 минут, время ИКа 248 минут, пережатие аорты 149 минут, арест 25 минут. При достижении нормотермии в кардиотом добавлена совместимая по группе и резус-фактору эритроцитарная масса. В раннем постперфузионном периоде сохранялась анемия в пределах

88-90 грамм на литр, корректировалась адекватно. В раннем послеоперационном периоде у больного развился острый психоз, вероятно связанный с дисциркуляторной энцефалопатией на фоне исходного атеросклероза и интра- и послеоперационной гемической гипоксии. Выписан на 20 сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

## Результаты

Улучшение анестезиологического пособия, хирургической техники, методов защиты миокарда и головного мозга ведет к гладкому послеоперационному периоду, что в конечном итоге улучшает отдаленный прогноз и качество жизни больных после хирургического лечения расслаивающей аневризмы аорты.

*Тұжырым*

*Булгунаева Н.М.*

*Облыстық кардиохирургиялық орталық, Қарағанды қаласы*

*Циркуляторлы арест; температуралық аспект*

*Анестезиологиялық оқу құралын жақсарту, хирургиялық техникалар, жүрек бұлшық еті және бас миын қорғау әдістері операциядан кейінгі тегіс кезеңге бағыттады, қорыта келгенде науқастардың жеке өмірлік сапасы мен болжамын қабықтанған аневризмді қолқаларды хирургиялық емдеуден кейін қалпына келтіру.*

*Bulgunayeva N. M.*

*Regional cardiac center, Karaganda*

*Circulatory arrest; temperature aspect*

*Improvement of an anesteziologicheskoy grant, surgical equipment, methods of protection of a myocardium and brain conducts by the smooth postoperative period that finally improves the remote forecast and quality of life of patients after surgical treatment of stratifying aneurism of an aorta.*

УДК 616.089;617.5

*Н.М. Булгунаева*

*Областной кардиохирургический центр, г. Караганда*

## Ранняя реваскуляризация при остром инфаркте миокарда

*Аннотация*

*В статье представлены результаты введения в практику ранней реваскуляризации при остром коронарном синдроме. Выявлено, что в результате происходило укорочение восстановительного послеоперационного периода, особенно у пациентов с выраженной левожелудочковой недостаточностью. Показано, что реваскуляризация миокарда обладает не только симптоматическим эффектом и способствует «стабилизации бляшки», но и во многих случаях улучшает отдаленный прогноз заболевания у больных после острого коронарного синдрома.*

*Ключевые слова: реваскуляризация, инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, ишемия миокарда*

### Актуальность

Ранняя хирургическая реваскуляризация миокарда при ишемической болезни сердца представляет собой один из самых значительных достижений медицины. Важно определить оптимальную тактику и эффективность хирургического лечения больных с острым коронарным синдромом ( нестабильной стенокардией и развившимся инфарктом миокарда) к инвазивным методам лечения острого коронарного синдрома относят операции обходного шунтирования коронарных артерий и чрескожные коронарные вмешательства, ведущие к увеличению просвета стенозированных коронарных артерий \

При определении показаний к инвазивному вмешательству

учитываются локализация и распространенность стенозирования артерий (число сосудов с гемодинамически значимыми стенозами), состояние сократительности миокарда, наличие жизнеспособного миокарда и его объем. Важнейшим фактором для выбора является техническая доступность стенозированного участка.

### Материалы и методы

В нашей клинике с 2008 года введено в практику ранняя диагностика и реваскуляризация миокарда при остром коронарном синдроме. Зачастую, острый коронарный синдром является проявлением двух-, трехсосудистого поражения коронарного русла. Учитывая острую стадию, проводится стентирование инфарктзависимой коронарной артерии для стабилизации миокарда, с рекомендациями динамического наблюдения течения инфаркта. Во время стентирования учитывается состояние больного, необходимость полной реваскуляризации миокарда. В некоторых случаях по состоянию коронарного русла предпочтение отдается прямой реваскуляризации миокарда. Обсуждение таких пациентов проходит сразу же в пультовой рентгеноперационной врачом интервенционистом и кардиохирургом. По данным литературы и уже по собственному опыту, больных с острым периодом инфаркта миокарда предпочтительнее оперировать не ранее 7-14 суток.

Также обсуждается возможность проведение операции на

«работающем сердце», чтобы избежать отрицательные моменты искусственного кровообращения и не усугубить повреждения миокарда вследствие вынужденной ишемии и последующей реперфузии.

С апреля 2010 года в нашей клинике внедрено в практику проведения искусственного кровообращения с использованием метода кровяной холодной кардиopleгии. Уже проведено более 500 плевгий по данной методике. Используется система для подачи кровяной кардиopleгии с автоматической подачей в дозе 1 : 4 фирмы medtronic.

Достоинства кровяной кардиopleгии - в высокой кислородной и буферной емкости эритроцитов; наличии энергетических и пластических субстратов для метаболизма миокарда; адекватном коллоидно-осмотическом давлении.

По нашему опыту замечено удлинение времени защиты миокарда при использовании холодной кровяной кардиopleгии даже при нормотермической перфузии. Также замечено интраоперационно при подаче кристаллоидной кардиopleгии, участки кровоподтеков на миокарде, особенно у пациентов в раннем постинфарктном периоде. При подаче кровяной кардиopleгии заметно укорочено время реперфузии, более стабильная гемодинамика, реже требовалось подключение кардиостимулятора, контрпульсатора. Ввиду меньшей гемодилуции, меньше объем реинфузии, меньше объем отделяемого по дренажам.

С ноября 2009 года в нашей клинике начали проводиться операции по прямой реваскуляризации у больных в острой стадии инфаркта миокарда. До введения в практику кровяной кардиopleгии, возникали проблемы в виде отека миокарда, ишемические расстройства, электрической нестабильности миокарда, что сопровождалось развитием острой сердечной недостаточности в раннем постперфузионном периоде. Также была проблема с гемодилуцией, нарушением свертывающей системы, длительный период восстановления в постперфузионном и послеоперационном периоде.

В настоящее время с учетом собственного опыта, с учетом сравнительного анализа данных других клиник, выработан стандартный раствор кристаллоидной части. Учитывая, что у многих больных на фоне проводимого лечения развивается тромбоцитопения, мы активно используем аprotинины в первой порции кардиopleгии.

Очень хороший эффект применения неоптона с первой порцией кардиopleгии и после снятия зажима с аорты в раннем реперфузионном периоде. Отмечается укорочение восстанови-

тельного послеоперационного периода, особенно у пациентов с выраженной левожелудочковой недостаточностью, отчасти это также играет определенную роль в необходимости продленного вспомогательного кровообращения - внутриаортальной баллонной контрпульсации.

## Результаты

С постепенным освоением и внедрением новых современных методик и технологий улучшаются результаты лечения и прогноз у больных с острой ишемией миокарда.

## Выводы

Реваскуляризация миокарда обладает не только симптоматическим эффектом и способствует «стабилизации бляшки», но и во многих случаях улучшает отдаленный прогноз заболевания у больных после острого коронарного синдрома.

### Тұжырым

*Булгунаева Н.М.*

*Облыстық кардиохирургиялық орталық, Қарағанды қаласы*

*Қатерлі жүрек инфаркті кезеңінде алдын-ала тамырмен қан жүруін қалпына келтіру. Қазіргі заманғы жаңа әдістерді және техникаларды ақырындап игеру мен енгізуде қатерлі миокард ишемиясы бар науқастарды емдеудің нәтижесі мен болжамы жақсарады.*

*Жүрекке тамырмен қан жүруін қалпына келтіру симптомдық нәтижеге ие болып қана қоймай сондай-ақ «белгінің тұрақтануына» мүмкіндік туғызады, бірақ көп жағдайда жүрекке қатысты қатерлі белгіден кейін науқастардағы аурудың түпкі болжамын жақсартады.*

*Bulgunayeva N. M.*

*Regional cardiac center, Karaganda*

*Early revascularisation at a sharp myocardial infarction*

*With gradual development and introduction of new modern techniques and technologies results of treatment and a forecast of patients with sharp ischemia of a myocardium improve.*

*Revascularisation of a myocardium possesses not only symptomatic effect and promotes «plaque stabilization», but also in many cases improves the remote forecast of a disease at patients after a sharp coronary syndrome.*



УДК 616-005.8

Е.А. Кунапьянов, Б.С. Сивко, Б.Ш. Бакимбаев, Б.А. Кабидолдин  
КГКП МО Глубоковского района, п.Глубокое, Восточно-Казахстанская область

## Разрывы сердца в остром периоде инфаркта миокарда

### Аннотация

Статья посвящена проблеме предсказания разрыва сердца при инфаркте миокарда. Эта проблема остается актуальной задачей, что связано с высокой смертностью в связи с разрывом. Показано, что разрывы сердца в подавляющем большинстве случаев возникают в первую неделю острого инфаркта миокарда, ограничиваются одной стенкой сердца и локализуются чаще всего в переднебоковой стенке левого желудочка. Разрывы сердца у больных с острым инфарктом миокарда наблюдаются чаще у женщин старше 60 лет.

**Ключевые слова:** разрыв сердца, инфаркт миокарда, желудочки сердца.

Инфаркт миокарда - заболевание, которое может закончиться полным выздоровлением без какой - либо медицинской помощи, и наоборот, привести к смерти больного, несмотря на все усилия врачей.

Одним из грозных осложнений инфаркта миокарда является описанный в 1647 году В.Гарвеем разрыв сердца. Наружные разрывы сердца встречаются в семь раз чаще, чем внутренние (2). Наиболее часто они развиваются при первичном трансмуральном инфаркте миокарда у пациентов старше 60 лет, преимущественно у женщин.

Преобладание частоты постинфарктных разрывов у женщин может быть объяснено анатомическими особенностями строения сердца у них, мощной массой и размерами левого желудочка. Помимо этого, женщины с инфарктом миокарда значительно чаще, чем мужчины, страдают ожирением и гипертонической болезнью.

Под нашим наблюдением находилось 102 больных с диагнозом острый инфаркт миокарда (мужчин 63-61,8%, женщин 39-38,2%). Средний возраст мужчин - 59 лет, женщин - 70 лет. Летальность составила 20 человек - 13,8%, из них мужчин 12 - 60%, женщин 8 - 40%.

Благодаря использованию тромболитических препаратов, аспирина и  $\beta$ -адреноблокаторов, во многих странах мира удалось достичь снижения смертности больных с инфарктом миокарда. Однако госпитальная смертность от разрыва сердца занимает третье место после нарушений сердечного ритма и недостаточности кровообращения, ее частота составляет 2-30% среди летальных осложнений инфаркта миокарда(4). По нашему отделению смерть от разрыва сердца при инфаркте миокарда составила 1-5%. Женщина 55 лет, страдала ИБС с 1998 года. Заболела остро, поводом для госпитализации был выраженный ангинозный приступ, не купированный приемом нитроглицерина сублингвально; артериальное давление 180/120 мм.рт.ст.

На электрокардиограмме: ритм синусовый правильный, горизонтальное положение электрической оси сердца, трансмуральный инфаркт миокарда переднесептальной области, передней стенки левого желудочка. Лейкоцитоз крови составил  $11,2 \cdot 10^9/\text{л}$ , активность сывороточных трансаминаз (АЛТ и АСТ) в пределах нормы ( $0,2 \text{ О}, 1 \text{ ммоль}/(\text{ч.л})$ ). Назначенная терапия: наркотические обезболивающие, нитраты,  $\beta$ -блокаторы, ингибиторы АПФ, дезагреганты, эффекта не имели, и через 18 часов от момента госпитализации наступила смерть. На секции: на передней поверхности левого желудочка разрыв, горизонтально расположенный,  $1,5 \times 3 \text{ см}$  с неровными краями, с внутренней стороны сердца на передней стенке левого желудочка разрыв

размером  $2 \times 1,5 \text{ см}$ , в сердечной сумке 300 мл темной крови со сгустками.

По литературным данным разрывы сердца локализуются в области переднебоковой стенки левого желудочка, реже в области задней стенки левого желудочка. Длина разрыва составляет от 0,2 до 5см. Со стороны эпикарда она, как правило, бывает больше, чем со стороны эндокарда. Форма разрыва чаще линейная, реже щелевидная с ровными краями, которые в ряде случаев расходятся в нескольких направлениях. Канал разрыва в субэпикардиальной зоне зачастую бывает заполнен темно-красными сгустками крови. На разрезе в миокарде, прилежащем к каналу разрыва, иногда обнаруживаются небольшие кровоизлияния [1].

В клиническом проявлении у пациентов остается выраженный болевой синдром, который бывает приступообразным и требует применения наркотических препаратов. Признаки недостаточности кровообращения не всегда присутствуют, а если имеют место, то оправдано в этих случаях назначение сердечных гликозидов, мочегонных. Подавляющему числу больных с разрывом сердца в качестве базисной терапии применяют нитраты, антагонисты кальция, при отсутствии признаков недостаточности кровообращения -  $\beta$ -блокаторы. Состояние больных на протяжении нахождения в стационаре остается тяжелым, больные умирают в течение первых суток. Разрыв миокарда сопровождается появлением идиовентрикулярного ритма, фибрилляции желудочков, полной атриовентрикулярной блокады и полной блокады правой ножки пучка Гиса [2]. Возможен разрыв миокарда и в поздние сроки. У пациентов с разрывом миокарда в анамнезе гипертоническая болезнь, сахарный диабет, выраженность ангинозных болей, нарушение сердечного ритма.

Таким образом, разрывы сердца у больных с острым инфарктом миокарда наблюдались чаще у женщин старше 60 лет с преимущественной локализацией в области передней стенки левого желудочка. Разрывы в большинстве случаев возникают у больных с выраженной ангинозной болью на догоспитальном этапе [3]. Результаты анализа свидетельствуют об актуальности этого вопроса.

Выявляются определенные клинические признаки, позволяющие предполагать развитие наружных разрывов сердца у части больных острым инфарктом миокарда. Своевременное проведение лечебных мероприятий, имеющих профилактический характер, включая адекватное обезболивание, исключение физического и эмоционального напряжения, должны способствовать снижению частоты развития этих осложнений.

Все внешние разрывы миокарда сопровождаются высокой летальностью (около 90-100%)(4).

### Выводы:

1. Предсказание разрыва сердца при инфаркте миокарда остается актуальной задачей, это связано с высокой смертностью в связи с разрывом.

2. Разрывы сердца в подавляющем большинстве случаев возникают в первую неделю острого инфаркта миокарда, ограничиваются одной стенкой сердца и локализуются чаще всего в переднебоковой стенке левого желудочка.

3. Разрывы сердца у больных с острым инфарктом миокарда наблюдаются чаще у женщин старше 60 лет.

## Литература

- 1 Зеляк В.Л., Середюк Н.Н., Поспишль Ю.А., Збирак Н.П., Михайлюк И.А., Товер А.Е. // Врачебное дело. - 1989. - №10. - С 60-62.
- 2 Орлов В.М., Праздникова М.П., Ярцев С.С., Трошина Е.В. // Врачебное дело. - 1987. - № 2. - С. 72-74.
3. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. – М.: Медицина, 1991. С. 48-86.

### Тұжырым

Жүрек инфарктінің алғашқы кезеңіндегі жүрекше бырғасының жыртылуы.

1. Миокард инфаркті ауруында жүрекше қабырғасының жыртылуының алдын алу – негізгі және басты мәселе болып қалды, себебі бұл жағдай үлкен өлім санымен анықталып отыр.

2. Жүрек қабырғасының жыртылуы көбінде – бірінші аптада болады, бір қабырғасымен шектеледі және алдыңғы жанама

қабырғасында кездеседі.

3. Жүрек инфаркты кезінде жүрек қабырғасының жарылуы көбінде жасы 60-тан асқан әйел адамдарда кездеседі.

### Summary

*Cardiorrhesis In The Acute Season (Term) Of A Myocardial Infarction*

1. The predication of a cardiorrhesis at a myocardial remains by an actual problem; it is connected to high death rate in connection with a gap.

2. The cardiorrhesis in overwhelming majority of cases arise per the maiden week of an acute myocardial infarction, limit by one wall of heart and will be localized more often in a anterolateral wall of a left ventricle.

3. The cardiorrhesis for an ill acute myocardial infarction are watched more often for the women is higher than 60 years.

УДК 616-008.3/5

С.К. Бажикова, К.З.Исхакова, Ж.М. Исниязова, Л.П. Кулманова, Р.К. Калыбаева, А.У. Конысбекова  
Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

## Оценка изменений функционального состояния сердца после хирургической реваскуляризации

### Аннотация

Было изучено изменение систолической и диастолической функции сердца, а также структурно-функциональные сдвиги в ранние сроки после АКШ у 39 пациентов с диагнозом ИБС с трехсосудистым поражением основных коронарных артерий, оперированных в условиях искусственного кровообращения и холодовой фармакологической кардиоopleгии в отделении кардиохирургии больницы. показали достоверное уменьшение размера полости правого желудочка, отсутствие существенных изменений показателей систолической и диастолической функций левого желудочка, уменьшение количества пациентов с митральной и трикуспидальной регургитацией.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, аорто-коронарное шунтирование, трансторакальные эхокардиографические исследования

### Введение

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности в развитых странах и ожидается, что эта тенденция сохранится в ближайшем будущем [1]. Коронарное шунтирование - один из наиболее эффективных методов лечения ишемической болезни сердца (ИБС), позволяющий увеличить продолжительность и улучшить качество жизни пациента. Аорто-коронарное шунтирование (АКШ) проводится при запущенных формах атеросклероза: полной закупорке трех основных артерий, при одновременном нарушении в работе коронарных артерий и клапанов, а также при сопутствующем заболевании сахарным диабетом [2].

Одним из современных методов оценки функционального состояния сердца является эхокардиография. Представляет интерес изучение систолической и диастолической функции левого и правого желудочков, а также структурно-функциональных изменений миокарда у пациентов с ИБС в ранние сроки после оперативного вмешательства.

### Цель работы

- изучить изменение систолической и диастолической функции сердца, а также структурно-функциональные сдвиги в ранние сроки после АКШ у пациентов с ИБС.

### Материалы и методы исследования

В исследование вошли 39 пациентов с диагнозом ИБС с

трехсосудистым поражением основных коронарных артерий, оперированных в условиях искусственного кровообращения и холодовой фармакологической кардиоopleгии в отделении кардиохирургии больницы, из них 31 мужчина и 8 женщин, средний возраст которых составил  $59,8 \pm 1,4$  лет.

Пациентам при поступлении и на 5 день после оперативного вмешательства проведены трансторакальные эхокардиографические исследования (ЭХОКГ) на ультразвуковом аппарате «VIVID I» (Израиль) кардиологическим датчиком с частотой 2,5 МГц. Выполнялись: двухмерное исследование в В-режиме и доплеровские обследования в импульсно-волновом и цветовом режимах.

Определялись объемные показатели левого желудочка, линейные размеры полости левого предсердия и правого желудочка. Систолическая функция левого желудочка оценивалась по показателю фракции выброса, а диастолическая функция по соотношению скоростей потоков в раннюю диастолу и в период сокращения предсердий.

### Результаты

Исходные средние показатели конечно-диастолического объема (КДО) были в пределах нормальных значений ( $140,1 \pm 8,8$  см<sup>3</sup>), показатели конечно-систолического объема (КСО) были несколько выше, чем нормативные параметры ( $61,8 \pm 7,0$  см<sup>3</sup>, норма -  $19-58$  см<sup>3</sup>). Величины фракции выброса (ФВ), ударного объема (УО) правого желудочка (ПЖ) были в пределах нормы. У 35 пациентов наблюдалось нарушение диастолической функции левого желудочка по 1 типу (ишемический тип), у 4 больных выявлено нарушение диастолической функции по псевдонормальному типу 2. Наличие митральной регургитации (МР) в левое предсердие 1 степени было выявлено у 12 (31%), 2 степени - у 1 (2,6%) пациента. Регургитация 1 степени в левый желудочек на аортальном клапане наблюдалась у 7 (18%) человек, на трикуспидальном (ТР) клапане 1 ст. - у 7 (18%) больных.

Из таблицы видно, что после оперативного вмешательства в ранний послеоперационный период существенных сдвигов в средних показателях КДО, КСО и систолической функции левого желудочка не произошло.

Отмечается достоверное уменьшение размера полости правого желудочка в ранние сроки после операции АКШ.

У 5 пациентов наблюдалось появление жидкости в перикар-

КДО см3		КСОсм3		УОсм3		ФВ %		ЛПсм		ПЖ см	
до	после	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
140,1	140,6	61,8	63,0	72,1	70,3	58,1	56,5	3,6	3,7	2,4	2,1*
± 8,8	±7,8	±7,0	±6,0	±4,3	±4,5	±2,1	±2,2	±0,08	±0,08	±0,1	±0,1

\* - достоверность различий  $p < 0,05$

де в небольшом количестве (около 150-200 мл) чаще всего в области левого предсердно-желудочкового соединения.

У пациента с МР 2 ст. после пластики митрального клапана объем МР уменьшился до 1 степени. У 41% пациентов с МР 1 ст. и у 42% с ТР 1 ст. после АКШ не было выявлено регургитации.

В послеоперационный период у 70% больных отмечалось неопределенное движение межжелудочковой перегородки, что, по-видимому, обусловлено хирургическим вмешательством на сердце, а не перегрузкой правого желудочка.

У 89% пациентов после АКШ сохранялась диастолическая дисфункция ЛЖ 1 ст., лишь у 4 человек была диастолическая дисфункция 2 ст., такие же параметры отмечались до операции.

Таким образом, проведенное исследование 39 пациентов с ИБС с трехсосудистым поражением, оперированных методом прямой реваскуляризации миокарда с подключением искусственного кровообращения, в ранний послеоперационный период показали достоверное уменьшение размера полости правого желудочка, отсутствие существенных изменений показателей систолической и диастолической функций левого желудочка, уменьшение количества пациентов с митральной и трикуспидальной регургитацией. Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии прямой реваскуляризации миокарда в ранние сроки на функциональное состояние сердца.

## Список литературы

1 Рыбакова М.К., Алехин М.Н., Митьков В.В. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Эхокардиография. - М. 2008 - С.103-110.

2 Абдуллаев Р.Я. Клиническая эхокардиография при ИБС.- Харьков. 2001. - 240 с.

3 Бокерия Л.А., Бузиашвили Ю.И., Ключникова И.В. Ишемическое ремоделирование левого желудочка.- М. 2002.-152 с.

## Тұжырым

С.К. Бажықова, К.З. Ысқақова, Ж.М. Исниязова, Л.П. Құлманова, Р.К. Қалыбаева, А.У. Қонысбекова

Хирургиялық реваскуляризациядан кейін жүрек қызметі жағдайының өзгеруін бағалау

Жүрек қызметінің систолалық және диастолалық қызметінің өзгерісі, сондай-ақ ауруханадағы кардиохирургия бөлімшесінде жасанды қанайналымы және суық фармакологиялық кардиоплегия жағдайында операция жасалған, негізгі коронарлық артериялардың ұштамырлы зақымданған ИЖА диагнозы бар 39 науқасқа АКШ-тан кейінегі ерте мерзімде құрылымдық-қызметтік алға жылжушылығы зерделенді. Бұл оңжақ қарынша қуысы мөлшерінің айтарлықтай кішірейгендігін, солжақ қарыншаның систолалық және диастолалық қызметі көрсеткіштерінің өзгермегендігін, митральді және трикуспидальді регургитациясы бар емделушілер санының азайғандығын көрсетті.

## Summary

Bazhikova S.K., Iskakova K.Z., Isniyazova J.M., Kulmanova L.P., Kalybaeva R.K., Konysbekova A.U.

Evaluation of changes of the functional state of the heart after surgical revascularization

Was studied changes in systolic and diastolic heart function, as well as structural and functional changes in the early period after CABG in 39 patients with coronary artery disease with three-vessel disease in major coronary arteries operated on under cardiopulmonary bypass and cold cardioplegia in the department of pharmaceutical cardiac hospital. showed a significant reduction in the size of the cavity of the right ventricle, the absence of significant changes in systolic and diastolic function of the left ventricle, reducing the number of patients with mitral and tricuspid regurgitation.

УДК 616-005.4

Asaf Taghiyev, Bo Tang, Deguang Sun, Rui Liang, Liming Wang

Department of General Surgery, the Second Affiliated Hospital of Dalian Medical University, Dalian 116027, P.R. China

## MDA, MPO results of Experimental Study on Impacts of Pure Portal Vein Exclusion and Hepatic Pedicle Exclusion Method on Ischemia Reperfusion Injury

**Abstract:** Hepatic ischemia reperfusion injury (hereinafter to be referred as I/R) refers to that hepatic tissue cells are ischemic for a period of time and then recover for reperfusion. I/R is a most common pathological process in liver diseases, which can be seen normally in liver transplantation, liver tumors hepatectomy, hepatic trauma and hemorrhagic shock, etc. And I/R also could lead serious liver and other organs funktionelle Schwache which is also one of the important reasons of surgery failure and patients death.

The most frequently used method for hepatic inflow exclusion in hepatectomy and liver transplantation operations is hepatic pedicle exclusion (Pringle maneuver) that completely blocks the blood flow into the liver from the portal vein and hepatic artery and controls the bleeding during the operation effectively but with high incidence of liver tissue ischemia reperfusion (I/R) injury and even resulting in postoperative liver failure or other serious complications [1-3]. Selective hepatic inflow exclusion including pure portal vein exclusion, however, separates the portal vein and hepatic artery so as to exclude the venous blood supply and maintain the hepatic artery inflow, which not only effectively reduces the bleeding during the operation but also is beneficial to the recovery of the postoperative liver function [4]. Live is an organ that is easily impacted by I/R injury. There are many causes of liver I/R injury, and the surgery is the most inductive factor with such symptoms of liver cell injury, inflammatory cell infiltration and liver function deterioration [5-7].

*In this study, the animal experiment was used to compare the data of the reperfusion at 1, 3, 6, 12 and 24 h after the pure portal vein exclusion and hepatic pedicle exclusion of hepatic inflow for 30 min. The liver function deterioration was reflected in testing the MDA content of the liver tissue, and the neutrophil infiltration and inflammatory reaction degree were reflected via testing the MPO viability of the liver tissue., The above data was used to evaluate the impacts of pure portal vein exclusion and hepatic pedicle exclusion on liver I/R injury.*

**Key words:** Hepatic Ischemia Reperfusion Injury Blocking method

### Intorduction

Currently, operation treatment is the best choice to cure primary and secondary liver tumors. Due to the complex vascularity and rich blood supply, it is very difficult to control the bleeding during the operations. More and more clinical practices prove that massive transfusion during the operations could lead to the increasing of the after-operation death and complication occurrence and reducing the long-term survival percentage of patients who are suffering liver cancers. Hence, blocking the blood supply to liver plays an important role during the operations. Nowadays, the most commonly used method is Pringle method for blocking the blood supply to liver during the operations which can effectively control the bleeding occurred during the operation. At the same time, the liver tissue has high occurrence of I/R and also could lead serious complication such as liver failure after the operation. How to seasonally choose the blocking of the blood supply to liver based on a patient's condition has an important effect on the recovery of the patient after the operations. As a result, the method of selective blocking blood supply

to liver including hemihepatic vascular occlusion, regional occlusion, and pure portal vein can effectively limit the bleeding during the operation, and also can contribute to the liver functional recovery.

### Material and methods

#### 1. Experimental material

##### 1.1 Experimental animal and feeding conditions

60 clean male SD rats with the weight of 200 to 250g were bought from Experimental Animal Center of Dalian Medical University (animal license no.: SCXK Liao 2008-0002). The feeding conditions were: room temperature of 22-28°, relative humidity 40% ~70%. Daily sunshine for 12 hours was maintained for diurnal cycle. Rats could drink freely and stayed in separate cages.

##### 1.2 Material and specimen

Malondialdehyde (MDA) test box Nanjing Kaiji Biological Co.,Ltd

Myeloperoxidase (MPO) kit Nanjing Kaiji Biological Co.,Ltd

##### 1.3 Main instrument

- Electronic balance (B120S) SARTORIUS GMBH Germany
- -70° Low temperature refrigerator SANYO Japan
- GS-15R High-speed desk type refrigerated centrifuge BECKMAN, USA

- Constant temperature shaker Edmund GMBH, Germany

- Milli-Q Ultra pure water treatment system Milipore, USA

- Ice machine Bruker GMBH, Germany

#### 2. Experimental methods

##### 2.1 Experimental grouping and model preparation

60 Rats were divided into 2 groups randomly with each group of 30 rats. Fasting started 12h prior to the operation. 3% Pentobarbital sodium of 30mg/kg was intraperitoneal injected for anesthesia before the median incision into the belly to dissect the first porta hepatic to separate the portal vein with the hepatic artery. The grouping was as follows: Group A: Pure portal vein exclusion group: porta hepatis was fully exposed and the hepatic pedicle of the left and right liver was separated carefully, the Glisson sheath and bile duct were carefully stripped off to separate the portal vein with the hepatic artery. The left and middle portal vein branches were occluded with artery clip and the blood inflow to the left and middle hepatic arteries and the right liver were maintained. The artery clip was released after the exclusion for 30min. Group B: hepatic pedicle exclusion group: the 70% liver ischemia reperfusion model was made as per the instructions reported by Ohmori. The porta hepatis was fully exposed to separate the portal vein with the hepatic artery and bile duct of the left and right lobes of the liver and the pedicles of the left and right liver were occluded by artery clips. The artery clip was released after the exclusion for 30min. The abdominal cavity was stitched after the artery clip was released, and it was reopened at 1, 3, 6, 12 and 24 h after the blood flow was resumed. The blood sample was taken from the abdominal aorta. Take the left lobe tissue and quick freeze with liquid nitrogen before putting it into the refrigerator of -80°.

##### 2.2 Liver tissue MDA test

1. Preparation: get out the assay kit from the refrigerator and balance at room temperature for re-warming for 30min.

2. Liquid mixing: Dilute the concentrated cleaning agent in the assay kit with the distilled water for 20 times for use.

3. Adding standard material and specimen to be tested: Take enough number of enzyme mark plates and fix them onto the frame. Blank well, standard well and well of specimen to be analyzed were established and the locations of all wells were noted down. Add 50 $\mu$ l of standard material to the standard well, add 10 $\mu$ l of specimen to the specimen well, and then add 40 $\mu$ l of the specimen dilution liquid. Do not add anything to the blank well.

4. Incubation: incubate for 30min at water bath at 37°.

5. Plate washing: Get rid of the liquid and beat the plate to dry on the absorbent paper. Fill each well with cleaning liquid and put it still for 1min. Spin off the cleaning liquid and beat the plate to dry on the absorbent paper. Repeat plate washing for 4 times.

6. Adding enzyme mark working solution: Add 50 $\mu$ L of enzyme mark working solution to each well except the blank control well.

7. Incubation: Incubate for 30min at 37° in the water bath.

8. Plate washing: Get rid of the liquid and beat the plate to dry on the absorbent paper. Fill each well with cleaning liquid and put it still for 1min. Spin off the cleaning liquid and beat the plate to dry on the absorbent paper. Repeat plate washing for 4 times.

9. Color development: Add 50 $\mu$ L of color agent A to each well and add 50 $\mu$ L of color agent B to each well. Mix evenly for 30s in flat plate mixer and have color development for 15min at 37° in a dark place.

10. Termination: Take our coated plate, and add 50 $\mu$ L of termination solution to each well to terminate the reaction (when the color turned from blue to yellow immediately).

11. Measurement: Zero with the blank well as the reference and measure the optical density (OD value) of the specimen of each coated well with the wavelength of 450nm within 15min after the termination solution was added.

Calculation: Calculate the linear regression formula of the standard curve as per the concentration of the standard material and the corresponding OD value. Use the OD value of the specimen to calculate the corresponding concentration of the specimen or use various software for calculation. The final concentration shall be the actually measured concentration multiplied with the dilution factor.

### 2.3 Liver tissue MPO test

1. The test shall be done as soon as the specimen is collected. Or the specimen shall be stored at -20° without repeated melting and freezing.

2. The dilution of the standard material shall be as follows:

Standards Density Dilution

Standard No5 200 IU/L Add 150 $\mu$ l standard dilution liquid to 150 $\mu$ l original standard

Standard No4 100 IU/L Add 150 $\mu$ l standard dilution liquid to 150 $\mu$ l No5 standard

Standard No3 50 IU/L Add 150 $\mu$ l standard dilution liquid to 150 $\mu$ l No4 standard

Standard No2 25 IU/L Add 150 $\mu$ l standard dilution liquid to 150 $\mu$ l No3 standard

Standard No1 12.5 IU/L Add 150 $\mu$ l standard dilution liquid to 150 $\mu$ l No3 standard

3. Specimen adding: Establish the blank control well (where neither specimen nor enzyme mark reagent will be added, but the other steps are the same), standard well and well of the specimen to be analyzed respectively. Add 50 $\mu$ l of standard material to the enzyme mark plate, add 40 $\mu$ l of dilution liquid to the specimen well, and add 10 $\mu$ l of the specimen to be analyzed (the final dilution of the specimen is 5 times). Try to add the specimen to the bottom of the coated well without touching the well wall and mix it evenly via shaking lightly.

4. Incubation: Seal it with plate sealing film and place it in the incubator to incubate for 30min at 37°.

5. Liquid mixing: Dilute the 20-time concentrated cleaning agent with the distilled water for 20 times for use.

6. Washing: Remove the plate sealing film carefully, get rid of the liquid and spin to dry. Add the cleaning solu-

tion to each well of the coated wells. Make the cleaning solution stay for 30s before discard it. Repeat it for five times and beat-dry.

7. Adding enzyme: Add 50 $\mu$ l of enzyme mark reagent to each well except the blank well.

8. Incubation: The operation is same as that of Step 4).

9. Washing: The operation is same as that of Step 6).

10. Color development: Add 50 $\mu$ L of color agent A to each well and add 50 $\mu$ L of color agent B to each well. Mix evenly via shaking lightly and have color development for 15min at 37° in a dark place.

11. Termination: Add 50 $\mu$ l of termination solution to each well to terminate the reaction (when the color of blue turned to yellow immediately).

12. Measurement: Zero with the blank well as the reference and measure the optical density (OD value) of the specimen of each coated well when the wavelength was 450nm. The measurement shall be done within 15min after the termination solution is added.

13. Calculation: Draw the standard curve on the coordinate paper with the standard material concentration as the x-coordinate and OD value as the y-coordinate, and get the corresponding concentration from the standard curve as per the OD value of the specimen; then multiply with dilution factor; or use the standard material concentration and OD value to calculate the linear regression formula of the standard curve, put the specimen OD value into the formula to calculate the specimen concentration and multiply the dilution factor to get the actual concentration of the specimen.

### 3. Statistical method

The data was shown in mean  $\pm$  standard deviation and the experimental data was processed with the SPSS17.0 statistical software. There is statistical meaning if  $p < 0.05$ . The single factor variance analysis was used to compare among the groups. When

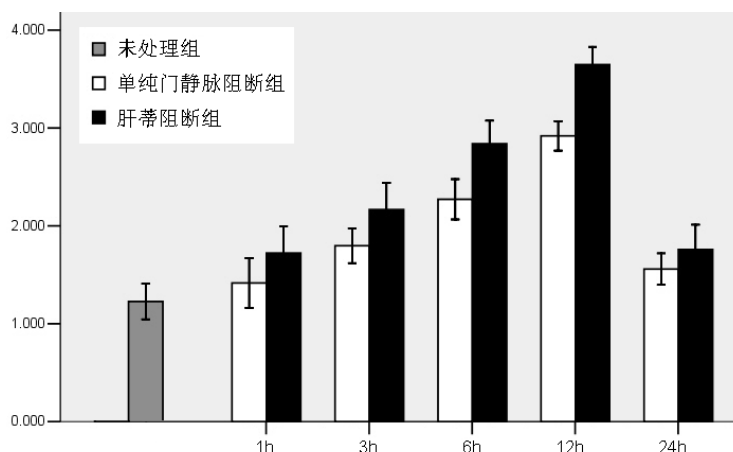


Figure 1: MDA test results from the livers of various groups of rats and the data was from three independent experiments.

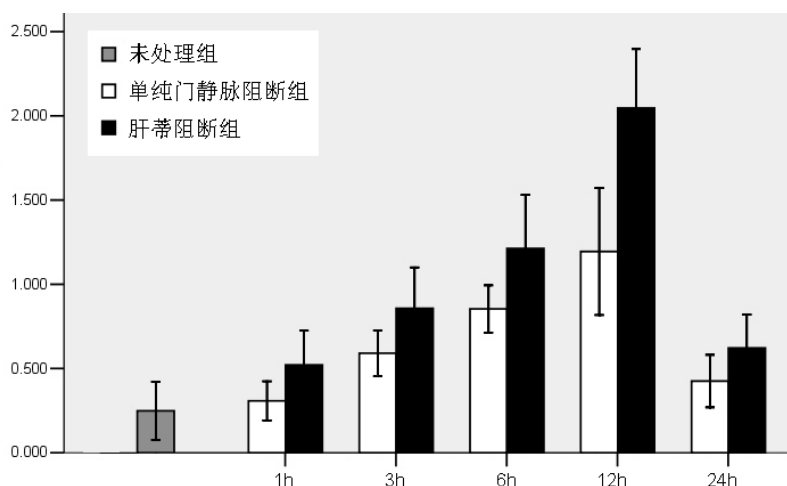


Figure 2: MPO test results from the livers of various groups of rats and the data was from three independent experiments.

there was equal variance, LSD method and SNK method were used for pairwise comparison among groups. When there was unequal variance, t test or t' test was used for pairwise comparison.

## Results

Liver tissue MDA test results - After the rats of all groups were treated differently, the liver tissue was taken for MDA test. It was found in the result that the MDA content of the untreated rat liver tissue was  $1.228 \pm 0.091$ . The MDA content of the rat liver at 1, 3, 6, 12 and 24 h of reperfusion for the pure portal vein exclusion of 60min was respectively  $1.416 \pm 0.127$ ,  $1.797 \pm 0.088$ ,  $2.271 \pm 0.103$ ,  $2.919 \pm 0.075$  and  $1.559 \pm 0.081$ . The MDA content of the rat liver at 1, 3, 6, 12 and 24 h of reperfusion for the hepatic pedicle exclusion of 60min was respectively  $1.722 \pm 0.137$ ,  $2.167 \pm 0.136$ ,  $2.840 \pm 0.117$ ,  $3.674 \pm 0.091$  and  $1.759 \pm 0.127$ . The MDA contents at various time points of pure portal vein exclusion group were lower those of the hepatic pedicle exclusion group ( $p < 0.05$ ). (Refer to Figure 1 for the results.)

Liver tissue MPO test results - After the rats of all groups were treated differently, the liver tissue was taken for MPO test. It was found in the result that the MPO content of the untreated rat liver tissue was  $0.249 \pm 0.086$ . The MPO content of the rat liver at 1, 3, 6, 12 and 24 h of reperfusion for the pure portal vein exclusion of 60min was respectively  $0.308 \pm 0.058$ ,  $0.591 \pm 0.068$ ,  $0.854 \pm 0.070$ ,  $1.195 \pm 0.188$  and  $0.425 \pm 0.078$ . The MPO content of the rat liver at 1, 3, 6, 12 and 24 h of reperfusion for the hepatic pedicle exclusion of 60min was respectively  $0.522 \pm 0.101$ ,  $0.857 \pm 0.122$ ,  $1.213 \pm 0.159$ ,  $2.046 \pm 0.175$  and  $0.622 \pm 0.099$ . The MPO contents at various time points of pure portal vein exclusion group were all lower those of the hepatic pedicle exclusion group ( $p < 0.05$ ). (Refer to Figure 2 for the results.)

## Discussions

The apoptosis and necrosis of the transplanted tissue cells due to the ischemia reperfusion injury in the liver transplantation operation is an important difficulty in the liver transplantation clinical practice. The common method to cut off the blood inflow into the liver is the hepatic pedicle exclusion method (Pringle maneuver). This method completely excludes the portal vein and liver artery and tends to cause complete liver ischemia to result in (ischemia reperfusion injury, I/R) [2,3]. I/R injury due to hepatic pedicle exclusion usually is an important cause of transplant death [8]. Now scholars are trying to use pure portal vein exclusion method for partial exclusion of blood flow into the liver, greatly increasing the success rate of liver transplantation [9]. Hepatic artery blood flow accounts for 20-30% of the total blood flow into its liver while oxygen supply accounts for 70-80% of the total oxygen supply to the liver. So, if the first porta hepatis is dissected, the inherent artery is separated from the hepatoduodenal ligament interior, and occlude only the portal vein behind it, not only the hepatic artery oxygen supply is maintained, but also most of the blood inflow is stopped, which achieves the goal of mitigating the impacts of ischemia necrosis of liver transplantation and I/R injury to a large degree.

Oxygen free radical is generated by an organism via the enzyme system and non-enzyme system, while the latter can attack PUFA in the biomembrane to trigger lipid peroxidation and to generate lipid peroxide such as MDA. Oxygen free radical not only causes cell injury through PUFA in the biomembrane, but also results in cell injury, metabolism and dysfunction or death via the catabolite of the lipid peroxide [10,11]. So, the determination of MDA content can often reflect the degree of lipid peroxidation in an organism and reflect indirectly the degree of cell injury. We therefore tested the MDA content of the liver tissue in the study to compare the differences in the liver injury due to the various hepatic blood inflow exclusion methods. Our findings demonstrated that the MDA content in the liver tissue of the rats after reperfusion of pure portal vein exclusion was significantly lower than that of the rats of hepatic pedicle exclusion, which indicated that fewer oxygen free radicals were generated in the liver transplantation I/R process of pure portal vein exclusion, and further confirmed the liver cells of the rats with pure portal

vein exclusion was less injured. This method is better than Pringle maneuver in terms of protecting transplanted liver.

The synthesis of myeloperoxidase (MPO) refers to the synthesis and storage of granulocyte in the azurophilic granule before it enters the cycle and the external excitation may result in the cluster of neutrophil to release of MPO. MPO is the function mark and activation mark [12], the level and viability change of which representing the function and viability status of polymorphonuclear neutrophilic leukocyte (PMN) [13]. MPO plays the role in the organism's generating and regulating inflammatory response and other aspects. Under specific conditions, when the excess oxidant generated by MPO catalysis reaction exceeds the defensive reaction of the anti-oxidant, it will result in the oxidative stress and oxidizing tissue injury [14]. The MPO content in the neutrophil is fixed so it can indirectly reflect the number of neutrophil in the liver tissue infiltration and is a reliable index to evaluate the neutrophil infiltration degree during the tissue injury process [15]. In our study, we tested the MPO viability of the liver tissue to compare the differences in the liver tissue damage and inflammatory reaction caused by different hepatic blood inflow exclusion methods. Our results revealed that the MPO viability in the I/R liver tissue of rat with pure portal vein exclusion was significantly lower than that of the rat with hepatic pedicle exclusion, indicating fewer infiltrated neutrophils in the liver tissue of the rat with pure portal vein exclusion during the liver transplantation I/R process, less inflammatory reaction, less damage to the transplanted cells, and less liver cell injury. This means this exclusion method may be better for the survival of the transplanted liver.

In summary, as compared with hepatic pedicle exclusion, pure portal vein exclusion caused transplanted liver ischemia necrosis and I/R injury to a lesser degree, which was reflected less MDA in the liver tissue and lower viability of MPO. To adopt pure portal vein exclusion method in the clinical treatment can effectively alleviate the liver injury after the liver transplantation and reduce the reperfusion oxidative stress and inflammatory reactions. It may contribute to the survival of the transplant and the liver function recovery and is of great value of clinical application. The molecular mechanism to protect the transplanted liver of the pure portal vein exclusion method remains to be studied further.

Conclusions This study was on the basis of the rat I/R injury model to explore the impacts of pure portal vein exclusion and hepatic pedicle exclusion of hepatic blood inflow on I/R injury via testing the changes in MDA and MPO contents in the liver tissue after the rats were treated with pure portal vein exclusion and hepatic pedicle exclusion respectively. The following conclusions have been drawn:

1. The I/R injury of the rat with pure portal vein exclusion is less than that of the rat with hepatic pedicle exclusion.
2. The mechanism may be relevant to the post reperfusion lipid peroxidation reaction and neutrophil infiltration.
3. To adopt pure portal vein exclusion in hepatectomy and liver transplantation operations may protect liver cells more effectively and facilitate the recovery of the postoperative liver function.

## References

- 1 Kimura F, Miyazaki M, Suwa T, Sugiura T, Shinoda T, Itoh H, Nakagawa K, Ambiru S, Shimizu H, Yoshitome H. Evaluation of total hepatic vascular exclusion and pringle maneuver in liver resection. // *Hepatogastroenterology*, 2002, 49(43):225-230.
- 2 Lee KF, Wong J, Ng W, Cheung YS, Lai P. Feasibility of liver resection without the use of the routine Pringle manoeuvre: an analysis of 248 consecutive cases. // *HPB (Oxford)*, 2009, 11(4):332-338.
- 3 Torzilli G, Procopio F, Donadon M, Del Fabbro D, Cimino M, Montorsi M. Safety of intermittent Pringle maneuver cumulative time exceeding 120 minutes in liver resection: a further step in favor of the "radical but conservative" policy. // *Ann Surg*, 2012, 255(2):270-280.
- 4 Malassagne B, Cherqui D, Alon R, Brunetti F, Humeres R, Fagniez PL. Safety of selective vascular clamping for major hepatectomies. // *J Am Coll Surg*, 1998, 187(5):482-486.
- 5 Anderson CD, Pierce J, Nicoud I, Belous A, Knox CD, Chari RS. Modulation of mitochondrial calcium management attenuates hepatic warm ischemia-reperfusion injury. // *Liver Transpl*, 2005, 11(6):663-668.
- 6 Kelly DM, Shiba H, Nakagawa S, Irefin S, Eghtesad B, Quintini

C. Aucejo F, Hashimoto K, Fung JJ, Miller C. Hepatic blood flow plays an important role in ischemia-reperfusion injury. // *Liver Transpl*, 2011, 17(12):1448-1456.

7 Ozaki M, Todo S. Surgical stress and tumor behavior: impact of ischemia-reperfusion and hepatic resection on tumor progression. // *Liver Transpl*, 2007, 13(12):1623-1626.

8. Talmon GA, Wisecarver JL. Hepatocellular calcification in severe ischemia-reperfusion injury in a liver allograft. // *Ultrastruct Pathol*, 2010, 34(6):362-365.

9. Chen CL, Concejero AM, Ou HY, Cheng YF, Yu CY, Huang TL. Intraoperative portal vein stent placement in pediatric living donor liver transplantation. // *J Vasc Interv Radiol*, 2012, 23(5):724-725.

10. Tselepidis S, Papazoglou L, Dessiris A, Vlemas I, Papageorgiou G, Stournara A, Minas A. Liver injury after ischemia and reperfusion: the role of oxygen free radicals. // *Mil Med*, 2004, 169(7):531-535.

11. Zhu R, Wang Y, Zhang L, Guo Q. Oxidative stress and liver disease. // *Hepatol Res*, 2012 Mar 7.

12. Dang Y, Lowe GM, Edwards SW, Galvani DW. The effects of GM-CSF on myeloperoxidase release in normal and myelodysplastic neutrophils. // *Leuk Res*, 1993, 17(12):1037-1044.

13. Klinke A, Nussbaum C, Kubala L, Friedrichs K, Rudolph TK, Rudolph V, Paust HJ, Schröder C, Benten D, Lau D, Szocs K, Furtmüller PG, Heeringa P, Sydow K, Duchstein HJ, Ehmke H, Schumacher U, Meinertz T, Sperandio M, Baldus S. Myeloperoxidase attracts neutrophils by physical forces. // *Blood*, 2011, 117(4):1350-1358.

14. Kubota K, Saiwai H, Kumamaru H, Maeda T, Ohkawa Y, Aratani Y, Nagano T, Iwamoto Y, Okada S. Myeloperoxidase Exacerbates Secondary Injury by Generating Highly Reactive Oxygen Species and Mediating Neutrophil Recruitment in Experimental Spinal Cord Injury. // *Spine*

(Phila Pa 1976), 2012 Feb 8.

15. Prokopowicz Z, Marcinkiewicz J, Katz DR, Chain BM. Neutrophil myeloperoxidase: soldier and statesman. // *Arch Immunol Ther Exp (Warsz)*, 2012, 60(1):43-54.

#### Тұжырым

А. Тагиев, Бо Танг, Дегуанг Сун, Ру Лианг, Лиминг Ванг  
Далян Медициналық университетінің жалпы хирургия,  
Қытай

Бауыр ишемиясы – бауыр аурулары кезеңіндегі кең таралған патологиялық процесс, бауырды ауыстырған, бауыр ісігі, бауыр жарақаты және геморрагиялық естен тануда байқалады. Бауыр ишемиясы бауырды хирургиялау және емделушілердің өліміндегі маңызды сәтсіз себептерінің бірі болып табылады.

#### Резюме

А. Тагиев, Бо Танг, Дегуанг Сун, Ру Лианг, Лиминг Ванг  
Отделение общей хирургии Медицинского университета  
Далян, Китай

Ишемия печени - наиболее распространенный патологический процесс при заболеваниях печени, который может замечаться в пересадке печени, опухоли печени, печеночной травме и геморрагическом шоке. Ишемия печени является одной из важных причин неудач в хирургии печени и смерти пациентов.

УДК 617-689.844

М.Р. Кошенов

Шуская городская больница

## Лапароскопическая холецистэктомия

### Аннотация

В статье показано, что лапароскопическая операция является наиболее предпочтительной при оперативном лечении калькулезного холецистита. Частота возникновения осложнений, требующих пребывания больных в стационаре более недели, не превышает 1-2%. Продолжительность операции 40-60 минут, срок пребывания в стационаре сокращается от 1 до 3 суток.

Ключевые слова: лапароскопия, холецистэктомия, желчный пузырь.

Желчный пузырь - грушевидной формы орган пищеварительного тракта, который расположен под правой долей печени. Его основная роль - депонирование и концентрация желчи, продуцируемой печенью. Желчь попадает в желчный пузырь из печени по желчным протокам. Во время приема пищи скопившаяся в желчном пузыре желчь выделяется по желчным протокам в двенадцатиперстную кишку и принимает участие в акте пищеварения. Желчь играет важную роль в пищеварении, в частности расщепляет жиры и активирует многие ферменты в пищеварительном тракте.

Удаление желчного пузыря не приводит к ухудшению пищеварения, так как при отсутствии желчного пузыря желчь поступает в двенадцатиперстную кишку непосредственно из печени.

Что приводит к заболеваниям желчного пузыря? Органические изменения и нарушения функции желчного пузыря встречаются у многих людей. Среди заболеваний желчного пузыря наиболее часто мы имеем дело с хроническим калькулезным холециститом. Образование камней в желчном пузыре связано с нарушением обмена веществ (холестерина, желчных кислот и пигментов). Механизм образования камней очень сложен и до конца не изучен. Неизвестны и средства предупреждающие образование камней. Зачастую хронический калькулезный холецистит протекает без каких-либо симптомов, и «владелец»

камней может об этом не догадываться. Но иногда эти камни могут блокировать ток желчи из желчного пузыря, «застревая» в шейке пузыря или желчных протоках, и вызывать выраженное воспаление стенок пузыря. Это сопровождается такими симптомами как резкая боль в правом подреберье, тошнота, рвота, сухость и горечь во рту, повышение температуры тела, иногда с ознобом, желтуха. Как правило, такие обострения хронического калькулезного холецистита случаются после употребления острой и жирной пищи, алкоголя.

Как обнаружить заболевания желчного пузыря? При появлении после погрешности в еде вышеперечисленных симптомов необходима незамедлительная консультация хирурга, так как в ряде случаев на высоте приступа может произойти нагноение или «разрыв» желчного пузыря, что требует немедленной операции. Если таких симптомов, либо они не выражены и иногда после приема пищи возникает дискомфорт и тяжесть в правом подреберье, тогда достаточно в плановом порядке выполнить ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Следует отметить, что при ультразвуковом исследовании также могут быть выявлены полипы в желчном пузыре. Это заболевание реже, чем хронический калькулезный холецистит вызывает боли в животе, однако тоже требует хирургического лечения, так как полипоз желчного пузыря рассматривается как предраковое состояние.

Какие операции проводятся при заболеваниях желчного пузыря?

Учитывая, что образование камней в желчном пузыре (хронический калькулезный холецистит) связано с нарушением обмена веществ, удаление камней из желчного пузыря или их дробление абсолютно бесперспективно, так как они будут образовываться снова. Единственным радикальным методом лечения хронического калькулезного холецистита является удаление желчного пузыря - холецистэктомия. Предпочтение - выполнение операции лапароскопическим путем (лапароскопическая холецистэктомия).

Какие преимущества лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) перед открытой холецистэктомией (операцией через разрез)?

При ЛХЭ производится 4 разреза от 0,5 до 2 см в отличие от открытой операции, когда длина разреза достигает 15-20 см. Послеоперационные боли после ЛХЭ значительно меньше в отличие от открытой операции. Необходимость пребывания пациента в стационаре после ЛХЭ также значительно меньше (от 2 суток), чем после открытой операции. При выполнении небольших разрезов (до 2 см) вероятность образования послеоперационных грыж чрезвычайно мала.

Противопоказания к лапароскопической холецистэктомии:

Несмотря на большое количество преимуществ лапароскопической холецистэктомии над открытой операцией, у лапароскопической операции есть противопоказания. Основное из них – это наличие операций на органах брюшной полости, особенно на желудке и двенадцати-перстной кишке (ушивание прободной язвы), печени и селезенке (их резекция, ушивание или удаление селезенки при травмах и ранениях), на кишечнике при кишечной непроходимости). После операций возможно «приращение» внутренних органов к передней брюшной стенке, и при введении в брюшную полость инструментов при лапароскопической операции существует вероятность ранения этих приращенных органов.

Другим противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии являются заболевания легких, сопровождающиеся дыхательной недостаточностью. При лапароскопической операции в брюшную полость нагнетается большое количество газа. Это вызывает смещение диафрагмы, мышцы, отделяющей органы брюшной полости от органов грудной клетки, вверх. Такое смещение диафрагмы может усугублять состояние больных с дыхательной недостаточностью, так как ограничивает расправление легких при вдохе. Существуют и другие противопоказания к лапароскопической холецистэктомии, которые могут быть выявлены при обследовании больного перед операцией. При выявлении этих противопоказаний удаление желчного пузыря может быть выполнено открытым путем.

Как происходит лапароскопическое удаление желчного пузыря?

Лапароскопическая холецистэктомия проводится под общим наркозом (эндотрахеальный наркоз). Больной на операционном столе вводится в состояние сна. Хирург вводит в живот специальную иглу, через которую в брюшную полость нагнетается газ. Это значительно улучшает визуализацию внутренних органов. Далее выполняются 4 разреза длиной до 2-3 см, через которые вводятся видеокамера и манипуляционные инструменты. При удалении желчного пузыря необходимо пересечь пузырный проток и артерию. Для этого на них накладываются металлические клипсы. Желчный пузырь извлекается из брюшной полости через один из разрезов. К ложу желчного пузыря подводится тонкий дренаж. А на раны накладываются швы.

Что происходит, если невозможно произвести или закончить операцию лапароскопическим методом?

В ряде случаев лапароскопическую операцию невозможно закончить лапароскопическим путем. Такое бывает при наличии тяжелого воспалительного процесса и спаек в области желчного пузыря, когда пузырь напряжен, плотно прирачен к окружающим органам. В таких случаях удаление желчного пузыря связано с риском повреждения соседних органов и оптимальным выходом из такой ситуации является переход на открытую операцию. Перед лапароскопической операцией необходимо информировать каждого больного о возможности перехода на открытую холецистэктомию.

После операции: В ряде случаев возможны диспептические расстройства (тошнота), которые ликвидируются введением лекарственных средств (церукал). Через несколько часов после операции также возможно появление болей, которые купируются введением обезболивающих средств. Проводится антибиотикотерапия. В течение суток не рекомендуется прием пищи. На следующий день выполняется перевязка. При отсутствии выделений по дренажу, последний удаляется. Уже через 2-3 суток больной активизируется и начинает вести обычный образ жизни. В таком случае при отсутствии осложнений (высокая температура, воспаление раны, сохранение болей) больной отпускается домой. На 7 сутки после операции пациент возвращается в стационар для снятия швов, получения выписки, больничного листа и рекомендаций по диете. Основная рекомендация по приему пищи после холецистэктомии заключается в частом и дробном питании (4-5 раз в день).

Опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии в хирургическом отделении больницы более 5 лет, в год выполняется до 100 операций.

*Тұжырым*

*Кошенов М.Р.*

*Шу қалалық ауруханасы*

*Лапароскопиялық холецистэктомия*

*Өт қуығының тасты түрде асқынуы оталық емінде лапароскопия таңдамалы. Асқыну болған жағдайлар 1-2% , науқастар 1 аптадан аса емделеді. Ота созылымы- 40-60 минут. Науқастардың ауруханада болуы 1 -3 тәулік құрайды.*

*Summary*

*Koshenov M.R.*

*Shusky city hospital*

*Laparoscopic cholecistectomyLaparoscopic surgery is the preferred treatment is with cholecystitis. The frequency of complications requiring the patients stay in the hospital more than a week, does not exceed 1-2%.*

*Duration of operation 40-60 minutes, duration of hospital stay is reduced from 1 to 3 days.*



УДК 616-005.1-085

Т.Ж. Кайырмагамбетов

Костанайская городская больница, г.Костанай

## Применение Гелофузина в консервативной терапии острого панкреатита

### Аннотация

Статья представляет результаты исследования по включению Гелофузина в лечебную консервативную тактику в первые дни течения острого панкреатита. Раствор Гелофузина 4% наиболее соответствует принятому стандарту и более активной реологической терапии.

**Ключевые слова:** Гелофузин, острый панкреатит, инфузионная терапия, лапароскопия, оментобурсотомия

Среди экстренных хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит приобретает актуальное значение в связи с ростом числа стационарных больных, увеличением соотношения тяжелых форм над легкими, разнообразием подходов в консервативной и хирургической тактике, высокой летальностью. Общая летальность имеет слабую тенденцию к снижению, и на протяжении ряда лет составляет 4-12%. Послеоперационная летальность при деструктивном панкреатите колеблется в пределах 10-75% в зависимости от формы заболевания и характера оперативного вмешательства [1]. Можно даже сказать, в связи с переходом многих лечебных учреждений на право хозяйственной деятельности наличие деструктивных форм панкреатита при любом исходе заболевания является большой финансовой нагрузкой в бюджете больницы при наличии действующего, на данный момент, показателя оплаты одного клинического случая по клинико-затратным группам. Тяжелые формы панкреатита, требующие госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) встречаются у небольшого числа пациентов, однако летальность у этой категории больных достигает 30-50% [2]. По данным отдела статистики в Костанайской городской больнице с 2009 по 2011 годы находились на лечении с диагнозом острый панкреатит 321 больных (см. таблицу №1).

Таблица 1 - Количество пациентов, находившихся на лечении в Костанайской городской больнице с 2009 по 2011 гг

	2009	2010	2011
Количество больных	103	108	110
оперировано	16	12	11
летальность	4 (3,8%)	5 (3,7%)	7 (6,3%)
по летальность	2 (1,9%)	3 (2,7%)	4 (3,6%)

Основой лечебной тактики является раннее начало инфузионной терапии, которую наиболее целесообразно проводить в ОРИТ. Консервативная терапия острого панкреатита имеет определенную стадийность.

Для лечения острого панкреатита, точнее наиболее часто встречающихся форм, таких как отечные, достаточно проведения базисного лечебного комплекса: голод, введение зонда в желудок и аспирация желудочного содержимого, местная гипотермия (холод на живот), анальгетики, спазмолитики, инфузионная терапия в объеме 40 мл на 1 кг массы тела пациента с форсированным диурезом в течение 24-48 ч. Базисную терапию целесообразно усиливать антисекреторными и антиферментными препаратами. При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии в течение 6 ч и наличии хотя бы одного признака тяжелого панкреатита следует констатировать тяжелый панкреатит и перевести больного в отделение реанимации и

интенсивной терапии и проводить лечение, соответствующее тяжелому ОП. Которое подразумевает более активную реологическую терапию, возмещение плазмопотери, антиоксидантную терапию [3].

Таблица 2 - Виды оперативных вмешательств

	2009	2011	2012
оперировано	16	12	11
Лапароскопическая санация брюшной полости	6	4	1
Дренирование сальниковой сумки	5	4	3
оментобурсотомия	1	0	3
Прочие	4	4	4

Препаратом, отвечающим требованиям, предъявляемым препаратам для инфузионной терапии при остром панкреатите, является гелофузин. Гелофузин 4% - плазмозамещающий препарат, группа коллоидов. Если указывать его основные свойства кратко, то они являются следующими. Гелофузин увеличивает объем плазмы, что приводит к увеличению венозного возврата и сердечного выброса, повышению артериального давления и улучшению перфузии периферических тканей. Осмотический диурез, вызываемый гелофузином, играет важную роль в поддержании функции почек при шоке. Установление оптимального баланса жидкости и его возмещение направлены на защиту функции почек и обеспечение адекватного венозного возврата к сердцу, который может быть угнетён панкреатогенным депрессивно-миокардиальным фактором.

Гелофузин способствует снижению вязкости крови, улучшает микроциркуляцию. Благодаря своим коллоидно – осмотическим свойствам данный раствор предотвращает или снижает вероятность развития интерстициального отека, секвестрирование жидкости в брюшной полости и в забрюшинном пространстве. Экссудат при остром панкреатите всегда вызывает появление синдрома высокого внутрибрюшного давления (ВВД), получившего название “Abdominal Compartment Syndrome”, со всеми вытекающими патологическими последствиями. Эти изменения, развиваются до существенного снижения сердечного выброса. Перфузионное давление брюшной полости, вычисляемое как разница между системным артериальным и внутрибрюшным давлением, снижается раньше и сильнее, чем давление в верхней брыжеечной артерии и сердечный выброс, и поэтому может быть наиболее важным прогностическим параметром [4]. Объемзамещающий эффект гелофузина сохраняется в течение 4 часов. Гелофузин имеет возможность введения в максимальной суточной дозе до 200 мл/кг массы тела. Осложнений при его применении нет.

### Тұжырым

Кайырмагамбетов Т.Ж.

Қостанай қалалық ауруханасы, Қостанай қаласы  
Мақалада қатерлі панкреатиттің алғашқы күндік ағымдық  
мақдудегі кәрітартпа әдісіне Гелофузинді қосу бойынша  
зерттеу нәтижелерін ұсынады.  
Гелофузин ерітіндісі қабылданған стандарттың 4% (пайызына) сәйкес келеді және аса белсенді реологиялық терапия.

*Summary**Kaymagambetov T.Zh.**Kostanaysky city hospital, Kostanay**Article represents results of research on Gelofuzin's inclusion**in medical conservative tactics in the first days of a course of sharp pancreatitis. Gelofuzin's solution of 4 % most corresponds to the accepted standard and more active rheological therapy.*

УДК 616-005.1-085

Нурмадиев А.М.

КГП «Лисаковская городская больница», хирургическое отделение, г.Лисаковск

## Опыт применения Гелофузина у детей при дивертикуле Меккеля, осложненном кровотечением. Клинический случай

*Аннотация*

*Результаты данного исследования показали, что Гелофузин является эффективным и безопасным кровезаменителем у детей с осложненными кишечными кровотечениями и является стартовым раствором в предоперационной подготовке.*

*Ключевые слова: Гелофузин, дивертикул Меккеля, кровотечение, баугинева заслонка, предоперационная подготовка*

Дивертикул Меккеля представляет собой выпячивание участка на противобрыжечной стороне подвздошной кишки. Описаны случаи расположения дивертикула на брыжечном крае и даже в толще брыжейки. Расстояние дивертикула от баугиниевой заслонки варьирует в широких пределах – от 10 до 90 см. (Куш Н.Л., 1961г.), чем меньше ребенок, тем это расстояние меньше. У детей до 6 мес. оно составляет 20 см. Длина самого дивертикула также различна: от еле заметного возвышения до 11-15 см, диаметр – от 0,5 до 15 см (Ростовцев М.И., 1907г.). Дивертикул иногда напоминает червеобразный отросток с колбовидным утолщением на конце, форма его чаще конусовидная с широким основанием на кишке.

В тех случаях, когда у входа отмечается складка слизистой оболочки или основание дивертикула, значительно уже остальной его части, в дивертикуле может застаиваться кишечное содержимое, застревают инородные тела, паразиты; и это приводит к осложнению дивертикула - кровотечению.

Стартовым раствором в предоперационной подготовке при дивертикуле Меккеля, осложненным кровотечением является гелофузин.

Гелофузин 4% - плазмозамещающий препарат. Увеличивает объем плазмы, что приводит к увеличению венозного возврата и сердечного выброса, повышению артериального давления и улучшению перфузии периферических тканей. Осмотический диурез, вызываемый гелофузином, играет важную роль в поддержании функции почек при шоке. Гелофузин способствует снижению вязкости крови, улучшает микроциркуляцию. Благодаря своим коллоидно – осмотическим свойствам данный раствор предотвращает или снижает вероятность развития интерстициального отека. Объемзамещающий эффект гелофузина сохраняется в течение 4 часов. Возможность введения в максимальной суточной дозе до 200 мл/ кг массы тела. Осложнений нет.

Клинический случай. Ребенок Н., 10лет, доставлен бригадой «скорой помощи» в приемное отделение Лисаковской городской больницы с диагнозом: Острое кишечное кровотечение. Постгеморрагическая анемия.

При поступлении: жалобы на наличие обильной крови в стуле, головокружение, слабость, тошноту.

Из анамнеза: заболел остро, когда появились вышеуказанные жалобы на фоне полного здоровья.

При объективном осмотре: Состояние при поступлении тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 80/50мм.рт.ст., пульс 112ударов в 1минуту. Живот запавший, при пальпации мягкий, безболезненный.

Дефанса, перитонеальных симптомов нет. Per rectum: ам-

пула свободна, бимануально-патологических образований не определяется, на перчатке - обильная темная кровь.

В ОАК (при поступлении): Hb-92,1г/л, СОЭ-10 мм/ч; L-8,8\*10<sup>9</sup>/л, Эр-2,88\*10<sup>12</sup>/л, ЦП-0,96, Нт-0,29, Тром-142\*10<sup>9</sup>/л, п/я-2, с/я-58, м-6, л-34.

Госпитализирован в ОРИТ. На фоне проведения гемостатической и заместительной терапии геморрагический синдром сохранился, в анализах - дефицит факторов коагуляционного гемостаза. Начата плазмозамещающая терапия раствором гелофузина в дозе 20 мл/кг, в результате которой стабилизировалась гемодинамика: АД - 95/55мм.рт.ст, уменьшилась тахикардия до 96 ударов в минуту.

Учитывая анемию (Hb-80,0г/л, Эр-2,88x10<sup>12</sup>/л, ЦПК-085, Нт-0,29), проведена трансфузия эр.массы. ЭФГДС - патологии не выявлено. Для дальнейшего лечения пациент переведен в Областную детскую больницу.

В первые сутки произведена операция - срединная лапаротомия. Дивертикулэктомия. Санация и дренирование брюшной полости.

Ранний послеоперационный период в ОРИТ. Проводимое лечение: цефазолин, гентамицин, метрид, клафоран, инфузионная терапия, трансфузия одноклассной СЗП, эр.массы, частичное парентеральное питание.

На 5-е сутки ребенок переведен в хирургическое отделение.

На фоне проводимой терапии состояние улучшилось. Жалоб нет. Энтеральное питание усваивает. Соматический статус без особенностей. Гемодинамика стабильная. Живот правильной формы. Пальпаторно мягкий, безболезненный. Перистальтика хорошая. Стул самостоятельный, оформленный, без патологических примесей. Диурез в норме. Швы сняты на 10 сутки, послеоперационный рубец состоятелен, спокоен.

В контрольных анализах крови: Hb-114г/л, СОЭ-18 мм/час, лейкоциты-5,0x10<sup>9</sup>/л, эритроциты-3,7x10<sup>12</sup>/л, ЦПК-0,9, с/я-42, э-6, м-10, л-42.

На 13-е сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии. Амбулаторно осмотр хирурга через 3 месяца, затем через 6 месяцев. Жалоб нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, оформленный обычного цвета.

*Тұжырым**Нурмадиев А.М.*

*Меккелдің бұлтығы, гелофузинаның қолдануын тәжірибе қан кетумен балаларда шиеленістіріп алған.*

*Гелофузин тиімді және қауіпсіз қан алмастырушы шиеленістіріп алған ішекті қан кетулері бар балаларда мойындаған және операция алдындағы өзірлеуде старттық ерімінді болып табылады.*

*Summary**Nurmadiev A.M.*

*Experience application of gelofuzin at the diverticulum Mekkelya, complicated by bleeding for children.*

*Gelofuzin is confessed an effective and safe blood substitute for children with the complicated enterorrhagias and is start solution in preoperational preparation.*

УДК 616.381-002.-089.168:615.456

А.Н. Орманов, Р.М. Оспанов, К.Д. Байрамов, Д.А. Қабылов, Ф.Е. Сармаш, Е.Б. Жантеев  
ОҚМФА, хирургиялық пәндер кафедрасы; Шымкент қалалық жедел медициналық көмек көрсету ауруханасы,  
Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, хирургия, анестезиология және реанимация кафедрасы; Шымкент қаласы

## Жедел іріңді перитонит кезінде науқастар қанындағы липидтер асқын тотығу өнімдері мен антиототықтырғыш жүйе интегралды коэффициентінің өзгерістері

А.Н. Орманов, Р.М. Оспанов, К.Д. Байрамов, Д.А. Қабылов,  
Ф.Е. Сармаш, Е.Б. Жантеев

ОҚМФА, хирургиялық пәндер кафедрасы; Шымкент қалалық жедел медициналық көмек көрсету ауруханасы,  
Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, хирургия, анестезиология және реанимация кафедрасы; Шымкент қаласы

Жедел іріңді перитонит кезінде науқастар қанындағы  
липидтер асқын тотығу өнімдері мен антиототықтырғыш  
жүйе интегралды коэффициентінің өзгерістері

Интегралды коэффициенттің науқастардың ауырлық  
дәрежесіне байланысты өсуі ішастар қабынуы кезіндегі  
еркін радикалды асқын тотығу үдерісінің үдеуіне және био-  
ортада антиототықтырғыштық жүйе белсенділігінің күрт  
төмендеуіне тікелей байланысты болып, максималды деңгейі  
таралған перитониттің III (терминалды) стадиясындағы  
науқастар қанында анықталды.

### Мәселе өзектілігі

Қазіргі уақытта іріңді-қабынулық үдерістерді зерттеу ағзаның көптеген патологиялық реакцияларының негізін құрайтын, биомембраналардың дестабилизация механизмдерін анықтаусыз мүмкін емес. Соңғы жылдар зерттеулері барысында эндотоксикоз ауырлығы көбінесе ағзаның антиототықтырғыштық жүйе (АТЖ) қорғанысының күрт тежелуі фондындағы липидтердің асқын тотығу (ЛАТ) интенсивтілігімен анықталатын, түрлі патологиялық жағдайлар, соның ішінде перитонит кезінде дамидын морфологикалық өзгерістер механизмдерінде ағзаның АТЖ және ЛАТ үдерістерінің ролі анықталды (1,2,3). Осыған байланысты зерттеуіміздің мақсаты - интегралды коэффициентті (ИК) қолдану арқылы перитонит кезіндегі науқастар қанындағы ЛАТ-АТЖ өзгерістерінің дәрежесін анықтау.

### Материалдар мен зерттеу әдістері

Клиникалық зерттеулерге Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ клиникасының хирургия бөлімшесіндегі және Шымкент қалалық жедел медициналық көмек көрсету ауруханасының хирургия бөлімшелеріндегі 155 перитонитті науқас алынды, оның 110 ер кісілер және 45 әйел адамдар. Бақылау тобы ретінде 25 дені сау адам алынды. Жергілікті перитонитті науқастар саны 30, ал таралған түрлерімен зардап шегетін науқастар саны 125 болды.

Науқастар қанының ЛАТ-АТЖ интегралды коэффициенті (ИК) төмендегі формула арқылы анықталды:

$$\text{ХЛУК}_t + \text{ДК}_t + \text{ЛГАТ}_t + \text{МДА}_t \text{ СОД}_t + \text{АТБ}_t + \text{АРБ}_t + \text{SH}_t + \text{ЦП}_t$$

$$\text{ИК} = \frac{\text{ХЛУК}_6 \text{ ДК}_6 \text{ ЛГАТ}_6 \text{ МДА}_6 : \text{СОД}_6 \text{ АТБ}_6 \text{ АРБ}_6 \text{ SH}_6 \text{ ЦП}_6}{4 \quad 5}$$

мұндағы: ХЛУК – хемиллюминесценттік уыттану көрсеткіші,  
ДК – диенді

конъюгат, ЛГАТ – липидтердің гидроасқын тотығы, МДА – малонды диальдегид, СОД – супероксиддисмутаза, АТБ – антиототықтырғыш белсенділік, АРБ – антирадикалды белсенділік, SH – сульфгидрилдік топ, ЦП – церулоплазмин, Т – тәжірибелік топ, Б – бақылау тобы.

### Зерттеу нәтижелері

Липидтердің асқын тотығу өнімдері мен антиототықтырғыш жүйе интегралды коэффициентінің мәні перитонитті науқастардың ауырлық дәрежесіне тәуелді болды (кесте).

Кесте. Перитонитті науқастар қанындағы липидтердің асқын тотығу өнімдері мен антиототықтырғыштық жүйе интегралды коэффициентінің өзгерістері

Топтар	Перитонит	Таралған перитонит		
		I (реактивті) стадия	II (токсикалық) стадия	III (терминалды) стадия
Бақылау тобы	1,0±0,01	1,0±0,01	1,0±0,01	1,0±0,01
Емге дейін	3,19±0,15 p<0,01	5,34±0,22 p<0,01	8,71±0,43 p<0,01	14,4±0,86 p<0,01
Нұсқама: p – бақылау тобымен салыстырғандағы дәлдік коэффициенті				

Жергілікті перитонит кезінде интегралды коэффициенттің мәні бақылау тобының көрсеткішімен салыстырғанда 219%-ға жоғарылады. Ал таралған перитонитті науқастар қанындағы интегралды коэффициенттің деңгейі бірінші (реактивті) стадиясында 434%-ға өссе, екінші (токсикалық) стадиядағы науқастар қанында бұл көрсеткіш 771%-ға артты. Интегралды коэффициенттің ең үлкен мәні таралған перитониттің үшінші (терминалды) стадиясында анықталды және де бақылау тобымен салыстырғанда жоғарылау деңгейі 1340%-ды құрады.

### Резюме

А.Н.Орманов, Р.М.Оспанов, К.Д.Байрамов, Қабылов Г.Е.,  
Ф.Е.Сармаш, Е.Б.Жантеев

Перекисное окисление липидов и оксидантная система  
крови у больных местных перитонитом

Представлены результаты исследования по изучению интегрального коэффициента (ИК) перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы (АОС) крови у больных с местным перитонитом. Обнаружено, что этот показатель увеличился в 3,19 раз по сравнению с показателем контрольной группы. ИК ПОЛ-АОС крови больных

в реактивной, токсической и терминальной стадиях распространённого перитонита увеличился соответственно в 5,34, 8,71 и 14,4 раза.

#### Summary

A.N.Ormanov, R. M. Ospanov, K.D.Bayramov. Kabylov G.E., G.E. Sarmash, E.B.Zhanteev

Oxidation of lipids and antioxidant system of blood at patients

with local peritonitis.

Integrated factor (IF) of lipid peroxidation (LP) and antioxidante systems (AOS) of blood at patients with a local peritonitis has increased in 3,19 times in compare with parameter of control group. IF of LP-AOS of patients blood in reactive, toxic and terminal stages of the widespread peritonitis has increased accordingly in 5,34, 8,71 and 14,4 times.

УДК 616-005.1

М.Р. Кошенов

Шуская городская больница

## Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода

#### Аннотация

В статье представлено современное понимание лечения кровотечений из вен пищевода. Показано, что при лечении кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода оправдано раннее введение вазоактивных препаратов. Введение препаратов должно продолжаться до 5 дней с целью предупреждения раннего рецидива кровотечения. При неэффективности - экстренная эндоскопия с лигированием варикозно расширенных вен пищевода. При продолжающемся кровотечении или его рецидиве в острую фазу - зонд Блэкмора с продолжением инфузии вазоактивных препаратов. При неэффективности или не доступности всего вышеперечисленного - хирургическое лечение.

**Ключевые слова:** варикозные вены пищевода, кровотечения, эндоскопия, зонд Блэкмора, вазоактивные препараты

Варикозное расширение вен пищевода - это патология вен пищевода, которая характеризуется неравномерным увеличением их просвета с выпячиванием стенки и развитием узловатоподобной извитости сосудов. Варикозно расширенные вены очень хрупкие, поэтому могут с легкостью разорваться. Вероятность того, что варикозный узел прорвется и начнет кровоточить, возрастает при увеличении размера и диаметра узла, а также давления в нем. Результатом разрыва может стать большая потеря крови. Кровотечение по причине варикозного расширения вен пищевода является угрожающим жизни состоянием.

Причины, вызывающие варикозное расширение вен пищевода:

- портальная гипертензия - повышение давления в воротной вене (вена, которая доставляет кровь от органов пищеварения к печени) из-за блокирования кровотока через печень. Часто возникает из-за цирроза печени (при приеме алкоголя, гепатите или других заболеваниях);

- сдавление верхней полой вены;
- тромбоз вен печени (синдром Киари);
- общее повышение давления в большом круге кровообращения (при сердечной недостаточности).

#### Диагностика

Варикозно расширенные вены пищевода можно обнаружить при рентгенологическом исследовании, при котором отмечают: фестончатые зубчатые контуры пищевода; грубые извитые складки слизистой оболочки; небольшие округлые или продольные дефекты наполнения; серпантиноподобные участки пониженной плотности ткани.

Наиболее надежные данные получают при эзофагоскопии, которую следует проводить осторожно из-за опасности кровотечения при травме стенки вены.

#### Клиническая картина

Обычно варикозное расширение вен пищевода до возникновения кровотечения протекает бессимптомно или с незначительными симптомами: нерезко выраженная дисфагия, изжога и т. д. Эти симптомы отступают на второй план перед признаками основного заболевания: цирроз печени, рак, сер-

дечная недостаточность и др.

Симптомы кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода:

- обильная рвота «полным ртом» неизменной кровью темно-вишневого цвета;

- черный, дегтеобразный стул (при менее сильном кровотечении и скоплении крови в желудке - рвота типа «кофейной гущи»);

- низкое АД;

- учащенное сердцебиение;

- в тяжелых случаях - геморрагический шок.

Пищеводное кровотечение часто бывает внезапным и профузным. В 25-50% случаев кровотечение является причиной смерти больного. При формулировке диагноза в начале указывают основное заболевание, вызвавшее этот синдром, а затем варикозное расширение вен пищевода и осложнения (при их наличии).

При кровотечении, если его быстро не остановить, развивается геморрагический шок, который может привести к смерти. Осложнением при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода может быть хронический эзофагит.

#### Лечение

При возникновении кровотечения необходимо немедленно оказать медицинскую помощь на догоспитальном этапе. Пациента следует поместить в хорошо проветриваемое помещение (под вентилятор), чтобы предотвратить кровоизлияние в легкие. Положить охлаждающий пакет (или пузырь со льдом) на эпигастральную область. Поставить зонд Блэкмора, наполнить воздухом манжету, которая сдавит кровоточащие вены и поможет остановить кровотечение. Также вводят кровоостанавливающие средства (викасол, дицинон, аминокaproновую кислоту), кровезаменители.

После принятия экстренных мер по остановке кровотечения на догоспитальном этапе следует проводить лечение в стационаре, которое поможет предотвратить кровотечение в будущем. Лечение в стационаре может быть нескольких видов:

Бандаж - процедура, при которой небольшие резиновые диски (бандажи) помещаются непосредственно над кровеносными сосудами (варикозом). Эта процедура помогает остановить кровотечение и устраняет варикоз.

Склеротерапия - процедура, при которой врач в варикозные вены делает инъекцию специального раствора, способствующего свертыванию крови и склерозированию вены.

Трансъяремный внутривенный портосистемный шунт: под контролем рентгена через яремную вену проводится стент (цилиндрическое устройство), который помещается в среднюю часть печени. Стент соединяет печеночную и портальную вены. Это делается для того, чтобы понизить высокое кровяное давление в портальной вене.

Спленоренальное шунтирование - хирургическая процедура, при которой происходит соединение селезеночной вены с веной левой почки для того, чтобы снизить давление в варикозных венах и сдерживать возможные кровотечения.

Пересадка печени может применяться на последних стадиях заболевания печени.

Прекращение кровоснабжения - хирургическая процедура, при которой удаляются кровоточащие варикозные вены. Проводится, когда шунтирование невозможно или было сделано безуспешно.

*Тұжырым*

*Кошенов М.Р.*

*Шу қалалық ауруханасы*

*Өзектің кеңейген варикозды қан тамырларынан қан кету.*

*Кеңірдектегі кеңейген қан тамырларынан қан кетуде дұрысы ертерек вазоактивті дәрі-дәрмек қолдануы. Қан кетуді қайталамау мақсатында дәрі-дәрмекті 5 күн қолдану қажет. Көмектеспеген жағдайда – жедел эндоскопия арқылы қан тамырларына лигатура салу. Тоқтамай қан кету кезінде*

*–блэкмор зондын салу қосымша вазоактивтік дәрі-дәрмекпен бірге.*

*Жоғарыда қолданылған тәсілдерден көмек болмағанда-оталық ем.*

*Summary*

*Koshenov M.R.*

*Shusky city hospital*

*Bleedings from varikozno expanded veins of a gulletAt the treatment of the bleeding from varikozadvanced veins of the gullet early introduction of vasoactive pills is justified. Introduction preparations should continue until 5 days to prevent early recurrence of bleeding. With inefficiency-emergency endoscopy, varikozadvanced veins of the gullet ligation. With continued bleeding or relapse in acute phase-probe Blackmora with the continuation of the infusion of vasoactive drugs. The ineffectiveness or non-availability of all of the above-surgical treatment.*

УДК 616-079.1

*А.С. Ибадильдин, Г.К. Мухамеджанов, Б.Е. Аталыков, Э.А. Абылгазиева  
КазНМУ, кафедра «Хирургические болезни № 3» г.Алматы*

## Роль ультразвукового исследования в диагностике острого аппендицита у беременных

*Аннотация*

*В статье говорится, что острый аппендицит у женщин особенно во второй половине беременности, является «коварным» заболеванием. Предвидеть характер патологических изменений в червеобразном отростке трудно, а предсказать возможный прогноз для жизни матери и ребенка невозможно. Для своевременной дифференциальной диагностики острого аппендицита у беременных ультразвуковое исследование приобретает большое значение, что убеждает нас о необходимости широкого применения и внедрении данного неинвазивного метода исследования в условиях экстренной хирургии и гинекологии.*

*Ключевые слова: аппендицит, беременность, диагностика, УЗИ*

### Актуальность

Острый аппендицит часто встречающееся во врачебной практике заболевание, коварство клинического течения которого требует необходимость тщательной оценки обнаруживаемого болевого синдрома, сопоставление их, а также умения дифференцировать своеобразность течения особых форм острого аппендицита.

Несмотря на достигнутые успехи, диагностика и лечение острого аппендицита остается актуальной проблемой современной хирургии. Анализируя результаты лечения острого аппендицита, можно утверждать, что, в большинстве случаев при остром аппендиците данные анамнеза и объективного осмотра пациента позволяют безошибочно поставить диагноз. Однако, в практической деятельности, нередко встречаются значительные затруднения в интерпретации клинической картины у больных с атипичным расположением аппендикса, в сочетании с другой патологией органов брюшной полости, а также у беременных женщин. Повышенный интерес к особенностям течения и клиническим проявлениям острого аппендицита у беременных объясняется тем, что данная патология маскируется симптомами беременности, а ошибки диагностики могут быть опасны для жизни матери и плода.

Трудность диагностики острого аппендицита у беременных обусловлена тем, что болевые ощущение у женщин могут

быть вызваны рядом причин, связанных с беременностью, а во второй половине беременности из-за увеличенной матки брюшная стенка своеобразно регидна, реакция на боль снижена, что дополнительно затрудняет диагностику. Учитывая последствия диагностических ошибок при остром аппендиците у беременных, особенно во второй половине беременности, кроме анамнеза, клиники, характерных симптомов, а также, лабораторных данных важное диагностическое значение имеет ультразвуковое исследование брюшной полости беременных с подозрением на острый аппендицит.

### Цель исследования

- обобщить опыт применения УЗИ диагностики острого аппендицита у беременных

### Материалы и методы

В нашей клинике проанализированы 1620 Историй болезни оперированных больных по поводу острого аппендицита в возрасте от 16 до 62 лет. Женщин было 910 (56%), мужчин 710(44%).Среди женщин беременных 82(9%) со сроком беременности от 6-7 недель до 36 недель. Сроки госпитализации составили от 6 до 48 часов от начала заболевания. В 57(69,5%) случаях проводилось экстренное УЗИ исследование малого таза и правой подвздошной области на аппарате Logiq 400. Исследование начинали по общепринятой методике; с осмотра органов малого таза, оценивали состояние правой подвздошной ямки, купола слепой кишки, стенки червеобразного отростка и наличия выпота.

### Результаты

Для патологического процесса аппендикса у беременных характерным является эхонегативное образование в правой подвздошной ямке с плотными стенками и внутренним диаметром 0,8-1,2 см, что зависит от степени деструкции отростка. У купола слепой кишки эхонегативная (удлиненная) ткань без четких границ, что соответствует воспалительному изменению отростка с вовлечением брыжейки, также можно уловить утолщение стенок слепой кишки и пневматизацию восходящего отдела толстой кишки. При аппендикулярном перитоните ценным при-

знаком является наличие жидкости в правой подвздошной ямке. Наиболее ценное значение приобретает УЗИ исследование при диагностике аппендикулярного инфильтрата и урогенитальной патологии.

Из числа обследованных у 34 (59,6 %) больных на УЗИ визуализировались прямые и косвенные признаки острого аппендицита, что подтверждено интероперационно: острый флегмонозный аппендицит- 21, острый гангренозный аппендицит-4, 2- острый гангренозный аппендицит с местным перитонитом-2, острый катаральный аппендицит -3, аппендикулярный инфильтрат-2.

Несмотря на отрицательные УЗИ данные, 23 беременные женщины (40,4%) оперированы с разными формами острого аппендицита, что объяснялось атипичным расположением отрезка, трудностями интерпретации ультразвуковой картины, технической возможностью УЗИ аппарата и опытности врача эндоскописта.

Таким образом, острый аппендицит у женщин, особенно во второй половине беременности, является «коварным» заболеванием. Предвидеть характер патологических изменений в червеобразном отростке трудно, а предсказать возможный прогноз для жизни матери и ребенка невозможно. Для своевременной дифференциальной диагностики острого аппендицита у беременных ультразвуковое исследование приобретает большое значение, что убеждает нас о необходимости широкого применения и внедрении данного неинвазивного метода исследования в условиях экстренной хирургии и гинекологии.

УДК 616-079.1

Л.В. Андриевская, Т.В. Поддубченко, Д.Б. Эстияров  
Житикаринская ЦРБ

## Возможности УЗИ в диагностике острого аппендицита в условиях ЦРБ

### Аннотация

В представленной работе показана эффективность сонографии в комплексной диагностике острого аппендицита 78 пациентов от 9 до 75 лет, обследованных на базе ЦРБ города Житикары. Метод облегчает диагностику с атипичной клиникой и измененной топографией аппендикса, способствует более ранней постановке правильного диагноза, что влияет как на тактику лечения, так и может изменять вид оперативного доступа.

Ключевые слова: острый аппендицит, УЗИ-диагностика, сонография

### Введение

Острый аппендицит (ОА) был и остается наиболее частой причиной острого живота, не говоря о том, что это самое коварное заболевание органов брюшной полости, особенно в детской практике [1].

В большинстве случаев диагноз ОА ставится на основании жалоб, объективного обследования больного и лабораторных данных, несмотря на то, что методика УЗИ диагностики ОА разработана более 20 лет назад [2].

При проведении УЗИ пациенту с подозрением на ОА, а тем более ребенку, учитывалось, что отросток может находиться где угодно и выглядеть как угодно [3].

### Цель исследования

– на примере ЦРБ города Житикары показать эффективность

### Тұжырым

А.С. Ибадильдин, Г.К. Мухамеджанов, Б.Е. Аталыков, Э.А. Абылгазиева  
ҚазҰМУ, «№3 хирургиялық аурулар» кафедрасы, Алматы қаласы

Жүктілікте өткір соқыр ішекті диагностикалаудағы ультрадыбыстық зерттеулердің ролі

Мақалада өткір соқыр ішекті жүкті әйелдерде әсіресе жүктіліктің екінші жартысында, «өте қауіпті» ауру болып табылады. Өткір соқыр ішектің дер кезінде дифференциалды диагностикасы үшін аяғы ауыр әйелге ультрадыбыстық зерттеу маңызды орын атқарады, яғни бізге шұғыл хирургия және гинекология шарттарын кең қолдануда және енгізуде аталған инвазивтік әдісінің қажетті екендігін айтады.

### Summary

A.S.Ibadildin, G.K.Mukhamedzhanov, B.E.Atalykov, E.A.Abylgaziyev

ҚазҰМУ, Surgical Diseases No. 3 chair of Almaty.

Role of ultrasonic research in diagnostics of an acute appendicitis at pregnant women

In article it is said that the acute appendicitis at women especially in the second half of pregnancy, is a «artful» disease. It is difficult to expect nature of pathological changes in a worm-shaped shoot, and to predict the possible forecast for life of mother and the child it is impossible. For timely differential diagnostics of an acute appendicitis at pregnant women ultrasonic research gets great value that convinces us about need of broad application and introduction of this noninvasive method of research in the conditions of emergency surgery and gynecology.

сонографии в комплексной диагностике острого аппендицита.

### Материал и методы

В исследование были включены лица обоих полов в возрасте от 9 до 75 лет. Всего было обследовано 78 человек, поступивших в ЦРБ г. Житикары с болевым абдоминальным синдромом, преимущественно в правой половине живота, повышением температуры тела. После осмотра хирурга в приёмном покое все больные направлялись экстренно на УЗИ органов брюшной полости и мочевыделительной системы. Для детей с подозрением на ОА соблюдалось необходимое условие корректного проведения УЗИ – наполненный мочевой пузырь.

Исследование проводилось по стандартной методике на аппаратах Toshiba-Xario (Япония) и Sonoscape 5000 (Китай) в В-режиме с использованием конвексного датчика с частотой 3,5 МГц и линейного с частотой 7,5 МГц.

По результатам больные были разделены на три группы. В первую группу вошли пациенты (38 человек – 48,7%), у которых по данным УЗИ был диагностирован ОА. Обратная связь с хирургами, осуществлялась по мере возможностей сразу или спустя сутки после операции.

У 12 имели место косвенные УЗ-признаки ОА: наличие выпота в правых отделах брюшной полости, дилатация терминального отдела подвздошной кишки, купола слепой кишки и ограничение его подвижности.

У остальных 26 человек из этой группы были достоверные УЗ-признаки ОА – визуализация измененного червеобразного отростка. Налицо были признаки его воспалительной трансфор-

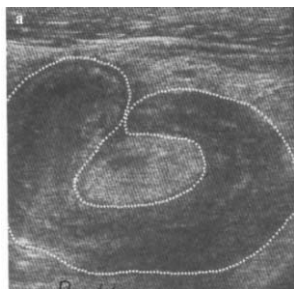


Рисунок 1.

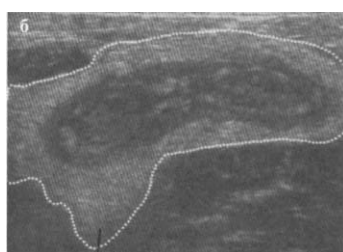


Рисунок 2.

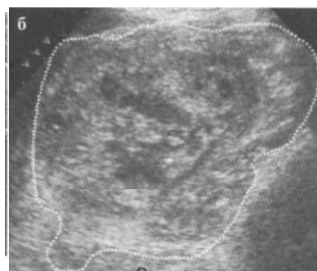


Рисунок 3.

мации. При катаральном аппендиците (рис. 1) визуализировалось утолщение его стенок до 5-6 мм, повышение эхогенности за счет инфильтрации.

При флегмонозном и гангренозном аппендицитах имел неправильную форму (рис. 2). Слои стенки отростка не дифференцировались. Как правило, визуализировалась его расширенная полость с неоднородной жидкостью. Диаметр увеличивался до 8-13 мм. У части больных наблюдалось незначительное количество выпота по периферии брыжейки и увеличение мезентеральных лимфатических узлов.

У 7 больных, поступивших в стационар в более поздние сроки заболевания (от 2 до 4 недель), течение ОА сопровождалось воспалительной реакцией со стороны большого сальника, что привело к формированию аппендикулярного инфильтрата. На эхограмме (рис. 3) он визуализировался как нечетко ограниченная аперистальтическая структура с гетерогенным содержимым.

У 6 пациентов червеобразный отросток имел атипичную локализацию под печенью, в латеральном канале, что значительно осложняло как клиническую, так и эхографическую диагностику.

Эхографической находкой у 3 пациентов было обнаружение в просвете отростка копролитов.

Во второй группе (15 человек – 19%) по данным УЗИ была выявлена иная патология органов брюшной полости.

Третью группу (25 человек – 36%) составляли пациенты, из которых при проведении УЗИ не было выявлено признаков острой патологии органов брюшной полости.

В первой группе был наибольший процент истинно положительных результатов: 30 человек (79%), ложноположительных 8 случаев (21%). Чувствительность ультразвукового исследо-

вания в диагностике острого аппендицита составила 71,6%, специфичность – 74,1%, точность метода – 81,7%.

Показана целесообразность применения сонографии в диагностике ОА. Метод облегчает диагностику с атипичной клиникой и измененной топографией аппендикса (подпеченочное, тазовое), способствуя правильному выбору тактики лечения и вида оперативного доступа.

#### Тұжырым

Л.В. Андриевская, Т.В. Поддубченко, Д.Б. Естияров

ОАА жағдайындағы жіті соқырішекті диагностикалауда УДЗ мүмкіндіктері

Берілген мақалада Жетіқара қаласы ОАА жағдайында тексерілген, 9 – 75 жас аралығындағы 78 емдеушінің жіті соқырішегін кешенді диагностикалауда сонография тиімділігі көрсетілген. Бұл әдіс аппендикстің өзгертілген топографиясын және атипиялы клиникасы бар диагностиканы жеңілдетіп, анағұрлым ерте дұрыс диагноз қоюға септігін тизізеді, бұл емдеу тәсіліне шұғыл араласу түрін өзгерте алады.

#### Summary

Andrievskaya L.V., Poddubchenko T.V., Estiyarov D.B.

Zhitikary hospital

Opportunities ultrasound in the diagnosis of acute appendicitis in CRH

In this study, the effectiveness of sonography in the diagnosis of acute appendicitis complex 78 patients from 9 to 75 years, examined on the basis of CRH Zhitikary. The method facilitates the diagnosis with atypical clinic and the change in the topography appendix, contributes to early correct diagnosis, which affects both the tactics of treatment, and can change the appearance of online access.

УДК 616-006.6

Н.К.Казыбаев, Г.У. Калижанова, А.А. Ибрашева, К.Ю. Абильмажинов  
Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

## Опыт стентирования при стенозирующих опухолях верхних отделов желудочно-кишечного тракта

### Аннотация

В работе представлен собственный опыт и показана целесообразность использования современных методов эндоскопического лечения для проведения паллиативной терапии унакурабельных больных с распространенным, стенозирующим опухолям верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

**Ключевые слова:** стентирование, стенозирующие опухоли верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

По данным статистических исследований 60-70% больных раком пищевода и желудка на момент выявления являются инкурабельными из-за распространенности опухолевого процесса или тяжелой сопутствующей патологии [1]. Основным клиническим симптомом распространенного рака пищевода и кардиального отдела желудка является дисфагия, возникающая при сужении просвета на 50-75%. Средняя продолжительность жизни пациентов с тяжелой опухолевой дисфагией составляет 90 дней [2].

В неоперабельных случаях, а также при местном рецидиве рака пищевода или желудка после хирургической операции, для лечения применяются различные варианты паллиативной помощи, при которых преследуются две основные цели: восстановление проходимости пищеварительного тракта и повышение качества жизни. Используется несколько методов (включая эндоскопические) устранения непроходимости и возможности энтерального питания неоперабельных онкологических больных с дисфагией: хирургическая операция с наложением гастростомы (реже – чрезкожная лапароскопическая гастростомия) и химиолучевая терапия. Гастростомия, устраняя симптомы дисфагии, лишает пациентов возможности естественного приема пищи через рот, ухудшает качество жизни, нарушает усваивание продуктов питания и является дополнительной психологической травмой. В связи с этим, для устранения дисфагии и восстановления питания через рот продолжают совершенствоваться и разрабатываются новые методы лечения.

В нашей клинике были установлены самораскрывающиеся металлические стенты у двух пациентов.

Пациентка К., 82 года, с мая 2009г состояла на Д учете у онколога с дз: С-г желудка 2ст.Т2N1M0. Состояние после гастроэктомии, спленэктомии, холецистэктомии (2009г), цекостомии (04.11.2011г), прогрессирование процесса mts в забрюшинные лимфоузлы с прорастанием в толстую кишку. 15.12.12 поступила с жалобами на ноющие, временами схваткообразные боли в животе опоясывающего характера, с иррадиацией в правую половину живота, правое подреберье, тошноту, рвоту с некоторым облегчением, отрыжку воздухом.

На видеогастроэноскопии от 21.12.12 - Состояние после гастрэктомии, наложения эзофагоэнтероанастомоза по типу «конец в конец». Прорастание тонкой кишки извне.

Рентгенологическое исследование от 27.12.2011: Состояние после гастроэктомии с наложением пищеводно-тонкокишечного анастомоза. Рецидив (С-г - инфильтративная форма) основного заболевания в зоне анастомоза, стеноз с элементами декомпенсации. Эзофагит.

Руководителем Центра хирургии ЦКБ МЦ УДП РК, к.м.н., доцентом Казыбаевым Н.К. предложена эндоскопическая установка стента.

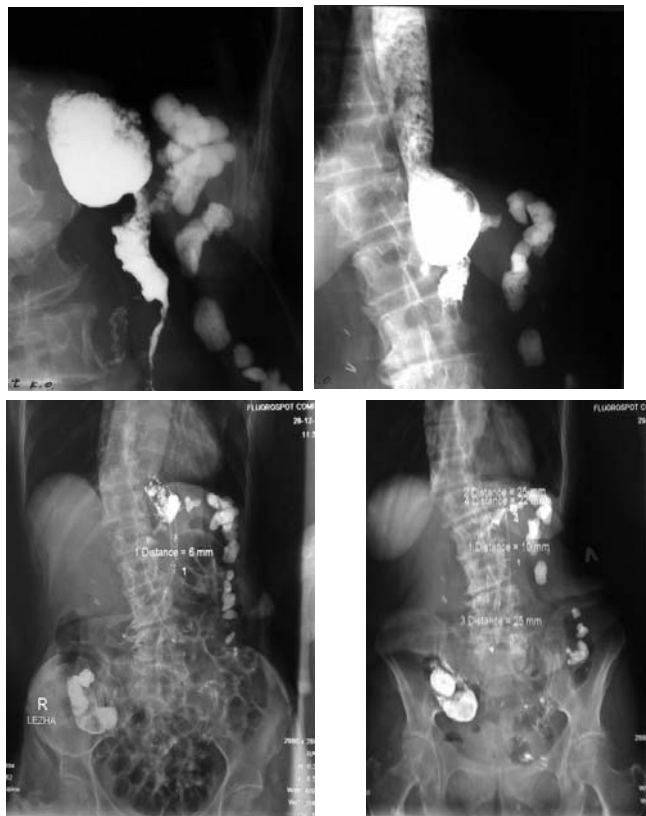


Рисунок 1.

Произведена 28.11.2011 эндоскопическая операция: Установка самораскрывающегося металлического частично покрытого дуоденального стента (d=22mm l=113mm SX ELLA Stent Pyloroduodenal).

28.12.2011 на контрольной обзорной рентгенограмме брюшной полости состояние после установки дуоденального стента. Состояние удовлетворительное, рвота прекратилась, просвет стента с момента установки 10 мм в самом узком месте.

В первые сутки беспокоили чувство инородного тела за грудиной, ноющая боль и позывы к рвоте, но после адекватного обезболивания эти симптомы прошли, появилась возможность принимать протертую пищу. Пациентка умерла через месяц от прогрессирования основного заболевания.

Второй пациент Д, 68 лет поступил с жалобами на слабость, снижение веса за полгода на 10 кг, затруднение прохождения твердой пищи через пищевод. На видеоэзофагогастроскопии выявлен: Эзофагокардиальный рак со стенозированием пищевода и с метастазами в желудке.

От оперативного лечения пациент отказался, Руководителем Центра хирургии ЦКБ МЦ УДП РК к.м.н., доцентом Казыбаевым Н.К. предложена эндоскопическая установка стента.

В отделении эндоскопии произведена эндоскопическая операция под R-контролем: Установка самораскрывающегося частично покрытого металлического пищеводного стента (D=20mm, L=10cm). При установке проводилась коррекция позиции стента путем подтягивания вверх за петлю.

После установки стента пациент жалоб не предъявлял,



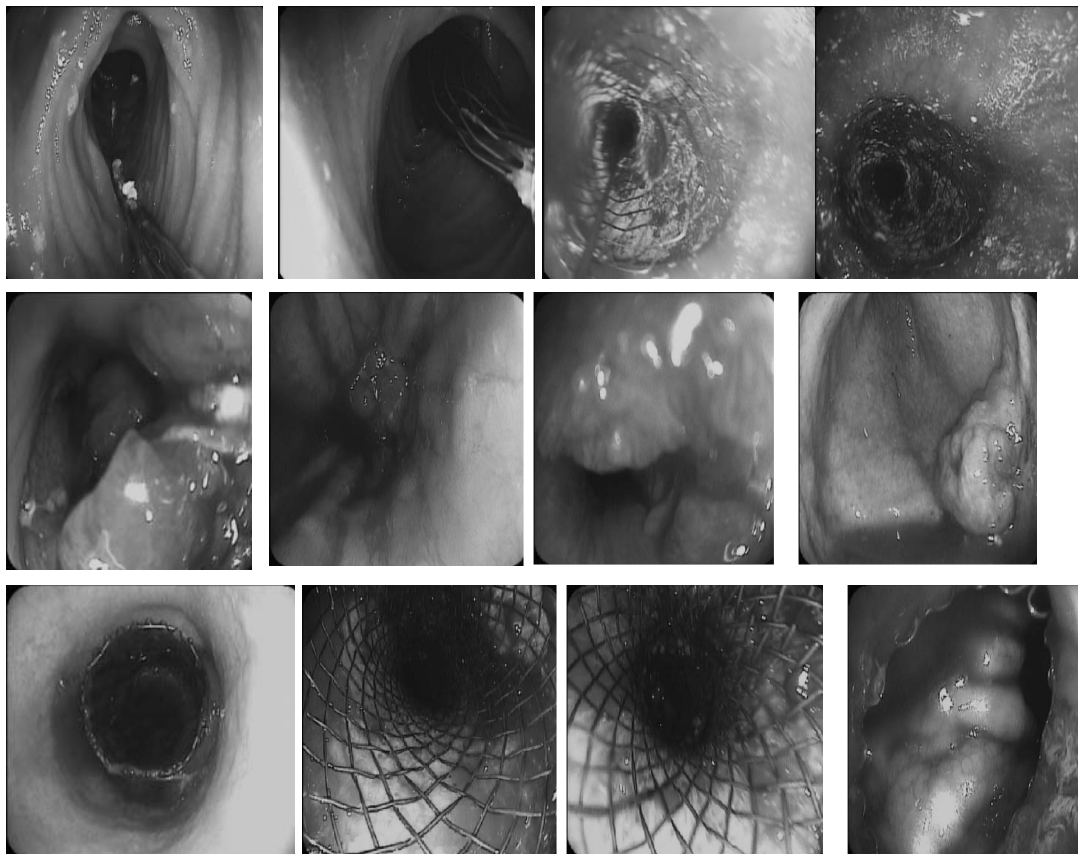


Рисунок 2.

на 2-е сутки самостоятельно принимал пищу в жидком виде, состояние значительно улучшилось, пациент был выписан на лечение в онкодиспансер по месту жительства, через месяц при контрольном осмотре жалоб не предъявлял, прибавил в весе.

На R-графии с барием до операции (рисунок 1) имелось расширение пищевода 6 см, сужение в эзофагокардиальном переходе в виде «мышинного хвоста», при контрольной R-графии (рисунок 2) – стент расположен нормально, раскрытие стента до 1,5см.

Выводы: Использование современных методов эндоскопической реканализации и стентирования при опухолевых стриктурах с восстановлением и длительным сохранением естественного питания открывает перспективы для проведения полноценной паллиативной терапии инкурабельных больных с распространенными, стенозирующими опухолями верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

### Список литературы

1 Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2006 году (заболеваемость и смертность). - М. 2008.- С. 4-6.

2 Monga S.P., Wadleigh R., Sharma A. et al. Intratumoral therapy of

*cisplatin/epinephrine injectable gel for palliation in patients with obstructive esophageal cancer. // Am J Clin Oncol. - 2000 - Vol. 23(4):386-92*

### Тұжырым

Н.К.Казыбаев, Г.У. Қалижанова, А.А. Ибрашева, К.Ю. Әбілмәжинов

*Асқазан-ішек жолдарының жоғары бөлігіндегі стеноздаушы ісіктерді стенттеу тәжірибесі*

*Еңбекте жеке тәжірибе ұсынылып, асқазан-ішек жолдарының жоғары бөлігінде таралған стеноздаушы ісіктері бар инкурабельді науқастарға паллиативті терапия жүргізу үшін қазіргі заманғы эндоскопиялық емдеу әдістерін қолданудың мақсаттылығы көрсетілген.*

### Summary

N.K. Kazybayev, Kalizhanova G.U., Ibrasheva A.A., Abilmazhinov K.Y.

*Experience stenting stenosing tumors of the upper gastrointestinal Tract*

*We present our experience and the expediency of the use of modern methods of endoscopic treatment for palliation of patients with advanced inakurabelnyh, stenosing tumors of the upper gastrointestinal tract.*

УДК 617-089.5:616.36-089.943

Е.М. Миербекоев, Ж.Т. Артыкбаев, В.В. Мутагиров, С.Р. Муханова  
Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г. Алматы, Республика Казахстан

## Первый опыт анестезии и ведения ближайшего послеоперационного периода у больной с ортотопической трансплантацией родственной донорской печени

### Аннотация

Представлен первый клинический опыт анестезиологического обеспечения ортотопической трансплантации печени, проведенный в Республике Казахстане. Данный опыт показал, что успешный исход трансплантации печени во многом определяется адекватностью анестезии, корректным гемодинамическим и метаболическим мониторингом и качеством технического оснащения.

**Ключевые слова:** трансплантация печени, анестезия, мониторинг, послеоперационный период.

Трансплантация печени сегодня во многих странах становится стандартным методом лечения при заболеваниях печени в терминальной стадии. В настоящее время она остается одной из наиболее сложных операций в клинической трансплантологии. Впервые ортотопическая трансплантация печени (ОТП) в клинике была выполнена американским хирургом Т. Starzl в 1963 г. Однако эта операция и ряд последующих сопровождались тяжелыми осложнениями, в том числе и интраоперационными, и как правило заканчивались смертью больных [1, 2]. Лишь в начале 80-х годов прошлого столетия началось широкое распространение ОТП в разных странах, что в значительной степени было связано в совершенствовании специальных методов анестезиологического обеспечения этих сложных операций. Ежегодная потребность в проведении ОТП составляет десятки тысяч, но на пути более широкого внедрения трансплантации в клинику стоит много препятствий. Прежде всего это техническая готовность медицинского персонала - хирургов, анестезиологов, реаниматологов, перфузиологов и др. Огромное значение имеет хирургическая техника и опыт. По мнению Т. Starzl «...ни один крупный гепатологический центр не может себя считать таковым, если он не владеет методом печеночной трансплантации...» [3]. Сложность проведения ОТП обусловлена тяжестью исходного состояния реципиента, многоэтапностью, объемом и травматичностью операции, большой кровопотерей, использованием методов экстракорпорального кровообращения, изменяющимися во время операции условиями гомеостаза [4, 5, 6].

Проведение трансплантации доли печени от близкородственного донора складывается из двух операций, выполняемых практически одновременно, так что временной разрыв начала операций у донора и реципиента составляет не более 3-5 ч. Это позволяет максимально сократить время ишемии трансплантируемой доли печени и продолжительность периода консервации до 4-5 ч. Анестезиологическое обеспечение донорского этапа родственной трансплантации печени является чрезвычайно ответственным моментом, поскольку операция осуществляется у практически здорового человека. Оперативное вмешательство и тем более анестезия не должна стать причиной инвалидизации пациента, добровольно отдающего часть своей печени погибающему родственнику. Перед анестезиологом стоит задача обеспечить благоприятные условия для проведения гемигепатэктомии и оптимального состояния удаляемой доли. Это подразумевает не только создание оптимального уровня анестезии, миорелаксации и нейровегетатив-

ной защиты, но и возможную гепатопротекцию - обеспечение защиты и минимального фармакологического воздействия на забираемую долю печени.

Еще более сложным этапом родственной трансплантации доли печени является операция у реципиента. Как правило, она производится у больных, находящихся в терминальной стадии цирроза печени, при практически декомпенсации всех функций печени - дезинтоксикационной, белково-синтетической, кроветворной и т.д.

Приводим пример первого опыта анестезии и ведения ближайшего послеоперационного периода у больной с ортотопической трансплантацией родственной донорской печени.

**Больная Б.**, 34 г. Клинический диагноз: Первичный билиарный цирроз печени 3 ст, желтушная форма. Класс В по Чайлд-Пью. Варикозное расширение вен пищевода I ст. Синдром гиперспленизма. Вторичная тромбоцитопения. Печеночная энцефалопатия I ст. Хронический атрофический гастрит.

Жалобы при поступлении на общую слабость, сухость во рту, чувство тяжести в подложечной области, снижение аппетита, зуд кожных покровов непостоянного характера, желтушность кожи и склер.

Anamnesis morbi: со слов больной, первые проявления печеночной недостаточности замечает с 2008 года, когда ее стали беспокоить кожный зуд, истеричность склер и кожных покровов. Наблюдалась в г. Ташкенте с диагнозом холестатический гепатит, прогрессирующее течение. С 2010 года состоит на учете в гепатологическом центре г. Шымкента с диагнозом первичный билиарный цирроз печени. Ухудшение состояния больная отмечает в течение двух месяцев, в связи с этим была госпитализирована в НИИ кардиологии и внутренних болезней с целью обследования и лечения.

Из анамнеза жизни: в детском возрасте (1984 г.) перенесла гепатит А.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Астенического телосложения, пониженного питания. Вес 46 кг, рост 164 см. Кожные покровы бледно-землисто-розового оттенка, видимые слизистые иктеричные. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в задне-нижних отделах, единичные хрипы. Сердечные тоны ритмичные. АД 110/60 мм рт. ст. Пульс 88 ударов в 1 минуту. Живот участвует в акте дыхания, при глубокой пальпации умеренно болезненный в подложечной области. Печень ниже края реберной дуги. У левого края реберной дуги пальпируется селезенка. Стул и диурез регулярные.

Проведены общее и специальное предоперационное обследование и подготовка, включающая 3 сеанса плазмафереза.

В анализах крови: Эр  $3,8 \times 10^{12}$ , Hb 116 г/л, Ht 0,34, Л  $5,2 \times 10^9$ , тромбоциты  $118 \times 10^9$ , СОЭ 15 мм/ч, общий белок 45,6 г/л, альбумин 32,4 г/л, мочевины 2,8 ммоль/л, креатинин 0,03 ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, кальций общ. 2,4 ммоль/л, калий 3,6 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л, АлаТ 123 У/л, АсаТ 133 У/л, билирубин общ. 128,7 ммоль/л, билирубин прямой 113,5 ммоль/л, ГГТП 420 У/л, щелочная фосфатаза 813 У/л, амилаза 83 У/л, холестерин 14,6 ммоль/л.

Коагулограмма: коагуляционное время 46 с, ак-

тивированное время рекальцификации 71 с, ПИ 95,8%, МНО 1,0, фибриноген 3,12 г/л, тромбиновое время 22 с. свободный гепарин 26 с, паракоагуляционный тест А, этаноловый тест – отр, РФМК – отр.

Анализ ИФА: ВИЧ, Lues, маркеры гепатита “В” и “С” - результат отрицательный.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки: Умеренно выраженный пневмосклероз в нижних долях. Корни уплотнены. Справа в синусе выпот. Сердце и аорта без особенностей.

ЭКГ: Ритм синусовый; ЧСС 80 уд/мин. Нормальное положение электрической оси сердца. Гипертрофия левого желудочка.

ЭхоКГ: данных за порок сердца не выявлено.

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: Гепатоспленомегалия. Цирроз печени. Синдром портальной гипертензии. Лимфоаденопатия парапанкреатических лимфоузлов. Умеренные диффузные изменения ткани поджелудочной железы.

УЗИ малого таза: Правосторонний оофорит. Следы жидкости в малом тазу.

ЭФГДС: Рефлюкс эзофагит, поверхностный гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс желчью.

Ангиография сосудов печени: Вариант отхождения aberrантной левой печеночной артерии от левой желудочной артерии.

Магнитно-резонансная томография: Выраженная гепатомегалия за счет обеих долей. «Седловидная печень». Диффузное изменение МР-сигнала печени. МР-признаки холецистита с наличием перивезикулярного отека. Признаков обструкции желчных путей не выявлено. Спленомегалия. Киста селезенки.

09.12.2011 г. большой выполнена операция: гепатэктомия, трансплантация донорской печени (операция проводилась совместно с врачами Республиканского научно-практического центра трансплантации органов и тканей г. Минска, Республика Беларусь). Донором явилась родная сестра реципиента. Длительность операции составила 12 часов.

Мониторинг основных жизненных показателей осуществляли на аппарате Spes Labs (США). Катетеризировали локтевую вену для инфузии. Под местной анестезией катетеризировали правую лучевую артерию для инвазивного контроля артериального давления. После индукции катетеризовали внутреннюю яремную вену трехпортовым катетером для осуществления инвазивного контроля ЦВД и введения лекарственных препаратов. На этапах анестезии контролировали сатурацию, напряжение газов, гемоглобин, гематокрит в артериальной и венозной крови. В режиме on line проводили мониторинг инвазивных и неинвазивных параметров АД, ЦВД, ЧСС, термометрию в пищеводе. С целью снижения интраоперационных теплопотерь использовали согревающий матрац. Это позволило избежать критического охлаждения пациента при многочасовом оперативном вмешательстве с раскрытой брюшной полостью.

При ОТП у реципиента индукция и поддержание анестезии имеет определенные клинические особенности в связи с системными нарушениями кровообращения, асцитом и задержкой жидкости (гепаторенальный синдром), что существенно меняет фармакодинамику и фармакокинетику препаратов. Степень печеночной дисфункции определяет уровень фармакокинетических нарушений и лучший способ избежать осложнений – титрование препаратов до нужного эффекта. Вводную анестезию больной осуществлял для дробным введением тиопентала натрия 500 мг, фентанила 0,1 мг, пипекурония бромид 8 мг, ингаляцией севофлюрана 2,0 об.%. Интубация трахеи трубкой № 7,5. ИВЛ аппаратом «Primus» («Dreger», Германия) в режиме minimal flow проводили газонаркоотической смесью (кислород + севофлюран). МОД 6,0 л/мин, ДО 450-500 мл.

При ОТП поддержание анестезии необходимо соотносить с хирургическими этапами операции, основными из которых являются: 1) добеспеченочный - этап выделения и мобилизации печени и сосудистых магистралей; 2) беспеченочный, который начинается с момента пережатия печеночных сосудов и про-

должается до включения трансплантата в кровообращение реципиента; и 3) послебеспеченочный - период от пуска кровотока по трансплантату до момента окончания операции.

Поддержание анестезии: фентанил 2-3 мкг/кг/мин, севофлюран 1,5-2,5 об.%, пипекурония бромид 0,05 мг/кг/ч. Общая кровопотеря за всю операцию составила - 3000 мл. Инфузионно-трансфузионная терапия: 0,9% раствор натрия хлорида - 500 мл, гелофузин – 2000 мл, альбумин 800 мл, свежесамороженная плазма - 2000 мл, криопреципитат – 12 доз, эритроцитарная масса – 600 мл, а также реинфузия аппаратом Cell Saver (CATS, фирма Fresenius) 750 мл отмытых эритроцитов. Общий объем инфузии - 6000 мл. Диурез составил 3200 мл.

Добеспеченый этап ОТП включает: лапаротомию, ревизию брюшной полости, мобилизацию печени, выделение воротной вены, выделение и пересечение элементов печеночно-двенадцатиперстной связки, пересечение воротной вены, начало вено-венозного обхода. Для этого этапа характерны: существенные механические смещения печени, возникающие вследствие необходимости проведения хирургических манипуляций (тракции, поворотов, вывихивания) при выделении печени и подготовке к гепатэктомии. Эти моменты весьма существенно влияют на системную гемодинамику, вызывая периодическое снижение преднагрузки при давлении на нижнюю полую вену (НПВ), резкие колебания системного АД, относительную гиповолемию. Добеспеченочный этап характеризуется необходимостью использования сравнительно высоких доз анестетиков.

Во время добеспеченочного этапа (продолжительность этапа – 5 ч 50 мин) гемодинамика была стабильной. Систолическое АД в пределах 110–90 мм рт. ст., ЧСС 60 - 70 ударов в мин. ЦВД 3-8 мм рт. ст. Температура 36,6 - 38,1°С. Кровопотеря составила - 300 мл. Инфузионно-трансфузионная терапия: 0,9% раствор натрия хлорид 500 мл, альбумин 700 мл, гелафузин 1500 мл, СЗП 800 мл. Диурез составил 450 мл. Показатели красной крови особенно не изменились и находились в пределах нормы: эритроциты 4,6 - 4,3 x 10<sup>12</sup>, гемоглобин 147 - 134 г/л, гематокрит 0,43 - 0,39, тромбоциты 300 x 10<sup>9</sup>. В анализах КЩС отмечается тенденция к метаболическому ацидозу: PH 7,45 до 7,32; BE +1 до - 4. Колебания уровня сахара в крови были в пределах - 6,0 - 4,5 ммоль/л, калия от 4,1 до 3,3 ммоль/л, натрия от 143 до 139 ммоль/л, кальция от 1,26 до 1,77 ммоль/л. Отмечается повышение лактата – от 0,94 до 2,3 ммоль/л.

Беспеченочный этап начинается от момента пережатия подпеченочного отдела нижней полой вены до включения трансплантата в кровоток. Он включает: пересечение НПВ, гепатэктомию, гемостаз, наложение надпеченочного и подпеченочного каво-кавального анастомозов, деканюляция воротной вены при продолжающемся вено-венозном обходе. Кровоснабжение печени прекращается после пережатия воротной вены. В аспекте влияния на гемодинамику более значимо пережатие НПВ. Беспеченочная стадия проявляется уменьшением венозного возврата из пережатой НПВ. Для увеличения венозного возврата создается вено-венозный обход (обычно из левой бедренной и воротной вены в левую подмышечную вену). Потребление анестетиков на этом этапе умеренное.

Во время беспеченочного этапа (общее время 51 мин) показатели гемодинамики изменялись следующим образом. Отмечается гипотония: АД 80–60 мм рт. ст. ЧСС пределах 110 – 80 ударов в мин, ЦВД – 1 – 6 - 10 мм рт. ст. Кровопотеря составила - 700 мл. Инфузия - СЗП 900 мл. Диурез - 10 мл.

В анализах отмечается снижение Hb от 130 до 85 г/л, эритроцитов от 4,3 до 3,2 x 10<sup>12</sup>, Ht от 0,39 до 0,28, тромбоцитов от 330 до 277 x 10<sup>9</sup>. В анализах КЩС отмечается метаболический ацидоз: PH 7,35 до 7,31, BE от - 3 до - 7, увеличение лактата с 1,71 до 7,27. В биохимических анализах: увеличение глюкозы с 4,0 до 7,2 ммоль/л, снижение калия с 4,1 до 2,7 ммоль/л, кальция с 1,49 до 0,95 ммоль/л.

Постбеспеченочный этап включает: наложение артериального анастомоза, холецистэктомию, создание желчноотводящего анастомоза, гемостаз, ушивание раны брюшной полости.

Начальный этап третьего периода - непосредственный после включения трансплантата в кровотоки - выделяют как особую, реперфузионную фазу ОТП, характеризующуюся особенно выраженными гемодинамическими, электролитными и другими сдвигами гемостаза. Начало реперфузии донорской печени сопровождается поступлением в системный кровоток гиперкалиемического, гипотермического и кислотного раствора. После выполнения сосудистых анастомозов состояние пациента обычно стабилизируется. Потребление анестетиков на этом этапе умеренное.

Длительность постбеспеченочного этапа у больной составил 5 ч 45 мин. Гемодинамика: АД 110–90 мм рт. ст., ЧСС - 60 -80 уд в 1 мин, ЦВД 11- 5 мм рт. ст. Кровопотеря – 2000 мл. Диурез составил 2800 мл. Анализы: Нб от 85 до 123 г/л, эритроциты от 3,2 до 4,3 x 10<sup>12</sup>, Нг от 0,28 до 0,39, тромбоциты были в пределах 277 - 240 x 10<sup>9</sup>, КЩС: РН от 7,31 до 7,48; ВЕ от -7 до + 4, глюкоза в пределах 7,0 - 7,6 ммоль/л, калий от 2,7 до 3,1 ммоль/л, натрий 138 - 145 ммоль/л, кальций от 1,88 - 1,36, лактат повысился с 6,2 до 9,17.

В послеоперационном периоде в ОИТ состояние больной оценивалась как тяжелое. АД 100-110/60 мм рт. ст., ЧСС 70-80 В 1 мин, ЦВД 3-5 мм рт. ст. 11.11.2012 г. больная в стабильном состоянии была экстубирована. Больная получала лечение: инфузионную (СЗП, 20% раствор глюкозы, аминоклазма 500 мл, альбумин 10%, эритроцитарная масса), иммуносупрессивную (програф 1 мг, селсепт 250 мг, солюмедрол 250 мг, преднизолон 30 мг), антибактериальную и антигрибковую (цефтазидим 1 г 2 раза в сутки, ципрокс 400 мг 2 раза в сутки, метранидазол 500 мг 3 раза в сутки, флуконазол 200 мг, дюфалак 30 мл), противоязвенную (квamatел 2 раза в сутки, омепразол 100 мг внутрь) терапию; гепатопротекторы ( гепамерц 20 мл, гептрал 400 мг, урсофальк 2 таб 2 раза), антикоагулянты (гепарин 5000 ЕД, клексан 0,4 мг), мочегонные (верошпирон 150 мг 3 раза в сутки, фуросемид 200 мг), энтеральное питание (нутрикомп 30 мл, симелак 20 мг), церулин 2,0 мл, Амбро сироп 10 мл x 3 раза.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки (10/XI, 12/XII, 20/XII): Легочные поля прозрачные, синусы свободные.

ЭКГ: Нормальное положение электрической оси сердца. Гипертрофия левого желудочка. ЧСС 60/мин.

ЭхоКГ (10/XII): левые отделы сердца не увеличены. Со-кратительная функция миокарда левого желудочка удовлетворительная. Митральный клапан - створки тонкие, движение их разнонаправленное, полное смыкание в систолу. Аорта не расширена. Аортальный клапан 3-х створчатый, створки тонкие, подвижные, при доплерографии поток ламинарный. Правые отделы сердца не увеличены. Трикуспидальный клапан не изменен.

УЗИ (16/XII): Состояние после трансплантации печени. Следы жидкости в брюшной полости.

20.12.2011 г. больная была переведена из ОИТ в профильное отделение, а 11.01.2012 г. - в удовлетворительном состоянии была выписана домой.

Таким образом, первый клинический опыт показал, что анестезиологическое обеспечение ОТП является одной из наиболее сложных проблем анестезиологии, успешное решение которой возможно только при слаженной работе большого коллектива специалистов: нескольких бригад хирургов,

анестезиологов-реаниматологов, перфузиологов, врачей лаборантов различного профиля. Успешный исход трансплантации печени во многом определяется адекватностью анестезии, корректным гемодинамическим и метаболическим мониторингом и качеством технического оснащения.

## Литература

- 1 Шумаков В.И., Козлов И.А., Пилявина И.Е. и др. Анестезиологическое обеспечение ортотопической трансплантации печени в клинике // Анестезиология и реаниматология. - 1991. - № 4. - С. 3-11.
- 2 Вабишевич А.В., Толмачева Л.А., Кожевников В.А. и др. Анестезиологическое обеспечение трансплантации печени // Анестезиология и реаниматология. - 2002. - № 5. - С. 42-49.
- 3 Никоненко А.С., Ковалев А.А., Гриценко С.Н., Никоненко Т.Н. Трансплантация печени. - Запорожье, 2000.
- 4 Матвеев Г.П., Киселева Е.А., Ушакова И.А., Бирюлина Н.Ю., Вабишевич А.В. Инфузионно-трансфузионная терапия и кислотно-основное равновесие при трансплантации печени // Анестезиология и реаниматология. - 2011. - № 6. - С. 55-58.
- 5 Киселева Е.А., Вабишевич А.В., Ушакова И.А., Матвеев Г.П., Мизиков В.М. Эпидемиология постперфузионного синдрома при ортотопической трансплантации печени // Анестезиология и реаниматология. - 2011. № 5. - С. 31-34.
- 6 Ушакова И.А., Вабишевич А.В. Гемодинамические нарушения при трансплантации печени и их коррекция // Анестезиология и реаниматология. - 2006. - № 5. - С. 74-80.

### Тұжырым

Миербеков Е.М., Артықбаев Ж.Т., Мутағиров В.В., Мұқанова С.Р. А.Н.Сызғанов атындағы Ұлттық Ғылыми Хирургия Ортасы,

Алматы қаласы, Қазақстан Республикасы.

Туысқан донор ортотопикалық бауыр трансплантациясы жасалған науқаста тұңғыш анестезия және операциядан кейінгі жақын кезеңді жүргізу тәжірибесі.

Қазақстан Республикасында тұңғыш бауыр ортотопикалық трансплантациясы кезінде анестезиялық қамтамасыз етудің алғашқы тәжірибесі ұсынылған. Бұл тәжірибе бауыр трансплантациясының сәтті өтуі науқастың жағдайына сәйкес анестезияға, гемодинамика мен зат алмасуды тиянақты бақылауға, және де клиникалық техникалық жабдықтармен қамтамасыз етілуіне тығыз байланысты.

### Summary

Miyerbekov E.M. Artykbayev Zh. T. Mutagirov V. V., Mukhanova S.R.

National Scientific Center of Surgery named after A.N.Syzganov,

Almaty, Republic of Kazakhstan

The First Experience Of Anesthesia And Intensive Care Early Postoperative Period At The Patient From Orthotopic Transplantation Of The Related Donor Liver

There has been presented the first clinical experience of anesthetic management orthotopic liver transplantation performed in the Republic of Kazakhstan. This experience has shown that the successful outcome of liver transplantation is largely determined by the adequacy of anesthesia, correct hemodynamic and metabolic monitoring, and quality of equipment.

УДК 615.21/26

Г.К.Кусаинова

Учебно-клинический центр

Железнодорожные госпитали медицины катастроф, г. Алматы

## Опыт применения препарата Эбрантил (Урапидил) для достижения управляемой гипотонии при плановых пластических операциях

### Аннотация

В статье показано, что Урапидил (Эбрантил) может с успехом применяться в клинической практике, потому что благодаря данному препарату можно проводить управляемую коррекцию АД в анестезиологической практике при плановых косметологических операциях. Удобная форма парентерального введения препарата позволяет титровать дозу. При титровании дозы не отмечались коллаптоидные ортостатические реакции. Препарат значительно снижал АД без изменения сердечного ритма (не вызывал рефлекторную тахикардию). Хорошо переносится больными, имеет хороший профиль безопасности.

**Ключевые слова:** урапидил, эбрантил, анестезиология, косметология, стабилизация давления крови

Урапидил (Эбрантил) – новый антигипертензивный препарат, который применяется для снижения артериального давления (АД) и его дальнейшей стабилизации. Эбрантил имеет центральный и периферический механизмы действия. На периферии селективно блокирует постсинаптические  $\alpha_1$ -адренорецепторы, таким образом блокируя сосудосуживающее действие катехоламинов. В центральной нервной системе (ЦНС) Эбрантил влияет на активность сосудодвигательного центра, это проявляется в предотвращении рефлекторного увеличения (или снижения) тонуса симпатической нервной системы. Стимулируются серотониновые 5-HT<sub>1A</sub>-рецепторы хемочувствительной зоны продолговатого мозга и латерального ретикулярного ядра. Благодаря указанным действиям препарат снижает систолическое и диастолическое давление, периферическое сосудистое сопротивление. Частота сердечных сокращений (ЧСС) и сердечный выброс не меняются. Низкий сердечный выброс может повышаться за счет снижения сосудистого сопротивления. Таким образом, Эбрантил является антигипертензивным средством, обеспечивающим благоприятные гемодинамические показатели. Известно, что препарат с успехом применяется:

Для стабилизации и контроля АД в остром периоде инсульта;

Купирования и лечения гипертонических кризов;

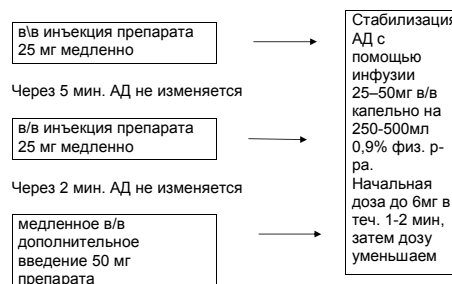
При тяжелой степени артериальной гипертензии, резистентной к терапии и осложнениями на сердце [1,3,4].

В нашей практике препарат был применен во время наркоза, при плановых пластических операциях для управляемой гипотензии (ринопластика, блефаропластика, абдоминопластика, маммопластика).

### Материал и методы

Было изучено гипотензивное действие урапидила (Эбрантила) с целью управляемой гипотензии во время операции у 45 пациентов, из них: 12 мужчин и 33 женщины в возрасте 25–67 лет. При этом у 20% больных, подвергающихся операции было сопутствующее заболевание - АГ 2-3 степени, группы риска 2-3 [2], которые до операции применяли различные антигипертензивные препараты, исключая ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента.

Премедикация урапидилом начиналась до вводного наркоза на операционном столе. В зависимости от исходного АД первоначально препарат назначался в дозе 25–50 мг (1 ампула содержит 5 мл 0,5% раствора, т.е. 25 мг). Это количество препарата вводили внутривенно (в/в) медленно, в течение 5 минут. Препарат начинал действовать после введения через 3-5 минут. В 30% случаев этого было достаточно. Если гипотензивный эффект оказывался недостаточно стойким, то по ходу операции, во время основного наркоза назначали дополнительную в/в капельную инфузию препарата. Для этого 25–50 мг урапидила разводили в 250–500 мл 0,9% раствора хлорида натрия. Скорость инфузии колебалась от 5 до 40 мг/ч (в среднем, 15 мг/ч.). Было замечено, что инфузия обеспечивала более плавное снижение АД, так как доза препарата лучше титруется. Продолжительность действия составила 4–6 часов. По ходу операции АД практически у всех пациентов было стабилизировано на 110/80-100/70 мм рт. ст. У всех пациентов проводился мониторинг АД неинвазивным способом, сатурации, ЧСС, пульса. Препарат хорошо переносился больными. Редко наблюдались: головокружение (2 пациента), незначительная сухость во рту (4 человека), головная боль (3 случая). Осложнения носили умеренный и кратковременный характер. Аллергической реакции на препарат не наблюдалось.



### Выводы.

Урапидил (Эбрантил) может с успехом применяться в клинической практике, потому что:

- благодаря данному препарату можно проводить управляемую коррекцию АД в анестезиологической практике при плановых косметологических операциях. Удобная форма парентерального введения препарата позволяет титровать дозу. При титровании дозы не отмечались коллаптоидные ортостатические реакции.

- препарат значительно снижал АД без изменения сердечного ритма (не вызывал рефлекторную тахикардию).

- хорошо переносится больными, имеет хороший профиль безопасности.

### Литература.

1 Голиков А.П., Рябинин В.А., Лукьянов М.М. Кризы при гипертонической болезни // Врач. – 2002. – №1. – С. 68-72

2 Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов //

Кардиоваск. Тер. и Проф. - 2008. - №7. - Прил. 2. - С. 24-62

3 Слах Ф., Вальсман С. Эффективность урапидила в первичной и вторичной профилактике инсульта // Blood Pres. - 1995 - №4. - Прил. 3.

4 Терещенко С.Н. Гипертонические кризы, современные принципы терапии // Системн. Гипертенз. - 2004. - №6. - с. 42-46

Г.К.Кусаинова

Клиникалық-оқыту орталығы

Алматы қаласы, медицина катастроф теміржол госпиталі

Эбрантил (Урапидил) препаратын пайдалану кезінде өдісі жоспарлы пластикалық операцияларда басқарушы гипотонияға қол жеткізу.

Урапидил (Эбрантил) клиникалық байқау, ауруларға қолдану кезінде төмендегідей нәтиже көрсетті. Қан қысымын наркоз барысында, пластикалық операциялар кезінде бірқалыпты деңгейде ұстайтын қабілеті бар. Өте ыңғайлы енгізу барысында дәрінің бірте-бірте жинақталу әсерін байқауға болады. Дәрі енгізгеннен кейін ортастатикалық қан қысымының

УДК 615.21/26

Е.А. Кунапьянов, Б.С. Сивко, Б.Ш. Бакимбаев, Б.А. Кабидолдин  
КГКП МО Глубоковского района Восточно-Казахстанской области.

## Анализ применения микродоз Кетамина как антиноцицептивного компонента общей анестезии и послеоперационной анальгезии

Аннотация

Статья посвящена анализу микродоз кетамина как антиноцицептивного компонента общей анестезии и послеоперационной анальгезии. Показано, что традиционные общие анестетики и опиоиды недостаточны в плане полноценной антиноцицептивной защиты пациента и нуждаются в дополнении специальными средствами, предупреждающими перевозбуждение ноцицептивной системы и связанные с этим сильный послеоперационный болевой синдром и органические дисфункции.

Важная роль в устранении этих недостатков принадлежит анальгетикам периферического действия и микродозам кетамина применяемые по системе опережения операционной травмы.

Предоперационное введение микродоз кетамина уменьшает интенсивность послеоперационных болей и потребность в опиоидных анальгетиках в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: общая анестезия – ОА, послеоперационная анестезия – ПОА.

Современные методы общей анестезии и послеоперационной анестезии продолжают развиваться и совершенствоваться. Это совершенствование идет по нескольким направлениям: открытие новых анестетиков, анальгетиков и психомоторных средств; поиск новых наиболее благоприятных комбинаций разнообразных компонентов ОА; применение в системе ОА И ПОА компонентов со специальными свойствами, не относящихся к традиционным средствам ОА [1,2].

Современная хирургия сопряжена с обширной травмой тканей и нервных структур и при их недостаточной защите может приводить к стрессовым реакциям органов и систем, ухудшению их функции, возникновению разнообразных осложнений, увеличению продолжительности послеоперационной болезни. Поэтому большая хирургия немыслима без общей анестезии, которая должна обеспечить как оптимальные условия работы хирургов, так и защиту пациента от операционной травмы и психологического стресса. Современные методы ОА полностью удовлетворяют первому требованию, но не могут быть признаны

төмендеуі байқалмады. Дәрі сынақ кезінде қан қысымын жақсы төмендеткенмен, жүрек жұмысына кері әсері байқалмады. Аурулардан дәрінің кері әсері байқалмады, жұғымы жақсы, сақтану қабілеті жаман емес.

Summary.

G.K.Kusainova

Educational and clinical center

Railway hospital of medicine of accidents, Almaty

Experience of application of a preparation Ebrantil (Urapidil) for achievement of operated hypotonia at planned plastic surgeries

Urapidil (Ebrantil) can with success will be applied in clinical practice because thanks to this preparation it is possible to carry out operated correction the HELL in anesteziologicheskoy practice at planned cosmetology operations. The convenient form of parenteral introduction of a preparation allows mumpovat a dose. At titration of a dose kollaptoidny ortostatichesky reactions weren't noted. The preparation considerably reduced the HELL without change of a warm rhythm (didn't cause reflex tachycardia). It is well transferred by patients, has a good profile of safety.

надежными в плане адекватности антиноцицептивной защиты пациента. Любые методы ОА, в.т.ч. включающие большие дозы опиоидных анальгетиков, устраняют ощущение боли (так называемую осознанную боль), но не способны блокировать ноцицептивные болевые структуры. Это приводит к их перевозбуждению, центральной сенситизации, ответственной за развитие сильного, трудно купируемого послеоперационного болевого синдрома и связанных с ним функциональных и органических расстройств. Мощное ноцицептивное воздействие, связанное с хирургической травмой, создает условия для развития первичной и вторичной гипералгезии. Первичная гипералгезия связана с сенситизацией (первозбуждением) периферических медиаторов боли и воспаления из ряда простагландинов, кининов в ответ на травму тканей. Вторичная гипералгезия обусловлена развитием центральной сенситизации – перевозбуждением спинальных и супраспинальных ноцицептивных структур ЦНС. Ее запуск происходит через ноцицептивные С – волокна за счет активации рецепторов возбуждающих аминокислот (ВАК) - N-метил - D- аспартат, избыточно выделяющихся при сильных болевых раздражителях(2). Известно, что главными в интра- и послеоперационной антиноцицептивной защите являются опиоиды, активирующие антиноцицептивные системы ЦНС на спинальном и супраспинальном уровнях путем воздействия с опиоидными рецепторами. Но далеко не всегда удается достичь стабильного течения ОА и полноценной ПОА даже при применении очень больших доз опиоидов, приводящих к глубокой депрессии ЦНС, сердечно-сосудистой и других систем [2]. Отсюда – идея «pre-emptive analgesia», то есть специальных мер по созданию предварительной афферентной блокады. По литературным данным, для создания предоперационной афферентной блокады широко исследуют и применяют разнообразные антиноцицептивные средства периферического действия (нестероидные противовоспалительные препараты – диклофенак, кеторолак, антикининовые препараты – контрикал, гордокс) и центрального действия (опиоиды, адrenoагонисты – клофелин, общие анестетики, в том числе кетамин, обладающий особым свойством антагониста ВАК) [3].

Последние экспериментальные и клинические исследова-

ния показывают, что наиболее эффективны в предотвращении центральной гиперсенситизации антагонисты NMDA – рецепторов. Из применяемых в анестезиологии средств таким свойством обладает кетамин. Введение микродоз кетамина в составе премедикации внутримышечно (1,0 мг/кг) или внутривенно (0,15 мг/кг) за 5 минут до начала операции приводит к предотвращению послеоперационной гипералгезии и значительному снижению потребности опиоидов для ПООА [2]. Доказано, что применение микродоз кетамина в составе модифицированной НЛА на основе фентанила, седуксена и дроперидола улучшает течение ОА, сохраняет более длительную посленаркозную аналгезию [2].

### Цель работы

– оценить эффективность применения микродоз кетамина как средства предотвращения центральной сенситизации основного следствия неполноценной антиноцицептивной защиты, как одного из компонентов общей анестезии при операциях на органах брюшной полости у больных сопутствующими заболеваниями (ИБС, АГ, ожирение, сахарный диабет) и без них.

### Материалы и методы

Исследование проводилось у 224 пациентов в возрасте 17-79 лет, поступивших для планового оперативного лечения на органах брюшной полости, по поводу хирургических и гинекологических заболеваний. Все больные были разделены на 3 группы.

В первой группе пациентов (68 больных) в качестве профилактики центральной сенситизации использовали микродозы кетамина внутривенно (0,15 мг/кг) за 5 мин до индукции. Во второй группе (53 больных) с этой же целью использовали кетамин в составе премедикации внутримышечно (1,0 мг/кг). В третьей группе (103 больных) – контрольной, применялась обычная модифицированная нейролептаналгезия с применением дроперидола, седуксена и фентанила.

Всем больным накануне операции давали люминал, при необходимости атарактики. За 30 минут до операции всем больным вводили внутримышечно атропин (0,01 мг/кг), димедрол (0,1 мг/кг), промедол (0,2 мг/кг). Больным второй группы дополнительно вводили внутримышечно кетамин (1,0 мг/кг). Всем больным проведена идентичная анестезия с применением дроперидола, седуксена, фентанила. Больным первой группы за 5 минут до индукции внутривенно вводили микродозы кетамина (0,15 мг/кг). После индукции всем больным вводили листенон и осуществляли интубацию трахеи. ИВЛ проводили аппаратами РО-6, РО-6-03, РО-6-04, Акома в режиме нормовентиляции. Миорелаксация ардуаном. Поддержание анестезии фентанилом (5-10 мкг/кг), а при необходимости дроперидолом по 2,5-5 мг.

На протяжении операции и наркоза регистрировали показатели гемодинамики: АД, САД, ЦВД, ЧСС, оценивали состояние микроциркуляции по времени исчезновения симптома «бледного пятна на коже».

В исследовании выделены следующие этапы: 1 – этап вводного наркоза и интубации, 2 – этап на высоте операционной травмы, 3 – этап окончания операции, 4 – этап послеоперационного периода.

### Результаты исследования и их обсуждение

Показатели гемодинамики на этапах исследования, среднее количество фентанила, длительность ОА, время первого требования аналгетика, средняя суммарная доза морфина в послеоперационном периоде (48 часов) представлены в таблицах 1, 2.

Сравнительный анализ межгрупповых показателей свидетельствует о том, что предоперационная подготовка у больных второй группы, где а премедикацию включали кетамин (1,0 мг/

Таблица №1

ПОКАЗАТЕЛИ	ЭТАПЫ	Группы		
		1	11	111
АДс	1	153,2	143,9	142,6
	2	140,2	138,8	135,5
	3	123,2	123,3	117,9
АДд	1	96,5	83,5	86,0
	2	82,7	77,9	84,2
	3	77,6	70,1	80,4
САД	1	110 ± 4	102 ± 3	105 ± 3
	2	101 ± 3	100 ± 2,8	98 ± 2,1
	3	98 ± 2,1	98 ± 2,1	92 ± 2
ЧСС	1	92 ± 4,2	82 ± 3,2	100 ± 4,8
	2	96 ± 4,6	94 ± 3,4	104 ± 5
	3	88 ± 3,3	80 ± 3,0	92 ± 4
Кол-во фентанила (мг)	1	0,6 ± 0,1	0,5 ± 0,1	0,7 ± 0,1
	2			
	3			
Длительность ОА (в минутах)	1	80 ± 10	75 ± 8	65 ± 6
	2			
	3			

Таблица №2 Послеоперационный период

ПООА	Группы		
	1	11	111
Время первого требования аналгетика в минутах	75 ± 10	70 ± 8	20 ± 5
Средняя суммарная доза морфина в миллиграммах	60 ± 10	60 ± 10	80 ± 15

кг) была более эффективна: больные находились в состоянии седации и сна; АД, САД, ЧСС находились в рабочих цифрах.

На первом этапе у пациентов второй, третьей группы выявлено небольшое увеличение показателей гемодинамики (на 5-10% от исходных). В то же время у больных первой группы внутривенное введение микродоз кетамина сопровождалось подъемом АД на 15-20%, что, по-видимому, связано с его стимулирующим действием на симпатическую нервную систему. На втором этапе исследования у больных всех групп показатели гемодинамики были примерно одинаковыми, что свидетельствует о нормальной реакции сердечно-сосудистой системы на операционную травму. На третьем этапе операции, показатели гемодинамики у больных первой и второй группы были примерно одинаковыми и немного выше, чем в контрольной группе, что также связано с действием кетамина на симпатическую нервную систему.

Несмотря на то, что показатели гемодинамики, такие как АДс, АДд, САД, на всех этапах анестезии были выше в 1 и во 2 группах, течение ОА было более стабильным и без резких колебаний гемодинамики. В контрольной 3 группе ЧСС оставалось выше на 5 – 7 %. Были случаи, когда показатели гемодинамики выходили за пределы физиологической нормы.

Анализ общего расхода фентанила на протяжении всего периода операции и наркоза показал, что при большем расходе фентанила в контрольной группе длительность анестезии была меньше, что указывает на очевидный положительный вклад кетамина как компонента ОА.

Итак, сравнительная оценка показателей гемодинамики на этапах исследования позволяет думать, что анестезия у всех групп больных адекватна операционной травме. Однако, применение микродоз кетамина, как средства предотвращения центральной сенситизации способствует более стабильному течению анестезии при меньшем (20%) расходе наркотических аналгетиков по сравнению с контрольной группой.

В послеоперационном периоде во всех группах у больных оценивали динамику послеоперационного болевого синдрома, регистрировали время первого требования аналгетика, то есть временной интервал от окончания операции и экстубации больного до появления болевых ощущений, отмечали среднесуточную потребность в морфине в течение 48 часов. Как видно в таблице № 2, у больных 1 и 2 групп, где в качестве предупре-

ждающей анальгезии были использованы микродозы кетамина, время первого требования анальгетика было продолжительнее на 70 - 75% а средняя суточная потребность в морфине была меньше на 15%. Представленные результаты свидетельствуют о том, что микродозы кетамина, как антиноцицептивного компонента общей многокомпонентной анестезии улучшают ее течение, уменьшают суточную потребность наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде.

## Выводы

1. Традиционные общие анестетики и опиоиды недостаточны в плане полноценной антиноцицептивной защиты пациента и нуждаются в дополнении специальными средствами, предупреждающими перевозбуждение ноцицептивной системы и связанные с этим сильный послеоперационный болевой синдром и органические дисфункции.

2. Важная роль в устранении этих недостатков принадлежит анальгетикам периферического действия и микродозам кетамина применяемые по системе опережения операционной травмы.

3. Предоперационное введение микродоз кетамина уменьшает интенсивность послеоперационных болей и потребность в опиоидных анальгетиках в послеоперационном периоде.

## Литература

- 1 Овечкин А.М., Гнездилов А.В., Кукушкин М.Л. и др. // *Анестезиология и реаниматология*. – 2002. -№5. – С 73 – 74;
- 2 Осипова Н.А. // *Анестезиология и реаниматология*. – 1998. - №5. – С 11-12;
- 3 Осипова Н.А., Петрова В.В., Митрофанов С.В. и др. // *Ане-*

*стеziология и реаниматология*. – 2002. -№4. – С 14;

4 Осипова Н.А., Берсенев В.А., Петрова В.В. и др. // *Анестезиология и реаниматология*. – 2002. №4. – С 24.

## Тұжырым

1. Қалыптасқан дәстүрдегі қолданылатын анестетиктер мен опиоидтық дәрілер антиноцицептік қорғауды толық қамтамасыз ете алмайды. Сондықтанда опера-циядан кейінгі уақытта орталық нерв жүйесіндегі ноцицептік құрылымның шамадан тыс қозуынан туатын ауырғанды сезіну қабілетін төмендету үшін қосалқы дәрілік заттарды операцияның алдын ала қолдану қажет.

2. Осы мақсатта қолданылатын шеткерлік нерв жүйесіне әсер етуші анальгетиктер және кетаминнің микродозаларын қолданудың маңызы зор.

3. Осы әдістемелермен жұмыс жасаған кезде, операция жасалған уақыттан соң қолданылатын опиоидтық дәрілік заттар аз мөлшерде жұмсалатыны байқалды.

## Summary

*Traditional general anaesthetic and opiate.*

1. Not enough antinociceptive protection of patient and it needs some more special means preventing excitability of nociceptive system and postoperative painful syndrome and organ disfunction.

2. The important role in elimination of these drawbacks belongs to analgesic of peripheral action and ketamin microdoses used on advancing system of operative traumas.

3. Preoperative injection of ketamin microdoses reduce intensity of postoperative pain and requirement in opiate analgesics during postoperative period.

УДК 616-065.1

Е.А. Прокудин

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы

# Применение УФО крови в комплексной терапии вентильатор-ассоциированной пневмонии у больных, находящихся на ИВЛ

## Аннотация

В статье продемонстрированы результаты применения УФО крови в комплексном лечении больных вентильатор-ассоциированной пневмонией. Применение метода в отделении реанимации и интенсивной терапии пациентам с нозокомиальной инфекцией, связанной с искусственной вентильацией легких, улучшил прогноз и исход заболевания, при этом снизились материальные затраты на лечение за счет уменьшения пребывания пациента в отделении.

Ключевые слова: УФО крови, вентильатор-ассоциированная пневмония, разрешение инфльтрации, продолжительность ИВЛ, сроки госпитализации.

## Введение

В современном здравоохранении одними из самых актуальных и серьезных проблем на сегодняшний день являются внутрибольничные (или так называемые нозокомиальные) инфекции. Различные инфекционные осложнения ощутимо увеличивают длительность и стоимость стационарного лечения, а также являются частой причиной смерти госпитализированных больных [1].

Еще более серьезно и остро вопрос госпитальных инфекций стоит в отделениях реанимации и интенсивной терапии, т.к. частота развития инфекционных осложнений у пациентов этих отделений увеличивается в 5-10 раз [2].

Исследованием ЕРІК (European Prevalence of Infection in

Intensive), выполненного на клиническом материале 10000 пациентов из 17 стран Европы, было определено, что наиболее частым инфекционным осложнением в ОАРІТ является именно нозокомиальная пневмония. Ее вклад составляет 47% [3].

Вентильатор-ассоциированная пневмония представляет собой особую форму нозокомиальной пневмонии, в этиологии которой основная роль принадлежит грамотрицательным микроорганизмам (75,0%). Среди них: 40,2% - *Pseudomonas aeruginosa*; 21,4% - полимикробная флора; 6,8% - *Enterobacter*; 5,1% - *Klebsiella pneumoniae* и др. Данные патогены отличаются динамичностью в смене микробного «пейзажа» и высокий уровень антибиотикорезистентности. Летальность при этом достигает 25-80% [4,5].

## Целью данного сообщения

является демонстрация применения УФО крови в комплексном лечении больных вентильатор-ассоциированной пневмонией, позволяющего существенно улучшить течение заболевания.

## Материалы и методы

УФО аутокрови проводили 15 пациентам в возрасте 65-93 лет, находящимся на продленной ИВЛ с клинически и инструментально подтвержденной нозокомиальной пневмонией.

Пациентам проводили курс из 5-7 сеансов облучателем крови экстракорпоральный ОКУФКЭ -320/400-600/650-01 «Юлия»



с частотой проведения 1 сеанса в сутки.

Энергия излучения колебалась в пределах 150-200 Дж (2-2.5 Дж/кг), что соответствует 20-30 мин работы аппарата при облучаемой площади кюветы, равной 35 см.

Критериями оценки эффективности применения метода были: сроки разрешения инфильтрации в легочной ткани, срок госпитализации.

Результаты применения УФО аутокрови сравнивали ретроспективно с результатами лечения без УФО у 15 больных, которые по возрасту и тяжести основного заболевания были сопоставимы с исследуемой группой пациентов.

## Результаты

Наши наблюдения показали что, применение УФО аутокрови в комплексной терапии вентилятор-ассоциированной пневмонии позволяет сократить сроки разрешения инфильтрации в легочной ткани на 30%, продолжительность ИВЛ на 23%, уменьшить сроки госпитализации на 3-5 дней и, в конечном итоге, снизить летальность пациентов данной категории.

Таким образом, применение УФО аутокрови в отделении реанимации и интенсивной терапии пациентам с нозокомиальной инфекцией, связанной с искусственной вентиляцией легких (пневмония, трахеобронхит), улучшил прогноз и исход заболевания, при этом снизились материальные затраты на лечение за счет уменьшения пребывания пациента в отделении.

## Литература

1 Синопальников А.И., Дмитриев Ю.К. Вентилятор-ассоциированная пневмония: критерии диагностики, прогноз, эмпирическая антибактериальная терапия // *Российские медицинские вестники*. - 2000. - №3. - С. 45-51.

2 Ершов А.Л. Диагностика и лечение вентилятор-ассоциированных пневмоний // *Вестник хирургии им. И.И.Грекова*. - 2000. - Т. 159, №2. - С. 111-115.

3 Coffin S., Klompas M., Classen D. et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals. // *Infect Control Hosp Epidemiol*. - 2008. - Vol. 29 (1). - P. 31-40.

4 Ibrahim E.H., Ward S., Sherman G., Kollef M.H. A comparative analysis of patients with early-onset vs late-onset nosocomial pneumonia in the ICU setting // *Chest*. - 2000. - Vol.117. - P. 1434-42.

5 Kunis K, Puntillo K. Ventilator-associated pneumonia in the ICU: its pathophysiology, risk factors, and prevention. // *Am J Nurs*. - 2003. - Vol. 133(8). - P. 64-7.

Тұжырым

Е.А. Прокудин

ӨЖЖ-дегі желдету-ассоцияланған пневмониясы бар науқастарға кешенді терапияда қанға УФС қолдану

Мақалада желдеткіш-ассоцияланған пневмониясы бар науқастарды кешенді емдеуде қанға УФС қолдану нәтижелері көрсетілген. Реанимация және интенсивті терапия бөлімшесіндегі өкпені жасанды желдетуге байланысты нозокомиальді инфекциясы бар емделушілерге әдісті қолдану аурудың болжамы мен нәтижесін жақсартты, осыған байланысты емделушінің бөлімшеде аз уақыт болуы есебінен емдеуге жұмсалған материалдық шығындар азайды.

Summary

Prokudin E.A.

The use of ultraviolet irradiation of blood in the treatment of ventilator-associated pneumonia in patients on mechanical ventilation

The paper demonstrated the results of UV blood in the complex treatment of patients with ventilator-associated pneumonia. Application of the method in the intensive care unit and intensive care unit patients with nosocomial infection associated with mechanical ventilation, improved prognosis and outcome of the disease, while reducing the material costs of treatment by reducing the patient's stay in office.

УДК 618.19-006.55

М.И. Сактаганов

Алматинский онкологический центр

## Реконструктивно-пластическая хирургия в онкомаммологии

### Аннотация

В работе представлены результаты внедрения одно- и двухэтапных реконструктивных операций при раке молочной железы с применением органосохраняющей техники в виде подкожной мастэктомии и моделирования молочной железы с помощью современных эндопротезов, что позволило добиться хороших эстетических результатов.

**Ключевые слова:** рак молочной железы, подкожная мастэктомия, хирургическая реабилитация.

### Введение

Рак молочной железы (РМЖ) являясь главенствующей онкологической патологией у женщин, последние годы в нашей республике занимает 2-е место при доле 11,5% в 2008 году (10,8% в 2007 году) в структуре всех злокачественных опухолей, хотя в течение предыдущих 3-х лет (2004-2006) находился на 3-ьем месте [1].

На сегодняшний день при РМЖ наиболее часто выполняемым опера-тивным вмешательством является радикальная мастэктомия в модификации Маддена. Это связано с тем, что большое количество больных с впервые выявленным РМЖ имеют стадию заболевания, при которой выполнение органосохраняющего лечения невозможно [2]. Радикальная мастэктомия является инвалидизирующей операцией с утратой молочной железы, которая ассоциируется с женственностью, физической привлекательностью и сексу-альностью. Потеря же этих качеств приводит к серьезным психологическим травмам, которые приводят к необратимым изменениям в социальной жизни пациентки.

При этом, наиболее эффективным реабилитационным мероприятием в данной ситуации является реконструкция молочной железы, которая может выполняться как одномоментно с мастэктомией, так и отсроченно [3].

Вместе с тем, одним из перспективных направлений психосоциальной реабилитации больных РМЖ является разработка методик мастэктомии с сохранением кожи, ареолы и соска (сосково-ареолярного комплекса) в виде подкожной мастэктомии [4]. Обоснованием для широкого применения данной методики послужили работы по исследованию риска развития местных рецидивов при сохранении большей части кожи молочной железы во время мастэктомии. Результаты показали отсутствие увеличения частоты местных рецидивов при возникновении рецидива после мастэктомии с сохранением кожи, такой же, как и после стандартной радикальной мастэктомии [5,6].

### Материал и методы

В Алматинском онкологическом центре в 2011-2012 г.г. выполнено 17 реконструктивных оперативных вмешательств по восстановлению молочной железы, удаленной по поводу рака. В 15 наблюдениях проведена первичная реконструкция молочной железы, а еще в 2 наблюдениях - отсроченная реконструкция.

### Результаты

При первичной реконструкции пациентам выполнялась подкожная мастэктомия с сохранением ареолы и соска. Дополнительно выполнялась лимфаденэктомия. Во всех наблюдениях имплантаты размещались под кожей. Операция завершалась дренированием ложа импланта.

Отсроченная операция по реконструкции молочной железы

является двухэтапной. На первом этапе выполняется мобилизация кожи и большой грудной мышцы и установка экспандера. После установки экспандера производится его растяжение путем введения через порт стерильного изотонического раствора. Катетер, призванный для подачи жидкости в полость экспандера, выводится через кожный прокол наружу. Период растяжения составляет 2-2,5 месяца. После достижения необходимого объема выполняется второй этап реконструкции, заключающийся в замене экспандера на постоянный эндопротез.

У всех пациенток послеоперационный период протекал гладко. Серьезных послеоперационных осложнений не наблюдалось. Во всех случаях достигнут хороший эстетический результат.

### Заключение

Использование методов первичной и отсроченной хирургической реабилитации у больных РМЖ, подвергнутых калечащей операции в виде экстирпации органа с использованием имплантов позволяет выполнить одноэтапные и двухэтапные реконструктивные вмешательства с хорошим эстетическим результатом.

### Литература

- 1 Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Д., Игисинов С.И. и др. Показатели онкологической службы в Республике Казахстан. - Алматы. 2009 - С. 85.
- 2 Коренькова Е.В., Боровиков А.М. Пластика молочной железы как средство коррекции психосоциальных нарушений // Материалы Первого междунар. симп. по пластической и реконструктивной хирургии в онкологии. - М., 1997. - С. 152.
- 3 Блохин С.Н., Портной С.М., Лактионов К.П. Злокачественные опухоли молочных желез: варианты выполнения первичной пластики в условиях химиолучевой терапии // Материалы Первого междунар. симп. по пластической и реконструктивной хирургии в онкологии. - М., 1997. - С. 135.
- 4 Downess K.J., Glaff B.S., Kanchwala S.K. et al. Skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction is an acceptable treatment option for patients with high-risk breast carcinoma // Cancer. - 2005. - 1/103 (5). - P. 906-913.
- 5 Nevman L.A., Kuerer H.M. Presentation treatment and outcome of local recurrence after skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction // Ann. Surg. Oncol. - 1998. - Vol. 5 (7). - P. 620-626.
- 6 Slavin S.A., Schnitt S.J., Duda R.B. et al. Skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction: oncologic risk and aesthetic results with early-stage breast cancer // Plast. Reconstr. Surg. - 1998. - Vol.102 (1). - P. 49-62.

### Тұжырым

Бұл жұмыста сүт безі рагына сақтаушы яғни, тері асты мастэктомия және сүт безін қайта модельдеу үшін қазіргі кездегі эндопротездеуді қолдана отырып бір – екі этапты реконструктивті операциялар көрсетілген. Осының нәтижесінде жақсы эстетикалық жетістіктерге қол жеткізілді.

Анықтаушы сөздер: сүт безі рагы, тері асты мастэктомия, хирургиялық реабилитация.

### Summary

In the study presented results of adoption of one- and two-stage reconstructive operations in breast cancer patients with use of the organ-conserving technique of subcutaneous mastectomy and the formation of breast with modern endoprosthesis. It allows to achieve a good esthetic results.

УДК 618.19-006.55

В.В.Балковой, Б.У.Бозабаев

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК

## К вопросу совершенствования нейрохирургической помощи больным с новообразованиями головного мозга

### Аннотация

В работе представлены результаты проведенного исследования по особенностям эпидемиологии и клиники нейроонкологии среди прикрепленного контингента МЦ УДП РК. Показана необходимость внедрения дополнительного обследования и улучшения диагностики опухолей ГМ на ранних стадиях.

**Ключевые слова:** новообразования головного мозга, нейрохирургическая помощь, распространенность, структура заболеваемости.

### Введение

Во всем мире отмечается постоянный рост нейроонкологической патологии; удельный вес злокачественных опухолей головного мозга (ГМ) среди всех злокачественных новообразований варьирует от 4,7 до 8% [1,2]. Лечение нейроонкобольных является одним из самых затратных из-за высокой инвалидизации, малой продолжительности и низкого качества жизни пациентов. При этом летальность в послеоперационном периоде остается достаточно высокой по сравнению с результатами хирургического лечения новообразований остальных локализаций [3].

К концу 2011г. численность онкологических больных, состоявших на учете в специализированных учреждениях РК, достигла 280000 пациентов. Рост злокачественных новообразований в РК за последние 5 лет увеличился на 23,5%, а частота встречаемости выросла до 1112,9 на 100000 населения. Общее число злокачественных опухолей ЦНС за 2011г. составило 1168 случаев [4,5].

Анализ эпидемиологических показателей и клинической характеристики нейропатологии могут оказать неоценимую помощь в грамотном формировании материально-технического обеспечения, оптимизации кадрового состава нейрохирургической службы и позволяют добиваться лучших результатов в разделе нейроонкологии.

### Цель

Оценить эпидемиологию и клинические проявления первичных опухолей ГМ среди лиц из прикрепленного контингента МЦ УДП РК.

### Результаты и обсуждение

Распространенность первичных опухолей ГМ в структуре прикрепленного контингента МЦ УДП РК в период 2005 - 2011 гг. составила 3,98 случаев на 100 тыс. пациентов в год. Наиболее часто поражаемый возраст – 55-65 лет. Среди первичных опухолей ГМ наибольший удельный вес представляли глиальные опухоли (48,7%), менингиомы (28,1%), аденомы гипофиза (7,6%). У женщин наиболее часто диагностируются менингиомы (37,3%), реже - астроцитомы (31,3%) и - глиобластомы (11,2%); у мужчин - чаще наблюдаются глиомы (56,3%), из них чаще всего отмечаются астроцитомы (32,3%) и глиобластомы (24,1%). У больных моложе 34 лет наиболее часто определялись астроцитомы, глиобластомы и медуллобластомы, в возрасте от 35 до 44 лет - астроцитомы, менингиомы и глиобластомы, от 45 до 54 лет часто выявлялись аденомы гипофиза, а пациенты старше 55-летнего возраста чаще страдали менингиомами и глиобластомами ГМ.

Первичные опухоли ГМ в 84,6% случаев имели супратенториальную локализацию, в 14,6% - субтенториальную; остальные 0,8% опухолей располагались супра- субтенториально. Наиболее часто встречающейся локализацией менингиом являлась конвексимальная (28,2%), реже - парасагитальная, задняя черепная ямка и базальное расположение. Наиболее частой локализацией глиальных опухолей ГМ являются полушария большого мозга 73,2%. У каждой 10-ой пациентки с глиомой ГМ новообразование располагается срединно. Для верификации выявленных опухолей целесообразно внедрять нейровизуализационные методы обследования.

Выявлено, что в стадии начальных клинических проявлений поступило на лечение только 11,5% пациентов. Следует отметить, что с умеренными клиническими проявлениями поступило - 39,5%, а 47,1% пациентов - с выраженными клиническими проявлениями и 1,9% - в стадии декомпенсации, что свидетельствует о необходимости принятия мер на раннее выявление нейроопухолей.

Первичные новообразования ГМ чаще всего проявляются головной болью 36,3% наблюдений, судорожными припадками 22,5% случаев, парезами и параличами конечностей 7,8% и нарушением зрительных функций 7,8%.

Таким образом, выявлено, что в структуре первичных опухолей ГМ среди прикрепленного контингента МЦ УДП РК чаще встречаются доброкачественные опухоли у женщин, злокачественные - у мужчин; наибольшая распространенность первичных опухолей ГМ приходится на возраст от 55 лет до 65 лет, как у мужчин, так и у женщин.

Результаты исследования свидетельствуют, что целесообразно широко внедрять нейровизуализационные методы обследования у пациентов в возрастной группе 55-65 лет в структуре прикрепленного контингента МЦ УДП РК. Следует постоянно повышать квалификацию врачей терапевтов и неврологов амбулаторной практики по нейроонкологии.

### Литература

1 Алексеев А.Г., Данилов А.Г. Социально-гигиенические характеристики заболеваемости первичными опухолями ЦНС в Республике Татарстан // IV съезд нейрохир. Рос.- М. 2006. - С. 141-142.

2 Ярцев В.В. Нейрохирургическая служба: организация, основные показатели, паспортизация, предложения // Материалы Всероссий. науч.-практ. конф. - СПб. 2008. - С. 19.

3 Wrensch M., Minn Y, Chew T. et al. Epidemiology of primary brain tumors: current concepts and review of the literature // Neurooncology. - 2002. - Vol. 4. - P.278-279

4 Дюсембеков Е.К. Эпидемиологические аспекты злокачественных опухолей головного мозга в Казахстане // Всерос. науч.-практ. конф. - СПб., 2008. - С. 257.

5 Отчеты ЦКБ МЦ УДП РК за 2005-2011гг.

### Тұжырым

Балковой В.В., Бозабаев Б.У.

Ми өскіндері бар науқастарға нейрохирургиялық көмекті жетілдіру мәселесіне

Еңбекте ҚР ПІБ МО-ның тіркелген құрамы арасында нейроонкологияның эпидемиология және клиника ерекшеліктері бойынша жүргізілген зерттеу нәтижелері ұсынылған. Ерте сатыдағы ми ісігін қосымша зерттеу және диагностиканы жақсартуды енгізу қажеттілігі көрсетілген.

*Summary*

*Balkovoy V.V., Bozabaev B.U.*

*On improvement of neurosurgical care to patients with brain tumors*

*The results of the study on the epidemiology and clinical characteristics of the attached neurooncology contingent MC UDP RK. The necessity of introducing additional examination and better diagnosis of tumors of the GM in the early stages.*

УДК 616-005.1-085

А.М. Нурмадиев

КГП «Лисаковская городская больница», хирургическое отделение, г.Лисаковск

## Опыт применения Венофундина при политравме Клинический случай

### Аннотация

Представлено описание клинического случая применения Венофундина при тяжелой политравме. Выявлено, что Венофундин обладает высокой гемодинамической активностью, что особенно важно при лечении тяжелой политравмы.

**Ключевые слова:** Венофундин, политравма, кровопотеря, геморрагический шок

Венофундин (6% гидроксизтилкрахмал 130/0,42/6:1) - эффективный плазмозамещающий и безопасный коллоидный раствор. Оказывает минимальное влияние на параметры гемостаза, способствует быстрому восстановлению нормоволемии и гемодинамической стабилизации пациента. Волемический эффект равен 100% и длительность действия препарата составляет 6 часов. Суточная доза и скорость введения зависят от величины потери крови и параметров гемодинамики. Максимальная суточная доза не должна превышать 50 мл/кг массы тела. Следует с осторожностью применять при гемофилии, болезни Виллебранда.

Описание клинического случая. Больной В., 42 лет, поступил после дорожно-транспортного происшествия в приемное отделение Лисаковской городской больницы с диагнозом: Политравма. ОЗЧМТ. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Разрыв селезенки. Открытый перелом левой голени. Травматический шок II степени.

Объективный осмотр: состояние крайне тяжелое обусловлено травматическим шоком. Сознание: кома I степени. Оценка глубины коматозного состояния по шкале Глазго равна 10 баллов. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, артериальное давление (АД) 70/35мм.рт.ст., пульс 120 ударов в 1 минуту. В анализах: анемия II степени, гипокоагуляция. Проведена стандартная противошоковая терапия. Произведена экстренная операция: лапаротомия, спленэктомия, дренирование брюшной полости. Первичная хирургическая обработка раны левой голени.

В предоперационном и раннем послеоперационном периодах в отделении анестезиологии и реанимации одним из основных гемодинамических растворов являлся венофундин в дозе 20 мл/кг/сут. Действие препарата отмечено на 15 минуте от начала инфузии стабилизацией гемодинамики: АД (выше критических цифр) 90/55мм.рт.ст., уменьшение тахикардии до 110 ударов в минуту и сохранялось более 4 часов. Побочных эффектов не было. На фоне проведенной интенсивной терапии состояние больного стабилизировалось, сознание восстановлено, нормализовалась гемодинамика (АД=120/80мм.рт.ст., нормосистолия), признаков нарушения микроциркуляции нет. В анализах: Hb=130г/л, нормокоагуляция. Для дальнейшего лечения и динамического наблюдения пациент переведен в хирургическое отделение. Пациент выписан на 21-е сутки с выздоровлением и рекомендациями.

### Выводы

Венофундин 6% обладает быстрой и стойкой гемодинамической активностью, безопасностью при политравме.

### Тұжырым

Нурмадиев А.М.

*Политравменің жанында венофундинаның қолдануын тәжірибе*

*Венофундин политравменің жанында тез және гемодинамия белсенділігі, қауіпсіздіктің бағанымен ие болады.*

### Summary

Нурмадиев А.М.

*Experience application of venofundin at the politrauma*

*Nurmadiev A.M.*

*Venofundin possesses rapidly and proofly haemodynamic activity, safety at the politrauma.*

УДК 616.3

Прощенко Н.Н.

ГККП сельская больница с. Шелек

## Сотрясение мозга и тяжелая черепно-мозговая травма

### Аннотация

В статье представлено современные подходы к диагностике и лечению сотрясения головного мозга и черепно-мозговой травмы. Показано, что принципиальной чертой сотрясения и ушиба мозга легкой степени является возможность полного выздоровления и восстановления всех временно утраченных мозговых функций. Структура мозга также со временем полностью нормализуется. Тем не менее, существует состояние, когда восстановительный период затягивается на месяцы. Возникает оно после сотрясения

(коммоции) головного мозга и называется «посткоммоционным синдромом».

**Ключевые слова:** сотрясение мозга, черепно-мозговая травма

По степени выраженности ЧМТ подразделяют на легкую, средне-тяжелую и тяжелую. К легкой ЧМТ относятся сотрясение мозга и ушиб мозга легкой степени. На их долю среди всех ЧМТ приходится 80-85%. В связи с такой широкой распространенностью речь в данной статье пойдет именно о легкой черепно-

мозговой траме (ЧМТ). Упомянем лишь, что к тяжелым ЧМТ относятся ушиб мозга средней и тяжелой степени, тяжелое диффузное повреждение мозга, сдавление вещества мозга внутричерепными гематомами и обломками костей. Лечение тяжелых ЧМТ является прерогативой нейрохирургов, которые проводят операции на мозге и костях черепа.

Как же врачи определяют, насколько тяжела травма головы? О тяжести ЧМТ судят по:

1. Продолжительности периода потери сознания
2. Продолжительности периода, который выпал из памяти сразу после травмы
3. Степени угнетения жизненно важных функций (дыхания, сердцебиения, артериального давления и др.)
4. Выраженности и стойкости различных неврологических нарушений

При легкой ЧМТ человек находится без сознания не более 40 минут (чаще 5-10 минут), период амнезии составляет не более часа, жизненные функции не страдают, все неврологические проявления не вызывают значительного ограничения в обычной жизнедеятельности и полностью проходят в период от нескольких дней до 3х недель.

Основной отличительной чертой сотрясения (коммоции) головного мозга от всех других ЧМТ является то, что структура мозга, питающих его сосудов и костей черепа остается не нарушенной. Все изменения кратковременны и затрагивают только функциональную сферу. Причина - временное нарушение проведения импульса по нервным волокнам, что проявляется двумя группами симптомов:

1. Общемозговые симптомы - спутанность, сонливость, слабость, головная боль, тошнота, рвота, головокружение, амнезия, болезненность при движениях глазами, напряжение шейных мышц, колебания пульса и давления

2. Локальные неврологические симптомы – нистагм (ритмичные подергивания глазных яблок) – проявляется двоением, нечеткостью зрения; возможна легкая слабость в одной половине тела, шаткость походки

При ушибе мозга легкой степени изменяется структура мозга - образуется зона повреждения небольшого размера, которую можно обнаружить с помощью компьютерной томографии (КТ). А также возможны линейные переломы черепа (по типу треснутой вазы). Общемозговые и локальные неврологические симптомы при ушибе мозга проявляются тяжелее и держатся дольше, чем при сотрясении.

Что нужно делать близким и друзьям человека, получившего травму головы?

1. Естественно, первым делом вызвать бригаду скорой помощи. Затем действовать по ситуации.

2. После восстановления сознания необходимо задать пострадавшему ряд простых вопросов (попросить назвать свое имя, имена находящихся рядом людей, место нахождения, дату происшествия, посчитать от 20 до 1 и др.), чтобы определить, в каком состоянии он находится.

3. В случае возникновения рвоты необходимо повернуть человека на бок, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути.

4. Следует иметь в виду, что травме головы часто сопутствует травма шейного отдела позвоночника, поэтому желательно зафиксировать шею с помощью самодельной шины.

При легкой ЧМТ пострадавшего на 2-3 суток кладут в больницу. Там врачи с помощью необходимых обследований исключают тяжелые повреждения мозга и черепа, а затем отпускают пациента домой. Грозными симптомами являются значительное угнетение сознания, сонливость, вялость, апатичность, выраженная головная боль, разная величина зрачков, слабость в одной половине тела, вытекающая из носа или

уха прозрачная жидкость, кровоподтеки под глазами (симптом «очков»), эпилептический приступ.

Основополагающей чертой сотрясения и ушиба мозга легкой степени является принципиальная возможность полного выздоровления и восстановления всех временно утраченных мозговых функций. Структура мозга также полностью нормализуется. Тем не менее, существует состояние, когда восстановительный период затягивается на месяцы. Возникает оно после сотрясения (коммоции) головного мозга и называется «посткоммоционным синдромом». Основные проявления данного синдрома – это:

1. Головная боль - чаще по типу сжимающей каски на голове - головная боль напряжения (если головная боль возникла позже, чем через 2 недели после сотрясения, то связи между этими двумя явлениями нет)

2. Несистемное головокружение

3. Общая слабость, утомляемость (астения)

4. Снижение памяти и концентрации внимания

5. Раздражительность, тревожность, плаксивость, трудности при засыпании, дневная сонливость

6. Вегетативные проявления (синдром вегетативной дисфункции)

7. Шум в ушах, снижение либидо

Те или иные симптомы посткоммоционного синдрома отмечаются у 90% пострадавших в течение нескольких месяцев после ЧМТ.

Причин возникновения данного состояния две:

- легкое встряхивание всего мозга при травме (важно помнить, что никаких структурных перестроек при этом не происходит, а только временно ухудшается взаимосвязь между разными отделами головного мозга
- невротическая реакция человека на пережитый стресс

*Тұжырым*

*Проценко Н.Н.*

*«Шелек ауылы, ауылдық ауруханасы» МКҚК*

*Мидың шайқалуы және ауыр бассүйек-ми жарақаты.*

*Бассүйек-ми жарақаты (БМЖ) дәрежесі бойынша жеңіл, орташа-ауыр, ауыр деп бөлінеді. Жеңіл БМЖ мидың шайқалуы және миды жеңіл түрде соғып алу жатады. Арасында олардың еншісінде БМЖ 80-85%. Осындай кең таралғандықтан аталған мақалада нақты бассүйек-миының жеңіл түрі туралы сөз болмақ. Тек қана ескерте келсек, ауыр бассүйек-ми жарақатына миды жеңіл түрде соғып алудың орташа және ауыр дәрежесі жатады, яғни мидың ауыр диффузиялық зақымдануы, бассүйек ішіндегі сүйектің сынықтары және гематомамен ми құрылымын қысу. Ауыр бассүйек-ми жарақатын емдеу нейрохирургтардың дәйегі бола табылып, бассүйек сүйектері мен миға операция жасалынады.*

*Summary*

*Proshchenko N. N.*

*GKKP rural hospital of page Shelek*

*Concussion and heavy craniocerebral trauma*

*On expressiveness degree a craniocerebral trauma subdivide on easy, average and heavy and heavy. Concussion and a bruise of a brain of easy degree belong to a slight craniocerebral trauma. 80-85 % are the share of their share among all. Due to such wide prevalence speech in this article will go about a slight craniocerebral trauma. Let's mention only that the bruise of a brain of average and heavy degree, heavy diffuzny injury of a brain, sdavleny substances of a brain belong to heavy craniocerebral traumas intra cranial hematomas and fragments of bones. Treatment of heavy craniocerebral traumas is a prerogative of neurosurgeons which perform operations on a brain and skull bones.*

УДК 616-001.31

З.У.Доспанбетова

ГККП ССМП п/с №4 врач БИТ бригады.

## Черепно-мозговая травма

### Аннотация

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) — повреждение костей черепа или мягких тканей. Различают легкую, средней степени тяжести и тяжелую ЧМТ. Также различают изолированную и сочетанную (с повреждением других органов). ЧМТ делят на закрытую и открытую (с повреждением кожных покровов, апоневроз, костную ткань или более глубоко лежащие ткани).

Клинически делятся на 1) сотрясение головного мозга (тошнота, рвота, головная боль, бледность кожи, специфические симптомы — потеря сознания) 2) ушиб головного мозга; 3) сдавливание головного мозга; 4) диффузное аксональное поражение.

Нарушение сознания — оглушение, сопор, кома указывает на тяжесть ЧМТ. При поступлении в стационар проводят обследование: 1) клиническое; 2) рентгенография черепа; 3) компьютерная томография;

Лечение сводится к защите от внутричерепного давления и гипоксии. Прогноз зависит от характера и тяжести травмы.

Ключевые слова: ликвор, сотрясение головного мозга, ушиб ГМ, сдавление ГМ, гематома, оглушение, сопор, кома, рентгенография, компьютерная томография, внутричерепное давление, гипоксия.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) — повреждение костей черепа или мягких тканей, таких как ткани мозга, сосуды, нервы, мозговые оболочки.

По тяжести поражения различают легкую, средней степени тяжести и тяжелую ЧМТ[1]. Для определения степени тяжести используют шкалу комы Глазго. При этом пациент получает от 3 до 15 баллов в зависимости от уровня нарушения сознания, который оценивают по открыванию глаз, речевой и двигательной реакциям на стимулы[2]. Легкая ЧМТ оценивается в 13—15 баллов, среднетяжелая — в 9—12, тяжелая — в 3—8[3][4][5].

Также различают изолированную, сочетанную (травма сопровождается повреждением других органов) и комбинированную (на организм действуют различные травмирующие факторы) ЧМТ.

ЧМТ разделяют на закрытую и открытую. При открытой черепно-мозговой травме повреждены кожный покров, апоневроз и дно раны является кость или более глуболежащие ткани. При этом, если повреждена твердая мозговая оболочка, то открытую рану считают проникающей. Частный случай проникающей травмы — истечение спинномозговой жидкости из носа или уха в результате перелома костей основания черепа. При закрытой черепно-мозговой травме апоневроз не поврежден, хотя кожа может быть повреждена.

### Клинические формы ЧМТ

Сотрясение головного мозга — травма, при которой не отмечается стойких нарушений в работе мозга. Все симптомы, возникающие после сотрясения, обычно со временем (в течение нескольких дней) исчезают. Стойкое сохранение симптоматики является признаком более серьезного повреждения головного мозга. Основными критериями тяжести сотрясения мозга являются продолжительность (от нескольких секунд до часов) и последующая глубина потери сознания и состояния амнезии. Неспецифические симптомы — тошнота, рвота, бледность кожных покровов, нарушения сердечной деятельности.

По степени тяжести: ушиб головного мозга: легкой, средней и тяжелой степени; сдавление головного мозга (гематомой, инородным телом, воздухом, очагом ушиба); диффузное аксональное повреждение.

Одновременно могут наблюдаться различные сочетания видов черепно-мозговой травмы: ушиб и сдавление гематомой, ушиб и субарахноидальное кровоизлияние, диффузное аксональное повреждение и ушиб, ушиб головного мозга со сдавлением гематомой и субарахноидальным кровоизлиянием.

Нарушение сознания — оглушение, сопор, кома указывают на наличие черепно-мозговой травмы и ее тяжесть.

Поражение черепных нервов, указывают на сдавление и ушиб головного мозга.

Очаговые поражения мозга говорят о повреждении определенной области головного мозга, бывают при ушибе, сдавлении головного мозга.

Стволовые симптомы являются признаком сдавления и ушиба головного мозга.

Менингеальные симптомы — их наличие указывает на наличие ушиба головного мозга, либо субарахноидального кровоизлияния. Спустя несколько дней после травмы, могут быть признаком развившегося менингита.

### Лечение черепно мозговых травм

можно разделить на 2 этапа. Этап оказания первой медицинской помощи и этап оказания квалифицированной медицинской помощи в стационаре.

При наличии эпизода с потерей сознания больной независимо от его текущего состояния нуждается в транспортировке в стационар. Это обусловлено высоким потенциальным риском развития тяжелых опасных для жизни осложнений.

После поступления в стационар больному проводится клиническое обследование, собирается при возможности анамнез, уточняется у него или у сопровождающих характер травмы. Затем выполняется комплекс диагностических мероприятий направленных на проверку целостности костного каркаса черепа и наличия внутричерепных гематом и других повреждений тканей мозга.

Простейшим методом диагностики является рентгенография черепа, однако в связи с особенностями метода эффективность подобного её относительно не велика даже с использованием специальных укладок, примерно 20-30 % площади костей черепа остаются недоступными для оценки их целостности. Так же данный метод не позволяет оценить состояние тканей мозга. Методом выбора при данном виде травм является компьютерная томография. Данная методика позволяет получить изображение всех костей свода черепа, и оценить состояние головного мозга. Недостатком методики является дороговизна компьютерных томографов и как следствие их малая распространенность. Как правило подобные аппараты имеют только относительно крупные клиники.

В Казахстане как правило пострадавшие поступившие первично с ЧМТ исследуются с помощью методов рентгенографии, и уже в тех случаях когда данная методика не дает клинически значимого результата больные направляются на КТ.

После того как в ходе обследования устанавливается тип черепно-мозговой травмы, врач травматолог принимает решение о тактике лечения пациента. Методики и схемы терапии отличаются в зависимости от типа травмы, но в целом пре-

следуют одинаковые цели.

Главной целью является предотвращение поражения тканей головного мозга, и как следствие поддержание нормального внутричерепного давления и защита коры головного мозга от гипоксии. В некоторых случаях для этого выполняются трепанации с целью дренирования внутричерепных гематом. При отсутствии кровотечения в полость черепа больные ведутся как правило на консервативной терапии.

Прогноз заболевания во многом зависит от характера и тяжести травмы. При легких травмах прогноз условно благоприятный, в некоторых случаях происходит полное выздоровление без медицинской помощи. При тяжелых повреждениях прогноз неблагоприятный, без немедленной адекватной медицинской помощи больной умирает.

Существуют случаи, когда даже при серьезных черепно-мозговых травмах врачам удавалось спасти пациентов. Большое значение имеет помощь и лечение на догоспитальном этапе. Все больные с ЧМТ доставляются в стационар.

#### Тужырым

З.У.Доспанбетова

ҚҚҚК МЖЖС №4 қосалқы станциясы, БИТ бригада дәрігері:

Бас сүйек-ми зақымы (БСЗ) – дегеніміз бас сүйек немесе жұмсақ тіндердің зақымдалуы. Әдетте БСЗ-ның жеңіл, орташа және ауыр ауыртпалық деңгейін ажыратады. Сондай-ақ жекеленген, үйлестірілген формалары ажыратылады (өзге де мүшелердің зақымдалуы байқалады). БСЗ жабық және ашық формалы деп бөлінеді (тері, апоневроз, сүйек тіндері мен терең орналасқан тіндердің жарақаты).

Клиникалық тұрғыдан БСЗ:

Бас ми шайқалуы: жүрек айнушылық, құсу, бас ауруы, тері қуылдығы, естен тану секілді белгілер бас ми шайқалуына тән белгілер болып табылады.

Бас ми мүшесін соғып алу;

Бас миының қысылуы;

Мидың диффузиялық-аксоналды жарақаты деп бөлінеді

Естің бүлінуі – дыбыс қатаңдануы, естен айырылып

қалушылық, әлсіздік, кома барлығы да БСЗ ауыртпалығына меңзейді.

Науқас стационарға түскен кезде келесідей тексеруден өтеді:

Клиникалық;

Бас сүйекті рентген сәулесі арқылы суретке түсіру (рентгенография жасау)

Компьютерлік томография.

Емнің басты мақсаты: науқасты бас сүйек қысымынан, гипоксиядан сақтау.

Болжам жарақат сипаты мен ауыртпалығына байланысты.

#### Summary

Z.U.Dospanbetova

SSMO EMSS sub-centre No. 4 TIT team doctor.

Craniocerebral trauma (CT) – affection of skull bones or soft tissues. It is distinguished mild, medium and heavy CT severity. Also there are isolated and concomitant injuries (other organs are affected also).

CT is divided into close and open form (affection of skin integument, aponeurosis, bony tissue and deep-seated tissues).

Clinically CT is divided into:

Concussion of the brain: nausea, vomit, headache, skin pallor, faintness are specific symptoms.

Brain contusion.

Brain compression.

Diffuse axonal injury.

Impairment of consciousness – stupefaction, sopor, coma show CT severity.

Admitting conducted following examinations:

Clinical;

Craniography;

Computerized tomography.

The treatment come to:

intracranial pressure and hypoxia protection. Prognosis depends on injury characteristics and severity.

УДК 616-001.31

O.S. Seyidbeyov, G.F. Hasanova

Azerbaijan state advanced training institute for doctors Named after

## Aziz Aliyev Clinical And Expertise Assessment Of Mandibular Fractures As A Result Of Blunt Object Impact

#### Conclusions:

Based on the research we had made following conclusions:

Knowing the mechanisms of mandibular fractures significantly simplify the choice of tactics and treatment methods, as well as helps during forensic-medical examination.

Clinically grounded description of the general and local condition of the patients at the moment of admission with mandibular fracture help to have and objective view on the gravity of health damage.

The length of the the hospital treatment of mandibular fracture depends less on the mechanism of the blunt trauma and rather more on fracture itself and its complications.

The maximum required duration of the hospital treatment is during multiple mandibular fractures, specifically one's coupled with combined trauma especially with complications.

The assessment of mandibular fractures is performed on the basis of morphologic and functional peculiarities of fractures, the study of establishment mechanisms and the character of damaging factor, location and the direction of the impacting force, as well as the intermediary and final outcomes of fractures [1,4,5,8]. it was determined in the clinical and forensic-medical practice that

mandibular fractures mostly appear as a result of the impact of blunt objects. This is determined by the factor that blunt objects cause different mechanical lesions: excoriations, scratches, hematomas, wounds, injuries, tensions, lacerations, dislocations, cracks, fractures, etc. [6,7]. as it is known, one of the most complicated forms of lesions in stomatological and forensic-medical practice is the facial skeleton fractures, including mandibular — the only mobile bone of th facial skeleton. The peculiarities of the facial skeleton structure, as well as the wide range of blunt object impact mechanisms lead to the great variety of lesions.

According to our observations mandibular fractures form 65.4% of total facial bone fractures. Of all facial bones mandible is the least protected from external impact and, given its mobility, the mechanism of mandibular fracture formation to a greater extend is determined by the peculiarities of anatomic structure.

Over last several years the number of forensic-medical assessments of impact of mandibular fractures on to the level of damage to the health had increased.

Undoubtedly introduction to the medical practice of modern diagnostics and treatment methods for mandibular damages, significantly impact the duration of temporary loss of ability to work and the results of rehabilitation. All of above suggest the elaboration



of new approaches to the assessment of expert criteria of the level of damage to the health, as well as of late outcomes.

These factors determined the main direction of our research, aimed at improving the criteria of forensic assessment of the level of damage to the health during mandibular fractures based on the analysis of modern clinical and instrumental methods of examination of patients with focus on to early and late outcomes of the trauma.

We had reviewed cases of 214 patients with facial fractures.

Mandibular fractures	140	65.4%
Single	65	46.4%
Double	51	23.8%
Triple and multiple	14	10%
Combined	10	4.67%

The goal of our study is to perform an integrated analysis of mandibular fractures using clinical stomatologic and forensic-medical observations.

During the review, mandibular fractures were combined in to two groups of direct and indirect fractures. Given the point that mandibular fractures were quite divers in their mechanisms and peculiarities of blunt trauma, this definition caused certain difficulties in determining trauma mechanisms. This is the reasons of having cases (20%, 28) with unidentified mechanism of a mandibular fracture.

Out of 214 injured 12 (5.6%) had complications during treatment. The dislocation of fracture segments had led to hematoma and edema of soft facial tissues (37) (26.4%). However, along with that, in 4 persons (2.85%) there were purulent complication, nerve damage in 40 (18.7%) and lacerations of soft tissues 120 (56.7%).

The forensic-medical examination of the cause to the health is performed by the forensic-medical expert through medical examination of victims. The forensic-medical examination of victims (as was said above) is performed in forensic-medical out-patient facilities (in big cities), out-patient clinics and hospitals, in relevant departments of investigation and court authorities, as well as, at home of the victim in case if unable to come to relevant facilities. In any case the identity of the person should be identified based on passport or any other equivalent document (military ID, etc) with the indication of such submitted document in the "Expert's Notes" («The Certificate»). This is followed by the investigation of circumstances of the case (preliminary information).

The source of preliminary information on the circumstances of the case is the appointment of forensic examination, referral to the forensic expert or any other document from investigative bodies or court. It contains ID information of the examination subject, short information on the event, as well as, the objective of the examination — questions to be answered by forensic-medical expert. In most cases the circumstances of the case are determined based in information provided by the victim who answers questions of the expert.

The interview should give information on: a) when (day, hour) and where (at home, in the street, at work, etc.) damages were caused; б) who caused them (surname, name, father's name, sex, age and physical status); в) using which object and method (punches, injuring by knife, burns, etc.); r) which part of the body was injured (head, chest, hands, etc.).

Along with that, it is expedient to find out the status of general condition of the victim during the first period after the trauma, namely, if the victim was conscious shortly after the trauma, vomiting, nausea, dizziness, whether applied to medical care and to which medical facility, etc.

At that, during the interview, no direct suggestive questions shall be asked to the victim as this may lead to intentional aggravation and even simulation. Besides, often trauma is the culmination of a quarrel, family drama, etc., accompanied with psychological trauma aggravating the general condition and leading to the point when the victim, even without any intention, can exaggerate trauma symptoms.

One shall not forget about pathologic simulation (for example,

during hysteria), when simulation is one of the symptoms of the condition.

That is why, suggestive questions of a doctor may lead to a significant exaggeration of subjective symptoms by the victim.

All of above, certainly, doesn't mean that forensic-medical examination experts shall not take in to account the historical data. The expert must analyze them with scrutiny, comparing with the results of objective examination and forming opinion based on the later [3,7,9,10,11].

While doing the subjective examination of the victim one shall always remember that forensic-medical examination is medical, scientific-practical examination and it shall be performed based on the rules of modern medical science. Along with that we believe that forensic-medical examination is not a purely clinical examination and that is why one shall not be aimed at comprehensive description of the general condition, rather detailed description of the condition of those organs and systems that have or may have any value in term of forensic-medical assessment.

Analysis of the forensic-medical examinations during mandibular fractures showed that in most cases during the assessment health burden of the mechanism and the remoteness of the trauma doesn't cover the details of medical documents, laboratory and instrumental examinations, which impedes the objectiveness of the outcomes of such assessment and often lead to false conclusions.

It is important during the assessment to determine the gravity of health damage in case of mandibular fractures, accurate identification of the type of the fracture, its location, duration of healing, which help to determined the duration of loss of ability to work.

As it is known, the treatment and their results in case of mandibular fractures depend on a number of reasons: correct first aid, time of transportation to medical facility, appropriate tactics and performed medical interventions, individual peculiarities of a person, condition of the mandible of the victim (the degree of atrophy in alveolar bone of mandible, infection before trauma, related to tooth conditions), type of the fracture: single, double, triple and multiple, combines, the level of damage of soft tissues, local nerves and vessels. While choosing the tactics and methods of treatment in case of mandibular fractures, we also used the assessment of trauma mechanisms. The review of the duration of time spent in the clinic for treatment of mandibular fractures showed average duration from 4 to 23 days: in case of single non-complicated fracture – from 4 to 12 days; single fracture with complications – 5 to 16 days, double non-complication fracture – from 4 to 26 days, double fracture with complications – 12 to 28 days, triple and multiple non-complicated – 7 to 23 days and finally, triple and multiple fractures with complications – 10 to 28 days. These days for combined fractures without and with complications are 6 to 14 and 10 to 19 days respectively.

During the research we used the description of morphology of mandibular fractures, reviewing the X-ray status of mandible and qualitative and quantitative assessment of mandibular fractures.

As our observations showed, the majority of complications of mandibular fractures during blunt trauma happen at later stages. That is why, in connections with this point, it is important to do repeated assessment of patients in one month time after the lesion.

Thus, during the assessment of gravity of health impact, the mechanism and remoteness of mandibular fractures during blunt trauma it is expedient to engage a specialist – the oral and maxillo-facial surgeon both for the individual assessment of such patients and for cooperation with the forensic-medical examination expert.

## Conclusions:

Based on the research we had made following conclusions:

knowing the mechanisms of mandibular fractures significantly simplify the choice of tactics and treatment methods, as well as helps during forensic-medical examination.

Clinically grounded description of the general and local condition of the patients at the moment of admission with mandibular fracture help to have and objective view on the gravity of health damage.

The length of the the hospital treatment of mandibular fracture depends less on the mechanism of the blunt trauma and rather more

on fracture itself and its complications.

The maximum required duration of the hospital treatment is during multiple mandibular fractures, specifically one's coupled with combined trauma especially with complications.

## References – Литература:

- 1 Анкиеева, Елена Александровна. Судебно-медицинская оценка переломов костей лицевого и прилежащих отделов мозгового черепа при его сдавлении: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Барнаул. 2004. - 16 с.
- 2 Васильев М.А. Об экспертной оценке телесных повреждений, нанесенных в особых условиях. Вопросы судебной травматологии. - Киев. 1971. - с.109-112.
- 3 Громов А.П. Биомеханика травмы (повреждения головы, позвоночника и грудной клетки). - М.: Медицина. 1979. - 28 с.
- 4 Кабаков Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей. М.: Медицина. 1981. - 176 с.
- 5 Коляда И.В. Определение степени тяжести при повреждениях зубов и челюстей: автореф. дисс...канд. мед. наук: 00.24 - Киев. 1972 - 23 с.
6. Лкунин С.А. 2002. СМЭ. Судебно-медицинская оценка повреждений головы при ударах тупыми предметами. - М. 2002. - С.36-40
- 7 Поздеев И.С., Рочкустов Ю.И. Анализ повреждения зубочелюстной системы. Судебно-медицинская стоматология, сборник научных работ. - М. 973. - С. 75-76.
- 8 Проздоровский В.И. Судебно-медицинские аспекты в стоматологии. Судебная стоматология, сборник научных трудов. - М. 1973. - С.10-13.
- 9 Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. // Медицина. Москва. 1990. - С. 398-402.
- 10 Assael L., Tucker M. Management of facial fractures // Contemporary oral and Maxillofacial Surgery. - 2<sup>nd</sup> ed. - St. Louis. - 1993. - P. 557.
- 11 Ellis E. Condylar process fractures of the mandible // Facial. Plast. Surg. - 2000. - Vol. 16, №2. - P. 193-205.

### Тұжырым

О.С. Сеидбеуов, Г.Ф. Насанова

Әзірбайжан дәрігерлер білімін жетілдіру институты  
Жақтың сынуларын клиникалық және сараптамалық бағалау

Клиникалық және сот-медициналық практикасында анықталғандай, төменгі жақтың сынулары негізінде доғал

заттардың әсерлерінен пайда болады.

Яғни осындай доғал заттар түрлі механикалық зақымдануларды келтіретіндігі шартталған: жаралар, сызаттар, қанталау, жарақаттар, жараланған жерлер, сіңір созылу, жарылулар, буын таю, жарықшақ, сынықтар тағы сол сияқты(6,7).

Әдебиеттегі мәліметер бойынша төменгі жақтың сынықтары 65,4% (пайызды) құрайды, жалпы бет қаңқасындағы жақ сынулары арасындағы көрсеткіш. Бізге 214 бет қаңқасы сынығымен жәбірленушілер болғаны белгілі. Оның ішінде 140(65,4%) төменгі жақ сынығымен жәбірленушілер, (65-46, 4% жалаң сынулар, 51-36, 4% қосарлы, 14-10% үш есе және көп, 10-7,14% құрамдастырылған сынулар).

Зерттеу жасай келе, біз төменгі жақтың зақымдануларының сипаттасын пайдалана, төменгі жақтың сынуларына сандық және сапалық баға беріп, қорытындыларға статистикалық және математикалық анализ берілді (вариациялық, корреляция, регрессивтігі).

### Резюме

В клинической и судебно-медицинской практике установлено, что переломы нижней челюсти в основном возникают от воздействия тупыми предметами. Это обусловлено тем, что тупые предметы причиняют разнообразные механические повреждения: ссадины, царапины, кровоподтеки, раны, ушибы, растяжения, разрывы, вывихи, трещины, переломы и.п. (6,7). По данным литературы переломы нижней челюсти составляют 65,4%, среди общего количества переломов костей лицевого скелета.

Нами было изучено 214 пострадавших с переломами лицевого скелета. Из них 140(65,4%) пострадавших с переломами нижней челюсти (65 - 46,4% одиночных переломов, 51-36,4% двойных, 14-10% тройных и множественных, 10-7,14% комбинированных переломов, т.е. в сочетании с переломами других костей лицевого скелета).

При проведении исследований, мы использовали описание морфологии повреждения нижней челюсти, количественную и качественную оценку переломов нижней челюсти, статистический и математический анализ результатов (вариационный, корреляционный, регрессивный).

УДК 616-003.85

Б.У. Бозабаев

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы

## Эффективность комбинированного лечения остеоартроза коленных суставов

### Аннотация

В статье приводятся результаты комбинированного метода лечения 32 пациентов с остеоартрозами, которым проводили санационную артроскопию в сочетании с внутрисуставным введением гиалуроната с компонентом Эуфлекс. У всех пациентов получен положительный эффект применения как в интраоперационном, так и в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: остеоартроз, санационная артроскопия, внутрисуставное введение гиалуроната с компонентом эуфлекс.

### Введение

Остеоартроз (ОА) является проблемой здравоохранения в связи с возрастающей распространенностью. Рост в обществе прослойки населения пожилого возраста, количества больных

с очевидной симптоматикой болезни, среди которой боль в пораженных суставах и нарушение их функции, приводящие к ухудшению качества жизни больных, требуют постоянно растущих расходов из бюджета на здравоохранение, в том числе на консервативное и хирургическое лечение. ОА страдает около 20% населения. Заболевание чаще всего встречается у женщин в возрасте старше 50 лет [1].

В основе патологического процесса при остеоартрозе лежит быстрое старение суставного хряща. При этом он теряет свою природную эластичность и гладкость, начинает растрескиваться и истончаться, вплоть до полного исчезновения, обнажая кость. Затем к этому процессу присоединяется воспаление, вследствие которого начинает происходить разрастание костной ткани, вызывающее деформацию сустава и боль [2].

Современное лечение ОА должно быть направлено на основные звенья патогенеза заболевания, не только способ-

ствовать снижению выраженности болевого синдрома, но и сдерживать прогрессирование структурных изменений в пораженном суставе, то есть обладать болезнью-модифицирующим эффектом [3].

### Цель исследования

- оценить эффективность комбинированного лечения ОА коленных суставов: санационной артроскопии коленного сустава с внутрисуставным введением гиалуроната с компонентом эуфлекс.

### Материалы и методы

В условиях травматологического отделения ЦКБ МЦ УДП РК г. Алматы санационные артроскопические операции при ОА коленного сустава выполнены 32 больным, из них 12 мужчинам и 20 женщинам в возрасте от 60 до 70 лет. Результаты сравнивали с контрольной группой из 26 больных, сопоставимых по полу, возрасту и тяжести основного заболевания.

Давность заболевания пациентов составляла в среднем 10 лет с неоднократными курсами амбулаторного лечения, включавшего: физиотерапию, ЛФК, пероральные лекарственные препараты, холодные и горячие компрессы, удаление синовиальной жидкости из полости сустава, инъекции лекарственного препарата в сустав, использование вспомогательных приспособлений (костылей и трости), контроль массы тела. Однако лечение давало временный эффект.

Всем пациентам была выполнена санационная артроскопическая операция в условиях стационара.

При ревизии суставной полости артроскопическим зондом у всех больных были выявлены: признаки разрушения хряща с уменьшением объема хряща на медиальном мыщелке большеберцовой кости, краевые экзостозные разрастания на мыщелках бедра и голени и межмышечковых возвышениях большеберцовой кости. Произведено удаление свободных мелких фрагментов поврежденного хряща, спаек с суставных поверхностей с последующей механической хондропластикой шейвером. В некоторых случаях выполнена остеоперфорация субхондральной кости.

Результаты. В послеоперационном периоде больным назначали охранительный режим, предполагающий ограничение весовой нагрузки на прооперированную ногу. На 2-3 сутки пациенты начинали восстановление нормальной амплитуды движения в коленном суставе с проведением многократной в течение дня пассивной смены положений в коленном суставе и выполнением строго дозированных облегченных упражнений с опорой ноги на постель. Приступать на ногу разрешали не ранее, чем через 4-5 суток после операции.

Начиная с 4-х суток пациентам исследуемой группы производились инъекции гиалуроната с компонентом эуфлекс 2,0 № 3 с интервалом в 4 дня. Гиалуронат является природным компонентом нормальной синовиальной жидкости, восстанавливает ее оптимальную густоту, необходимую для полноценного

функционирования сустава. Это вязкое вещество, создающее гладкую, эластичную поверхность хрящевых тканей, обеспечивая их плавное скольжение.

При этом пациенты отмечали уменьшение выраженности боли и улучшение двигательной функции сразу после введения препарата, практически отсутствовала крепитация сустава при движении. Препарат переносился хорошо, ни у кого из больных не отмечено побочных нежелательных явлений, не проводилось в течение года повторного курса лечения, что связываем с улучшением состояния и отсутствием острых болевых ощущений пациентами.

Пациенты из контрольной группы (26) получали обычный курс послеоперационного лечения после санационной артроскопической операции на коленном суставе (физиолечение, ЛФК, массаж) У данной группы больных выраженность клинических симптомов сохранялась более длительно.

Таким образом, результаты исследования показали, что при назначении санационной артроскопии пациентам с остеоартрозом, можно рассмотреть вопрос о дополнительном введении гиалуроната с компонентом эуфлекс, которое может осуществляться как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде. Благодаря сочетанному воздействию на сустав удается добиться более выраженности смягчения клинических симптомов заболевания.

### Литература

1 Алексеева Л.И. Современные подходы к лечению остеоартроза // Русский медицинский журнал. - 2003. - Т. 11. № 4. - С. 201-205.

2 Алексеева Л.И. Современные представления о диагностике и лечении остеоартроза // Русский медицинский журнал. - 2000. - Т. 8, №9. - С. 105-107

3 Зубок Д. Н. Санационная артроскопия в лечении пациентов с гонартрозом // автореф. дисс. д.м.н. - М. 2010. - 27 с.

Тұжырым

Б.У. Бозабаева

Тізе буындары остеоартрозын құрама еммен емдеу тиімділігі

Мақалада Эуфлекс компоненттері бар гиалуронатты буын ішіне енгізе отырып, санациялық артроскопия жүргізілген остеоартрозбен ауыратын 32 емделушіні құрама еммен емдеу нәтижелері келтірілген. Барлық емделушілерде операцияға дейінгі және операциядан кейінгі кезеңде қолданудың оң әсері байқалды.

Summary

Bozabaev B.U.

Efficacy of the combined treatment of osteoarthritis of knee joint

The paper presents the results of the combined treatment of 32 patients with osteoarthritis who underwent remedial arthroscopy in combination with intra-articular injection of hyaluronate with component Eufleks. All patients receive a positive effect of both intraoperative and postoperative period.

УДК 616-073.765.4

Р.Р. Чорманова, В.В. Харламов, А.Ж. Жунусова, М.С. Садыков, Е.А. Жармухамбетов, С.Ж. Мулдагалеев, Б.Х. Шарипова, Б.У. Бозабаев

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы

## Отдаленная клиничко-рентгенологическая оценка результатов эндопротезирования крупных суставов

Аннотация

Эндопротезирование – фактор, позволяющий избежать многих осложнений и последствий перелома, продлить жизнь и улучшить качество жизни пожилых пациентов. В статье описаны отдаленные результаты клиничко-рентгенологической

оценки эндопротезирования тазобедренных суставов у 92 пациентов и коленных – у 56 пациентов, среди которых преобладали лица пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: эндопротезирование крупных суставов, отдаленные клиничко-рентгенологические результаты, рентг-

генологический контроль.

## Введение

Переломы шейки бедра и вертельной области чаще встречаются у женщин, у пожилых и престарелых людей. Сущность сенильного остеопороза заключается в понижении или полном прекращении ассимиляционного процесса, в торможении создания костного вещества, вследствие чего кость теряет свои механические свойства и подвержена патологическим переломам, единственным лечением при котором является эндопротезирование [1].

Воспалительные заболевания коленных суставов с выраженным болевым синдромом, с ограничением подвижности сустава, вплоть до контрактуры, так же прямое показание к эндопротезированию [2].

Эндопротезирование – фактор, позволяющий избежать многих осложнений и последствий перелома, продлить жизнь и улучшить качество жизни пожилых пациентов. [3].

## Цель работы

– оценка отдаленных клинико-рентгенологических результатов эндопротезирования крупных суставов.

## Материалы и методы

Нами выполнены рентгенологические исследования при эндопротезировании тазобедренных суставов 92 пациентам и коленных – 56 пациентам, среди которых преобладали лица пожилого и старческого возраста от 65 лет и старше, одну треть составили пациенты старше 80 лет.

Показаниями к эндопротезированию послужили следующие состояния: переломы шейки бедра, дегенеративно-дистрофические артрозы и артриты, посттравматические артрозы, ревматоидные артриты, болезнь Бехтерева, асептический некроз головки бедра, диспластические артрозы, ложные суставы шейки бедра, неправильно сросшиеся внутрисуставные переломы.

Относительными противопоказаниями к оперативному вмешательству были: психическое состояние пациентов, сердечно-сосудистая декомпенсация, острая сердечная недостаточность, состояния, при которых противопоказано анестезиологическое пособие, беременность, острый и хронический остеомиелит, туберкулез. Абсолютных противопоказаний к проведению рентгенологического контроля не было.

Для эндопротезирования пожилым малоподвижным пациентам применялся цементный биполярный эндопротез фирмы Stryker. У более подвижных пациентов использовали цементный эндопротез Stryker. У молодых пациентов использовали бесцементный эндопротез DePuy. При эндопротезировании коленных суставов использовался цементный эндопротез фирмы DePuy.

## Результаты

В процессе наблюдения в раннем и позднем послеоперационном периоде осложнений в зоне оперативного вмешательства отмечено не было. Заживление послеоперационной раны во всех случаях происходило первичным натяжением, без осложнений. Однако, более длительное заживление отмечалось у пациента с хроническими сопутствующими заболеваниями. Так же отмечался случай кризового течения гипертонической болезни у пациентки старше 70 лет. Был один случай нарушения целостности эндопротеза у пациентки, нарушившей предписанное режима в раннем послеоперационном.

Установление эндопротеза тазобедренного сустава позволило пациентам подниматься с постели и передвигаться с помощью подручных средств на вторые, третьи сутки после

оперативного вмешательства. Реабилитационные мероприятия проводили уже на третьи сутки после операции эндопротезирования тазобедренных и коленных суставов, на 7-е сутки пациенты передвигались практически самостоятельно с помощью подручных средств в пределах помещения.

Рентгенологический контроль результатов операции эндопротезирования осуществляли на цифровом аппарате Axiom Luminos dRF фирмы «Сименс», позволяющем выполнять рентгенограммы высокого качества, с высокой точностью изображения, с минимальной лучевой нагрузкой. Цифровые технологии дают возможность моделировать изображение, копировать на электронные носители, архивировать в электронной базе данных, передавать их на расстоянии.

При рентгенологическом контроле в поздние сроки после оперативного вмешательства во всех случаях осложнений выявлено не было. Пациенты в период до полутора месяцев от момента операции передвигались с помощью подручных средств, а в среднем через три месяца – самостоятельно с тростью. Тогда как у пациентов, отказавшихся от эндопротезирования, процесс реабилитации затягивался на месяцы, развивались осложнения, особенно у пожилых пациентов.

Таким образом, отдаленные клинико-рентгенологические результаты эндопротезирования коленных и тазобедренных суставов показали хорошую эффективность данной операции у престарелых пациентов при травматических повреждениях, у более молодых пациентов при болевом синдроме при воспалительных заболеваниях суставов, улучшающем качество их жизни.

## Литература

- 1 Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учебник для студентов мед. ВУЗов.- СПб.: - Гиппократ». 2001.- С.23-25.
- 2 Злобина Ю.С., Зоря В.И., Корчубный Н.Н. Хирургическое лечение патологических переломов костей конечностей.- М.:МГМСУ. 2004. - 327с.
- 3 Шиман П., Вастл О. мл., Вастл О. Тотальное эндопротезирование коленного сустава Columbus MIOS- малоинвазивная операционная техника с использованием компьютерной навигации./ Карловская больница, отделение ортопедии.- Прага, Чешская Республика. 2008.- 189 с.

### Тұжырым

Р.Р. Чорманова, В.В. Харламов, А.Ж. Жүнісова, М.С. Садықов, Е.А. Жармұхамбетов, С.Ж. Мұлдағалиев, Б.Х. Шарипова, Б.У. Бозабаев

Ірі буындарды эндопротездеу нәтижелерін қашықтан клиникалық-рентгенологиялық бағалау

Эндопротездеу – бұл егде жастағы емделушілердің өмірін ұзартып, өмір сапасын жақсартуға, сынықтың көптеген асқынулары мен зардаптарының алдын алуға мүмкіндік беретін фактор. Мақалада 92 емделушінің санжамбас буындарын және 56 емделушінің тізе буындарын эндопротездеуді клиникалық-рентгенологиялық бағалаудың қашықтағы нәтижелері сипатталған.

### Summary

Chormanova R.R., Kharlamov V.V., Zhunusova A. Zh., Sadykov M.S., Zharmuhambetov E.A., Muldagaliev S. Zh., Sharipova B.K., Bozabaev B.U.

Remote clinical and radiographic evaluation of the replacement of large joints

Endoprosthesis - factor, avoiding many of the complications and consequences of fracture, extend life and improve the quality of life of elderly patients. The article describes the long-term results of clinical and radiological evaluation of hip replacement in 92 patients, and knee - in 56 patients, which are dominated by elderly and senile age.

УДК 616.31-003

И.М. Касеинов

ГКП на ПХВ «Областная больница г. Талдыкорган»

## Опыт хирургического устранения соустья полости рта с верхнечелюстной пазухи

### Аннотация

В данной статье автор делится опытом хирургического устранения соустья полости рта с верхнечелюстной пазухи в ГКП на ПХВ «Областная больница г. Талдыкорган» за период с 2008 по 2011 год и предлагает надежный способ пластики соустья полости рта, применение которого позволяет сократить срок лечения и уменьшить послеоперационные осложнения

**Ключевые слова:** соустье полости рта и верхнечелюстной пазухи

Перфорация верхнечелюстной пазухи и последующее возникновение стойкого соустья и ее с полости рта является довольно частым осложнением операции на альвеолярном отростке и травм верхней челюсти, которые не редко вызывают воспалительные изменения слизистой оболочки верхней челюстной пазухи.

Как известно, у 90% больных одонтогенный гайморит возникает вследствие перфорации верхнечелюстной пазухи при удалении зуба и других хирургических вмешательствах на альвеолярном отростке верхней челюсти, а у 10% воспалительный процесс в пазухе развивается при наличии одонтогенного очага инфекции в непосредственной близости от пазухи (одонтогенная гранулема, радикулярная, фапикалярная кисты и другие).

Проблема лечения больных с острыми перфорациями инородными телами верхнечелюстной пазух остается актуальной. Количество больных с данной патологией, несмотря на достигнутые успехи в профилактике стоматологических заболеваний, имеет стойкую тенденцию к росту.

Лечение больных, как правило, осуществляется в условиях стоматологического стационара. Чаще всего производится радикальная операция на верхнечелюстной пазухе. В областной больнице, в отделении челюстно-лицевой хирургии за период с 2008 по 2011 год под нашим наблюдением находилось 98 больных из них мужчины- 40, женщины- 58 человек в возрасте от 17 до 52 лет с острыми перфорациями и инородными телами в верхнечелюстных пазухах.

Сроки поступления:

От 1 до 3 суток- 17 больных

От 4 до 8 суток- 26 больных

От 9 до 30 суток- 19 больных

Свыше 31 суток- 16 больных.

По нашим данным, во время операции удаления зуба в верхнечелюстной пазуху проталкивается корни первых (63,2%) и вторых (27%) моляров, вторых (5,8%) и первых (2,9%) премоляров, зуб мудрости- 1,1%. Величины соустья были различных размеров от 0.6 до 1 см. у 58 больных, от 2 до 3 см. у 40 больных. В условиях стационара к хирургическому вмешательству приступали после обследования и подготовки больных. У всех больных проводили клиническое, рентгенологическое обследование. У 86% было выявлено воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. инородное тело (корень зуба), гнойное отделяемое.

Перед операцией в течение нескольких дней промывали верхнечелюстную пазуху через соустье раствором антибио-

тиков. Операцию осуществляли следующим образом

Отступив от соустья на 0.1 см, производили освежающие разрезы, производили трапециевидный разрез в щечную сторону вдоль по переходной складке, длиной до 3 см с обеих сторон, с формированием лоскута на питающейся ножке

Слизисто-надкостничный лоскут отпрепарируем в область «собачьей» ямки, производим трепанацию верхне-челюстной пазухи с помощью бормашины. Производим ревизию пазухи: удаляем инородные тела (корень зуба), мелкие секвесторы и грануляционные ткани. Проводим обильное промывание пазухи и гемастаз. Через нижнюю носовую раковину накладываем соустья по Колдуэлл-Люку. Пазух тампонируем иодоформенной турундой, конец турунды выводим наружу через наложенное соустье. Затем отпрепарируем, отступя 0.8-1 см от края, разрезом рассечем надкостницу для придания лоскуту мобильности. Лоскут свободно перекрывает соустье и накладываем узловатый кетгутуовый шов.

В послеоперационный период применяется общепринятая тактика. Иодоформенная турунда, в зависимости от состояния пазуха, удаляется на 4-6 сутки.

Результаты послеоперационных наблюдений:

Послеоперационный период у всех больных протекал благоприятно, отмечено приживление слизисто-надкостничного лоскута. Выкроенный слизистонадкостничный лоскут на питающейся ножке перемещается без натяжения, перекрывает соустье, лоскут равномерно прилежит всей поверхностью к ране. Иодоформенная турунда оказывает антибактериальный гемостатический эффект и под турундой образуется слизистая оболочка, благодаря чему иодоформенная турунда удаляется на 4-6 сутки.

Вывод: применение этого способа пластики соустья полости рта с верхнечелюстной пазухи показала его надежность, отсутствие рецидивов, а также сокращение сроков лечения.

Тұжырым

Касеинов И.М.

Талдықорған қаласы облыстық ауруханасы

Жоғарғы жақсүйек қуысы сағалығын жоюдың хирургиялық әдістері.

Осы мақалада автор 2008- 2011 жылдар аралағындағы Талдықорған қаласының Облыстық ауруханасындағы жоғарғы жақ сүйек қойнауы түбінің ауыз қуысымен қатынасын жабу операциясы тәжірибесімен алмасады, емдеу мерзімін қысқартатын және операциядан кейінгі асқынуларды азайтатын операцияның сенімді әдісін ұсынады

Summary

Kaseinov I.M.

Regional hospital of of Taldykorgan

In this article author shares the experience of the surgical removal of oral fistula from maxillary sinus in The Regional Hospital of Taldykorgan for the period from 2008 to 2011 and provides a reliable way to plastic, the use of which reduces treatment time and reduce post-operative complications.

УДК 617.52

И.М. Касинов

ГКП на ПХВ «Областная больница г. Талдыкорган»

## Причины развития травматического остеомиелита нижней челюсти

### Аннотация

В данной статье выявлена причина развития травматического остеомиелита нижней челюсти, связанная с возрастом, иммунитетом и сроком обращения больного.

Ключевые слова: травматический остеомиелит нижней челюсти.

Целью исследования было изучение причин возникновения травматического остеомиелита и его локализации при переломах нижней челюсти. Под наблюдением находилось 89 больных. У 44 из них был острый, у 45 - хронический травматический остеомиелит

Переломы нижней челюсти, осложненные травматическим остеомиелитом, у 35 больных были одиночные, у 54 больных - двойные. Одиночные переломы у 3 больных локализовались между центральным и боковым резцами, у 1 — по клыку, у 7 - между первым и вторым премоляром, у 10- между первым и вторым моляром, у 14 - по третьему моляру.

У 7 больных с двойными переломами нижней челюсти линия перелома проходила по клыку и третьему моляру, у 11 - по клыку и шейке суставного отростка, у 15 по первому премоляру и третьему моляру, у 21 - по третьему моляру и шейке суставного отростка. Травматический остеомиелит при двойных переломах, как правило, развивался в области одной линии, проходящей по зубу, и только у 2 больных он развивался по обеим линиям. Перелом по шейке суставного отростка у всех больных был закрытый и заживал без осложнений.

Наиболее частая локализация травматического остеомиелита нижней челюсти установлена при переломах по третьему моляру (45,5%). При переломах по клыку показатель составлял 19,5%, в области второго премоляра - 8,2%, первого премоляра 7,7%, первого моляра - 6,7%, второго моляра - 6,1%, центрального резца - 3%, второго резца - 2%.

У 32% больных с локализацией перелома в области третьего моляра причиной возникновения травматического остеомиелита был хронический перикоронарит, у 29% - хронический периодонтит восьмого зуба, у 18% - разрыв слизистой и вывих зуба. У 21% больных ретинированы моляры.

У 2 больных травматический остеомиелит развился после остеосинтеза. У 4 больных причиной развития воспаления было нарушение больничного режима, в связи с чем, они были выписаны из стационара через одну неделю после госпитализации. И в последующем, они посещали врача нерегулярно, принимали алкоголь, получали повторные травмы, шины ослабевали, и появлялась подвижность отломков, что способствовало развитию остеомиелитического процесса.

Причиной травматического остеомиелита в области первого премоляра у больных являлось инфицирование линии пере-

лома из глубоких патологических карманов при развившейся стадии пародонтоза (4), из периодонтальных очагов (3). Шесть больных сняли резиновые кольца раньше установленного срока, нарушен режим питания.

Причиной развития травматического остеомиелита в области первого моляра у 3 больных являлись ошибки в диагностике (не распознан своевременно перелом), у 3 -осложненный кариес, у 5 — значительный разрыв слизистой и вывих зуба.

Двое больных поступили из хирургического стационара общего профиля, где лечились по поводу сочетанной травмы. Им не была оказана специализированная помощь, не осуществлялась иммобилизация отломков и не производился туалет полости рта.

У 80 больных причиной травматического остеомиелита было позднее обращение за медицинской помощью (на 3 - 5 день - у 40, на 5 - 7 день - у 25, на 10 и более дней - у 15) .

Таким образом, травматический остеомиелит чаще всего развивался при переломе по третьему моляру. На втором месте по частоте возникновения стояла линия перелома, проходившая по клыку, несколько реже в области премоляров по первому и второму молярам и резцам.

Вывод: причиной травматического остеомиелита наиболее часто были поздняя иммобилизация отломков, осложненный кариес зуба в линии перелома, значительная травма слизистой, наличие хронического перикоронарита в области третьего моляра, нарушение больными режима шин. Одной из причин возникновения, а затем длительно текущего травматического остеомиелита являлась сниженная реактивность организма, в связи с наличием одонтогенных очагов инфекции, особенно у людей пожилого возраста.

### Тұжырым

И.М. Касинов

Осы мақалада төменгі жақ сүйегінің зақымынан кейін алынған остеомиелиттің асқынуы себептері айқындалған. Бұл аурудың иммунитетіне, жасына және зақым алған мерзіміне байланысты

### Summary

I.M.Kaseinov

Regional Hospital of of Taldykorgan

Reasons of development of traumatic osteomyelitis of the bottom jaw

In this article identified the causes of traumatic osteomyelitis of the mandible associated with aging, immunity and circulation term of patient.

УДК 616-073.756.8

Е.В.Никонова

Рудненская городская поликлиника, г. Рудный

## Компьютерная томография при заболеваниях лобных пазух

### Аннотация

Статья показывает, что современная компьютерная томография позволяет идентифицировать патологические процессы ограниченного разбросанного характера, определять его точные границы. Дает возможность постановки точного диагноза воспаления лобной пазухи.

Будучи самым эффективным методом неразрушающей экспертизы, позволяет устанавливать или отклонять диагноз и делать оптимальное хирургическое вмешательство или отказываться от него.

**Ключевые слова:** компьютерная томография, лобные пазухи

Заболевание лобных пазух протекает значительно тяжелее, чем заболевания других околоносовых пазух, что связано с особенностями их анатомического расположения. В последнее время число заболеваний околоносовых пазух растёт в связи с учащением острых респираторных заболеваний, гриппа и аллергических болезней. Ранняя диагностика воспалительных заболеваний лобных пазух и их новообразований, точность определения распространённости поражения тканей патологическим процессом, протекающим в глубине лицевого скелета, весьма важна для своевременного лечения. С помощью традиционных методов исследования не всегда удаётся точно определить пристеночно-гиперпластические процессы ограниченного или диффузного характера, точно определить границы новообразования.

При КТ-исследовании удалось получить более полную информацию о заднем, верхнем и орбитальном распространении патологического процесса.

У 2 больных диагностировано мукоцеле лобных пазух, у 4 - мукоцеле лоб-но-решетчатой области, 5 - острый фронтит, у 7-нойный гемисинусит, 2 - киста лобной пазухи, 3 - остеомы лобной пазухи.

Больным мукоцеле первоначально ставился диагноз новообразования. У них не было отмечено классического симптома мукоцеле, но изменения напоминающие опухолевый рост, наблюдались в области передней стенки лобной пазухи. Информация о состоянии задней и верхней стенок отсутствовала после традиционного томографического исследования.

Сомнения вызывали и больные с острым фронтитом, так как клиническая картина не соответствовала характеру жалоб, но была как будто бы подтверждена томографией - отмечалось гомогенное затемнение лобной пазухи на пораженной стороне. Ещё большее сомнение вызывали больные с обострением хронического фронтита, которым ранее была проведена трепанация, а клиническая картина не всегда соответствовала рентгенологическим данным. Оставалось неясным состояние задней стенки лобной пазухи.

Сомнительным был диагноз у больных с кистами лобных пазух. Выказывалось предположение о возможном анатомическом варианте развития лобных пазух, так как жалоб у больных не было и объективно при передней риноскопии патологии не определялось. Оставалось под вопросом состояние задней стенки лобной пазухи у больных остеомой.

Данные КТ позволили уточнить диагноз и объективно оце-

нить характер воспалительного процесса или новообразования, его величину, взаимоотношение с неизменными тканями.

Особую категорию составили больные с односторонним так называемым «острым фронтитом», когда анамнез, жалобы, а иногда и объективные данные сочетались с анатомической асимметрией лобных пазух, трудно различимой на рентгеновских снимках. Таким пациентам проводят курс амбулаторного консервативного лечения, с применением, антибактериальной, десенсебилизирующей – Кестин 20 мг 1 раз в сутки, деконгестанты – ксимелин спрей 2 раза в сутки, промывание солевыми растворами, имеющими микрокапельное орошение слизистой - Маример аэрозоль по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход до 6 раз в день.

Из 5 больных с острым фронтитом у 2 отмечена нормальная пневматизация лобных пазух и они были направлены к невропатологу.

### Выводы

1 КТ позволяет максимально достоверно диагностировать пристеночно-гиперпластический процесс ограниченного или диффузного характера, точно определить его границы.

2 КТ даёт возможность точно диагностировать или отвергнуть диагноз фронтита.

КТ как наиболее объективный метод неинвазивного исследования точно поставить или отвергнуть диагноз и провести оптимальное хирургическое вмешательство или отказаться от него.

### Тұжырым

Е.В.Никонова

«Рудный қалалық емханасы» КМК

Маңдай қуысының аурулары

кезіндегі компьютерлік томографиясы

КТ диффузиялы мінездеме немесе қабырғалық – гиперплазиялық шектеулі процессті ең барынша нанымды диагнозды анықтау, оның нақ шекарасын анықтайды. КТ фронтит диагноздан қайырылу немесе нақты диагнозды анықтау мүмкіндігін береді. КТ көптеген объективтік әдістер сияқты диагноздан қайырылу немесе нақты зерттеуді қою және оптималдық хирургиялық араласуды жүргізу немесе одан бас тарту.

### Summary

E.V.Nikonova

Rudnensky city policlinic

Computer tomography at diseases of frontal bosoms Computed tomography in diseases frontal sinuses

Computer tomography allows to identify for certain parental edema process of restricted diffuse character, to designate its exact borders.

Computer tomography gives an opportunity of setting exact diagnosis of frontitis or to reject it.

Computer tomography, being most effective method of noninvasive examination, allows to set or to reject a diagnosis and to make optimal surgical intervention or to refuse of it.

УДК 615.21/.26

С.К. Даутова

Больница медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан

## Опыт практического применения препарата Поллезин в лечении сезонного аллергического риноконъюнктивита

### Аннотация

Статья представляет опыт применения Поллезина в лечении сезонного аллергического риноконъюнктивита. Показано, что Поллезин является высокоэффективным антигистаминным препаратом для лечения сезонного и круглогодичного аллергического ринита и конъюнктивита как в монотерапии, так и в составе комбинированной терапии. Его терапевтическая активность нарастает при продолжительном приеме, особенно, при средней и тяжелых формах аллергического риноконъюнктивита. Исследование показало, что он хорошо переносится пациентами и не вызывает серьезных побочных эффектов.

**Ключевые слова:** Поллезин, сезонный аллергический риноконъюнктивит

Аллергический ринит (АР) является часто встречающимся заболеванием, распространенность которого составляет от 10 до 25% населения в различных странах мира. В структуре аллергопатологии удельный вес АР также весьма высок (60–70%). Известно, что АР существенно снижает качество жизни больных, является фактором риска развития бронхиальной астмы (БА) и способствует формированию других заболеваний ЛОР-органов (синусита, среднего отита, евстахеита, полипоза носа, инфекций верхних дыхательных путей). Для Казахстана проблема АР также чрезвычайно актуальна, так как из года в год прослеживается тенденция роста числа пациентов, причем, как среди взрослых, так и среди детей.

Несмотря на достижения современной медицины и фармакологии, поиск эффективных и безопасных препаратов для лечения АР остается весьма насущной проблемой.

В фармакотерапии АР используют 5 основных групп лекарственных препаратов:

- пероральные и топические антигистаминные средства;
- топические (интраназальные) кортикостероиды;
- стабилизаторы тучных клеток (интраназальные кромоны);
- интраназальные и оральные деконгестанты;
- антилейкотриеновые препараты.

Пероральные антигистаминные средства являются наиболее широко используемыми препаратами для лечения АР, так как именно фармакологические эффекты гистамина приводят к формированию основных клинических симптомов АР. Применение антагонистов H1-гистаминовых рецепторов блокирует эффекты гистамина и облегчает или полностью купирует проявления АР. Существуют две группы антигистаминных препаратов: I поколения (седативные) и II поколения (неседативные). Использование антигистаминных препаратов I поколения (дифенгидрамин, хлоропирамин, ксифенадин, клемастин, прометазин, ципрогептадин, демитинден и др.) ограничивается их побочными эффектами: выраженным седативным действием, холинергическим, адренергическим эффектами, коротким периодом действия, быстрым развитием тахифилаксии. Антигистаминные препараты II поколения являются высокоселективными блокаторами H1-гистаминовых рецепторов.

Опыт применения антигистаминных препаратов II поколения при АР позволил определить основные требования к этой группе фармакологических средств: высокая клиническая эффективность в отношении симптомов интермиттирующего

и персистирующего АР; способность устранять конъюнктивальные симптомы; эффективность у детей и пожилых людей; отсутствие тахифилаксии при длительном применении; отсутствие нежелательных побочных эффектов; улучшение качества жизни больных. Одним из препаратов, наиболее полно удовлетворяющих этим требованиям, является левоцетиризин. Левоцетиризин – левовращающий оптический изомер цетиризина (активного метаболита гидроксизина). Действуя в дозе 5 мг, он равно-эффективен дозе 10 мг цетиризина, но при этом обладает более высоким профилем безопасности и уникальными фармакологическими свойствами:

- селективная и мощная блокада (свыше 95%) H1-гистаминовых рецепторов;
- самое короткое время достижения максимальной концентрации в плазме среди всех антигистаминных препаратов последнего поколения: после приема однократной дозы у 50% больных эффект наступает спустя 12 минут;
- медленная диссоциация с H1-гистаминовыми рецепторами обеспечивает пролонгированное действие (до 32 часов) без риска передозировки;
- блокирует позднюю фазу аллергического воспаления, а, значит, и такой частый симптом АР, как заложенность;
- не взаимодействует с системой цитохрома P-450, что дает возможность сочетать его с любыми препаратами и применять при заболеваниях печени.

Эффективность и хорошая переносимость левоцетиризина показаны при лечении как сезонного, так и круглогодичного аллергического ринита.

### Цель исследования

Изучение клинической эффективности Поллезин (левоцетиризин, фармацевтический завод ЭГИС) при сезонном аллергическом риноконъюнктивите.

### Материалы и методы

Было обследовано всего 54 человека в возрасте от 25 - 65 лет, из них 26 женщин (48%) и 28 мужчин (52%). Постановка диагноза аллергического риноконъюнктивита осуществлялась на основании клинических симптомов, анамнеза. У большинства пациентов (80%) имела место среднетяжелая и тяжелая форма аллергического риноконъюнктивита. Этой группе пациентов Поллезин в дозе 5 мг один раз в сутки назначали в составе комбинированной терапии с назальными глюкокортикостероидами в течение 14 дней. Монотерапия Поллезином проводилась пациентам с легкой формой риноконъюнктивита также в течение двух недель.

### Результаты исследования

В процессе лечения у больных аллергическим риноконъюнктивитом отмечалось уменьшение назальных (зуда в носу, чихания, ринореи, заложенности носа), глазных (слезотечения, зуда, гиперемии) симптомов. Лечебный эффект Поллезина при легкой форме был отчетливо представлен к 3-4 дню лечения. У пациентов со среднетяжелой и тяжелой формами устранение назальных и глазных симптомов происходило к 7 дню и нарастало к 14 дню приема. 100% пациентов отмечали на фоне приема Поллезина существенное улучшение качества жизни.



Побочных эффектов отмечено не было.

Наш опыт применения показывает, что предпочтительнее использование капельной формы Поллезина даже для взрослых пациентов, особенно при выраженных симптомах (ринорея, зуд в глазах, небе). Применение 20 капель Поллезина под язык (в переднее преддверье) приводило к уменьшению зуда и ринореи спустя 40 минут.

Таким образом, Поллезин является высокоэффективным антигистаминным препаратом II поколения для лечения сезонного и круглогодичного аллергического ринита и конъюнктивита как в монотерапии, так и в составе комбинированной терапии. Его терапевтическая активность нарастает при продолжительном приеме, особенно, при средней и тяжелых формах аллергического риноконъюнктивита. Наше исследование показало, что он хорошо переносится пациентами и не вызывает серьезных побочных эффектов. Однократный прием Поллезина делает его удобным для использования.

*Тұжырым*

*Даутова С. К.*

*Қазақстан Республикасы Президентінің істерін басқару медициналық орталығының ауруханасы*

*Поллезин препараты маусымдық аллергиялық риноконъюнктивитаны емдеуде пайдаланылатын практикалық әдістер.*

*Мақала Поллезин препаратын пайдалану маусымдық*

УДК 616.21/.22

*Е.В.Никонова*

*Руденская городская поликлиника, г. Рудный*

## Устранение деформации перегородки носа как этап комплексного лечения синуситов

*Аннотация*

*Статья показывает, что деформация разделения носа - один из факторов, чаще всего вызывающих развитие синусита. На основе полученных данных стало очевидно, что, когда у пациента есть острый синусит или усиление хронического в сочетании с деформацией разделения носа, целесообразно устранить деформацию после лечения от воспалительного процесса в атриуме. Когда у пациента есть хронический синусит, необходимо во-первых исправить деформацию носа.*

*Ключевые слова: деформация носа, синуситы, перегородка носа, воспаление*

Воспалительные заболевания околоносовых пазух являются часто встречающейся патологией в оториноларингологии. Причины развития воспаления в пазухах бывают общие и местные. К общим факторам, можно отнести, изменение иммунологического статуса организма, конституциональные предпосылки. К местным факторам относятся искривление носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин, полипы, которые обуславливают нарушение дренажно-вентиляционной функции естественных соустьев околоносовых пазух.

При воздействии одного или нескольких факторов изменяется нормальное анатомо-топографическое строение полости носа. Движение воздуха в носовых ходах принимает турбулентный характер, в результате чего нарушается воздухообмен в пазухах, что является благоприятным фоном для развития различных патологических состояний. Для предупреждения обострений с успехом применяется ирригационная терапия. Особое внимание уделяется изотоническим растворам, таковым, является изотонический солевой раствор Маример (Nusomed). Маример применяют по 1-4 раза в сутки по мере необходимости.

*аллергиялық риноконъюнктивитаны емдеудегі практикалық әдістерді ұсынады. Көрсетіліп отырғандай, маусымдық және жыл бойғы аллергиялық ринит пен конъюнктивитаны емдеу үшін монотерапия сондай-ақ, қыстырылған терапия құрамында да Поллезин аса тиімді антигистаминді препарат. Оның терапиялық белсенділігі ұзақ қабылдану кезінде өседі, әсіресе, аллергиялық*

*Риноконъюнктивитаның орташа және ауыр формасында.*

*Зерттеруде көрсетілгендей, оны емделушілер жеңіл көтеріп, сондай-ақ қауіпті кері әсерлер әкелмейді.*

*Summary*

*Dautova S. K.*

*Hospital of medical control center of affairs of the President of the Republic of Kazakhstan*

*Experience of practical application of a preparation of Pollezin in treatment seasonal allergic rhinoconjunctivitis.*

*Article represents experience of application of Pollezin in treatment seasonal allergic rhinoconjunctivitis. It is shown that Pollezin is a highly effective antihistaminic preparation for treatment of seasonal and all-the-year-round allergic rhinitis and conjunctivitis both in monotherapy, and as a part of the combined therapy. Its therapeutic activity accrues at long reception, especially, at average and heavy forms allergic rhinoconjunctivitis. Research showed that it is well transferred by patients and doesn't cause serious side effects.*

Деформация перегородки носа является одним из наиболее часто встречающихся местных факторов, обуславливающих развитие синуситов. У 88% больных гайморитом процесс локализовался на стороне деформации.

Под наблюдением находились больные в возрасте 18-65 лет (прим.: распределение по возрасту не представляет клинического интереса) с воспалительными заболеваниями, кистами и кистовидными растяжениями лобных и верхнечелюстных пазух, у которых имелись искривление перегородки носа, шипы и гребни, в различной степени, нарушающие носовое дыхание (см. табл.)

Таблица - Сочетание патологии лобных и верхнечелюстных пазух с деформацией перегородки

Заболевание околоносовых пазух	Всего больных.	Число б-х с деформацией перегородки носа
Острый фронтит	32	15
Хр. фронтит	23	9
Остр. гайморит	52	21
Хр. гайморит	31	17
Кисты и кистовидные растяжения лобных и в/челюстных пазух.	15	7

Как видно из таблицы, сочетание патологии лобных и верхнечелюстных пазух с деформацией перегородки носа встречается в 42% случаев, причем в 72% случаев патологический очаг локализовался на стороне деформации.

При риноскопии выявлялись различные формы деформаций перегородки носа, как в костном, так и в хрящевом отделах. Производили рентгенологическое исследование, некоторым КТ носа и околоносовых пазух. При лечении больных целе-

сообразно придерживаться следующей тактики: при остром и обострении хронического синусита усилия в первую очередь были направлены на ликвидацию воспалительного очага. Больные получали противовоспалительное, десенсибилизирующее лечение, кестин по схеме: 20 мг один раз в сутки, в течение 2-3 недель, с перерывами на 3 дня каждые 5 дней, ирригационную терапию, Маример 4-6 раз в сутки. Важным, для профилактики осложнений, является уменьшение отека слизистой оболочки носа с применением деконгестантов, например, Називин или Ксимелин 5-7 дневным курсом 1-2 раза в сутки. По показаниям производили пункцию верхнечелюстных пазух. После ликвидации воспалительных явлений в пазухах устраняли деформацию перегородки носа. При кистах и кистозных растяжениях околоносовых пазух, сочетающихся с деформацией перегородки носа, в первую очередь, производили радикальную операцию на пазухах, после чего вторым этапом, коррекцию перегородки носа. При хроническом синусите в стадии ремиссии лечение начинали с устранения деформации перегородки носа с целью ликвидации одного из факторов, поддерживающих воспаление в околоносовых пазухах.

### Выводы:

Таким образом, можно считать, что деформация перегородки носа является одним из факторов, наиболее часто способствующих развитию синуситов. На основании полученных данных при синусите (остром или обострении хронического синусита), сочетающемся с деформацией перегородки носа целесообразно устранение деформации производить после ликвидации воспалительных явлений в пазухах, а при хрониче-

ском синусите вне обострения в первую очередь корректировать перегородку носа.

### Тұжырым

Е.В.Никонова

«Рудный қалалық емханасы» КМК Синуиттарды емдеу кешені сияқты мұрын қалқасының деформациялық жою

Соныдай – ақ синуиттердің дамуын жиі қалыптастыратын, факторларының бірі болып табылатын мұрын қалқасының деформациясы деп еметтеуге болады. Синуит кезінде осы алынғандар негізінде (қатты немесе созылмалы өршу), қуыстағы қабынған құбылысын жоюдан кейін мұрын қалқасының орынды деформациясымен жоюды жүргізілуімен сәйкес келген, ал өршуден тыс созылмалы синуит кезінде бірінші кезекте мұрын қалқасын түзету.

### Summary

E.V. Nikonov

Rudny city polyclinic, Rudny

Removal of the deformation of the nasal septum as a stage of complex treatment of sinusitis

Thus deformation of nose partition is one of the factors, most often causing development of sinusitis. On the basis of received data it became evident that when a patient has acute sinusitis or exacerbation of chronic one in combination with the deformation of nose partition, it is expedient to eliminate the deformation after curing of inflammatory process in atrium. When a patient has chronic sinusitis without exacerbation it is necessary firstly to correct nose partition.

УДК 616 – 005.1-085

С.А. Зубчук

КГП «Рудненский родильный дом», г.Рудный

## Применение HES 130/0,42 в лечении массивных кровопотерь в акушерско-гинекологической практике

### Аннотация

В статье представлены некоторые проблемы акушерско-гинекологических кровотечений. Причины кровотечений достаточно разнообразны: начавшийся и неполный аборт при беременности различного срока, предлежание и отслойка нормально расположенной плаценты, разрывы матки, послеродовые гипотонические кровотечения, внутренние кровотечения при нарушенной внематочной беременности, апоплексии яичника и разрывы кист, геморрагические синдромы при миоме матки и др.

Массивная кровопотеря часто приводит к развитию геморрагического (гиповолемического) шока. В его основе ведущими являются следующие синдромы: снижение объема циркулирующей крови (дефицит ОЦК), снижение кислородно-транспортной функции крови (снижение показателей красной крови), нарушение центральной гемодинамики и микроциркуляции, нарушение почечной фильтрации, расстройства метаболизма, угнетение неспецифической (в том числе и иммунной) резистентности.

**Ключевые слова:** HES 130/0,42, массивные кровопотери, акушерство.

Кровотечения в акушерстве продолжают оставаться серьезной проблемой, занимая среди причин материнской смертности одно из ведущих мест.

Причины кровотечений достаточно разнообразны: начавшийся и неполный аборт при беременности различного срока, предлежание и отслойка нормально расположенной плаценты, разрывы матки, послеродовые гипотонические кровотечения, внутренние кровотечения при нарушенной внематочной беременности, апоплексии яичника и разрывы кист, геморрагические синдромы при миоме матки и др.

В настоящее время признано целесообразным начинать инфузионно-трансфузионную терапию с введения коллоидов и кристаллоидов для восстановления емкости кровяного русла и стабилизации гемодинамики, и только потом использовать компоненты и препараты крови. Газотранспортная функция крови снижается при падении уровня гемоглобина, но и сравнительно малое его количество способно довольно длительное время обеспечивать транспорт кислорода, особенно при вентиляции кислородом.

В настоящее время особым приоритетом пользуется Венофундин 6% (HES130/0,42) является изонкотическим раствором, т.е. внутрисосудистый объем плазмы при его инфузии увеличивается эквивалентно введенному объему. Благодаря начальному объемному эффекту, HES 130/0,42 быстро восстанавливает объем внутрисосудистой жидкости и стабилизирует адекватную сердечную деятельность, улучшает микроциркуляторный ток крови. Обладая молекулярной массой 130 000 Дальтон и степенью молярного замещения 0,42 Венофундин оптимален для терапии гиповолемии, поскольку после выполнения своей задачи в течение 24 часов полностью выводится из организма, в отличие от других препаратов ГЭК. В сыворотке крови не происходит накопления этого препарата даже после многократного применения.

Максимальная разовая доза составляет 20 мл/кг/ч, а суточ-

ная до 50 мл/кг/сут.

### Результаты исследования

Было проанализировано изменение гемодинамических показателей после применения Венофундина 6% при кровопотере 800 мл и выше в акушерско-гинекологической практике. Было выделено две исследуемые группы из 56 женщин. В основной группе объем ОЦК восполнялся из расчета 20-30 мл/кг 6% ГидроксиЭтилКрахмалом 130/0,42 (30 женщин), в то время как в контрольной группе (26 женщин) интенсивная терапия кровотечения проводилась другими коллоидными растворами. Общий объем инфузии в среднем в обеих группах составил 2000-2400мл. Всем пациенткам проводилась оксигенотерапия. В результате проводимой терапии у всех пациенток за короткое время отмечалось улучшение центральной гемодинамики, стабилизация АД, снижение тахикардии, увеличение диуреза. Результаты исследований отражены в приведенной ниже таблице.

Таблица - Оценка гемодинамических показателей и почасового диуреза при большой кровопотере на этапах исследования

	Основная группа (n=30)			Контрольная группа (n=26)		
	ЧСС уд/мин	АД ср. мм.рт.ст	Почасовой диурез мл/час	ЧСС	АД ср. мм.рт.ст	Почасовой диурез мл/час
До инфузионной терапии	110-120	75/55	-	112-115	78/50	-
Через 20 мин. после начала инфузии	78-84	90/70	Появление мочи по катетеру	90-92	82/64	-
После восстановления всех гемодинамических показателей	76-78	120/70	90-100-120	80-82	110/70	60-70

### Выводы и практические рекомендации

Все вышеперечисленное позволяет рекомендовать при массивных кровопотерях в акушерско-гинекологической практике препараты гидроксиэтилкрахмала (в нашем случае HES 130/0,42) для стабилизации общих показателей гемодинамики и восстановления почечно-плацентарного кровотока, а также лечения периферических нарушений кровообращения.

### Тұжырым

Акушерлік-гинекологиялық тәжірибедегі көлемді қансырауды емдеу үшін ГЭК 130/0.42-ның пайдалануы Зубчук С.А.

ҚМК «Рудныйдың перзентханасы» Рудный қаласы

Акушерлік тәжірибеде қансырау маңызды мәселе болып табылады, ол аналардың қайтыс болуының себептердің ішінде жетекші рөлдердің бірін ойнайды. Қансыраудың себептері көп. Қөлемді қан ағуы гемморагиялық (гиповолемиялық) сандырақтың дамуына әкеледі. Акушерлік-гинекологиялық тәжірибесінде 800 мл немесе оданда көп қан ағуына бай-

ланысты Венофундин 6%-дың пайдаланғаннан кейінгі гемодинамикалық көрсеткіштердің өзгертуін талдадық. 56 әйелді екі зерттеу тобына бөлдік. Нәтиже бойынша көлемді қансырау кезінде гемодинамикалық жалпы көрсеткіштерді тұрақтандыру, бүйректік-плаценталық қанның ағынын жандандыру және қан айналысының перифериялық бұзылымдарды емдеу үшін акушерлік-гинекологиялық тәжірибеде гидроксипропилкрахмалдың препараттарын (біздің

800 ml or more were analyzed in obstetric-gynecological practice. Two test groups from 56 women were randomized. According to the results for the treatment of massive blood losses in obstetric-gynecological practice the preparations of hydroxyethyl starch (in our case HES 130/0.42) can be recommended. The stabilization of general hemodynamic indicators, reactivation of renal-placental blood flow and treatment of peripheral disturbances of blood circulation are among the indications of these preparations.

УДК 618.14-006.5

Г.М. Чистобаева

КГП на ПХВ «Городская поликлиника №1» г.Петропавловск

## Применения Бетадина в комплексном лечении кондиллом гениталий

### Аннотация

Результаты данного исследования показали, что что применение Бетадина после обработки кондиллом солкодермом повышает эффективность лечения, снижает частоту присоединения бактериальной инфекции, а также частоту рецидивирования папилломавирусной инфекции слизистой влагалища и шейки матки. Поэтому пациенткам с кондиломами гениталий целесообразно проводить терапию, включающую Бетадин и солкодерм, которая является рациональной и экономически оправданной.

Ключевые слова: Бетадин, кондилломы гениталий

Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний, передающихся половым путем, является папилломавирусная инфекция гениталий, возбудителем которой является вирус папилломы человека (ВПЧ) [1,2]. Вопросам диагностики и лечения данной патологии посвящено много публикаций, в которых отмечена высокая контактиозность, тенденция к росту частоты встречаемости ВПЧ и способность инициировать злокачественные процессы нижних отделов половых путей женщины [3]. Несмотря на множество предложенных локальных методов лечения, остается высокой частота рецидивирования патологического процесса, что диктует необходимость поиска лекарственных средств, повышающих эффективность лечения [4]. Наиболее типичные проявления папилломавирусной инфекции делятся на экзофитные, к которым относятся остроконечные кондилломы, и эндофитные, к которым относятся плоские, инвертирующие кондилломы. Генитальные кондилломы располагаются на слизистой малых половых губ, влагалища, шейки матки, устья уретры [5]. Пациентки с данной патологией входят в группу риска по возникновению осложнений течения беременности, родов, пороков развития плода и плаценты, осложнений после малых гинекологических операций [6].

Современные принципы лечения кондиллом состоят в локальном удалении измененной слизистой, лечении сопутствующих заболеваний и предупреждении рецидивов (иммунорегулирующая терапия, неспецифическая противовирусная терапия). Основным принципом лечения является локальное удаление кондиллом, наиболее доступна химическая коагуляция солкодермом. Учитывая то, что после отторжения струпа образуется дефект слизистой, создаются условия для присоединения бактериальной инфекции, поэтому обоснован поиск лекарственных средств, позволяющих предотвратить данное осложнение и сократить частоту рецидивов. Особого внимания для решения поставленной задачи заслуживает препарат Бетадин («EGIS», Венгрия), который, являясь антисептиком широкого спектра действия, обладает и противовирусным эффектом для решения проблем папилломавирусной инфекции, и бактерицидным действием для предупреждения присоединения бактериальной инфекции.

Биологически активное вещество препарата – поливинилпирролидон йода, свободный йод которого вступает в реакцию с –SH и –OH группами аминокислот (окислительное повреждение), что изменяет структуру белков вирусов, грибов, цитоплазматических мембран бактерий [7].

### Целью настоящей работы

явилось изучение эффективности Бетадина в комплексном лечении папилломавирусного поражения слизистой влагалища и шейки матки.

### Материал и методы исследования

В исследование включено 27 женщин в возрасте от 16 до 35 лет (средний возраст составил  $23,3 \pm 2,8$  лет), с верифицированной папилломавирусной инфекцией (на основании клинических и лабораторных исследований). Длительность заболевания колебалась от 1 до 6 месяцев. Всем больным проведена локальная деструкция кондиллом солкодермом. В зависимости от ведения периода после деструкции больные были разделены на две группы. В первую группу вошли 15 женщин с кондиломами, которые использовали свечи «Бетадин» – по 1 свече в течение 14 дней после деструкции. Вторая группа состояла из 12 женщин с кондиломами гениталий, которые не использовали свечи «Бетадин» после деструкции. Результаты проведенной терапии оценивали на основании клинической картины, данных цитологического, гистологического исследования и методов ДНК–ПЦР диагностики. Всем больным проводили микроскопию мазков, окрашенных по Граму. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

### Результаты исследования

Вирус папилломы человека, попадая в организм женщины, не всегда сразу приводит к развитию заболевания, – это происходит при наличии предрасполагающих факторов. Определенные трудности в диагностике вызывает возможность спонтанной регрессии или рецидивирования клинических признаков, что связано с особенностями микро- и макроорганизма.

Среди жалоб при папилломавирусной инфекции жжение встречалось в 81,5% случаев, зуд – в 66,7%, бели – в 92,6% случаев. При микробиологическом обследовании моноинфекция наблюдалась в 3 случаях (11,1%), в большинстве же случаев была диагностирована смешанная бактериально-вирусная инфекция: ВПЧ в сочетании с *Mobiluncus spp.* (18,5%), в сочетании с *Bacteroides spp.* (33,3%), в сочетании с *Gardnerella vaginalis* (37,1%).

Критериями излеченности являлись отсутствие клинических проявлений, нормализация кольпоскопической картины и количества лейкоцитов в мазках по Граму, отсутствие признаков

папилломавирусной инфекции в цитологических мазках, отрицательные анализы ДНК–ПЦР на ВПЧ. На основании анализа клинических данных установлено, что уменьшение жжения, зуда, количества белей к 5–м суткам отмечалось в первой группе у 73,3% пациенток, во второй группе у 41,7% пациенток. К 7–м суткам лечения отмечалось отсутствие клинических симптомов у всех пациенток первой группы и у 66,7% пациенток второй группы. При кольпоскопии в динамике отмечена нормализация кольпоскопической картины к 7,3±1,9–м суткам у пациентов первой группы и к 10,1±2,0–м суткам у пациенток второй группы, причем к 5–м суткам у 41,6% пациенток второй группы было констатировано присоединение бактериальной инфекции (появление гнойного налета на дефектах слизистой), чего не наблюдалось у пациенток первой группы. Динамическое снижение количества лейкоцитов в мазках по Граму происходило к 6–м суткам у 66,7% пациенток первой группы и у 33,3% пациенток второй группы, а нормализация количества лейкоцитов к 8–м суткам лечения у всех пациенток первой группы и у 58,3% пациенток второй группы. Косвенные признаки папилломавирусной патологии цитологически в первой группе исчезали к 8,2±1,6–м суткам ( $p < 0,05$ ), во второй группе к 11,6±1,9–м суткам ( $p < 0,05$ ). При анализе отдаленных результатов лечения на протяжении 6 месяцев у пациенток первой группы рецидивирования папилломавирусной инфекции не наблюдалось, тогда как у 16,7% пациенток второй группы были констатированы рецидивы кондилом. Сопоставление клинических и лабораторных данных обеих групп показало, что в группе больных с местным применением свечей Бетадин после обработки кондилом солкодермом репаративные процессы протекали быстрее, не осложнялись присоединением бактериальной инфекции, и папилломавирусная инфекция не рецидивировала, в отличие от второй группы больных (без применения Бетадина). Независимо от терапии показатели клинического излечения всегда опережали нормализацию кольпоскопической картины, микроскопических и цитологических показателей мазков.

## Обсуждение

Таким образом, полученные данные подтверждают, что применение Бетадина после обработки кондилом солкодермом повышает эффективность лечения, снижает частоту присоединения бактериальной инфекции, а также частоту рецидивирования папилломавирусной инфекции слизистой влагалища и шейки матки. Поэтому пациенткам с кондиломами гениталий целесообразно проводить терапию, включающую Бетадин и солкодерм, которая является рациональной и экономически оправданной. Случаев непереносимости препарата Бетадин в ходе исследования не зарегистрировано.

Учитывая, что после отторжения струпа от обработанных солкодермом кондилом образуются дефекты слизистой и создаются условия для присоединения бактериальной инфек-

ции, рациональной местной терапией при данной патологии следует считать Бетадин, обладающий широким спектром антимикробного и противовирусного действия, в сочетании с солкодермом.

## Литература

- 1 Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки. – М., 2000. – 435 с.
- 2 Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. – М., 1995. – 317 с.
- 3 Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Буянова С.Н., Манухин И.Б., Кондриков Н.И. Патология влагалища и шейки матки. М.: Медицина, 1997. – 128с.
- 4 Berhard C., Mougin C., Lab M. New approaches to the pathogenesis of human papilloma induced anogenital lesion. The role of co-factors and coinfection // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.–1994.–№ 3.–P.237–250.
- 5 Cirelli R., Tyring S.K. Interferons in human papillomavirus infections // Antiviral.Res.–1994.–№ 24 (2–3).–P.191–204.
- 6 Kawana R. et al.: Inactivation of human viruses by polividone–iodine in comparison with other antiseptics. Dermatology 1997; 195 Suppl 2:29–35.

Тұжырым

Г.М. Чистобаева

КГП на ПХВ «№1Қалалық емханасы», Петропавл қаласы  
Ұрпақ өрбіту ағзаларында кондиломаны кешенді емдеуде

Бетадинаны қолдану.

Кондилом солкодермамен өңдеу жасалғаннан кейін Бетадинаны қолдану шипаның тиімділігін жоғарылатады, бактериялы инфекцияның қосылу жиілігін төмендетеді, сондай-ақ кілегейлі қынап және жатыр мойыншасының папилломавирусты инфекциялы ауруының қайталану жиілігін төмендетеді.

Сол себепті гениталды кондиломасы бар емделушіге міндетті түрде терапия жасау, экономикалық дәлелденген және тиімді болып келетін солкодерм мен Бетадинді қоса алу.

Summary

G.M. Chistobayeva

KGP on PHV «City policlinic №1» Petropavlovsk  
Betadin's applications in complex treatment of condylomas of genitals

Betadin's application after processing of condylomas the solkoderm increases efficiency of treatment, reduces frequency of accession of a bacterial infection, and also frequency of a redivivovaniye of a papillomavirusny infection mucous vaginas and uterus necks. Therefore with condylomas of genitals it is expedient to patients to carry out the therapy including by Betadin and solkoderm which is rational and economically justifiable.

УДК 618.3-06

Ж.М.Нугманова

ГККП «Городской родильный дом №4», г. Алматы

## Влияние курения на беременность и плод

### Аннотация

В связи с тем, курение во время беременности приводит к росту перинатальной заболеваемости и смертности, медицинским работникам следует более ответственно относиться к вопросам пропаганды здорового образа жизни среди женщин репродуктивного возраста и девочек – подростков.

Ключевые слова: беременность, плод, курение.

Влияния курения матери на организм плода и новорожденного имеет важное медицинское значение. 40-50% женщин, находящихся в репродуктивном возрасте, подвержены этой вредной привычке, около половины из них не отказываются от неё и во время беременности.

Организм курильщика подвергается воздействию табачного дыма, имеющего сложный химический состав. В нем обнаружено более 150 различных токсических, канцерогенных и других химических соединений. Среди этих ингредиентов наиболее опасны никотин и окись углерода. Возможность забеременеть у курящей женщины составляет 67% от таковой у некурящей. Данное явление ученые объясняют токсическим влиянием продуктов курения на генеративную функцию.

Настоящее время установлена, что плацента хорошо проницаема для никотина. Предполагается мультифакторная основа поражения плаценты и нарушения роста плода у курящих женщин.

Доказана тесная взаимосвязь между курением матери в период беременности и низкой массой тела у новорожденных. Систематическое курение приводит к выраженной кальцификации плаценты и, как следствие, к хронической фетоплацентарной недостаточности, что в дальнейшем отражается на масса тела новорожденного.

При анализе заболеваемости новорожденных за последние три года выявлено, что 40% младенцев из числа больных детей страдали задержкой внутриутробного развития из-за гипоксии и гиповитаминозов, а в 50% случаев гипотрофии матери курили во время беременности 10-20 сигарет в день.

С целью привлечения внимания врачей к высокому риску для потомства, в результате курения матери во время беременности, Р. Nieburg предложил ввести понятие «табачный синдром плода». Автор считает, что такой диагноз может быть

выставлен, если мать выкуривала более 5 сигарет в период беременности, если у нее нет гипертонзий, если масса тела её новорожденного равна или ниже 2500,0гр, а соотношение массы тела к длине больше 2,32.

В понятие «табачный синдром плода» основополагающими являются не только гипотрофия и гипоксия, а также затруднение адаптации новорожденного к внеутробной жизни, стойкий желтушный синдром, синдром гипервозбудимости.

Описаны случаи отравления никотином новорожденных, матери которых курили в период лактации. У этих детей наблюдали изменение окраски кожных покровов, брадикардию, апноэ, рвоту после кормления, парез кишечника.

Никотиновая интоксикация влечет за собой патологические изменения у плода и новорожденного. Возрастает смертность и повышается частота рождения детей с расщеплением верхней губы и нёба, встречаются аномалии развития сердца и нёба. В неонатальном и постнатальном периодах увеличивается риск синдрома внезапной смерти, бронхо-легочных заболеваний, задержки физического и психомоторного развития.

### Тұжырым

Ж.М.Нугманова

МКҚК «№ 4 Қалалық перзентханасы»

Темекі шегудің жүкті әйелге және нәрестеге әсері.

Резюме: Жүкті әйелдердің темекі шегуі перинатальдық арулардың және өлу қауіпін көбейтеді, сондықтан әйелдер мен жасөспірім қыздар арасында салауатты өмір салтын қалыптастыру жөніндегі мәселерге жоғары деңгейде көңіл бөлу қажет.

### Summary

Zh. M. Nugmanova

Maternity hospital No 4

The effect of smoking on pregnancy and the fetus

Brief: Because smoking during pregnancy increases perinatal morbidity and mortality, medical profession should take more responsibility to the issues of promotion of healthy lifestyles among women of reproductive age and adolescent girls.

УДК 618.33-007

Ж.М.Нугманова

ГККП «Городской родильный дом №4 г. Алматы

## Врожденные пороки развития плода

### Аннотация

В статье говорится о том, что резервом снижения перинатальной заболеваемости и смертности является раннее выявление врожденных пороков развития, что возможно при полноценной пренатальной диагностике, своевременных скрининговых исследованиях.

Ключевые слова: пороки развития, плод, беременность.

Врожденные пороки развития плода (ВПР) - одно из самых угрожающих осложнений беременности, которое выходит на первое место среди причин, приводящих к детской инвалид-

ности и смертности.

Статистика пугает: на фоне снижающейся детской смертности рост количества врожденных пороков развития наблюдается в большинстве стран мира. Если в странах Европы частота ВПР составляет 3-4 случая на 1000 родов, то в России она достигает 5-6 случаев на 1000 рождений.

Термином «врожденные аномалии» или «врожденные пороки» обозначают любую врожденную функциональную или структурную патологию, которая выявляется у плода и новорожденного. Пороки развития могут проявляться в более поздние периоды. В зависимости от этиологии различают на-

следственные (генетические), экзогенные и мультифакторные врожденные аномалии развития плода.

К наследственным относятся врожденные пороки развития, возникающие вследствие генных мутаций, которые выражаются в виде эмбрионального дизморфогенеза, или хромосомных и геномных мутаций (хромосомные болезни).

Под мультифакторными подразумевают пороки развития, возникающие в результате комбинированного воздействия генетических и экзогенных факторов.

Генетически обусловленные формы (генные и хромосомные) составляют около 25—30%, экзогенные (тератогенные) — 2—5%, мультифакторные — 30—40%, формы неясной этиологии — 25—50% случаев врожденных аномалий развития. Наиболее часто встречающиеся хромосомные аномалии: синдром Дауна (трисомия 21), синдром Патау (трисомия 13), синдром Эдвардса (трисомия 18), синдром Тернера (моносомия 45X0).

Наиболее распространенные врожденные пороки развития плода:

- полное либо частичное отсутствие, деформация того или иного органа или части тела (конечности, головной мозг, внутренние органы);
- анатомические дефекты лица и шеи (расщелины верхней губы и неба, прочие аномалии лицевого скелета);
- пороки развития центральной нервной системы: анэнцефалия, гидроцефалия, spina bifida;
- врожденные пороки сердца;
- врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта;
- аномалии развития почек, надпочечников, мочевого пузыря.

#### *Диагностика пороков развития плода*

Пренатальная диагностика пороков развития плода и хромосомной патологии — очень сложный процесс. Одним из этапов такой диагностики являются так называемые скрининговые исследования — комплекс обследований, которые назначаются женщине в сроке 12, 20 и 30 недель беременности. Такой комплекс включает в себя исследование крови на биохимические сывороточные маркеры хромосомной патологии, УЗИ матки и плода.

В первом триместре (двойной тест):

- свободная β-субъединица хорионического гонадотропина человека;
- PAPP-A (pregnancy associated plasma protein A): связанный с беременностью плазменный протеин А.

Во втором триместре (тройной тест):

- общий ХГЧ или свободная β-субъединица ХГЧ;
- α-фетопротеин (АФП);
- свободный (неконъюгированный) эстриол.

Такое обследование не дает 100% гарантии, а позволяет только выделить группу высокого риска среди беременных,

которым нужно проведение инвазивных методов диагностики — хорионбиопсии, кордоцентеза для определения кариотипа у плода и исключения у него хромосомной патологии.

Обязательно направляются на медико-генетическое консультирование беременные женщины:

- старше 35 лет;
- имеющие ребенка с синдромом Дауна или другой, генетически обусловленной патологией;
- со случаями выкидышей, мертворождения, неразвивающихся беременностей;
- если в семье одного из родителей есть больные синдромом Дауна и другой хромосомной патологией;
- перенесшие вирусные заболевания на малых сроках беременности;
- при приеме некоторых медикаментов;
- если было воздействие радиации.

Любой случай выявления ВПР становится поводом для предложения женщине прерывания беременности по медицинским показаниям. Если женщина решает оставить ребенка, наблюдение за ней должно осуществляться особенно пристально, желательно — специалистами медико-генетического центра.

Пороки развития ребенка, в большинстве случаев, значительно ограничивают его способность к жизнедеятельности. Причины пороков развития плода должны быть установлены для определения степени риска в последующие беременности.

При анализе структуры перинатальной заболеваемости за три года в городском родильном доме №4 выявлено, что ВПР занимают 3–4 место и составляют 13–14%. В 80–83% беременным с ВПР не проводился биохимический и ультразвуковой скрининг в необходимые сроки.

*Тұжырым*

*Ж.М.Нугманова*

*МКҚК «№ 4 Қалалық перзентханасы»*

*Туа біткен ақау.*

*Перинаталдық ауруларды және өлім қауіпін төмендету, уақытылы толық пренаталды диагностика және скринингі тексерістердің арқасында, нәрестенің туа біткен кемшілігі ертерек анықталуы мүмкін.*

*Summary*

*Zh. M. Nugmanova*

*Maternity hospital No 4*

*Congenital malformations*

*Brief: Reserve for reducing perinatal morbidity and mortality is early detection of congenital malformations which is possible with full prenatal diagnosis.*

УДК 615.21/.26

А.Ж. Сейдалина

Бурабайская районная поликлиника

## Клинические эффекты применения препарата Диаформин-ОД (Ranbaxy) у женщин с ожирением

### Аннотация

В статье представлены данные о применении препарата Диаформин-ОД. Показано, что наблюдался клинический эффект в виде снижения массы тела и восстановления менструального цикла у женщин с висцеральным типом ожирения. Побочных эффектов не было.

Ключевые слова: ожирение у женщин, Диаформин-ОД, метаболический синдром, эстрогены, функция яичников

### Цель наблюдения

- оценить эффективность применения препарата Диаформин-ОД (Ranbaxy) в снижении веса у женщин с ожирением.

Ожирение входит в группу критериев метаболического синдрома, патофизиологическим звеном которого является инсулинорезистентность (ИР).

В висцеральной жировой ткани происходит накопление андрогенов, что ведет к снижению уровня эстрогенов. Если женщина обращается к врачу по поводу нарушения менструальной функции и ожирения, лечение должно быть направлено на нормализацию веса. Для восстановления нормальной цикличности менструаций и восстановления фертильности нередко достаточно снизить массу тела на 10-15%.

Одна из частых ошибок в ведении женщин с аменореей и бесплодием – стимуляция функции яичников до лечения ожирения. При длительной стимуляции овуляции без снижения веса может развиваться синдром преждевременного истощения яичников (Marine N. et al., 1991).

К нефармакологическим методам лечения ожирения относятся низкокалорийная диета в сочетании с физическими тренировками или нагрузками бытового характера.

В настоящее время препаратом первого выбора для лечения ИР является метформин, который не только оказывает непосредственное влияние на ИР, но и обладает рядом благоприятных кардиоваскулярных метаболических эффектов. Важным эффектом метформина является уменьшение массы тела, а так же снижение отложения висцерального жира. Метформин замедляет процесс всасывания углеводов в желудочно-кишечном тракте, а так же обладает анорексигенным действием. Полагают, что один из механизмов анорексигенного действия препарата связан с его влиянием на метаболизм глюкагоноподобного пептида – 1 (ГПП-1).

### Материалы и методы исследования

Эффективность в снижении веса препарата Диаформин-ОД была исследована у женщин с ожирением при висцеральном распределении подкожно-жировой клетчатки. В исследовании участвовало 18 женщин, средний возраст которых составил 28 лет. У двоих в возрасте 22 лет (ИМТ 41,5) и 39 лет (ИМТ 51,4) были жалобы на отсутствие менструального цикла в течение

1,5 и 7 лет соответственно. У одной женщины ИМТ составил 50,1 и у остальных в пределах от 29,7 до 41.

В ходе исследования было назначено 500 мг. препарата Диаформин ОД, а так же низкокалорийная диета. С первых дней применения у всех женщин отмечалось снижение аппетита. Через 2 мес. от начала лечения среди всех участниц исследования снижение веса составило около 2 кг. Женщинам с ИМТ более 39 было рекомендовано увеличить дозу препарата до 1000 мг. в сутки. Минимальное снижение веса среди всех женщин за 8 мес. составило 5 кг от первоначального веса, максимальное снижение веса было зарегистрировано у женщин с ИМТ более 39 и составило 16 кг.

У обеих женщин с изначальным нарушением менструального цикла был восстановлен регулярный цикл через 8 мес. от начала приема препарата, масса тела при этом была снижена на 11кг. и 15кг., с первоначальным ИМТ 41,5 и 51,4 соответственно.

За время исследования не было зафиксировано ни одного случая побочных эффектов.

### Выводы

Применение препарата Диаформин-ОД показало клинический эффект в виде снижения массы тела и восстановления менструального цикла у женщин с висцеральным типом ожирения без случаев побочных эффектов.

### Тұжырым

А.Ж. Сейдалина

Бурабай аудандық емханасы

Семіргеен әйелдерде Диаформин-ОД (Ranbaxy) препаратын пайдаланудағы клиникалық әсерлер. Аталған мақалада Диаформин-ОД препаратын пайдалану туралы мәліметтер ұсынылған. Ішкі ағзалары семіру типіндегі әйелдердің етеккірлік циклын қалпына келтіру және дене массасын түсіру түріндегі клиникалық әсерлері бақыланғаны көрсетілді. Кері әсерлері болмаған.

### Summary

А. Zh. Seydalina

Burabay district clinic

Clinical effects of application of a preparation of Diaformin-OD (Ranbaxy) at women with obesity

In article are submitted data on application of a preparation of Diaformin-OD. It is shown that the clinical effect in the form of decrease in weight of a body and restoration of a menstrual cycle at women with visceral type of obesity was observed. Side effects wasn't.



УДК 618.311

М.М. Сарсембаева

Городская клиническая больница №4

## Внематочная беременность. Причины, симптомы, лечение, прогнозы

### Аннотация

В статье говорится о том, что внематочная беременность характеризуется ростом плодного яйца за пределами матки. Она может быть трубной, яичниковой и брюшной, а также комбинированной, т.е. одно плодное яйцо в матке, а другое вне ее, так как любое место, которое соприкасается с органами малого таза, с яичниками и трубами, пригодно для развития внематочной беременности. Внематочная беременность — это один из тех случаев, когда знание решает очень многое, если не все.

**Ключевые слова:** яйцеклетка, маточные трубы, сперматозоиды, гистеросальпингография.

Что же такое внематочная беременность? Беременности по их расположению в женском организме можно разделить на два вида: маточную и внематочную. Маточная — это физиологическая беременность, во время которой плодное яйцо располагается в полости матки и благополучно развивается. Внематочная же характеризуется ростом плодного яйца за пределами полости матки. Она может быть трубной, яичниковой и брюшной, а также комбинированной, т.е. одно плодное яйцо в матке, а другое вне ее, так как любое место, которое соприкасается с органами малого таза, с яичниками и трубами, пригодно для развития внематочной беременности.

### Причины внематочной беременности

Причин, по которым яйцеклетка не может дойти к матке, существует несколько:

- Нарушения в состоянии стенок и функционировании маточных труб (когда они плохо сокращаются и не способны продвигать яйцеклетку дальше). Такое часто случается вследствие перенесенных ранее заболеваний органов малого таза, а также хронических воспалительных заболеваний половых органов, в частности ЗППП.

- Анатомические особенности маточной трубы (например, инфантилизм): слишком узкая, извитая, рубцованная или со шрамами труба затрудняет и замедляет продвижение яйцеклетки.

- Перенесенные ранее хирургические операции на маточных трубах.

- Предыдущие аборты, особенно, если первая беременность женщины была прервана искусственным путем.

- Медлительность сперматозоидов: яйцеклетка «ждет» оплодотворения, из-за чего не успевает вовремя добраться до нужного места, то есть к матке — голод вынуждает ее поселиться раньше.

- Гормональные нарушения в организме забеременевшей женщины.

- Опухоли на матке и придатках.

- Изменение свойств плодного яйца.

- Ношение женщиной контрацептивной внутриматочной спирали.

- Некоторые технологии искусственного оплодотворения.

- Постоянное нервное перевозбуждение женщины, в частности, страх забеременеть и ненадежные способы предохранения не позволяют ей расслабиться, из-за чего спазмируются маточные трубы.

Конечно, в идеале — попытаться исключить все возможные причины развития внематочной беременности еще на стадии планирования.

### Симптомы внематочной беременности

Как же знать, что наступившая беременность — внематочная? На самом деле «разглядеть» ее непросто. Симптомы этой беременности в точности такие же, как и нормальной: очередные месячные не наступают, грудь наливается, матка увеличивается и может потягивать, возможен токсикоз, смена аппетита и вкусовых предпочтений и так далее. Но кое-что все же может вызывать определенные подозрения.

При внематочной беременности уже с первых дней могут наблюдаться мажущие кровянистые выделения темного цвета. Случается, что очередная менструация наступает в положенный срок или с незначительной задержкой, только выделения слабее, чем обычно. При этом тянущая боль внизу живота отдает в задний проход, а если маточная труба разрывается — становится невыносимо сильной, острой, вплоть до потери сознания, начинается кровотечение. При внутреннем кровотечении слабость и боль сопровождаются рвотой и пониженным давлением. В таких случаях женщину необходимо срочно доставить в больницу для проведения безотлагательной операции.

Внематочную беременность легче всего спутать с угрозой выкидыша. Но именно этим она и дает о себе знать: начинает прерываться, что обычно происходит на 4-6 неделе. Чтобы этого не произошло, необходимо вовремя поставить диагноз. А поэтому, необходим осмотр гинеколога и УЗИ.

### Лечение внематочной беременности.

Крайне важно вовремя сделать операцию по удалению плодного яйца путем лапаротомии или лапароскопии.

Существует еще менее травматичный метод — гистерофиброскопия, которую применяют только на маленьких сроках — до 4-х недель беременности, этот метод заключается в том, что операция проводится через влагалище путем введения микроинструмента в полость матки, выведением изображения на экран и при наличии условий удаления плодного яйца с сохранением маточной трубы. После подобного вмешательства женщина может покинуть стационар на следующий или даже в этот же день.

Существует препарат метатрексат, который вызывает выброс плодного яйца из трубы в брюшную полость и дальнейшую его редукцию. Но этот метод применяется крайне редко из-за частых случаев осложнений и неэффективности.

### Внематочная беременность, прогнозы

Даже если удалена одна поврежденная маточная труба, есть все шансы забеременеть и выносить ребенка, если сохранена другая.

Правда, вначале нужно пройти восстановительный лечебный курс. А также женщине, пережившей внематочную беременность, нельзя беременеть еще, по крайней мере, в течение полугода. Надо быть крайне внимательным при выборе контрацептивного метода. Надо понимать, что сохраняются достаточно высокие шансы повторения такой неправильной беременности. И чтобы предотвратить это, обязательно предстоит выяснить причину, по которой плодное яйцо не может дойти до матки. Ну и понятно, устранить ее.

### Практические рекомендации

1. Проводить оздоровление женщин, входящих в группу риска, а именно: женщины активного репродуктивного возраста; беременность в зимне-весенний период года; беременность домохозяйек, особенно в сельской местности; женщины с 1 родами



линового ряда, цефалоспорины, фторхинолоны, аминогликозиды, линкозамыны, макролиды, тетрациклины.

Антибиотики группы пенициллина (оксациллин, ампициллин, амоксициллин, карбенициллин, тикарциллин, пиперациллин) считаются наименее токсичными и активны в отношении грамположительных и грамотрицательных анаэробов.

Цефалоспорины также малотоксичны и эффективны в отношении многих возбудителей воспалительных заболеваний внутренних половых органов, но малоактивны или неактивны в отношении энтерококков, метициллинорезистентных стафилококков, хламидий, микоплазм, некоторых анаэробов. В настоящее время для лечения острых эндометриитов, аднекситов, особенно осложненных, используют цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, цефотаксим, цефоперазон).

Фторхинолоновые антибиотики обладают широким спектром антимикробной активности. Они наиболее эффективны в отношении грамотрицательных бактерий, менее активны в отношении стафилококков и слабо действуют на анаэробов. Чаще всего используют ципрофлоксацин, офлоксацин.

Из антибиотиков других групп назначают гентамицин, нетилмицин, амикацин (аминогликозиды), линкомицин, клиндамицин (линкозамыны), спирамицин, азитромицин, эритромицин (макролиды), доксициклин (тетрациклины).

Целесообразно комбинировать антибиотики с производными нитроимидазола (метронидазола), высокоактивными в лечении анаэробной инфекции. При выраженном воспалительном процессе антибактериальные препараты начинают вводить парентерально и продолжают еще до 24-48 ч после клинического улучшения (температура тела не выше 37,5 °С, лейкоцитоз в периферической крови не более 10-109/л) с переходом на прием внутрь. При осложненных формах острых воспалительных процессов внутренних половых органов можно назначать карбапенемовые антибиотики - имипенем или меропенем с наиболее широким спектром антимикробной активности среди бета-лактамовых антибиотиков (грам-положительные и грамотрицательные аэробы, анаэробы). Общая длительность антибактериальной терапии составляет 7-14 сут.

Альтернативные схемы:

- офлоксацин 400 мг в/в 2 раза в день + метронидазол 500 мг в/в 3 раза в день в течение 14 дней;

- ципрофлоксацин 200 мг в/в 2 раза в день + доксициклин 100 мг в/в (или внутрь) 2 раза в день + метронидазол 500 мг в/в 3 раза в день.

Если такое лечение осуществить невозможно, то антибиотики назначают на 14 дней. При этом необходимо использовать препараты, эффективные в отношении *N. gonorrhoeae* (фторхинолоны, цефалоспорины), *S. trachomatis* (тетрациклины, макролиды), анаэробных бактерий (метронидазол).

При невыраженной воспалительной реакции лечение можно проводить амбулаторно, назначая антибиотики внутрь. «Европейское руководство по воспалительным заболеваниям органов малого таза и перигепатиту» (2001) предлагает следующие схемы для амбулаторного лечения:

- офлоксацин 400 мг внутрь 2 раза в день + метронидазол 500 мг внутрь 2 раза в день в течение 14 дней;

- цефтриаксон 250 мг внутримышечно однократно или цефокситин 2 г внутримышечно с пробеницидом 1 г внутрь однократно, а затем доксициклин 100 мг внутрь 2 раза в день + метронидазол 400 мг 2 раза в день в течение 14 дней.

С целью профилактики и лечения возможной грибковой инфекции рекомендуется включать в комплекс терапии антимикотические препараты (нистатин, леворин, дифлюкан, низорал, орунгал и др.).

Следует настоятельно рекомендовать пациентке воздержаться от незащищенных половых контактов до того момента, пока она и ее партнеры не пройдут полный курс лечения и последующего наблюдения.

При выраженной общей реакции и интоксикации назначают инфузионную терапию с целью дезинтоксикации, улучшения реологических и коагуляционных свойств крови, устранения

электролитных нарушений (изотонические растворы хлорида натрия и глюкозы, дисоль, трисоль, раствор Рингера, гемодез, реополиглюкин, реоглюман, глюкозо-новокаиновая смесь, гепарин, фраксипарин, клексан), восстановления кислотно-основного равновесия (5% раствор бикарбоната натрия), устранения диспротеинемии (плазма, раствор альбумина). Инфузионная терапия, снижая вязкость крови, улучшает доставку антибиотиков в очаг воспаления и повышает эффективность антибактериальной терапии.

С целью гипосенсибилизации организма необходимо использовать антигистаминные средства. Эффективно уменьшают симптомы воспаления (боли, отек) нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, вольтарен, ибупрофен, пироксикам). Для коррекции нарушенного иммунитета, интерферонового статуса, повышения неспецифической резистентности организма следует применять гамма-глобулин, левамизол, Т-активин, тималин, тимоген, лейкинферон, интерферон, стимуляторы синтеза эндогенного интерферона (циклоферон, неовир), витамины С, Е, группы В, адаптогены.

Чрезвычайно эффективна независимо от этиологии воспаления реинфузия крови, облученной ультрафиолетовыми лучами.

При лечении эндометрита целесообразно проведение гистероскопии с промыванием полости матки антисептическими растворами, удалением при необходимости остатков плодного яйца, плацентарной ткани, инородных тел.

Отсутствие эффекта консервативной терапии у больных пельвиоперитонитом в течение 12-24 ч, нарастание местных и общих симптомов воспаления, невозможность исключить разрыв гнойного tuboовариального образования служат показаниями к хирургическому лечению.

Наилучшие результаты в лечении острых воспалительных заболеваний придатков матки дает лапароскопия. Ценность лапароскопии, помимо оценки выраженности и распространенности воспалительного процесса, заключается в возможности произвести лизис спаек, вскрыть или удалить гнойные tuboовариальные образования, выполнить направленное дренирование и санацию брюшной полости, осуществить внутрибрюшную перфузию и инфузию различных лекарственных растворов. Для сохранения репродуктивной функции в последующем целесообразна динамическая лапароскопия, во время которой фиксируют скорость регрессивных изменений воспаления, выполняют различные лечебные манипуляции: разделение спаек, аспирацию патологического выпота, промывание брюшной полости антисептиками. Динамическая лапароскопия повышает эффективность противовоспалительной терапии, предотвращает формирование спаек, что особенно важно для пациенток, планирующих беременность.

Чревосечение (нижнесрединная лапаротомия) показано при разрыве гнойного tuboовариального образования, диффузном или разлитом перитоните, внутрибрюшных абсцессах, неэффективности лечения в течение 24 ч после дренирования брюшной полости с помощью лапароскопа, при невозможности выполнить лапароскопию. К лапаротомическому доступу прибегают также у пациенток с гнойными tuboовариальными образованиями в пре- и постменопаузе, при необходимости удаления матки.

Объем операции определяется возрастом пациентки, степенью деструктивных изменений и распространенностью воспалительного процесса, сопутствующей патологией. Экстирпацию матки с придатками с одной или с двух сторон производят тогда, когда матка является источником воспалительного процесса (эндомиометрит, панметрит на фоне ВМК, после родов, аборт и других внутриматочных вмешательств), есть сопутствующие поражения тела и шейки матки, при разлитом перитоните, множественных абсцессах в брюшной полости. У пациенток репродуктивного возраста следует стремиться к проведению органосохраняющих операций или, в крайнем случае, к сохранению ткани яичника. Оперативное вмешательство заканчивают дренированием брюшной полости.

Терапия обострений хронического воспаления придатков матки проводится в женской консультации или в стационаре по тем же принципам, что и лечение острого воспаления.

Восстановление репродуктивной функции возможно после лапароскопического или микрохирургического разделения спаек, фимбриопластики, сальпингостомии, которые выполняют у пациенток до 35 лет. При неэффективности оперативного лечения трубно-перитонеального бесплодия показано экстракорпоральное оплодотворение.

#### Тұжырым

М.М. Сарсембаева

№4 Қалалық клиникалық аурухана

Аурухана жағдайында жыныстық мүшелердің қабынған ауруларын емдеу.

Ең басты және нәтижелі жыныстық ағза қабыну ауруларының емі – бұл антибактериалдық және лапароскопиялық терапия болып табылады.

Лапароскопия – жатыр қосалқыларының қабынуында ең жақсы тәсіл болып табылады. Лапароскоп арқылы жабысқақты еріту, іріңді тубоовариалды құрылымды алып таустату, іш қуысына дренаж және сонация жүргізу, перфузия және әр түрлі дәрілік сұйықтықтарды енгізіп іс жүзінде

нәтиже алуға болады. Динамикалық лапароскопия қабыну үрдісінің регрессивті өзгерісінің жылдамдығын тіркейді. Динамикалық лапароскопия қабынуға қарсы емдік нәтижені күшейтеді, жабысқақтың қалыптасуын болдырмайды, әсіресе бұл жүктілікті жоспарлау үшін өте маңызды.

#### Summary

M. M. Sarsembayeva

City clinical hospital No. 4

Treatment of inflammatory diseases of genitals in the conditions of a hospital

The central location and the best results in the treatment of inflammatory diseases of the genital organs is antibiotic therapy, in combination with laparoscopy.

The best results in the treatment of acute inflammatory diseases of the uterus gives laparoscopy. The value of laparoscopy, in addition to assessing the severity and extent of the inflammatory process, is the ability to perform lysis of adhesions, open or remove the pus ovarian processes, perform directional drainage and sanitation of the abdominal cavity, make intra-abdominal perfusion and infusion of various medical solutions. Dynamic laparoscopy improves anti-inflammatory therapy, prevents the formation of adhesions, which is especially important for patients who are planning a pregnancy.

УДК 618.16-002

Лысакова Н.В

Областная больница, г.Петропавловск

## Неспецифический вагинит: современные принципы лечения

#### Аннотация

Статья посвящена проблеме неспецифического вагинита, современным принципам его лечения. Показано, что своевременная диагностика и правильное лечение НВ исключают серьезную угрозу для состояния здоровья пациентки. Однако неправильная постановка диагноза и неадекватная терапия кольпита, а также самолечение и несоблюдение мер профилактики способны отрицательно повлиять на репродуктивное здоровье женщины.

Ключевые слова: неспецифический вагинит, кольпит, беременность, инфекции.

Инфекционно-воспалительные заболевания гениталий, вызываемые различными условно-патогенными и патогенными микроорганизмами, – крайне распространенная патология среди женщин: они обнаруживаются у 70% всех гинекологических больных, которые обращаются за помощью в медицинские учреждения, и у 55–60% беременных [2,9]. При этом данные заболевания являются одной из основных причин осложненного течения беременности, родов и послеродового периода. Такие бактерии, как *Prevotella* spp., *Bacteroides* spp., *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., колиформные бактерии – самые частые возбудители хориоамнионита, интраамниальной инфекции, послеродового эндометрита, послеоперационных воспалительных осложнений [1]. Вагиниты относятся к заболеваниям, которые сами по себе не представляют прямой угрозы здоровью женщины, однако при этом в нижних отделах полового тракта накапливаются и постоянно сохраняются в чрезвычайно высоких концентрациях условно-патогенные микроорганизмы, которые являются основными возбудителями гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза [3]. Неспецифический вагинит (НВ) – нетрансмиссионное заболевание влагалища, вызванное условно-патогенными микроорганизмами (эшерихии, энтерококки, коринебактерии, стрептококки, стафилококки и др.). Неспецифические инфекции встречаются в широком возрастном диапазоне, так, в молодом возрасте основными способствующими причинами развития не-

специфического кольпита, как правило, являются инфекционные заболевания, эндокринная патология, снижение функции яичников, воздействие местных повреждающих факторов. В свою очередь в пожилом и старческом возрасте развитию неспецифических вагинитов способствует утрата одного из важных факторов защиты слизистой оболочки влагалища, а именно – возможности образования молочной кислоты из гликогена [7]. К факторам риска возникновения НВ чаще всего относят нарушение обмена веществ (сахарный диабет, ожирение, гипопункция яичников и др.), хронические стрессовые ситуации, травмы, переохлаждение, перегревание, алиментарный фактор (недостаточное и нерациональное питание), токсическое действие некоторых лекарственных веществ (антибиотики, цитостатические препараты, антациды, глюкокортикоиды), различные экстрагенитальные заболевания (анемия, воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей, сердечно-сосудистые заболевания, острые и хронические инфекционные заболевания, онкологические заболевания и др.), иммуносупрессию при осложненном течении беременности и родов (преэклампсия, наличие швов на шейке матки, перенесенные во время беременности воспалительные заболевания органов малого таза, большая продолжительность родового акта и безводного промежутка, частые влагалищные исследования, большая кровопотеря и неадекватность ее восполнения, оперативное родоразрешение), неблагоприятную санитарно-эпидемиологическую обстановку в стационаре, несоблюдение правил личной гигиены [3]. Возбудители неспецифических вагинитов – широчайший спектр микроорганизмов, в частности стафилококки, кишечная палочка, стрептококки, вирусы, хламидии, уреаплазмы, а также различные их сочетания. Также неспецифические вагиниты могут быть вызваны внедрением в слизистую оболочку влагалища грибковой инфекции и других возбудителей [4,7]. Симптоматика неспецифического вагинита напрямую зависит от тяжести воспалительного процесса, в связи с чем в каждом конкретном случае их наличие и сочетание индивидуально. Больные жалуются на жжение и боли в области наружных половых органов, усиливающиеся при

ходьбе, мочеиспускании, на обильные выделения, зуд [4]. Выделяют острую, подострую, хроническую и субъективно асимптомную формы заболевания [3]. У трети больных наблюдается выраженная острая стадия, тогда как у остальных заболевание протекает без четко выраженной клинической картины со склонностью к длительному хроническому течению с частыми обострениями. Острая форма НВ характеризуется выраженной гиперемией, отеком, петехиальными высыпаниями на слизистой оболочке влагалища и шейки матки. Процесс сопровождается выделениями, которые могут быть обильными или умеренными, серозными или гнойными, что обусловлено количеством лейкоцитов в экссудате. В подострой стадии НВ гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки носит умеренно выраженный характер, при хронической – она выражена незначительно.

При субъективно асимптомной форме наблюдаются IV степень чистоты влагалищного содержимого, выраженная лейкоцитарная реакция и обильная бактериальная флора. Основным симптомом НВ можно назвать наличие выделений из влагалища. Выделения при этом могут быть жидкими, водянистыми, гнойными, а иногда смешанными и пенистыми. Возникновение более густых белей связано с большим количеством слущивающегося эпителия. Выделения при этом зловонны, а в тяжело протекающих случаях появляются кровянистые прослойки [2,4].

При остром НВ больные также жалуются на зуд в области преддверия влагалища (96%), обусловленный раздражающим действием вытекающих белей; чувство жжения (62%); ощущение давления, тяжести и жара в половых органах и малом тазу. У 68% пациенток наблюдаются дизурические расстройства.

При хронических формах указанные признаки выражены меньше, воспаление и боли отсутствуют.

Постановка диагноза НВ не представляет затруднений и основывается на данных анамнеза, учете жалоб, результатах клинических и лабораторных исследований. Данный диагноз может быть поставлен на основании осмотра слизистой влагалища в зеркалах, при котором отмечают, что слизистая оболочка утолщена, отечна, значительно гиперемирована и практически на всем протяжении или местами может быть покрыта плотнолежащими серыми пленками. Подобные налеты могут быть удалены методом соскабливания, что приводит к появлению небольших эскадин и кровоточивости. При неспецифических вагинитах отечные сосочки имеют вид ало-красных мелких зернышек, слегка возвышающихся над слизистой оболочкой.

Вследствие усиленного на фоне воспаления процесса регенерации и репарации клеток слизистой оболочки в мазках повышено количество слущенного (цилиндрического) эпителия влагалища. В целом микроскопическая картина типична и характерна для воспалительного экссудата [1,5,8].

Также для диагностики НВ широко применяется микроскопия мазков из влагалища, взятых на стекло и окрашенных по Граму. В мазках удается совершенно отчетливо определить не только граммпринадлежность микроорганизмов, но по уникальной морфологии некоторых бактерий возможна их индикация до рода. Чаще обнаруживается несколько видов микроорганизмов. Также при данном методе оценивают собственные клетки организма, свидетельствующие о наличии воспаления (лейкоциты, эпителий и т.д.). В норме количество лейкоцитов в отделяемом не должно превышать 20–25, в случае кольпита их число значительно возрастает. На этом фоне, как правило, обнаруживается различная микрофлора, отличная от нормальной флоры влагалища, что также является диагностическим признаком этиологии кольпита. Наиболее информативна бактериологическая диагностика НВ. Выделение из патологического материала и идентификация различных видов семейства энтеробактерий, стафилококков, стрептококков различных серогрупп, неферментирующих бактерий, коринебактерий и других микроорганизмов после их количественной оценки позволяет определить степень их этиологической значимости. Обсемененность бактериями влагалища и вульвы при гнойно-воспалительном процессе –  $\geq 10^3$ – $10^4$  КОЕ/мл. Культуральное исследование позволяет не только

идентифицировать возбудителей заболевания, но и определить их чувствительность к антибактериальным препаратам.

Основным этиологическим фактором является сапрофитная и условно-патогенная микрофлора. Имеет место значительная бактериальная обсемененность, в основном микст-инфекция, включающая более трех микроорганизмов, наиболее частым участником сообществ являются стрептококки, стафилококки и кандиды

Вопросы лечения больных НВ до настоящего времени остаются дискуссионными, так как реакция организма на внедрение возбудителя зависит от ряда обстоятельств, определяемых индивидуальными особенностями макроорганизма. Полиэтиологичность возбудителей НВ, а также их изменчивость диктуют необходимость периодического пересмотра терапии [7]. Наиболее рациональным является комплексное лечение, направленное на подавление и ликвидацию патогенных возбудителей, дезинтоксикацию и коррекцию нарушений гемостаза, способствующее общей стимуляции организма и повышению его защитных способностей, поддержанию функций жизненно важных органов, снижению катаболических и усилению анаболических процессов. Не менее важна терапия сопутствующих заболеваний, нейроэндокринных, обменных и других функциональных нарушений организма, способствующих развитию данного вида патологии [3]. Лечение неспецифического кольпита включает в себя общую и местную терапию. Местное лечение заключается в санации наружных половых органов и влагалища (обмывание и спринцевание антисептическими растворами). Также показано введение во влагалище противомикробных вагинальных свечей и таблеток. При упорном, выраженном течении кольпита применяются местные антибиотики с учетом чувствительности возбудителя (эмульсии, растворы), физиотерапевтические процедуры.

Общая терапия направлена на лечение сопутствующих гинекологических, обменных, эндокринных заболеваний и нормализацию гормонального и иммунного фона организма. В период лечения вагинита назначается щадящая, преимущественно кисломолочная и растительная диета, из рациона исключаются острые, соленые, копченые блюда, раздражающе действующие на слизистые оболочки, ограничивается употребление жидкости (для уменьшения отеков слизистых). В заключительной стадии лечения кольпита назначаются препараты, способствующие восстановлению естественной флоры влагалища и повышению его защитных свойств. Для контроля излеченности вагинита берутся мазки на 4–5-й день менструации у женщин репродуктивного периода, а у девочек и женщин в менопаузе – после прохождения курса лечения. Для профилактики рецидивов заболевания курс лечения следует повторить через 4–5 месяцев. Обилие лечебных схем, применяемых для лечения данного заболевания, свидетельствует об их невысокой терапевтической эффективности. Длительное антибактериальное лечение хронических неспецифических вульвовагинитов изменяет эндогенную микрофлору, обуславливая увеличение числа устойчивых к действию антибактериальных препаратов штаммов. Именно поэтому большинство исследователей главную роль отводят местному лечению вульвовагинитов. Преимущества местного лечения заключаются в минимальном риске побочных реакций, простоте и удобстве применения, в отсутствии противопоказаний (кроме индивидуальной непереносимости препарата) и в возможности применения при экстрагенитальной патологии [3]. В последние годы для местного лечения и профилактики вагинальных инфекций с успехом применяется препарат Бетадин в виде вагинальных суппозитория. Бетадин – антисептическое средство; в ходе соприкосновения с кожей и слизистыми оболочками находящийся в комплексе с поливинилпирролидоном йод высвобождается постепенно и равномерно, что проявляется тонким окрашенным слоем, который сохраняется до тех пор, пока не освобождается все количество йода. Йод, как известно, относится к группе галогеновых антисептиков, спектр его действия распространяется на грамположительные и грамотрицательные бактерии, грибы, вирусы и

простейшие, причем антимикробное действие обусловлено бактерицидностью. Бактерицидное действие йода объясняется его сильными окислительными свойствами, он активно взаимодействует с аминокислотами белков, содержащими сульфгидрильные группы и гидроксигруппы, в результате чего меняется четвертичная структура белка, теряется его каталитическая и энзимная активность. В основном йод нарушает структуры бактериальных трансмембранных белков и бактериальных ферментов, не имеющих мембранной защиты. При контакте с белками бактериальной стенки или ферментными белками образует йодамины, вызывает их коагуляцию и гибель микроорганизмов. Эффект развивается быстро, обычно в течение 15–60 сек., и продолжается до тех пор, пока сохраняется окраска на месте нанесения. Благодаря большому размеру комплексной молекулы препарат плохо проникает через биологические барьеры, поэтому практически не проявляется системное действие йода. Проникновение в ткани на глубину около 1 мм не препятствует нормальным процессам регенерации. За счет постепенного высвобождения йода препарат действует длительно. Наиболее приемлемыми для применения являются вагинальные суппозитории, представляющие собой торпедообразные гомогенные свечи цвета йода, 1 свеча массой 3 г содержит 200 мг комплексного соединения йода с поливинилпирролидоном. Показаниями к применению суппозитория Бетадин являются:

- острые и хронические инфекции влагалища (вагинит): смешанного генеза; неспецифического (бактериальный вагиноз и др.) и специфического (трихомонадная инфекция, генитальный герпес и др.) генеза;
- трихомониаз (в составе комбинированной терапии с использованием системных препаратов);
- обработка перед вмешательствами или после них при трансвагинальных хирургических операциях, а также при диагностических и акушерских процедурах;
- инфекции влагалища грибковой этиологии (в том числе вызванные *Candida albicans*), которые спровоцированы лечением стероидными и антибактериальными медикаментами.

При острой форме заболевания вагинальные свечи назначают два раза в сутки по одному суппозиторию глубоко во влагалище в течение 7 дней. В случае хронического течения заболевания, обычно в течение 14 дней, назначают по одному суппозиторию в сутки, вводя его во влагалище перед сном. В зависимости от характера инфекции и течения заболевания курс лечения может быть продлен.

Противопоказаниями к применению данного препарата являются нарушения функции щитовидной железы, почечная недостаточность, индивидуальная гиперчувствительность к йоду или другим компонентам Бетадина.

Следует отметить, что применение антисептических препаратов не должно быть длительным – оно направлено лишь на устранение этиологического фактора заболевания (инфекционного агента), в дальнейшем вся картина вагинита сама собой сворачивается, и функциональные особенности слизистой влагалища постепенно восстанавливаются. Профилактика неспецифического вагинита главным образом сводится к тщательному соблюдению гигиены половых органов, половой жизни, своевременному лечению генитальных и общих заболеваний, исключению провоцирующих факторов, полноценному отдыху. Изменение характера выделений и менструального цикла должно стать поводом для немедленного

обращения к гинекологу. При хроническом течении вагинита необходима санация перед планируемой беременностью, инвазивными вмешательствами, что положительно влияет на течение послеоперационного периода, снижает риск возникновения осложнений в родах и послеродовом периоде.

Таким образом, своевременная диагностика и правильное лечение НВ исключают серьезную угрозу для состояния здоровья пациентки. Однако неправильная постановка диагноза и неадекватная терапия кольпита, а также самолечение и несоблюдение мер профилактики способны отрицательно повлиять на репродуктивное здоровье женщины.

## Литература

- 1 Анкирская А.С. Неспецифический вагинит // *Гинекология*. – 2005. – № 4. – С. 15–18.
- 2 Буданов П.В. Смешанные вульвовагинальные инфекции – проблемы терапии и экстренной профилактики // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2005. – Т. 4, № 4. – С. 13–16.
- 3 Кира Е.Ф., Муслимова С.З. Неспецифический вагинит и его влияние на репродуктивное здоровье женщины. // *Проблемы репродукции*. – 2008. – № 5. – С. 8–14.
- 4 Кисина В.И., Забиров К.И. Урогенитальные инфекции у женщин. – М: МИА, 2005. – 276 с.
- 5 Лихачев В.К. *Практическая гинекология*. – М: МИА, 2007. – 664 с.
- 6 Назарова Е.К., Гиммельфарб Е.И., Созаева Л.Г. Микробиоценоз влагалища и его нарушения // *Антибиотики и химиотерапия*. – 2002. – № 4. – С. 34–42.
- 7 Савичева А.М., Соколовский Е.В., Домейка М. Краткое руководство по микроскопической диагностике заболеваний, передаваемых половым путем. – СПб: Фолиант, 2004. – 128 с.
- 8 Серов В.Н., Шаповаленко С.А. Микоценоз влагалища и инфекционные вульвовагиниты: выбор препарата для рациональной терапии // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2004. – Т. 3, № 4. – С. 27–31.

Тұжырым

Лысакова Н.В

Петропавл қаласының облыстық ауруханасы

Бейспецификалы вагинит: қазіргі заманғы емдеудің ұстанымдары.

Мақала бейспецификалы вагиниттің мәселелеріне, оны емдеудің қазіргі заманғы ұстанымдарына арналған. Көрсетілгендей, уақытылы диагностикалау және БВ дұрыс емдеу емделушінің денсаулығына қауіпті қатерді әкелмейді. Алайда диагнозды дұрыс емес қою және кольпиттің теріс терапиясы, өз бетінше емделу сондай ақ профилактикалық шараларды сақтамау әйелдің репродуктивті денсаулығына кері әсерін тигізеді.

Summary

Lysakova N. V.

Regional hospital, Petropavlovsk

Nonspecific vaginosis: modern principles of treatment

Article is devoted to a problem nonspecific vaginosis, to modern principles of its treatment. It is shown that timely diagnostics and the correct treatment of NV exclude serious threat for a state of health of the patient. However the wrong statement of the diagnosis and inadequate therapy of a colpitis, and also self-treatment and non-compliance with measures of prevention are capable to affect reproductive health of the woman negatively.

УДК 618.16-002

Н.А. Огнещенко

Женская консультация, г.Петропавловск

## Вульвовагинальный кандидоз: что нового?

### Аннотация

Статья посвящена одной из наиболее частых причин обращения женщин к врачу – вульвовагинальному кандидозу. Известно, что к двадцати пяти годам более чем половине современных женщин хотя бы один раз ставили диагноз «вагинальный кандидоз». По данным зарубежных исследований, у 2/3 женщин детородного возраста отмечали один эпизод этого заболевания, а у 50% – и повторный. У беременных данное заболевание встречается в 30–40% случаев, перед родами этот показатель может достигать 45–50%.

**Ключевые слова:** вульвовагинальный кандидоз, лечение, патогенез

В настоящее время во многих странах мира, в том числе и в Казахстане, отмечен рост вагинальных инфекций, которые прочно занимают ведущее место в структуре акушерско-гинекологической заболеваемости. Одной из наиболее частых причин обращения женщин к врачу являются генитальные поражения, обусловленные дрожжеподобными грибами – вульвовагинальный кандидоз (ВК) [1,4]. К 25 годам более чем половине современных женщин хотя бы один раз ставили диагноз «вагинальный кандидоз» [2]. По данным зарубежных исследований, у 2/3 женщин детородного возраста отмечали один эпизод этого заболевания, а у 50% – и повторный [1,3]. У беременных данное заболевание встречается в 30–40% случаев, перед родами этот показатель может достигать 45–50%.

### Этиология вульвовагинального кандидоза

Наиболее часто встречающийся возбудитель ВК – грибы рода *Candida*, включает в себя *C. albicans* (у 85–90% пациенток), *C. pseudotropicalis* (3–5%), *C. glabrata* (5–10%), *C. krusei* (1–3%), *C. parapsilosis* (3–5%) и др. Кроме того, растет частота микозов, вызванных грибами других видов: *Torulopsis glabrata*, *Saccharomyces cerevisiae* и иных. Грибы чаще всего поражают влагалище, вульву, кожу перианальной области, уретру. Заболевание – урогенитальный кандидоз протекает по типу вульвовагинита или дерматита вульвы [2].

### Классификация

Выделяют:

- острый ВК;
- рецидивирующий (хронический) ВК.

Кандидоносительство – выявление покоящихся форм при отсутствии жалоб больной, что не является общепризнанной патологией ввиду наличия грибов у здоровых женщин. Однако данная форма заболевания имеет особое значение при беременности, так как не исключает возможности интранатального инфицирования плода.

В развитии кандидоза различают следующие этапы: прикрепление (адгезию) грибов к поверхности слизистой оболочки с ее колонизацией, внедрение (инвазию) в эпителий, преодоление эпителиального барьера слизистой оболочки, попадание в соединительную ткань собственной пластинки, преодоление тканевых и клеточных защитных механизмов, проникновение в сосуды, гематогенную диссеминацию с поражением различных органов и систем [1,3]. При поражении генитального тракта женщины наиболее приемлемым названием заболевания считается ВК или кандидозный вульвовагинит, поскольку поражение вульвы, как правило, обуславливает основную часть клинической картины. Соответ-

ственно локализации можно выделять, помимо вагинита и вульвита, кандидозные цервицит, кольпит, уретрит, бартолинит и т.д. При ВК инфекционный процесс чаще всего локализуется в поверхностных слоях эпителия влагалища. На этом уровне инфекция может персистировать длительное время ввиду возникновения динамического равновесия между грибами, которые не проникают в более глубокие слои слизистой оболочки, и макроорганизмом, сдерживающим такую возможность, но не способным полностью элиминировать возбудитель. Изменения этого равновесия приводят либо к обострению заболевания, либо к выздоровлению или ремиссии [2]. Кандидозная инфекция нередко связана с нарушениями микроценоза влагалища. В зависимости от состояния вагинального микроценоза выделяют 3 формы *Candida*-инфекции влагалища: бессимптомное кандидоносительство, истинный кандидоз и сочетание ВК и бактериального вагиноза [1,2]. В течении заболевания выделяют острую (свежую, или спорадическую) и хроническую формы. Острая форма протекает не более 2 мес. Для ВК вообще характерны рецидивы. Тем не менее, рецидивирующий ВК рассматривается, как особый вариант течения хронической формы заболевания [1,4]. В этом случае под рецидивированием понимают не просто повторное появление симптомов, но довольно частое (4 и более эпизодов в течение 1 года) их возникновение, чередующееся с неманифестными периодами, в течение которых во влагалище могут обнаруживаться *Candida spp.* (или не обнаруживаться в ближайшие после проведенного курса лечения сроки). Другим, более тяжелым вариантом течения хронической формы является персистирующий ВК. При нем симптомы заболевания сохраняются постоянно с той или иной степенью выраженности, обычно стихая после проведенного лечения.

### Клиническая картина ВК

Обычно характеризуется следующими симптомами:

- обильными или умеренными творожистыми выделениями из половых путей;
- зудом, жжением, раздражением в области наружных половых органов;
- усилением зуда во время сна или после водных процедур и полового акта;
- неприятным запахом, усиливающимся после половых контактов.

Одной из основных особенностей течения генитального кандидоза является его частое сочетание с бактериальной условно-патогенной флорой, обладающей высокой ферментативной и литической активностью, что создает благоприятные условия для внедрения грибов в ткани. Диагноз ВК ставят, оценивая данные анамнеза, жалоб, клинических проявлений и результатов лабораторных исследований. Помимо экспресс-методов (световая микроскопия нативных препаратов, микроскопия Грам-мазков, окрашенных аккрединоранжем, люминесцентная микроскопия), применяют культуральные методы с селективными средами (Сабуро) и иммунофлюоресцентные методы. Чтобы заподозрить кандидозную инфекцию, необходимо наличие вышеперечисленных клинических симптомов, местных признаков воспаления и присутствие в мазках спор или мицелия.

### Критерии диагностики ВК:

- pH влагалища 4,0–4,5;

- отсутствие запаха (в тесте на запах в зеркале и аминотест);  
- обнаружение дрожжеподобных грибов или псевдогрибов во влажном препарате (положительный результат 40–60%);  
- обнаружение дрожжеподобных грибов или псевдогрибов в мазке по Граму (положительный результат до 65%);  
- обнаружение дрожжеподобных грибов при культуральном исследовании материала (если преобладают симптомы со стороны вульвы, то материал необходимо взять тампоном в этой области).  
Порядок диагностики урогенитального кандидоза:

1. Микроскопия мазка
2. Культуральный метод
3. Серологические реакции РА, РСК, РП
4. Иммуноферментный анализ (ИФА)
5. Полимеразная цепная реакция (ПЦР)

Основными методами диагностики урогенитального кандидоза являются [1,2]:

- Микроскопия мазков вагинального отделяемого в нативных и окрашенных по Граму препаратах. Данный метод позволяет определить наличие гриба, его мицелия или спор; выявить наличие микробов – ассоциантов; определить принадлежность к облигатно-анаэробным видам или лактобактериям.

- Культуральный метод – посев материала на питательную среду Сабуро. Данный метод позволяет определить родовую и видовую принадлежность грибов, их чувствительность к антифунгальным препаратам, выявить степень колонизации, наличие сопутствующей бактериальной флоры.

- Метод ПЦР основан на обнаружении в исследуемом материале единичных молекул ДНК возбудителей. Это самый чувствительный метод диагностики инфекций, полезен для поиска возбудителей, не видимых в обычном мазке и плохо растущих на питательных средах. Однако для диагностики кандидоза использовать метод ПЦР – неоправданная роскошь (метод дорогой и трудоемкий). Именно поэтому главный критерий необходимости лечения – это специфические жалобы, подтвержденные результатами бактериоскопии и/или посева. Исследования проводят до лечения и через 7–10 дней после лечения и восстановления микробиоценоза влагалища. Кандидоз не относится к числу классических заболеваний, передающихся половым путем, это внутреннее состояние, причиной которого является снижение иммунитета. Поэтому при длительно текущем, рецидивирующем, плохо поддающемся лечению кандидозе необходимо искать патологию в организме, которая может вызывать иммунодефицит, проявляющийся, в частности, кандидозом. Вышеотмеченное показывает, что кандидоз – это маркер неблагополучия в организме, и, кроме специфического лечения противогрибковыми препаратами, он требует полноценного обследования и устранения первопричины иммунодефицита. Терапию урогенитального кандидоза проводят только при наличии клинических признаков вульвовагинита и при выявлении *Candida* при микроскопии или культуральном исследовании. При бессимптомном носительстве лечение не требуется. Новые сведения об этиологии, эпидемиологии и патогенезе ВК внесли изменения в укоренившиеся в последние десятилетия подходы к терапии. Так, некоторые из них теперь признаются необоснованными. Практика показывает, что часто контакт грибов рода *Candida* и слизистых оболочек формирует транзитное кандидоносительство, не требующее назначения антифунгальной терапии. Однако при изменениях в системе резистентности макроорганизма может происходить интенсивный рост грибов и устойчивая колонизация слизистых оболочек [1,2]. Лечение при ВК до настоящего времени остается одной из важнейших проблем в акушерстве и гинекологии. На протяжении длительного времени при лечении пациенток с кандидозным вульвовагинитом применяли вагинальные кремы и суппозитории. Однако существенными недостатками такого лечения являются его длительность (до 7 дней) и неудобства, которые приходится терпеть больным (вытекание препарата из влагалища, необходимость ежевечернего введения, неприятные ощущения во влагалище). Все это нередко приводит к несоблюдению режима лечения и рецидивам болезни. Поэтому новым

словом в терапии при кандидозном вульвовагините стало применение местных противогрибковых средств, однократное применение которых способствовало излечению от заболевания. Препараты для лечения кандидоза делятся на системные и местные. Системные – это таблетки, принимаемые внутрь, действующие в первую очередь в кишечнике, а потом всасывающиеся в кровь и проникающие во все органы и ткани организма. Вне беременности такой прием препаратов является основным и предпочтительным по сравнению с местным, поскольку основной очаг грибов находится в кишечнике, и именно там нужно их уничтожать прежде всего. Кроме того, даже во влагалище грибы живут в толще стенок, а местные препараты действуют только на поверхности, уменьшая проявления кандидоза, но не убивая полностью ее возбудителя – в отличие от системных, действующих через кровь на все клетки. Местное лечение – это свечи, влагалищные таблетки и кремы. Оно может сочетаться с системным, а во время беременности является в некоторых случаях предпочтительным. Существует множество препаратов и схем лечения урогенитального кандидоза. Однако нет оптимального препарата, который отвечал бы всем требованиям и имел бы стопроцентную эффективность. По результатам сравнительных исследований, не способствует сокращению рецидивов заболевания лечение антимикотиками местного действия, так как не исключается возможность источника реинфекции в кишечнике. Многие пациентки считают местную терапию неприятной процедурой и преждевременно прекращают лечение. Однако опросы свидетельствуют, что многие пациентки предпочитают интравагинальный способ лечения ВК пероральному [4]. Планируя противогрибковую терапию, необходимо уделить особое внимание влиянию препарата на возбудителя (фунгистатическое или фунгицидное), а также на макроорганизм (учитывается как состояние иммунной системы, так и индивидуальная чувствительность к данному веществу).

Лекарственные средства, применяемые для лечения ВК, должны отвечать следующим требованиям:

- иметь широкий спектр действия;
- обладать избирательным противогрибковым (фунгицидным или фунгистатическим) действием;
- иметь минимальную частоту выработки резистентности у возбудителей;
- хорошо сочетаться с препаратами других фармакологических групп;
- быть нетоксичным даже в случае длительного применения;
- быть устойчивым и хорошо всасываться из желудочно-кишечного тракта;
- длительно действовать;
- быть доступным по цене.

Наиболее современным методом лечения кандидозного вульвовагинита является применение местных противогрибковых средств.

Препараты для лечения ВК подразделяются на следующие группы:

- препараты полиенового ряда (нистатин, леворин, пимафуцин, амфотерицин В);
- препараты имидазолового ряда (клотримазол, кетоконазол, миконазол, бутконазол);
- препараты триазолового ряда (флуконазол, итраконазол);
- комбинированные препараты (полижинакс, клион Д, пимафу-корт, тержинан, макмирор комплекс).

Несмотря на бурное развитие фармакологической индустрии, огромный выбор антимикотических препаратов, проблема лечения ВКВ не теряет своей актуальности. Учитывая высокую частоту заболевания, длительное течение, частое рецидивирование процесса, можно предположить, что вероятнее всего в его основе лежит необоснованный подход к диагностике и лечению данного заболевания. Таким образом, необходимость поиска новых более эффективных антимикотиков адекватного спектра действия для исключения возможных



рецидивов после лечения острого КВВ является важной задачей. Данным требованиям соответствует препарат Залаин (сертаконазол) (ОАО ЭГИС). Новый антимикотик сертаконазол – производное бензотиофена и имидазола, выпускаемый в виде вагинального суппозитория. По механизму действия Залаин оказывает не только фунгистатическое, но и фунгицидное воздействие на возбудителя. Дополнительный фунгицидный механизм действия обусловлен наличием в структуре препарата помимо азолового кольца нового соединения – бензотиофена. Азоловая структура препятствует синтезу эргостерина (эргостерол), одного из основных компонентов мембраны грибковой клетки, обуславливая тем самым фунгистатический эффект. Бензотиофен в составе сертаконазола вызывает разрыв плазматической мембраны грибковой клетки, что и приводит к ее гибели, т.е. оказывает фунгицидное действие. Бензотиофен обладает высокой липофильностью, чем усиливает проникновение сертаконазола в кожу и ее придатки. Благодаря такому двойному механизму действия риск развития рецидивов при лечении КВВ является минимальным. Помимо высокоэффективного антимикотического эффекта (на все виды грибов рода *Candida* и другие патогенные дрожжевые грибы: *Torulopsis*, *Trichosporon*, *Malassezia*, *Pityrosporum orbicular*, дерматофиты *Trichophyton*, *Microsporum*, *Epidermophyton*, филаментные грибы–оппортунисты *Scopulariopsis*, *Altermania*, *Acremonium*, *Aspergillus*, *Fusarium*), Залаин обладает широким спектром действия на неспецифическую флору: *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *Proteus* spp., *Bacteroides* spp., *E. coli*. Сертаконазол при местном применении обладает нулевой биодоступностью, не обнаруживается в плазме и моче, в связи, с чем возможно его применение во время беременности.

#### Литература

1 Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Вульвовагинальный кандидоз. Клиника, диагностика, принципы терапии. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010. – 80 с.

УДК 618.16-002

Н.Н. Бекаева, В.И. Ковальчук

Перинатальный центр, г.Астана, Центр традиционной и народной медицины, г.Астана

## Опыт применения препарата Залаин при лечении рецидивирующего вульвовагинального кандидоза

#### Аннотация

Статья посвящена вопросам лечения вульвовагинального кандидоза Залаином. Показано, что при лечении клиническое и этиологическое излечение наступило практически у всех пациенток, что говорит о том, что препарат является высокоэффективным средством лечения. Быстро купирует симптомы, удобен в применении, не вызывает побочных реакций при приеме. Благодаря высокой активности против *Candida albicans*, особенностям фармакокинетики и удобной форме применения Залаин зарекомендовал себя как высокоэффективный препарат для лечения беременных женщин с рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом.

Ключевые слова: генитальный кандидоз, Залаин, грибки.

Генитальный кандидоз – грибковое заболевание слизистых оболочек и кожи мочеполовых органов, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

Описано более ста биологических видов дрожжеподобных грибов, среди которых наиболее частыми возбудителями вульвовагинального кандидоза (85%-90% случаев) является *Candida albicans*.

Во влагалище здоровой женщины имеется незначительное количество содержимого беловатого цвета с кислой реакцией.

2 Серов В.Н., Тютюнник В.Л. Вульвовагинальный кандидоз: особенности течения и принципы лечения. // Фарматека.–2005.– № 15 (110).– С.38–43.

3 Тютюнник В.Л. Вульвовагинальный кандидоз: современные представления и основные принципы лечения. // Медицинский вестник.–2005.– № 23 (330).– С.14–15.

4 Тютюнник В.Л., Карапетян Т.Э., Балушкина А.А. Современные принципы профилактики и лечения вульвовагинального кандидоза. // Русский медицинский журнал.–2010.– Т. 18, № 19 (383).– С.1186–1190.

#### Тұжырым

Н.А. Огнещенко

Петропавл қалалық әйелдер консультациясы

Сарпай-іншектік кандидозы: ол не?

Мақала әйелдердің дәрігерлерге аса бір жиі сұраныс білдіретін - сарпай-іншектік кандидозына арналған. Белгілі, 25 жылға жуық қазіргі заманғы әйелдерде «сарпай-іншектік кандидозы» диагнозы қойылған. Шет ел мәліметтері бойынша босануға қабілетті жастағы әйелдердің 2/3 осы науқастың бірден-бір себептері анықталынған, ал 50% - қайталанып отыр.

#### Summary

N.A. Ogneshchenko

Female consultation, Petropavlovsk

Vulvovaginalny candidiasis: any news?

Article is devoted to one of the most frequent reasons of the address of women to the doctor – to vulvovaginalny candidiasis. It is known that by twenty five years more than a half of modern women at least once made the diagnosis «vaginalny candidiasis». According to foreign researches, at 2/3 women of genital age noted one episode of this disease, and at 50 % – and repeated. At pregnant women this disease meets in 30–40 % of cases, before childbirth this indicator can reach 45–50 %.

Кислая реакция (рН 4,0-4,5) обусловлена присутствием во влагалищном отделяемом молочной кислоты. Поверхностные клетки эпителия слизистой оболочки влагалища содержат значительное количество гликогена. Гликоген выполняет во влагалище две функции. С одной стороны он служит питательным субстратом для сперматозоидов, с другой стороны гликоген необходим для жизнедеятельности лактобактерий, являющихся непременным атрибутом влагалищного содержимого здоровой женщины. Гликоген подвергается ферментативным превращениям в молочную кислоту, тем самым создавая кислую среду и препятствуя размножению других микроорганизмов. Слабокислая и нейтральная среда обуславливает резкое уменьшение количества палочек Додерлейна и появление разнообразной микрофлоры.

В развитии кандидоза различают следующие этапы: прикрепление (адгезию) грибов к поверхности слизистой оболочки с ее колонизацией, внедрение (инвазию) в эпителий, преодоление эпителиального барьера слизистой оболочки, попадание в соединительную ткань собственной пластины, преодоление тканевых и клеточных защитных механизмов, проникновение в сосуды, гематогенную диссеминацию с поражением различных органов и систем. При вульвовагинальном кандидозе инфекционный процесс чаще всего локализуется в поверхностных слоях

эпителия влагалища. На этом уровне инфекция может персистировать длительное время ввиду возникновения равновесия. Изменения этого равновесия приводят либо к обострению заболевания, либо к выздоровлению или ремиссии.

Факторы, повышающие риск заболевания урогенитальным кандидозом.

- Физиологическое состояние организма (возраст, гормональный статус, беременность).
- Эндокринные заболевания.
- Новообразования, инфекционные заболевания, истощения.

- Медикаментозные факторы.
- Гормональные контрацептивы.

Причинами стойкого кандидоза являются:

- Заболевания, передающиеся половым путем.
- Хронические заболевания печени и кишечника (колит, дисбактериоз).

- Ожирение, сахарный диабет.
- Прием глюкокортикоидов.
- Прием антибиотиков. Резервуар кандидоза в организме - кишечник, оттуда грибы попадают в другие места обитания.
- Избыток сладкого в питании.

Все вышесказанное показывает, что кандидоз-маркер неблагоприятия в организме, кроме специфического лечения требует полноценного обследования и устранения первопричины иммунодефицита. Возникая как внутреннее состояние кандидоз может передаваться половым путем. Хотя до настоящего времени целесообразность лечения полового партнера не доказана.

Клиническая картина вульвовагинального кандидоза обычно характеризуется следующими симптомами:

- обильными или умеренными творожистыми выделениями из половых путей;
- зудом, жжением, раздражением в области наружных половых органов;
- неприятный запах, усиливается после полового акта.

Диагноз вульвовагинального кандидоза основывается на оценке данных анамнеза, субъективных и объективных клинических признаках, результатах лабораторного обследования.

Основными методами диагностики урогенитального кандидоза являются:

- Микроскопия мазков вагинального отделяемого в нативных и окрашенных по Грамму препаратах. Данный метод позволяет определить наличие гриба, его мицелия или спор; выявить наличие микробов-ассоциантов; определить принадлежность к облигатно-анаэробным видам или лактабактериям.

- Культуральный метод- посев материала на питательную среду Сабуро. Данный метод позволяет определить родовую и видовую принадлежность грибов, их чувствительность к антифунгальным препаратам, выявить степень колонизации, наличие сопутствующей бактериальной флоры. Исследования проводят до лечения и через 7-10 дней после лечения. По показаниям используются дополнительные методы обследования:

- клинический анализ крови и мочи;
- анализ гликемического профиля с нагрузкой;
- оценка состояния микроценоза кишечника;
- обследование на сопутствующие инфекции: генитальный герпес, гонорея, трихомониаз, бактериальный вагиноз.

Терапию урогенитального кандидоза проводят только при наличии клинических признаков вульвовагинита и при выявлении Candida при микроскопии или культуральном исследовании. При бессимптомном носительстве лечение не требуется.

Препараты для лечения вульвовагинального кандидоза подразделяются на следующие группы:

- препараты полиенового ряда (нистатин, леварин, пимафуцин, амфотерицин В);
- препараты имидазолового ряда (клотримазол, кетоконазол, миконазол, гинопеварил, залаин);
- препараты триазолового ряда (флуконазол, итракона-

зол)

- комбинированные препараты (полижинакс, клион Д, тержинан, макмирор комплекс).

Среди препаратов местного действия я бы хотела выделить препарат Залаин. Залаин назначался мною женщинам с рецидивирующим кандидозом с 20 недель беременности. Действующее вещество препарата - сертаконазол – представляет собой производное имидазола и бензотиофена. Препарат оказывает фунгицидное и фунгистатическое действие относительно широкого спектра грибов и дрожжей. При местном применении препарата сертаконазол не всасывается в общий кровоток.

Залаин крем применяли при вульвитах 1-2 раза в сутки до полного исчезновения симптомов, для предотвращения рецидивов мы рекомендовали продолжить лечение до 7 дней. Крем наносят тонким слоем на поврежденный участок кожи, при этом крем также наносят на небольшой участок здоровой кожи, прилегающий к пораженному участку. Рекомендуется начинать курс лечения как можно раньше после появления первых симптомов заболевания. Суппозитории вагинальные использовались для местного лечения вагинального кандидоза. Препарат вводят 1 раз в неделю желателно вечером, глубоко во влагалище. При необходимости через 1 неделю введение Залаина можно повторить.

При применении Залаина для лечения вульвовагинального кандидоза была подтверждена его высокая эффективность и безопасность.

Данные опроса пациенток показали, что уже на 2-3 день лечения отмечалось улучшение общего состояния. После окончания курса терапии у подавляющего большинства женщин отмечалось улучшение. Клинически оно выражалось в исчезновении выделений, гиперемии и отежности слизистой влагалища, чувства жжения и зуда. В мазках и в бактериологическом посевах нити мицелия и дрожжевые клетки обнаружены не были. В мазках из влагалища лейкоцитоз составлял до 8-10 в поле зрения. Недостаточная эффективность терапии отмечалась лишь в единичных случаях.

Таким образом, при лечении вульвовагинального кандидоза Залаином клиническое и этиологическое излечение наступило практически у всех пациенток, что говорит о том, что препарат является высокоэффективным средством лечения. Быстро купирует симптомы, удобен в применении, не вызывает побочных реакций при приеме. Следует также отметить, что применение Залаина однократным введением во влагалище более удобная форма лечения, особенно у женщин с ложными схватками.

Благодаря высокой активности против Candida albicans, особенностям фармакокинетики и удобной форме применения Залаин зарекомендовал себя как высокоэффективный препарат для лечения беременных женщин с рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом.

## Литература

- 1 Карелетян Т.Э., Тютюнник В.Л., *Современные аспекты лечения кандидозного вульвовагинита. // Русский медицинский журнал. - 2004. - Т. 12 - №13(213) - с.752-754*
- 2 Серов В.Н., Тютюнник В.Л. *Вульвовагинальный кандидоз: особенности течения и принципы лечения // Фарматека. - 2005. - №15(110) - с. 38-43*

*Тұжырым*  
*Н.Н.Бекаева, В.И.Ковальчук*  
*Перинаталь орталығы, Астана қаласы*  
*Дәстүрлі және халық медицинасының орталығы, Астана қаласы*

*Қайталанатын вульвовагинальды кандидозды емдеуде Залаин препаратын қолданудың әдістері*

*Мақала Залаинмен вульвовагинальды кандидозды емдеудің сұрақтарына арналған. Анықталып отырғандай, клиникалық және этиологиялық емдеуде емделушілердің барлығында басталып, іс жүзінде препарат емдеудің аса тиімді құралы*

болып табылатындығын көрсетеді. Симптомдарды жылдам төмендетуге алады, қолдануда ыңғайлы, қабылдауда кері әсерлер туғызбайды.

#### Summary

N. N. Bekayeva, V.I.Kovalchuk

Perinatal center, Astana, Center of traditional and traditional medicine, Astana

Experience of application of a preparation of Zalain at treatment of relapsing vulvovaginal candidiasis

Article is devoted to questions of treatment of vulvovaginal candidiasis by Zalain. It is shown that at treatment clinical and etiological treatment came practically at all patients that says that the preparation is a highly effective remedy. Quickly stops symptoms, it is convenient in application, doesn't cause collateral reactions at reception. Thanks to high activity against *Candida albicans*, to features of pharmacokinetics and a convenient form of application of Zalain proved as a highly effective preparation for treatment of pregnant women with relapsing vulvovaginal candidiasis.

УДК 618.33

О.В. Излева

Костанайская областная больница

## Эффективность гипербарической оксигенации при лечении конъюгационных желтух новорожденных

#### Аннотация

В статье показано, что наблюдаемое в последние годы увеличение количества желтух у новорожденных, удельного веса конъюгационных гипербилирубинемий требует поиска новых методов лечения. Гипербарическая оксигенация является высокоэффективным методом лечения новорожденных с гипоконъюгационными желтухами.

Ключевые слова: желтухи новорожденных, конъюгация, патология новорожденных, билирубин

#### Введение

Как известно, различная патология новорожденных может сопровождаться повышенным содержанием неконъюгированного, непрямого билирубина, который в определенных концентрациях и условиях (гипоксия, ацидоз, малый гестационный возраст, инфекция и др.) проявляет нейротоксичность. Наблюдаемое в последние годы увеличение количества желтух у новорожденных, удельного веса конъюгационных гипербилирубинемий (ГБ), требует поиска новых методов лечения, так как существующие методы коррекции высокой гипербарической оксигенации (ГБО) достаточно травматичны (гемосорбция, плазмаферез, заменное переливание крови (ЗПК)). Широко используемая в клинической практике неонатологии фототерапия не всегда предотвращает развитие билирубиновой энцефалопатии и ядерной желтухи, особенно при высоких концентрациях билирубина. В последнее время в отечественной литературе появились сообщения об эффективности гипербарической оксигенации при лечении состояний, сопровождающихся нарушениями билирубинового обмена как у взрослых пациентов, так и у детей. Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности использования ГБО и комплексном лечении новорожденных с высокой степенью конъюгационной ГБ, угрожающей развитием билирубиновой энцефалопатии.

#### Методы

Обследовано 52 новорожденных со средне-тяжелой и тяжелой формами гипоконъюгационных желтух с ГБ от 313 до 524 мкмоль/л. Больные разделены на следующие группы сравнения: контрольную - 25 новорожденных, получавших общепринятый комплекс интенсивной терапии, и основную, состоявшую из 27-ми новорожденных, получавших дополнительно к комплексу интенсивной терапии сеансы гипербарической оксигенации. По клинической характеристике (оценка по Апгар, массо-ростовой показатель, степень недоношенности) и нозологическому фону (анте- и перинатальная гипоксия, сахарный диабет матерей, признаки врожденного гипотиреоза, родовая нейротравма, кефалогематома, врожденный порок сердца) группы сравнения подобраны однородными. Новорожденные поступали из род-

дома для проведения гипербарической оксигенации в среднем на второй-третий день жизни при нарастании гипоконъюгационной ГБ с угрозой развития энцефалопатии. Лабораторные исследования новорожденных состояли из анализов крови на билирубин по фракциям (метод Ендрашика), определения группы и резус-фактора (повторно после определения в пуповинной крови), эритроцитов, гемоглобина, гематокрита крови, кислотноосновного состояния (рН, РСО, ВЕ). Этапами лабораторного контроля выбраны; исходный – при появлении желтухи, 1-е сутки (после 1-х суток интенсивной терапии), 2-е сутки и т.д. до 5-х суток (условное окончание интенсивной терапии). Билирубин крови в критических ситуациях дополнительно определялся через 30 мин после первого сеанса ГБО.

#### Результаты

Результаты проведенных исследований показали, что применение гипербарической оксигенации в комплексе терапии новорожденных с гипоконъюгационной гипербилирубинемией позволило: на 40% интенсивнее снизить уровень непрямого билирубина, достоверно улучшить конъюгационную функцию печени по прямому билирубину к 3-4 суткам лечения. В контрольной группе за исследуемый период лечения (до 5-ти суток) значительных изменений уровня ПБ не выявлено

#### Выводы

Таким образом, гипербарическая оксигенация показала себя высокоэффективным методом лечения новорожденных с гипоконъюгационными желтухами, который целесообразно шире внедрять в комплекс терапии этих категорий больных.

#### Тұжырым

О.В. Излева

Қостанай облыстық ауруханасы

Жаңа туған нәрестедегі конъюгациялық сары ауруды емдеу кезіндегі гипербаралық оксигенация тиімділігі.

Сары ауруларын санының үлкеюі бақылалатын соңғы жыл туған, конъюгация гипербилирубинемияларының меншікті салмағында емдеудің жаңа әдістерінің іздестіруі талап етеді. Туған конъюгация сары ауруларымен емдеуін аса тиімді әдісі гипербаралық оксигенация.

#### Summary

O. V. Ivleva

Kostanaysky regional hospital

Efficiency of hyperbaric oxygenation at treatment of pairing jaundices of newborns

The increase of amount of icteruses at new-born, specific grav-

ity of конъюгационных hyperbilirubinemias Looked after the last years requires the search of new methods of treatment. Hyperbarism

оксигенация high-efficiency method of treatment new-born with гипоконъюгационными icteruses.

УДК 618.14-008.6

О.В. Ивлева

КГП «Костанайская областная больница»

## ГБО-терапия и плазмаферез в комплексном лечении тяжелых форм гестозов

### Аннотация

Статья показывает, что гипербарооксигенотерапия в сочетании с прерывистым плазмаферезом в комплексной терапии поздних форм гестозов способствует уменьшению клинической тяжести позднего токсикоза беременных, увеличивает компенсаторные возможности организма у беременных, улучшает исход родов.

Ключевые слова: ГБО-оксигенация, плазмаферез, гестозы, беременность, токсикоз.

Нарушение процессов адаптации при нормально протекавшей беременности является причиной многих осложнений гестационного процесса, ведущим из которых является гестоз. Клинически гестоз характеризуется синдромом полиорганной недостаточности, развивающимся или обостряющимся в результате беременности с вовлечением в сложный патологический процесс абсолютно всех органов и систем.

Одним из ключевых этиопатогенетических звеньев гестоза является эндотоксикоз, что доказывается повышением в плазме беременных женщин уровня средних молекул, коррелирующим со степенью тяжести гестоза. Из-за дисфузорных расстройств и хронического кислородного голодания развивается метаболический ацидоз, что, в свою очередь, ведет к снижению дезинтоксикационной активности печени, почек.

Спазм почечных сосудов, гипоксия почек приводят к избыточному выбросу ренина и ангиотензина, а также к усилению активности альдостерона. Все это способствует еще большему ангиоспазму, повышению системного артериального давления.

Учитывая вышеизложенное, мы предложили традиционную комплексную терапию поздних токсикозов беременных дополнить активным дезинтоксикационным методом – плазмаферезом, а лечение гипоксии, ишемии органов и тканей усилить проведением гипербарической оксигенации.

Плазмаферез является высокоэффективным методом экстракорпоральной детоксикации. В настоящее время имеется мощный арсенал средств борьбы с гипоксией – фармакологическая коррекция нарушений метаболизма с помощью антигипоксантов и антиоксидантов, различные способы оксигенотерапии. В последнее время с успехом используется гипербарическая оксигенация (ГБО), позволяющая уменьшить или вовсе устранить отрицательные эффекты гипоксического повреждения. Сущность метода ГБО основана на «насильственном» увеличении запасов кислорода в организме при вдыхании его под повышенным давлением за счет увеличения физического растворения кислорода в плазме крови при меньшей зависимости от насыщения кислорода гемоглобином.

### Материалы и методы исследования

Шести беременным женщинам с тяжелой формой позднего гестоза наряду с традиционной терапией было проведено в течение трех суток 2-3 сеанса ГБО-терапии в барокамере «БЛКС-3» в режиме от 1,6 до 1,8 АТА, длительность сеанса 60 минут. Им же проводился плазмаферез прерывистым методом, 2-3 сеанса центрифугой «РС-6» с элиминацией до 400 мл плазмы за сеанс. ОЦК возмещался кровезаменителями. Клинический эффект оценивали по показателям гемодинамики (артериаль-

ное давление, ЧСС, ЦВД), по биохимическим показателям крови (билирубин, общий белок, креатинин, мочевины, электролиты), исследовали белок в моче, проводился ежедневный контроль глазного дна. Особое внимание уделяли определению уровня средних молекул в плазме с помощью спектрофотометра.

Восемь женщин с диагнозом «Беременность 37-38 недели. Гестоз тяжелой степени», составили контрольную группу. Им проводилась традиционная интенсивная терапия гестоза.

### Результаты

У всех женщин мы отметили исходный высокий уровень белка в моче, гипопротейнемию и высокий уровень средних молекул. Характерной была артериальная гипертензия с понижением пульсового давления в среднем до 30 мм.рт.ст., асимметрия показателей АД более чем на 10 мм. рт.ст.

Во всех случаях наблюдалась гипопротейнемия до 60 г/л и менее. Отмечалось исходное повышение активности аминотрансфераз в среднем на 30-40%.

С начала лечения у родоразрешения у беременных женщин снижался уровень средних молекул с 0,

49 до 0,26. Уровень белка в моче в динамике снизился с 4,46 г/л до 0,3 г/л, а у женщин контрольной группы этот показатель имел тенденцию к незначительному снижению.

Способ родоразрешения определялся как степенью тяжести гестоза, так и акушерской ситуацией, причем именно она являлась определяющей.

Гемодинамические показатели во время родов или оперативного родоразрешения у беременных, получавших ГБО-терапию и плазмаферез отличались стабильностью, не было случаев резистентной артериальной гипертензии и высоких цифр артериального давления как в контрольной группе. Отмечалось лучшее течение послеродового периода – быстрее, чем в контрольной группе нормализовалось артериальное давление и протеинурия.

### Выводы

Гипербарооксигенотерапия в сочетании с прерывистым плазмаферезом в комплексной терапии поздних форм гестозов способствует уменьшению клинической тяжести позднего токсикоза беременных, увеличивает компенсаторные возможности организма у беременных, улучшает исход родов.

### Тұжырым

Гестоздың кешірек формалардың кешенді терапиясындағы үзілмелі плазмаферезі бар тіркесіндегі гипербарооксигендік емдеу кешірек токсикоздың клиникалық ауырлығының кішірейтуіне аяғы ауыр мүмкіндік туғызады, қасында организмнің компенсаторлық мүмкіндіктері аяғы ауыр үлкейтеді, нәтиже туу жақсартады.

### Summary

Hiperjxygenation in combination with irregular plasmapheresis in complex therapy of late forms of gestosis assists reduction of clinical weight of late toxicosis of pregnant, increases scray possibilities of organism for pregnant, improves the end of luing-ins.

УДК 616-073.756.5

Н.А.Кудрицкая

Костанайская областная больница

## Килевидная деформация грудной клетки в рентгенологическом изображении

### Аннотация

Килевидная деформация грудной клетки характеризуется выступанием грудины и ребер. Всем больным с килевидной деформацией грудной клетки имеется необходимость проводить дополнительные рентгенологические исследования для исключения или подтверждения врожденной сердечной или бронхолегочной патологии.

**Ключевые слова:** килевидная деформация грудной клетки

Килевидная деформация грудной клетки характеризуется выступанием грудины и ребер, является второй по частоте после воронкообразной деформации и первой по многообразию проявлений.

По существующей классификации, предложенной Баировым Г.А. и Фокиным А.А. в 1991 году, различают следующие типы заболевания:

Манубрио-костальный тип – наличие изгиба рукоятки грудины вперед и II-III реберных хрящей. Мечевидный отросток и тело грудины смещены кзади.

Корпоро-костальный тип – грудина или дугообразно выгибается вперед, или направлена косо вниз и вперед по прямой линии. Ребра в хрящевых отделах часто имеют искривление вовнутрь.

Костальный тип – характеризуется изгибом реберных хрящей вперед. Грудина искривлена несильно. Изменения могут быть симметричными и асимметричными.

В данной работе рассмотрены рентгенологические характеристики этой патологии у молодых людей – юношей 18-25 лет при проведении военно-призывной комиссии 2011 года.

Под наблюдение попали 14 юношей 18-21 года с диагнозом: «Врожденная деформация грудной клетки». Рентгенография грудной клетки проводилась в двух проекциях. Рентгенограмма в прямой проекции несет информацию о состоянии легких и средостения. Рентгенография в боковой проекции производилась с захватом передней грудной стенки. При сочетании деформации со сколиозом производилась рентгенография позвоночника.

Манубрио-костальный тип килевидной деформации грудной клетки характеризуется выступанием вперед рукоятки грудины, II-III реберных хрящей и проксимальной части тела грудины, нижние сегменты грудины при этом могут быть смещены кзади. Угол Льюиса (между рукояткой и телом грудины) резко очерчен и более острый, чем в норме, в результате чего профиль грудной клетки имеет углообразную форму. На рентгенограммах в боковых проекциях в результате раннего окостенения хорошо видно место преждевременного слияния рукоятки и тела грудины. Грудина шире, чем в норме, углообразно изогнута и утолщена. Величина угла Льюиса

варьирует в пределах 110°-135° (норма – 145°-175°). В литературе встречаются сообщения о сочетании преждевременного слияния грудины с врожденными заболеваниями сердца.

Так, у пациента М., 19 лет, (рисунок 1) преждевременное окостенение грудины сочетается с нарушением внутрижелудочковой проводимости в виде полной блокады правой ножки пучка Гиса. У С., 18 лет, (рисунок 2) килевидная деформация грудной клетки влечет за собой синусовую тахикардию.

Корпоро-костальный тип (рисунок 3), по данным литературы, встречается чаще. Круглая грудь характеризуется тем, что грудная клетка изогнута кпереди больше в средней или нижних частях. При пирамидальной форме (рисунок 4) грудина направляется косо вниз и кпереди по прямой линии от рукоятки к мечевидному отростку. Угол Льюиса приближается к 180°. Передне-задний размер грудной клетки увеличен.

За счет большого ретростерального пространства на рентгенограммах в боковых проекциях виден «отрыв» передних концов ребер от грудины. На рентгенограммах в прямых проекциях можно видеть смещение сердца центрально и кзади и его каплевидную форму. Помимо этого, пациент У., 19 лет, страдает бронхоэктатической болезнью. Костальный тип килевидной деформации характеризуется боковым выступлением передней грудной стенки за счет деформирования ребер. У этих больных имеется ротация грудины вокруг продольной оси. Данный тип

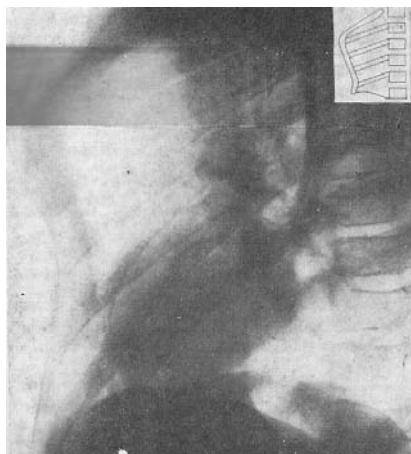


Рисунок 1.

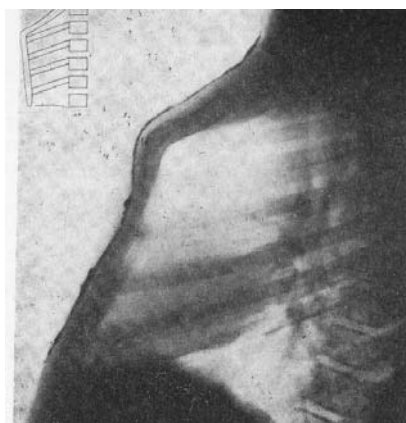


Рисунок 2.

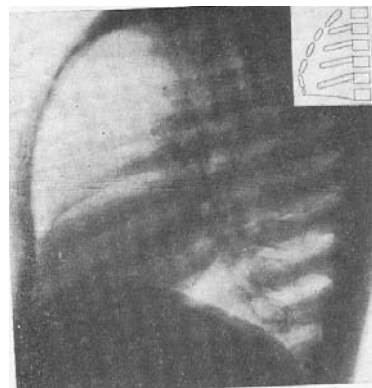


Рисунок 3.

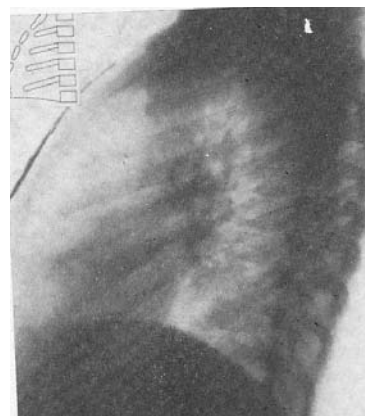


Рисунок 4.

деформации всегда ассиметричный. На прямых рентгенограммах можно видеть смещение сердца.

Таким образом, всем больным с килевидной деформацией грудной клетки имеется необходимость проводить дополнительные рентгенологические исследования для исключения или подтверждения врожденной сердечной или бронхолегочной патологии.

#### Тұжырым

Н.А.Кудрицкая

Қостанай облыстық ауруханасы

Рентгенологиялық суреттегі көкіректің құстәсті деформациясы.

Түрінде қия өзгеріс көкірек грудина және қабырғаның вы-

ступанием силаттайды. Барлық ауруларға мен түрінде қия өзгеріс көкірек жасау зарда қосымша рентгенологиялық зертте үшін шығар немесе тумыстан жүректің растамасының немесе өкпе және бронхтар паталогияның бар.

#### Summary

N.A.Kudritskaya,

Kostanaysky regional hospital

Keeled deformation of a thorax in the radiological imageAs a keel deformation of thorax is characterized flaring of breastbone and ribs. With as a keel deformation of thorax there is a necessity to conduct additional roentgenologic researches for an exception or confirmation of innate cardiac or bronchial tubes and lungs pathology all patients.

УДК 617-089.844

Н.Н.Нугманов

Алматинская региональная детская больница

## Хирургическое лечение легочного эхинококка у детей

#### Аннотация

В статье говорится о том, что легочной эхинококкоз у детей до сих пор представляет актуальную проблему в плане улучшения методов диагностики и лечения, в особенности осложненных форм заболевания. Улучшению результатов лечения детей с эхинококковым поражением легких может способствовать метод санации остаточной полости без проведения капитаножа.

Ключевые слова: эхинококкоз у детей, капитаножа, тахокомб

Частота заболеваемости эхинококкозом и неудовлетворительные результаты лечения пациентов, в частности, детей, обуславливают высокую актуальность проблемы. В связи с этим сочли возможным поделиться нашим опытом лечения детей, пораженных легочным эхинококкозом.

За последние 10 лет в детском хирургическом отделении ГККП Алматинской региональной детской больницы находились на обследовании 69 детей, из которых подверглись оперативному вмешательству 60. В возрасте до 3-х лет 4 детей, от 3 до 7 лет- 22, от 14 лет 44 детей.

У 37 детей было изолированное легочное поражение. Сочетанное поражение с печенью и другими органами у 32 (46,4%), левосторонне у 27 (39,1%) детей двустороннее поражение отмечалось у 10 (14,5%) больных.

Малые кисты (до 3-4 см в диаметре) отмечены у 12 (17,4%) пациентов, средние (до 6-7 см)-24 (34,4%), большие (свыше 7-8) – у 33 (47,8%) больных детей.

У 10 (14,5%) детей заболевание протекало бессимптомно, и было выявлено на этапных профосмотрах. В 18 (26,1%) случаях преимущественным проявлением заболевания являлся кашель, причем у 3 (4,3%) больных с кровохарканием. Боль или тяжесть в груди наблюдались у 14 (20,3%) детей. Гипертермия как признак интоксикации была отмечена у 11 (15,9%) больных. Жалобы на слабость, недомогание предъявляли 12 (17,4%) пациентов, у 4 (5,8%) из них установлена анемия у одного ребенка (1,4%), анемия III степени. Одышка отмечена у 7 (10,1%) детей. Причиной у 6 (8,7%) больных являлась нагноившая киста. Прорыв кисты в бронх с эпизодами кашля со слизью и бесцветной жидкостью наблюдался у 3 (4,3%) детей. Прорыв в плевральную полость с пневмотораксом диагностирован у 6 (8,7%) больных.

В неосложненных случаях диагностика эхинококкоза легких несложна. На обычных рентгенограммах выявляется тонкая округлая линия фиброзной капсулы без перифокальной реак-

ции. При осложненном течении заболевания (нагноения кисты) нередко возникают трудности в дифференцировании патологии от других легочных заболеваний. При прорыве кисты с частичным опорожнением содержимого в бронх или плевральную полость, хитиновая оболочка отслаивается от фиброзной капсулы и сморщиваясь образует неровную тень над горизонтальным уровнем жидкости. В осложненных пневмонией или плевритом случаях тень кисты теряет четкость очертаний.

Рентгенография в двух проекциях (у 22 (31,9%)) и УЗИ исследование у (25 (36,2%) детей) не всегда дают полноценную картину при осложненном эхинококкозе легких. У 6 детей предварительным диагнозом являлась острая деструктивная пневмония, у одного большого опухоль еще у одного большого абсцесс легкого. Уточнение диагноза было возможно с помощью компьютерной томографии выполненной 18 (26,1%) больным. В качестве примера можно привести ошибку обратного плана, когда большая округлая тень с четкими линейными контурами скрывала истинный диагноз страдания у 14-летней девочки.

Больная Е. М., 14 лет, история болезни №9411/06, поступает в детское хирургическое отделение Алматинской многопрофильной клинической больницы (АМКБ) 25.09.06г. Жалобы при поступлении на боли в груди при вдохе ноющего характера. Больна в течении 6 месяцев. В районной больнице был выставлен диагноз: «Эхинококковая киста левого легкого» При поступлении состояние средней тяжести, заметных нарушений со стороны дыхательной и сердечно – сосудистой системы нет. Слизистые и кожные покровы без особенностей. Питание не нарушено. При осмотре грудной клетки видна малозаметная деформация с некоторым выбуханием левой половиной. При аускультации дыхание слева над верхним и средним легочными полями ослаблено, сухие хрипы.

На рентгенограммах грудной клетки – объемное образование в левом легочном поле округлой формы с четкими контурами, уходящими частью в средостение.

После предоперационной подготовки девочка берется на операцию с диагнозом эхинококковая киста левого легкого. Во время операции при пункции обнаружено грязное мутное содержимое кисты. При вскрытии кисты хитиновой оболочке не обнаружено. Ситуация расценена как нагноившаяся паразитарная киста с расплавлением хитиновой оболочки. Операция была ограничена опорожнением содержимого кисты и дренированием плевральной полости.

В связи с рецидивом кисты была проведена рентгенография в двух проекциях и компьютерная томография 30.10.06 г. На компьютерной томографии: грудная клетка правильной формы,

левая меньше правой по объему. Определяется дополнительное образование, которое расположено в проекции верхнего нижнего этажей средостения слева. Образование содержит богатую протеинами жидкость, имеет плотную стенку. Около 50% образования выходит за контур средостения, имеется связь с передней грудной стенкой. Средостение смещено влево. В нижней доле левого легкого видны плевро-перикардальные спайки. Легкие без локальных уплотнений. Верхнедолевой бронх подавлен, синусы дифференцируются. Клетчатка и лимфоузлы средостения не изменены. Заключение кт: картина эхинококковой кисты по локализации опухоли(переднее средостение) выставлен предположительный диагноз: Дермоидная киста средостения.

Больная вновь 22.11.06 г через 2 месяца после первой операции, взята на операцию. Во время операции обнаружено массивное опухолевидное образование размерами 15,0x10,0x7,0 см на переднем средостении. Киста расположена внелегочно, заходя частично ретростернально и образуя сращения с грудной клеткой и органами средостения- перикардом, легочными сосудами и левым бронхом. Стенка кисты кожной плотности, содержимое при пункции грязно- серого цвета, при вскрытии кисты изнутри сосочковые разрастания, местами с волосатым покровом. Опухоль выделена от сращений, мобилизована с частичным оставлением наружного слоя стенки кисты в местах сращений с перикардом, зоной легочных сосудов и левым бронхом. Опухоль удалена полностью с капсулой. Рис4 после удаления опухоли.

Микроскопическое исследование удаленного препарата: среди плотной фиброзной ткани определяется стенка кисты с выстилкой из многослойного эпителия. В подлежащей фиброзной ткани видны хорошо развитые волосяные фолликулы, сальные и потовые железы. Сальные железы гиперплазированы и образуют структуры аденоматозного характера, местами видны диффузные лимфоидные инфильтраты. Заключение: зрелая тератома(дермоидная киста),(врач Э.Ф. Степанкевич).

Послеоперационный период протекал соответственно тяжести операции. Через 13 суток девочка выписана в удовлетворительном состоянии.

В данном наблюдении схожесть клинической и рентгенологической картины без КТ расшифровки послужила причиной того, что кисту средостения приняли за эхинококковое поражение легкого.

Эхинококкэктомия выполнена у 60 детей, у одного из них с анатомической резекцией нижней доли левого легкого. Оперативные вмешательства выполнялись традиционной торакотомией с учетом локализации эхинококковой кисты. Для обеззараживания полости фиброзной капсулы использовали горячий раствор фурациллина или раствор бетадина (йодпovidон). Последний препарат обладает минимальным повреждающим действием на паренхиму легкого.

Известно, что самым ответственным этапом операции эхинококкэктомии является обработка и закрытие остаточной полости. Для закрытия остаточной полости были предложены различные методы, в частности, способ капитоажа по Дельге. Суть метода заключается в сшивании полости от дна фиброзной капсулы. Однако ушивание полости фиброзной капсулы при плотных, регидных ее стенках чревато осложнениями и не всегда эффективны. В 20- 40% случаев оно может закончиться осложнением в виде расхождения швов, нагноения остаточной полости. Подобные осложнения характерны для взрослых больных. У детей легочная ткань эластична, фиброзная капсула эхинококковой кисты тонкая и податливая, что позволяет определить новую технологию ликвидации остаточной полости. Эхинококкэктомия легкого способом капитонажа была завершена у 25(41,7%) больных. У 34 (56,7%) детей остаточную полость обрабатывали без капитонажа. Суть способа сводится к следующему. После опорожнения, удаления хитиновой оболочки и обеззараживания, фиброзная капсула рассекается, после частичного отсепаарывания и отодвигания легочной ткани.

Одновременно отсекается непокрытая легочной тканью часть капсулы. Крупные бронхиальные свищи ушиваются кистетным способом или Z- образно. Ушитые бронхиальные свищи покрываются дополнительно пластинами «тахаконб». Применение гемастической платины тахакомба основано на особых его свойствах. Реакция полимеризации в тахакомбе происходит в течении нескольких минут, пластина плотно соединяется с тканями и становится непроницаемой для жидкостей и воздуха. Пластина плотно прижимается к свищенесущей поверхности. Образовавшаяся структура эластична, хорошо адаптируется как на ровные, так и бугристые поверхности. Прочность образовавшегося коллагена обеспечивает механическую защиту. Можно отметить, что «Тахакомб» ускоряет процессы регенерации.

После обработки полости кисты отсасывается трахеобронхиальное дерево и раздуваются легкие таким образом, чтобы вогнутые поверхности кисты превратились в противостоящие плоские площадки. Площадки соприкасаясь, ускоряют заживление и закрытие остаточной полости или образуют искусственные междолевые и межсегментарные щели. Проводим наблюдение.

Девочка К.М, 14 лет, (история болезни № 3543/09) поступила в стационар АМКБ 21.12.09 г с жалобами на кашель, общую слабость. Заболела около 3-х месяцев назад. Лечилась по месту жительства по поводу респираторной инфекции. При поступлении обследовано: УЗИ органов грудной клетки: от 12.12.2009 г кистозное образование размером 16,43 см с капсулой. На рентгенограммах грудной клетки от 21.12.2009 г – справа в нижней доле гомогенное затемнение с нечетким контуром и с просветлением во внутреннем и нижнем контурах (рис 5). На правой боковой проекции рентгенограммы тень имеет вытянутую форму по задней части легкого. Корни деформированы. Синусы свободные.(рис 6). Заключение – эхинококковая киста нижней доли правого легкого. На компьютерной томограмме от 14.12.2009 г. В средней доле правого легкого гиподенное образование размером 10, 56 x 12, 34, плотностью – 0,4 ед.м. с ровным контуром и капсулой( рис7). Оперативное лечение 29.12.2009 г.- правосторонняя торакотомия по V межреберью. Обнаружена огромная вытянутая по форме, занимающая среднюю и нижнюю доли легочная эхинококковая киста. Произведена пункция- получена около 500,0 мл эхинококковой жидкости. Обнажена и удалена хитиновая оболочка. Фиброзная капсула обработана йоксом. Свободная от легочной ткани часть капсулы иссечена. Фиброзная капсула рассечена поперечно после частичного отслаивания от легочной ткани. Обнаруженный легочно-бронхиальный свищ ушит Z – образно и покрыт тахакомбом. Оставшиеся мелкие бронхиальные свищи также закрыты тахакомбом. После обработки полости трахеобронхиальное дерево санировано, произведено раздувание легкого с тем, чтобы вогнутые поверхности кисты образовали площадки и соответственно искусственную щель между долями. Гемостатические швы после иссечения фиброзной капсулы по краю легочной ткани. В плевральную полость установлен дренаж. Рана послойно ушита. Послеоперационный период протекала без осложнений. На рентгенограмме от 17.02.2010 г – усиление легочного рисунка, прикорневой зоны справа. Синусы свободны.

В послеоперационном периоде преобладали осложнения связанные с пневмосклерозом от длительного сдавления кистой. После удаления кисты склерозированные участки легочной ткани, прилежащие кисте не склонные к полному направлению и полноценному вовлечению в дыхательную функцию. В результате возникают инфильтраты или ателектазы(у 8(13,6%) больных) Эти осложнения устранялись назначением физиопроцедур - массажа, дыхательной гимнастики или лечебной бронхоскопии. В 3-х случаях наблюдалась остаточная полость. У одного больного сохранялась остаточная полость с уровнем жидкости. У 2-х пациентов отмечалась кровотечение паренхиматозного характера, что связано с разьединением во время операции плотных плевральных сращений в зоне рас-

положения кисты.

### Выводы:

Легочной эхинококкоз у детей представляет актуальную проблему в плане улучшения методов диагностики и лечения, в особенности осложненных форм заболевания.

Улучшению результатов лечения детей с эхинококковым поражением легких может способствовать метод санации остаточной полости без проведения капитаножа.

*Тужырым*

*Н.Н.Нугманов*

*Н.Н.Нугманов*

*Алматы аймақтық балалар ауруханасы*

*Балалардағы өкпелік эхинококкты хирургиялық емдеу.*

*Мақалада балалардағы өкпе эхинококкозы әлі күнге дейін өза алдына көкейкесті мәселелерді яғни диагностикалау мен емдеуді жақсартудың әдістерін ұсынады, өсіресе аурудың асқынған формасы туралы айтылады.*

*Summary*

*N.N.Nugmanov*

*Almaty regional children's hospital*

*Surgical treatment pulmonary эхинококка at children.*

*In article it is said that pulmonary echinococcosis at children still represents an actual problem in respect of improvement of methods of diagnostics and the treatment, in particular the complicated forms of a disease. Improvement of results of treatment of children with echinokkovy defeat of lungs can be promoted by a method of sanitation of a residual cavity.*

УДК 615.454

*Ю.М. Хван*

*КазНМУ, кафедра детской хирургии. РДКБ «Аксай».*

## Клинический случай применения препарата

# Тахокомб при операциях по поводу удаления костно-хрящевых экзостозов при экзостозной болезни и удаления (эксхолеации) костной солитарной кисты в дистальном эпифизе бедренной кости у детей

*Аннотация*

*При иссечении нескольких экзостозов при множественной экзостозной хондродисплазии, применение Тахокомба позволило предупредить ожидаемую гематому, что позволило сократить курс антибиотиков, а в ряде случаев вообще от них отказаться. При эксхолеации солитарной костной кисты эпифиза бедра применение Тахокомба позволило избежать ожидаемого гемартроза, а прикрепление гиалиновой крышки с помощью тахокомба дало более хорошие результаты в плане реабилитации гиалинового хряща и коленного сустава. Дальнейшее применение Тахокомба позволит сделать более статистически достоверные выводы с учетом катамнеза прооперированных больных.*

*Ключевые слова: Тахокомб, костно-хрящевые экзостозы, бедренная кость.*

Общеизвестно, что при операциях по поводу иссечения костно-хрящевых экзостозов при экзостозной болезни необходимо тщательно иссекать основание (ложе) экзостоза, до здоровой кости, во избежание рецидивов. При этом как правило, возникает диффузное кровотечение, в результате которого, нередко формируется гематома в мягких тканях. Возникает опасность инфицирования и абсцедирования последней. Поэтому с целью профилактики ХРИ хирург вынужден назначать антибиотики и с целью профилактики дисбактериоза – эу- или пробиотики

Нами было прооперировано трое детей с экзостозной хондродисплазией, причем одновременно по два экзостоза поэтапно на верхних затем на нижних конечностях. После иссечения экзостоза и его ложа до здоровой кости и появления диффузного кровотечения, в ложе плотно укладывали нарезанные пластинки Тахокомба, согласно инструкции, затем послойно ушивали мягкие ткани и кожу – наглухо.

Послеоперационный период у всех трех детей протекал гладко, без гипертермии. Визуально и пальпаторно гематома в мягких тканях не образовывалась. Антибиотик назначался

первому прооперированному больному, но на 4-й день отменен. Остальным 2-м больным антибиотики не назначались.

При солитарной костной кисте дистального эпифиза бедра, особенно когда последняя находится в области суставной поверхности эпифиза, ее эксхолеация связана с техническими трудностями, т.к. доступ к эпифизу идет через коленный сустав. При этом приходится вырезать крышку из гиалинового хряща и затем производить эксхолеацию кисты до здоровой кости, т.е. пока не появится диффузное кровотечение, затем мы пломбировали образовавшуюся полость несколькими кусочками Тахокомба, причем последний кусочек, клеящейся поверхностью кнаружи. И к этой поверхности прижимали хрящевую крышку. Контроль на гемостаз – сухо. Далее послойно ушивали все ткани и накладывали гипсовую лангету. Послеоперационный период у этого ребенка протекал спокойно, гипертермии не отмечалось, поэтому на 3-й день после операции антибиотики были отменены. Также не было отмечено ожидаемого гемартроза коленного сустава, послеоперационный умеренный отек мягких тканей купировался к 5 дню после операции. Рана зажила первичным натяжением.

Таким образом учитывая данный небольшой клинический опыт применения тахокомба при вышеописанных операциях можно отметить:

- При иссечении экзостозов, применение Тахокомба в данном конкретном случае позволило предупредить образование ожидаемой гематомы, что позволило сократить антибактериальный курс, а в ряде случаев вообще от него отказаться.

- При эксхолеации солитарной костной кисты эпифиза бедра применение Тахокомба позволило избежать ожидаемого гемартроза, с одной стороны. С другой стороны, прикрепление гиалиновой крышки с помощью шовного материала технически сложно, т.к. легко происходит прорезывание. Поэтому приклеивание последней с помощью тахокомба может дать более хорошие результаты в плане реабилитации гиалинового хряща и коленного сустава в целом.



Планируется продолжить применение Тахокомба при данных операциях, что может позволить сделать более статистически достоверные выводы с учетом катамнеза прооперированных больных.

Тужырым  
Ю.М. Хван

ҚазҰМУ, балалар хирургиясы кафедрасы. РБКА «Ақсай».

Балаларда жамбастың дисталдік эпифизіндегі экзостоз ауруы кезінде және жүйке солитарлық іріңді ісігінің (экскохлеациясын) шеміршекті-сүйекті алып тастау операциясы кезінде Тахокомб препаратын қолданудағы клиникалық жағдай.

Экзостоз хондродисплазиясының жанында экзостоздардың алып тастауында, тахокомбтың қолдануы антибиотиктердің курсі қысқартқан қанның жиналып қалуы оларданғы 2-ші жағдайларындағы бас тарыта алды ескертуге мүмкіндік берді. Тахокомбтың қолдануы сандар эпифиздың сүйек іріңді ісігінің алып тастауында тобық буынындағы қанның жиналып қалуы ескертуге мүмкіндік берді, гиалин қақпағының бекітуі гиалин шеміршегі және тобық буынының. Ақтауы үшін тахокомб

арқылы жақсы нәтиже берді.

Summary  
Yu.M.Hvan

КазНМУ, chair of children's surgery. RDKB "Aksay".

Clinical case of application of a preparation of Takhokomb at operations in an occasion of removal bone хрящевых экзостозов at an ekzostozny illness and removals (ekskokhleation) of a bone solitary cyst in distalny эпифузе a femur at children

At an issecheniye of several экзостозов at a multiple ekzostozny hondrodisplaziya, application of Takhokomba allowed to warn an expected hematoma that allowed to reduce a course of antibiotics, and in a row a case in general to refuse them. At an ekskokhleation of a solitary bone cyst эпифуза application of Takhokomba allowed to avoid a hip expected гемартроза, and the attachment of a hyaline cover with the help тахокомба yielded better results in respect of rehabilitation of a hyaline cartilage and a knee joint. Further application of Takhokomba will allow to draw more statistically reliable conclusions taking into account катамнеза the operated patients.

УДК 616-073.788

А.М. Нурғалиева

КГП «Костанайская областная больница»

## Ультразвуковая диагностика тромбофлебитов и тромбозов вен нижних конечностей у больных, перенесших эндопротезирование тазобедренных суставов

Аннотация

Статья посвящена проблеме переломов бедренной кости, встречающихся у лиц пожилого и старческого возраста, отягощенных соматическими заболеваниями. Показано, что в таких случаях ультразвуковое ангиосканирование является «золотым стандартом» в ранней диагностике ТГВНК.

Ключевые слова: тромбофлебит, перелом бедренной кости, эндопротезирование

Тромбофлебит – патологический процесс, которому свойственно воспаление стенки вены и тканей, окружающих ее с появлением внутрисосудистых тромбов. Основными механизмами внутрисосудистого образования тромбов являются замедление тока крови (стаз), гиперкоагуляция, травма стенки сосуда (повреждение эндотелия). Предрасполагающими факторами тромбофлебита глубоких вен (ТГВ) считаются также ожирение, беременность, прием оральных гормональных контрацептивов, системные заболевания соединительной ткани, хронические гнойные инфекции, аллергические реакции. Наибольшему риску развития ТГВ подвержены больные пожилого и старческого возраста и лица, страдающие хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, а также пациенты с инфарктом миокарда, декомпенсированной сердечной недостаточностью, инсультом, пролежнями, гангреной нижних конечностей. Особую тревогу вызывают травматологические больные, так как переломы бедренной кости в основном встречаются у лиц пожилого и старческого возраста, наиболее отягощенных соматическими заболеваниями. Тромбозы у травматологических больных могут возникнуть при любой травме нижних конечностей, так как при этом имеют место все этиологические факторы тромбоза (повреждение сосуда, венозный застой и изменения свертывающих свойств крови).

В задачи инструментального обследования входят не только подтверждение или опровержение наличия тромба, но также определение его протяженности и степени эмбологенности.

Из всех неинвазивных методов, применяемых для диагностики тромбоза, в последнее время все чаще используется ультразвуковое ангиосканирование венозной системы. Метод триплексного ангиосканирования, предложенный Varber в 1974 г., включает исследование сосудов в В-режиме, анализ доплеровского сдвига частот в виде классического спектрального анализа и цветового картирования потока (в скоростном и энергетическом режимах). Использование спектральной доплерографии позволило точно измерять кровоток внутри просвета вен. Применение метода цветового доплеровского картирования ЦДК) обеспечило возможность быстро отличать окклюзирующий тромбоз от неокклюзирующего, выявлять начальные стадии реканализации тромбов, а также определять местоположение и размер венозных коллатералей. При исследованиях в динамике ультразвуковой метод позволяет обеспечить достаточно точный контроль за эффективностью тромболитической терапии. Кроме того, с помощью ультразвукового исследования можно установить причины появления клинической симптоматики, сходной с таковой при патологии вен.

В диагностическом отделении КГП «Костанайская областная больница» за 2010-2011 годы было проведено обследование 54 больных, после выполнения им эндопротезирования тазобедренных суставов. Преобладающее большинство составляли люди в возрасте от 50 до 70 лет – 43 (78,8%). Все больные на догоспитальном этапе проходили полное клиническое, инструментальное (ЭКГ) и лабораторное (общий и биохимический анализ крови, сахар крови, коагулограмма) обследование. Методами профилактики венозного тромбоза являлись: ранняя послеоперационная активизация, использование эластической компрессии нижних конечностей, возвышенное положение нижнего конца на операционном столе и в кровати, прием антикоагулянтов и антиагрегантов.

При проведении исследования тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) выявлены у 5 (9,4%) пациентов. Дистальный венозный тромбоз с поражением вен голени и мышечных

ветвей имелся у 5 (8,9%) человек. Двухстороннее поражение отмечено у 1 (1,9%) больного, то есть тромбоз возникал и на контралатеральной (неоперированной) конечности. Клиническая картина ТГВНК отсутствовала у 2 (4,1%) пациентов.

#### Выводы:

- несмотря на проведении профилактических мер, частота тромбозомболических осложнений после эндопротезирования суставов остается достаточно высокой;
- возникновение ТГВНК в послеоперационном периоде может не сопровождаться выраженными клиническими проявлениями;
- длительность профилактических мероприятий должна составлять не менее 10-14 суток;
- обязательное выполнение ультразвукового дуплексного сканирования у больных с выявленным ТГВНК в динамике;
- предупреждение и лечение тромбоза глубоких вен должно рассматриваться в качестве профилактики ТЭЛА.

УДК 616-08-031.81

Е.А. Кунапьянов, Б.С. Совко, Б.Ш. Бакимбаев, Б.А. Кабидолдин  
КГКП МО Глубоковского района, п.Глубокое, Восточно-Казахстанская область

## Ультрафиолетовое облучение крови как метод в комплексном лечении внебольничной пневмонии

#### Аннотация

Статья посвящена проблеме ультрафиолетового облучения (УФО) крови как метода комплексного лечения внебольничной пневмонии. Показано, что УФО крови как метод комплексного лечения внебольничной пневмонии имеет немаловажное, а может быть и решающее значение.

Ключевые слова: УФО крови, внебольничная пневмония.

Стратегия антибактериальной терапии больных с внебольничной пневмонией относится к числу сложных и до конца не решенных вопросов современной пульмонологии. Проведение этиотропного лечения у данной категории пациентов не встречает сколько-нибудь серьезных затруднений, если удастся идентифицировать возбудитель легочного воспаления и определить антибиотикограмму.

Однако в отсутствии своевременного бактериологического диагноза, что едва ли не закономерной клинической ситуацией, выбор адекватного антимикробного препарата представляет весьма непростую лечебную тактику. Поэтому, очевидно, в подавляющем большинстве случаев инициальная антибактериальная терапия внебольничной пневмонии носит эмпирический характер.

Этиологический спектр внебольничной пневмонии за последние 15-20 лет существенно расширился, и видимо поиски в этом направлении будут продолжаться. Наряду с известными пневмотропными возбудителями появились и новые, значительно видоизмененные традиционные клинико-эпидемиологические представления о данной группе заболеваний. Поэтому в комплексном лечении внебольничной пневмонии, наряду с антибактериальной терапией, применяются вспомогательные методы лечения.

Квантовая гемотерапия наряду с общепринятыми методами лечения внебольничной пневмонии занимает не последнее место. Трансфузия крови, облученная ультрафиолетовыми лучами (УФЛ), является наиболее известным, распространенным и изученным методом квантовой гемотерапии. Последнее понятие включает в себя все методы, в основе которых лежит

#### Тұжырым

Нургалиева А.М.

«Қостанай облыстық ауруханасы» ҚММ

Жамбас буынының эндопротездеуіне төзген, науқастардағы соңғы тамырларының тромбофлебитті және тромбозды ультрадыбыстық диагностикасы.

Сынықтар асық жілік, арада негізгі, бас соматиялық ауруға шалдығулармен ең ауырлық түсір егде және кәрі жастардың беттерінің кездесетін. Ульттра-дыбыс ангиосканирование «алтынның қалыбының» төменгі түпкіліктің терең көктамырының тромбозы ерте диагностикасында болып табылады.

Nurgaliyeva A.M.

KGP «Kostanaysky regional hospital»

Ultrasonic diagnostics of thrombophlebitises and vein thromboses of the bottom extremities at the patients who have transferred an endoprotezirovaniye of coxofemoral joints

The breaks of thigh-bone, mainly, meet at the persons of elderly and senile age, most burdened by somatopathies. Ultrasonic scan-out is a «gold standard» in early diagnostics of thrombosis of deep veins of lower limbs.

воздействие на кровь лучистой энергии независимо от применяемого спектрального диапазона.

Напомним, что квант или фотон есть дискретная порция лучистой энергии. Энергия кванта связанная с длиной волны соотношением Планка. Многочисленные экспериментальные и клинические исследования обнаруживают широкий диапазон биологических и физиологических эффектов, развивающихся в организме в ответ на трансфузию УФО крови:

- увеличение кислородной емкости за счет высокой степени насыщения гемоглобина кислородом, улучшения доставки кислорода и утилизации его тканями, в том числе и ишемизированными;
- улучшение реологических свойств и гемостатического потенциала крови и микроциркуляции;
- модуляция факторов неспецифической резистентности, гуморального и клеточного иммунитета;
- активация процессов обмена и энергосинтеза;
- ускорение процессов перекисного окисления липидов и активации системы антиоксидантной защиты;
- подавление активности калликреин-кининовой системы и увеличение активности протеолитических ферментов;
- благоприятное влияние на гормональный профиль организма;
- бактерицидный эффект и дезинтоксикация организма.

Применяется Российский аппарат «Изольда», в котором имеется ртутная бактерицидная лампа ДРБ-8 мощностью 8Вт. 80% мощности излучения этой лампы приходится на область 254 н.м.

После включения в сеть аппарат готов к работе через 10 минут. Прокачивание крови, регулируется перистальтическим насосом через полиэтиленовую трубку одноразовой системы для переливания крови, проводится при режиме 12 мл/мин. Через кювету размером 140×23×1, изготовленного из полированного кварцевого стекла марки КУ-1 в дозе 1-3 мл/кг.

Нами применялся данный метод лечения у больного М., 59 лет с диагнозом внебольничная правосторонняя абсцедируван-

ная пневмония. Правосторонний гнойный плеврит.

Пневмония началась остро, появился кашель с мокротой, которая носила в первые дни серозный характер; затем мокрота приобрела слизисто-гнойный характер. В крови отмечался умеренный лейкоцитоз, главным образом за счет нейтрофилов, которые составляли 72-76%, содержание палочкоядерных увеличивалось до 8-9%, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до юных форм и даже миелоцитов, отмечалась токсическая зернистость нейтрофилов. При осложнении пневмонии гнойным плевритом, отмечалась токсическая зернистость нейтрофилов, произошло снижение НВ до 80 г/л, умеренный моноцитоз – 1-2%, произошло исчезновение эозинофилов и базофилов. Лимфопения 14-16%, тромбоцитопения 163.2 - 10/9ст. Все это сочеталось с повышением уровня фибриногена до 6-7 г/л, положительным СРБ, повышением содержания мочевины до 18,6 ммоль/л, креатинина до 286,4 ммоль/л. В моче появилась протеинурия – 0,033 г/л, изостенурия 1010-1011, микрогематурия (эритроциты свежие 10-12 в поле зрения). Все это было обусловлено токсическим поражением почек. На ЭКГ умеренная дистрофия миокарда.

Нами в комплексном лечении пневмонии наряду с антибактериальной, симптоматической терапией назначены были 5 сеансов УФО крови из расчета 3 мл/кг, через один день. После проведения двух процедур УФО крови нами было отмечено; стабилизация общего состояния больного, а именно появился аппетит, больной стал проявлять интерес к окружающему миру.

После третьей процедуры, в анализах красной крови произошли, положительные сдвиги: уменьшился лейкоцитоз, увеличился гемоглобин, снизились мочевина и креатинин, в анализах мочи уменьшилась протеинурия, микрогематурия, снизилась СОЭ.

По окончании УФО процедур был убран дренаж по Бюлау из плевральной полости, а состояние больного имело тенденцию к стойкому улучшению.

## Выводы

1. УФО крови как метод комплексного лечения внебольничной пневмонии имеет немаловажное, а может быть и решающее значение.

### Тұжырым

Е.А. Кунапьянов, Б.С. Совко, Б.Ш. Бакимбаев, Б.А. Кабидолдин

МКҚК ҚМ «Глубоковская ауданы», Глубокое ауылы, Шығыс-Қазақстан облысы

Қанның ультракүлгін сәулеленуі ауруханадан тыс өкпе қабынуын комплексті емдеу әдістері скілді.

Өкпенің қабыну сырқатын комплексті әдіспен емдеу кезінде, аурудан алынған қанды ағзадан тыс ультракүлгін сәулемен сәулелендіріп қайта құю әдісінің маңызы өте зор және шешуші роль атқарады.

### Summary

E.A. Kunapyanov, B. S. Sovko, B. Sh. Bakimbayev, B.A. Kabi-doldin

East Kazakhstan region

Ultra-violet radiation of blood as a method in complex lechniya of extra hospital pneumonia Ultra-violet irradiation of blood as a method of complex treatment of extra hospital pneumonia is not only important but may play meaningful role.

УДК 615-456

Г.С. Колесников

Врач – уролог

## Опыт применения препарата Тамсулозин (Ранопрост) при медикаментозном комплексном лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы в поликлинической практике

### Аннотация

Статья посвящена изучению применения суперселективного альфа-адреноблокатора тамсулозин (Ранопрост). Выявлено, что препарат в значительной степени повышает эффективность проводимой медикаментозной терапии, улучшает показатели качества жизни пациента.

**Ключевые слова:** гиперплазия предстательной железы, тамсулозин, ранопрост

По прогнозам ООН, к 2025 году население Земли будет составлять 8,3-8,5 млрд человек. По тем же данным, к 2050 году число пожилых людей будет составлять, приблизительно 1,5 млрд, что будет соответствовать 14,7% общей популяции. Увеличение продолжительности жизни, старение населения приводит к увеличению числа пациентов с выраженными симптомами доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и симптомами нижних мочевыводящих путей (СНМП). Наиболее частой причиной возникновения СНМП является ДГПЖ. Так, для мужчин в возрасте 30-40 лет вероятность наличия СНМП составляет 14%, а к 50-60 годам увеличивается до 40% (1).

Лечение больных с ДГПЖ проходит по нескольким направлениям: хирургическое вмешательство, медикаментозная терапия или динамическое наблюдение. Выбор тактики лечения зависит от нескольких показателей:

Выраженность симптоматики, которая измеряется при помощи опросника IPSS, характер - ирритативная или обструктивная симптоматика;

Качество мочеиспускания, которое определяется при помощи урофлоуметрии: максимальная скорость потока мочи (Qmax), время мочеиспускания (T flow), время достижения максимальной скорости (TQ max), объем остаточной мочи (R);

Размер предстательной железы;

Уровень простатоспецифического антигена (ПСА).

Оперативное лечение показано пациентам с выраженной симптоматикой, наличие явлений декомпенсации детрузора, вовлечение в процесс верхних мочевыводящих путей, противопоказания к медикаментозной терапии, неэффективность консервативного лечения.

Динамическое наблюдение допустимо у пациентов с умеренно выраженными СНМП на фоне ДГПЖ (IPSS < 8), а также у пациентов, качество жизни которых (BS) существенно не страдает из-за имеющихся симптомов.

Медикаментозное лечение стало стандартом терапии ДГПЖ при отсутствии прямых показаний к оперативному вмешательству. По данным исследования Triumph, проводимого в шести европейских странах, из более чем двух тысяч первично обратившихся пациентов за медицинской помощью с СНМП, только 3% больных было рекомендовано хирургическое лечение, 24% - динамическое наблюдение и 73% - медикаментозное лечение. Среди средств, применявшихся для консервативной терапии ДГПЖ, альфа-адреноблокаторы использовались в 80% случаев.

В настоящее время наряду с селективными альфа-адреноблокаторами (доксазозин, теразозин), широко при-

меняются суперселективные (альфузозин, тамсулозин). Суперселективные альфа-адреноблокаторы обладают сравнимыми с селективными препаратами эффективностью, но более предпочтительным профилем безопасности. За годы исследований стало ясно, что само по себе увеличение размеров предстательной железы не является единственной причиной возникновения расстройств мочеиспускания. Большое значение имеет тонус гладких мышц шейки мочевого пузыря. Устранение повышенного тонуса лежит в основе действия альфа-адреноблокаторов.

В нашей практике, мы также достаточно широко используем суперселективный альфа-адреноблокатор тамсулозин (Ранопрост). Оценивая результаты консервативной терапии ДГПЖ нельзя не отметить роль тамсулозина (Ранопрост) в эффективности проводимого лечения. При проведении ретроспективного анализа пациентов, обратившихся на амбулаторный прием с СНМП, вызванными ДГПЖ, нами учитывались следующие критерии:

Возраст: 50 – 75 лет;

Показатель IPSS;

Оценка качества жизни – BS;

Данные урофлоуметрии (Q max, T flow, TQ max, R).

Из 63 пациентов, обратившихся за медицинской помощью с СНМП на фоне ДГПЖ за период: январь 2012 года по октябрь 2012 года произведено деление на группы:

Больные, направленные на хирургическое лечение – 3 (IPSS => 25; BS=>5; Q max <= 8; R => 100);

Рекомендовано динамическое наблюдение – 6 (IPSS <= 8; BS <=3; Q max => 15; R <= 20);

Проводилась медикаментозная терапия – 54 (IPSS 8-20; BS 3-5; Q max 10-15; R 20-50).

У 30 больных (55,6%), в группе 3, проводилась комплексная медикаментозная терапия с использованием альфа-адреноблокатора тамсулозин (Ранопрост). У 24 больных (45,4%) – альфа-адреноблокаторы не использовались. За время лечения и наблюдения у 29 больных (96,6%) из наблюдаемой группы, отмечалась положительная динамика. В контрольной группе положительная динамика отмечалась у 14 пациентов (58,3%), без динамики – 10 (41,7%). На фоне приема тамсулозина (Ранопрост) отмечалось устойчивое улучшение показателей качества жизни (BS) с 4 до 2; снижение IPSS до 5-6; повышение показателя максимальной скорости потока (Q max) до 18 – 19 мл/сек; снижение объема остаточной мочи (R) – менее 20 мл.

Таким образом, можно сделать вывод, что применение суперселективного альфа-адреноблокатора тамсулозин (Ранопрост) в значительной степени повышает эффективность проводимой медикаментозной терапии, улучшает показатели качества жизни пациента.

**Тўжырым**

Г.С. Колесников

Дэригер – уролог

Поликлиникалық тәжірибеде енек безінің сапалы гиперпла-

зиясынын дәрі-дәрмекпен жан-жақты емдеуіндегі (Ранопрост) Тамсулозинның препараттын қолдану тәжірибесі.

Мақала тамсулозинаны (Ранопростты) пайдалануды үйренуге арналған.

Емделушінің өмірінің сапа көрсеткіштерін жақсарта отырып, препарат өткізілетін дәрі-дәрмекпен терапияның тиімділігін едәуір дәрежеде жоғарылататындығы айқындалған.

G. S. Kolesnikov

Experience of application of a preparation of Tamsulozin (Ranoprost) at medicamentous complex treatment of a good-quality giperplaziya of a prostate gland in polyclinic practice.

Article is devoted to application studying Tamsulozin. It is revealed that the preparation substantially increases efficiency of carried-out medicamentous therapy, improves indicators of quality of life of the patient.

УДК 616-039.73

Х.З. Ерденова

КГП на ПХВ «Первая городская больница» г. Петропавловск

## Когнитивные расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга

Аннотация

Когнитивные расстройства являются, вероятно, самым частым проявлением сосудистой мозговой недостаточности. Традиционно основным объектом интереса врачей и исследователей была сосудистая деменция, которая, как считается, является второй по распространенности в популяции после первично-дегенеративной. Однако в настоящее время все больше внимания уделяется менее тяжелым когнитивным нарушениям. Это отражает общую тенденцию в современной нейрогерии к максимальной оптимизации ранней диагностики и терапии когнитивной недостаточности. В 1994 году один из наиболее авторитетных мировых ангионеврологов В. Хачински предложил использовать термин «сосудистые когнитивные расстройства» (англ. vascular cognitive impairment, VCI) для обозначения нарушений высших мозговых функций вследствие цереброваскулярной патологии. Это понятие объединяет как сосудистую деменцию, так и менее тяжелые нарушения когнитивных функций сосудистой этиологии. Сосудистые когнитивные расстройства (СКР) имеют характерные особенности патогенеза и клиники, а также течения, которые позволяют дифференцировать данный вид нарушений когнитивных функций от также весьма распространенных когнитивных нарушений нейродегенеративной природы.

Ключевые слова: когнитивные расстройства, сосудистые заболевания головного мозга.

Механизмы возникновения сосудистых когнитивных расстройств

Когнитивные нарушения при сосудистой мозговой недостаточности развиваются в результате повторных инсультов, хронической ишемии мозга или сочетания обоих названных патогенетических факторов. Принято разделять СКР на два основных варианта: СКР при патологии крупных сосудов и СКР при патологии мелких сосудов. Патология крупных церебральных артерий (атеросклероз, кардиогенная тромбоэмболия), как известно, приводит к крупноочаговым инфарктам мозга корковой локализации. Более однородными по клинической картине являются СКР, связанные с патологией сосудов небольшого калибра. Как известно, самой частой причиной поражения малых сосудов является гипертоническая болезнь. Отражением хронической ишемии мозга являются изменения белого вещества (так называемый лейкоареоз), которые также отмечаются прежде всего в глубинных церебральных отделах [6]. Как уже было отмечено, клиническая картина СКР при патологии крупных сосудов весьма гетерогенна и определяется главным образом локализацией перенесенных инсультов. В

отличие от этого СКР при артериальной гипертензии достаточно единообразны в силу указанных выше анатомических особенностей кровоснабжения головного мозга. Типическими проявлениями СКР при патологии сосудов небольшого калибра являются нейропсихологические симптомы лобной дисфункции. Согласно теории системной динамической локализации высших мозговых функций А.Р. Лурия, функция лобных долей головного мозга заключается в программировании произвольной деятельности и в контроле за выполнением намеченной программы [7]. Одним из первых симптомов лобной дисфункции при СКР часто является замедленность мышления: пациентам требуется больше времени и усилий для выполнения различных умственных упражнений, им становится трудно сосредоточиться. Характерны нарушения произвольного внимания: больные испытывают трудности переключения с одного этапа деятельности на другой, либо, напротив, отвлекаются от намеченной программы. Следствием указанных нарушений являются персеверации и повышенная импульсивность. Характерно также нарушение аналитических способностей. Так, например, пациенты с СКР будут испытывать трудности при обобщении понятий или при попытках объяснить значение пословиц и поговорок [1–3, 12, 15]. Базальные ганглии являются важным сенсорным реле и участвуют в формировании пространственных представлений [10]. Поражение указанных анатомических образований может приводить к возникновению зрительно-пространственных нарушений. Простейшим тестом для диагностики данного вида расстройств является тест рисования часов: больного просят самостоятельно нарисовать круглые часы с цифрами на циферблате и поставить стрелки на определенное, указанное врачом время. Нарушения памяти на текущие события не характерны для СКР. Наличие таких нарушений почти всегда указывает на присутствие сопутствующего нейродегенеративного процесса. Однако при СКР могут развиваться нарушения оперативной памяти. При этом пациентам сложно удерживать большие объемы информации и быстро переключаться с одного источника информации на другой. Нарушения оперативной памяти существенно затрудняют процессы обучения и получения новых навыков, но, как уже указывалось выше, не распространяются на запоминание и воспроизведение событий жизни [13].

Когнитивные нарушения при СКР почти всегда сочетаются с эмоциональными и поведенческими расстройствами, так как в основе последних также лежит вторичная дисфункция лобных долей головного мозга. Хорошо известно, что легкая депрессия часто отмечается уже на самых ранних стадиях сосудистой мозговой недостаточности. Именно данный вид эмоциональных нарушений лежит в основе неспецифических жалоб на головную боль, тяжесть в голове, несистемное головокружение, повышенную утомляемость, которые регулярно

встречаются на I стадии дисциркуляторной энцефалопатии. Более выраженные нарушения могут сопровождаться эмоциональной лабильностью, уменьшением мотивации и инициативы, снижением критики, неадекватностью поведения [2, 11]. Когнитивные нарушения при сосудистой мозговой недостаточности весьма варьируют по выраженности. Наиболее тяжелые нарушения, которые вызывают профессиональную и бытовую дезадаптацию пациента, принято обозначать термином сосудистая деменция

Взаимосвязь СКР и нейродегенеративного процесса Согласно эпидемиологическим данным цереброваскулярные расстройства являются второй по частоте причиной когнитивной недостаточности в пожилом возрасте, уступая лидерство болезни Альцгеймера (БА). Однако в последнее время все большее число исследований свидетельствуют о значительной распространенности смешанных форм, когда у одного и того же пациента определяются признаки как дегенеративного, так и сосудистого поражения головного мозга. Так, по данным американских клиничко-морфологических сопоставлений у 48% пациентов с БА при аутопсии выявляются лакунарные инфаркты и лейкоареоз. С

Широко обсуждаются причины столь частого сосуществования самых распространенных этиологических форм когнитивных нарушений. Одна из причин достаточно очевидна: как БА, так и цереброваскулярные расстройства являются заболеваниями пожилого возраста. Одновременное наличие у пожилого человека нескольких хронических заболеваний, конечно же, не является чем-то исключительным. Однако, фактическая распространенность смешанных сосудисто-дегенеративных когнитивных расстройств значительно превосходит ожидаемую распространенность при случайном совпадении двух заболеваний. При этом особенно чувствительны к ишемии и гипоксии структуры гиппокампового круга, в которых при БА выявляются наиболее выраженные патоморфологические изменения. С другой стороны, ключевым событием патогенеза БА является образование патологического белка –  $\beta$ -амилоида, который откладывается как в паренхиме головного мозга, так и в церебральных сосудах [3, 8, 9]. Наличие сопутствующих цереброваскулярных расстройств оказывает существенное влияние на клинические проявления БА. Так, в работе Э.О. Мхитарян было показано, что у пожилых пациентов с БА и значимой сосудистой мозговой недостаточностью уже при легкой выраженности деменции выявляются нейропсихологические симптомы лобной дисфункции. Известно, что при «чистой» БА передние отделы лобных долей вовлекаются в патологический процесс лишь на поздних стадиях заболевания [8]. Таким образом, выявление клинических особенностей когнитивных нарушений имеет важное значение для определения этиологии нарушений. Недостаточность запоминания текущих событий, нарушение номинативной функции речи отражают заинтересованность гиппокампа и левой височной доли, что характерно для нейродегенеративного процесса в рамках БА. Нейропсихологические симптомы лобной дисфункции при легкой и умеренной выраженности когнитивной недостаточности более характерны для СКР. В клинической практике нередко отмечается сочетание первичных нарушений памяти и лобной дисфункции. В таких случаях закономерно предполагать сосуществование БА и СКР. При этом легкая и умеренная выраженность когнитивных расстройств, медленное прогрессирование или относительно стационарное состояние когнитивных нарушений не должны рассматриваться как признаки, исключющие БА. Известно, что при начале этого заболевания в пожилом возрасте (после 65–70 лет), оно нередко носит относительно доброкачественный характер [3, 4].

#### Диагностика СКР

Общепринятым стандартом скрининга когнитивных нарушений является краткая шкала оценки психического статуса. Однако следует иметь в виду, что данная методика была изначально разработана для диагностики БА. Задания, включенные

в данную шкалу, оценивают память, ориентировку, счет, речь и конструктивный праксис, то есть те когнитивные функции, которые наиболее уязвимы при БА. Пациенты с СКР, даже при значительной выраженности нарушений, могут получить достаточно высокий балл. Помимо верификации когнитивных нарушений, для обоснованного диагноза СКР необходимо выявление основного сосудистого заболевания. Для этого целесообразно полноценное клиничко-инструментальное обследование с применением методов нейровизуализации: компьютерной либо (предпочтительно) магнитно-резонансной томографии головного мозга. Однако важно подчеркнуть, что само по себе установление наличия когнитивных нарушений и сосудистой мозговой недостаточности не означает причинно-следственной связи между первым и вторым. Аргументами в пользу такой связи, согласно мнению большинства исследователей, могут быть либо временные взаимоотношения (возникновение когнитивных нарушений в первые месяцы после инсульта) либо характерные клинические особенности когнитивных нарушений в виде преобладания симптомов лобной дисфункции.

Терапевтические мероприятия при СКР должны быть направлены на основное сосудистое заболевание, а также на улучшение микроциркуляции и церебрального метаболизма. На стадии сосудистой деменции целесообразна также симптоматическая заместительная нейротрансмиттерная терапия. Лечение основного заболевания. Поражение головного мозга, приводящее к формированию СКР, всегда является осложнением заболеваний сердечно-сосудистой системы. Поэтому при наличии СКР обязательной является тщательная оценка состояния сердечно-сосудистой системы. По соответствующим показаниям должны применяться антигипертензивные препараты, антиагреганты и гиполипидемические средства. Важное значение имеет контроль сердечного ритма, сахарного диабета, отказ от курения, борьба с избыточным весом и гиподинамией, устранение других корригируемых факторов риска церебральной ишемии. В случае гемодинамически значимого стеноза церебральных артерий могут обсуждаться методы сосудистой хирургии.

Необходимой составной частью патогенетической терапии СКР является улучшение церебральной микроциркуляции. С этой целью широко применяются ингибиторы фосфодиэстеразы (бенциклан), блокаторы кальциевых каналов,  $\alpha$ -адреноблокаторы (ницерголин) и некоторые другие препараты.

Метаболические препараты способствуют увеличению нейрональной пластичности, то есть свойства нейронов менять свои функциональные свойства в зависимости от условий среды. Нейрометаболическая терапия имеет особое значение в восстановительном периоде ишемического инсульта, черепно-мозговой травмы или иного острого поражения ЦНС. Широкий практический опыт свидетельствует о целесообразности применения метаболических препаратов при когнитивных нарушениях, особенно легкой и умеренной выраженности [3].

К препаратам с метаболическим действием относятся пирacetам и его производные. Метаболическим эффектом обладают биологически активные аминокислоты и полипептиды, которые содержатся в таких препаратах, как церебролизин и др.

На стадии сосудистой деменции патогенетически оправдано применение ацетилхолинэргических и глутаматергических препаратов. В настоящее время имеются клинические доказательства эффективности ингибиторов ацетилхолинэстеразы (донепизил, галантамин, ривастигмин).

Таким образом, СКР являются весьма распространенной в практике неврологической патологией. При этом о сосудистой этиологии когнитивных нарушений будут свидетельствовать нейропсихологические особенности выявляемых расстройств, отражающие их связь с дисфункцией лобных отделов головного мозга. Наличие наряду с нейропсихологическими симптомами лобной дисфункции первичных нарушений памяти свидетельствует в пользу смешанной сосудисто-дегенеративной этиоло-

гии когнитивных расстройств. Терапия СКР, направленная как на лечение основного заболевания, так и на нейрохимические механизмы когнитивных нарушений, способствует улучшению качества жизни пациента и его родственников при любой выраженности нарушений. Однако наибольшего эффекта терапии следует ожидать при ее начале на этапе легкой деменции или когнитивных нарушений не достигающих стадии деменции.

#### Тұжырым

Х.З.Ерденова. ШЖҚ КМК

«1-ші қалалаық аурухана» әкімдігінің Петропавл қаласының

Бас миындағы тамырлы аурулардың когнитивті бұзылу тәртібі.

Когнитивті бұзылулар ми тамырларының жетімсіздігінің айқындалуынан болуы мүмкін. Когнитивті бұзылулар кезінде

метаболизм дәрілерді мақсатқа лайықты қолдану керектігін кең практикалық тәжірибеде куәландырады. ТКБ терапиясы, негізгі ауруларды емдеу үшін бағытталған және науқастардың өмір сапасын жақсартуға жағдай жасау болып келеді.

#### Summary

H.Z. Erdenova

Communal State enterprise on the right of economic maintaining "The first city hospital of Akimat of the North Kazakhstan area of Ministry of Health Republic of Kazakhstan".

Cognitive impairment in vascular diseases of the brain.

Cognitive disorders are probably the most common proyaleniem cerebral vascular insufficiency. Practical experience shows the usefulness of metabolic drugs by cognitive impairment, especially mild to moderate severity. TFR therapy, aimed both at the treatment of the underlying disease, improves the quality of life of patients and their families with any severity of violations.

УДК 616-039.73

Н.М. Макрослова

НУЗ «Отделенческая поликлиника ст. Петропавловск»

## Дисциркуляторная энцефалопатия: этиология, патогенез-диагностика и лечение на современном этапе

#### Аннотация

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) является наиболее распространенным диагнозом в клинической практике этого типа, под которым подразумевается прогрессирующее мелкоочаговое поражение мозга. Лечение пациентов с ДЭП является комплексным и обычно включает в себя вазоактивную, ноотропную и нейрометаболическую терапию. Важно начинать лечение на возможно более ранних стадиях, поскольку именно в этих случаях можно надеяться на заметный терапевтический эффект. Тактика лекарственного лечения больного с ДЭП требует индивидуального подхода с учетом механизмов развития заболевания и характера основных клинических проявлений. Целью терапии должно являться повышение качества жизни пациентов и предупреждение осложнений и побочных эффектов, в том числе и вызываемых лекарственной терапией.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, диагностика, лечение.

ДЭ – синдром прогрессирующего многоочагового или диффузного поражения головного мозга, проявляющийся клиническими неврологическими, нейропсихологическими и/или психическими нарушениями, обусловленный хронической сосудистой мозговой недостаточностью и/или пов-торными эпизодами острых нарушений мозгового кровообращения.

В современной классификации МКБ–10 рекомендуется использовать следующие шифры заболеваний:

167.2 Церебральный атеросклероз

167.3 Прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия

167.4 Гипертензивная энцефалопатия

167.8 Другие уточненные поражения сосудов мозга.

Термин «дисциркуляторная энцефалопатия» традиционно используется среди неврологов в нашей стране. Наибольшее этиологическое значение в развитии ДЭ имеют:

– атеросклероз (атеросклеротическая ДЭ);

– артериальная гипертензия (гипертоническая ДЭ);

– их сочетание (смешанная ДЭ).

При атеросклеротической ДЭ преобладает поражение крупных магистральных и внутричерепных сосудов (стеноз). При этом в начальных стадиях заболевания выявляются стенозирующие изменения одного (реже двух) магистральных сосудов, в

то время как в развитых стадиях процесса нередко оказываются измененными большинство (или все) магистральных артерий головы. Снижение кровотока возникает при гемодинамически значимом стенозе (сужение 70–75% площади просвета артерии) и далее нарастает пропорционально степени сужения. Вместе с этим важнейшую роль в механизмах компенсации мозгового кровообращения играет состояние внутричерепных сосудов (развитие сети коллатерального кровообращения). При гипертонической ДЭ основные патологические процессы наблюдаются в более мелких ветвях сосудистой системы головного мозга (перфорирующих артериях) в виде липогиалиноза и фибриноидного некроза. Основные патогенетические механизмы развития ДЭ:

– хроническая ишемия;

– «незавершенный инсульт»;

– заверченный инсульт [2].

Основные морфологические изменения при ДЭ: – очаговые изменения головного мозга (постишемические кисты вследствие перенесенного лакунарного инсульта); – диффузные изменения белого вещества (лейкоареоз); – церебральная атрофия (коры больших полушарий и гиппокампа) [1].

Поражение мелких церебральных артерий (40–80 мкм в диаметре) – одна из главных причин лакунарного инсульта (до 15 мм в диаметре). В зависимости от локализации и размеров лакунарные инфаркты могут проявляться характерными неврологическими синдромами или протекать бессимптомно (в функционально «немых» зонах – скорлупа, белое вещество полушарий головного мозга). Распространенное поражение мелких артерий вызывает несколько основных типов изменений:

– диффузное двустороннее поражение белого вещества (лейкоэнцефалопатия) – лейкоэнцефалопатический (бинсвангеровский) вариант ДЭ;

– множественные лакунарные инфаркты – лакунарный вариант ДЭ.

В клинической картине ДЭ выделяют ряд основных синдромов:

– вестибулярно-атактический (головокружение, пошатывание, неустойчивость при ходьбе);

– пирамидный (оживление сухожильных рефлексов с расширением рефлексогенных зон, анизорефлексия, иногда клонусы стоп);

– амиостатический (дрожание головы, пальцев рук, гипомимия, мышечная ригидность, замедленность движений);  
 – псевдобульбарный (нечеткость речи, «насильственный» смех и плач, поперхивание при глотании);  
 – психопатологический (депрессия, нарушение когнитивных функций).

Головокружение – наиболее частая жалоба пациентов с ДЭ. Головокружение у пожилых людей обусловлено следующими причинами и их сочетаниями:

- возрастными изменениями сенсорной системы;
- снижением компенсаторных возможностей центральных механизмов равновесия;
- сосудисто–мозговой недостаточностью с преимущественно поражением вертебрально–базиллярной системы. Двигательные нарушения в пожилом возрасте (до 40% случаев) обусловлены поражением лобных долей и их связей с подкорковыми образованиями.

Основные двигательные нарушения у пожилых:

- «лобное нарушение ходьбы» (лобная дисбазия);
- «лобное нарушение равновесия» (лобная астазия);
- «подкорковое нарушение равновесия» (субкортикальная астазия);
- нарушение инициации ходьбы;
- «осторожная» (или неуверенная) ходьба [3].

Двигательные нарушения часто сопровождаются падениями. Вероятность падений усиливается при наличии нарушений когнитивных функций, депрессии, а также приеме пациентами антидепрессантов, транквилизаторов бензодиазепинового ряда, гипотензивных средств. Особенности клинической картины депрессии у пожилых:

- преобладание соматических симптомов депрессии над психическими;
- выраженное нарушение витальных функций, особенно сна;
- маской психических симптомов депрессии могут выступать тревога, раздражительность, «ворчливость», которые окружающими часто рассматриваются как особенности пожилого возраста;
- когнитивные симптомы депрессии часто оцениваются в рамках старческой забывчивости;
- значительные колебания симптоматики;
- неполное соответствие критериям депрессивного эпизода (отдельные симптомы депрессии);
- тесная связь между обострениями соматического заболевания и депрессии;
- наличие общих симптомов депрессии и соматического заболевания.

Согласно данным ряда эпидемиологических исследований, от 25 до 48% людей старше 65 лет испытывают разнообразные нарушения сна. При этом наиболее часто нарушения сна проявляются в виде инсомнии: пресомнические расстройства – 70%, интрасомнические расстройства – 60,3% и постсомнические расстройства – 32,1% случаев. Основные проявления нарушений сна у пожилых:

- упорные жалобы на бессонницу;
- постоянные трудности засыпания;
- поверхностный и прерывистый сон;
- наличие ярких, множественных сновидений, нередко тягостного содержания;
- ранние пробуждения;
- ощущение тревожного беспокойства при пробуждениях;
- затруднение или невозможность уснуть вновь;

В зависимости от выраженности основных симптомов выделяют 3 степени тяжести ДЭ: 1–я степень – наличие очаговой рассеянной неврологической симптоматики, которая недостаточна по своей выраженности для диагностики очерченного неврологического синдрома (выявляются легкие когнитивные нарушения нейродинамического характера); 2–я степень – наличие достаточно выраженно неврологического синдрома (клинически явные когнитивные нарушения, обычно умеренной степени);

3–я степень – сочетание нескольких неврологических и нейропсихологических синдромов, которые свидетельствуют о многоочаговом поражении головного мозга (когнитивные нарушения достигают степени деменции) [5]. По мере прогрессирования ДЭ количество жалоб пациентов значительно уменьшается, что обусловлено снижением критики больных к своему состоянию. Сохраняются в основном жалобы на неустойчивость при ходьбе, шум и тяжесть в голове, нарушение сна. При этом возрастает выраженность социальной дезадаптации.

В настоящее время выделяют 3 варианта темпа прогрессирования ДЭ:

- быстрый темп – смена стадий быстрее чем за 2 года;
- средний темп – смена стадий в течение 2–5 лет;
- медленный темп – смена стадий более чем за 5 лет.

Критерии диагностики ДЭ:

- объективно выявляемые нейропсихологические и/или неврологические симптомы;
- признаки цереброваскулярного заболевания, включающие факторы риска и/или инструментально подтвержденные признаки поражения мозговых сосудов (например, данные УЗИ) и/или вещества мозга (данные КТ/МРТ);
- наличие причинно–следственной связи между сосудистым поражением мозга и клинической картиной;
- отсутствие признаков других заболеваний, способных объяснить клиническую картину.

Принципы лечения ДЭ:

- 1) действие на сосудистые факторы (коррекция артериального давления, профилактика ОНМК);
- 2) восстановление мозгового кровотока, улучшение церебрального метаболизма;
- 3) улучшение и стабилизация когнитивных функций;
- 4) коррекция других клинических проявлений заболевания.

Одним из наиболее перспективных подходов в терапии ДЭ является назначение комбинация препаратов, обладающих полимодальным действием (антигипоксическое, метаболическое (ноотропное) и сосудорасширяющее). В последнее время для этих целей широко используется препарат Луцетам, содержащий пирацетам и Галидор содержащий бенциклана фумарат. Механизм действия пирацетама многообразен. Одной из теорий, объясняющей множество эффектов пирацетама, является мембранная. Согласно ей, эффекты пирацетама могут быть результатом восстановления текучести мембран (а она уменьшается с возрастом):

- специфическое взаимодействие с мембраной клетки;
- восстановление структуры мембран;
- восстановление жидкостных свойств мембран клеток;
- нормализация функции мембраной клеток.

Принято выделять основное направления действия пирацетама: нейрональное. Нейрональный эффект реализуется благодаря улучшению метаболических процессов вследствие оптимизации потребления кислорода и утилизации глюкозы. Доказано, что пирацетам взаимодействует с системой трансмиттеров, оказывая модулирующее действие. Совершенствование нейронального эффекта облегчает когнитивные процессы. Однако цереброваскулярная патология сопровождается не только метаболическими нарушениями, но и расстройствами мозговой гемодинамики, вследствие этого в неврологической практике широко используется еще одна группа препаратов – вазоактивные средства. Галидор имеет многонаправленный механизм действия, обусловленный блокадой фосфодиэстеразы, антисеротониновым действием, кальциевым антагонизмом. Он тормозит агрегацию и адгезию тромбоцитов, препятствует агрегации и адгезии эритроцитов, повышая эластичность и осмотическую резистентность последних. Галидор снижает вязкость крови, нормализует внутриклеточный метаболизм глюкозы, достоверно усиливает оксигенацию тканей. В исследованиях Kohlmeier (1972) доказано позитивное влияние Галидора на мозговой кровоток в ишемизированной ткани. При хронической недостаточности мозгового кровообращения монотерапия Галидором



400 мг в сутки в течение 8 недель была эффективной у 86% пациентов [3]. Особенностью данного лекарственного средства является сочетание сосудорасширяющего, спазмолитического эффектов с антиагрегантным. При комбинации Луцетама с Галидором происходит потенцирование действия обоих препаратов.

#### Тұжырым

Н.М.Мокрослоева

МДМ «Петропавл қаласының емхана бөлімшесі»

*Дисциркуляторлық Энцефалопатия: этиология, патогенез, диагностика және қазіргі заманға сай емдеу.*

Бұл типтегі дисциркуляторлық энцефалопатия (ДЭП) клиникалық тәжірибеде кеңінен таралған диагноз болып келеді, ол мидың ұсақ ошақты зақымының күшеуін тұспалдайды. ДЭП ауруымен ауырып жатқан науқасты емдеу әдеттегідей және кешенді болып келеді, ол өзіне вазобелсенділік, ноотропты және нейрометаболикалық терапияны енгізеді. Емдеуді мүмкіндігінше ерте кезеңнен бастау маңыздырақ, өйткені мұндай жағдайда ғана терапевтикалық күшті әсерге үміттенуге болады. ДЭП ауруымен ауырып жатқан науқасты дәрілік тактикамен емдеу үшін, негізгі клиникалық мінезі және механизмдерінің есебімен аурудың дамуын айқындауына жеке

*күшті талап етеді. Терапияның мақсаты қосымша күшті әсерлер мен асқынған ауруларды ескерту және науқастардың өмір сапасын жоғарылату болуы керек.*

#### Summary

NM Makrosloeva

Not state Establishment of Healthcare «Outpatient hospital Otdelcheneskaja on Stations Petropavlovsk» The open joint-stock company «The Russian railways»

*Circulatory encephalopathy: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment at this stage.*

Encephalopathy (DEP) is the most common diagnosis in the clinical practice of this type, which implies microfocal progressive brain damage. Treatment of patients with DEP is complex and usually involves vasoactive, nootropic and neurometabolic therapy. It is important to begin treatment at the earliest stages, as in these cases, you can expect a marked therapeutic effect. The tactics of drug treatment in patients with DEP requires an individual approach with the mechanisms of disease development and the nature of the main clinical manifestations. The goal of therapy should be to improve the quality of life of patients and the prevention of complications and side effects, including caused by drug therapy.

УДК 617.741-004.1-089.87:615.83

А.Е. Сахипова, М.М. Мамбетова

Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

## Физические методы лечения в реабилитации больных после операции экстракции катаракты

#### Аннотация

В статье представлены результаты исследования эффективности применения биоптрона у больных после операции экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы. Выявлено, что включение биоптрона в комплексное послеоперационное лечение, ускоряет процессы восстановления чувствительности и толщины роговицы, сокращает сроки пребывания больных в стационаре и уменьшает частоту развития хронической буллезной кератопатии.

**Ключевые слова:** операция экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы, биоптрон, лечение

Катаракта является наиболее частой причиной понижения зрения и слепоты. В настоящее время в мире насчитывается около 45 млн. слепых и 135 млн. слабовидящих, у 20 млн. человек, причиной слепоты является катаракта (Kosugi Ivo, 2003) [1,2]. В России распространенность катаракты по критерию обращаемости составляет 1201,5 на 100 тыс. населения [3]. В Республике Казахстан в структуре всей офтальмопатологии катаракта и глаукома среди взрослых, по различным данным, в 14,3-22% случаях, и являются причинами двухсторонней слепоты и слабовидения (41,0 и 48,4% соответственно) [4].

Всемирная программа «Ликвидация устранимой слепоты» определяет основной задачей проведение широкомасштабных мероприятий по хирургии катаракты с обязательным применением интраокулярных линз (Южаков А.М., 2003).

Несмотря на совершенствование микрохирургической техники, применение современных вископротекторов, частота возникновения отека роговицы после экстракции катаракты остается достаточно высокой и колеблется от 4,6% до 13,0%. Появление отека роговицы может быть связано с низкой исходной плотностью эндотелиальных клеток, обширным повреждением пласта эпителия во время операции, интра- и послеоперационными осложнениями (Федоров С.Н., Егорова Э.В.,

1992; Егоров В.В., Борисова Т.В., Диденко Т.Н. и соавт., 2002). В лечении послеоперационного отека роговицы ведущее место в настоящее время занимает медикаментозная терапия, однако проводимое лечение не всегда приводит к желаемому результату и в кратчайшие сроки (Азнабаев М.Т., Гизатуллина М.А., Кудашева З.А., 2004). Это диктует необходимость поиска новых способов лечения больных с отеком роговицы после экстракции катаракты [5].

В последние годы появились сообщения о применении инфразвукового излучения в лечении данной патологии. Кроме того, по данным литературы, под воздействием биоптрона, улучшается газообмен, иммунный статус, нормализуются процессы ПОЛ, повышается устойчивость организма к гипоксии, а также улучшается микроциркуляция прилиминальных сосудов (Сидоренко Е.И., 1998).

#### Целью нашей работы

явилось изучить эффективность применения биоптрона у пациентов после операции экстракция катаракты

#### Материалы и методы лечения

Нами проведен анализ результатов 96 операций по удалению катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ). Сроки наблюдения - от 2 недель месяцев до 3х месяцев. Пациенты были в возрасте от 53-76 лет.

Всем пациентам проводилось офтальмологическое обследование до и после лечения, которое включало: офтальмоскопию, биомикроскопию, визометрию, рефрактометрию, кератометрия, тонометрию.

Все операции проводились методом тоннельной экстракапсулярной экстракции катаракты с использованием ирригации и аспирации хрусталиковых масс. Ядро хрусталика удалялось путем гидросекции.

Техника имплантации ИОЛ заключается в следующем: с помощью специального пинцета одна дужка ИОЛ вводится за радужной оболочкой в нижний свод капсульного мешка. Когда верхняя часть ИОЛ оказывается в зоне зрачкового края, пинцет отпускается. Верхняя гаптическая часть, скользя по задней капсуле, устанавливается в своде капсульного мешка. Затем другая дужка вводится в верхний свод капсульного мешка.

В раннем послеоперационном периоде у всех пациентов отмечался отек роговицы I-II степени, связанный с длительностью промывания физраствором передней камеры во время операции.

Больные были разделены на II группы. Всем больным проводили стандартное послеоперационное медикаментозное лечение, на фоне которого больным II группы (52 пациента – 52 глаза) дополнительно к лечению был применен местно – биоптрон до 5 процедур. Срок наблюдения составил от 3 до 10 дней

При проведении статистического анализа данных, представленных в работе, полученные результаты исследования вносились в базы данных, подготовленные в программе Microsoft Excel XP). Полученные количественные результаты подвергались обработке методами статистики с вычислением среднего арифметического значения (M), средней ошибки среднего арифметического (m), критерия Стьюдента (t) и коэффициента достоверности (P).

## Результаты и обсуждения

После проведенного лечения у больных I группы (44 человека – 44 глаза), острота зрения до 0,3 отмечена в 52,3% случаев, выше 0,3 – в 47,7% случаев. У больных II группы, которым было проведено комплексное лечение, включающее применение биоптрона, острота зрения до 0,3 была отмечена в 36,5% случаев, а выше 0,3 – в 63,5% случаев.

Клинически повышение зрительных функций сопровождалось улучшением чувствительности роговицы. Под влиянием биоптрона происходило усиление прилиम्бального кровотока, что подтверждалось биомикроскопическим исследованием. У больных II группы, которым проводилось комплексное послеоперационное лечение, включающее применение биоптрона, улучшение отмечалось после 3 процедуры, что сокращало сроки пребывания пациентов в стационаре.

Таким образом, проведенные нами клинические исследования дают основание считать, что включение биоптрона в комплексное послеоперационное лечение после операции экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы,

дает высокие функциональные результаты.

Применение биоптрона для лечения отека роговицы после экстракции катаракты, ускоряет процессы восстановления чувствительности и толщины роговицы, сокращает сроки пребывания больных в стационаре, уменьшает частоту развития хронической буллезной кератопатии.

## Литература

- 1 Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Система здравоохранения: улучшение деятельности. ВОЗ. - Женева. 2000.- С.27-42.
- 2 Rouher F, Sole P. Bull.Soc. Ophthal. Fr. – 1990. – Vol.96. – P. 526-539.
- 3 Ботабекова Т.К., Краморенко Ю.С., Кенжебаев Н.С. Нуждаемость в оперативном лечении больных катарактой в Республике Казахстан // Сб. науч. трудов международной конф. «Актуальные проблемы офтальмологии». – Алматы. 2003. –С.3-4.
- 4 Азнабаев Б.М. Ультразвуковая хирургия катаракты - факоз-мульсификация. – М.,2005. - 139с.
- 5 Веселовская З.Ф. - Катаракта. - Киев. 2002. – 207с.

### Тұжырым

А.Е.Сахипова., М.М. Мамбетова

Орталық қалалық клиникалық аурухана, Алматы

Физиотерапиялық әдістемемен науқастырды қатарактаға экстракция жасағанаң кейін емдеу

Осы мақалада интраокулярлы линза салып, катарактаны экстракциялау бойынша ота жасалған науқастарға биоптрон қолданудың тиімділігін зерттеу нәтижесі көрсетілген. Ота жасалғаннан кейінгі кешендік емдеу кезінде биоптронды пайдалану сезімталдықты және көздің мөлдір қабығын қалпына келтіру процесін жеделдетеді, науқастардың стационарда жату мерзімін қысқартып, созылмалы буллез кератопатияның пайда болу жиілігін азайтады.

### Summary

A.E.Sakhipova, M. M. Mambetova

Central city clinical hospital in Almaty

Physical methods of treatment in rehabilitation of patients after operation of an ekstraktsiya of a cataract

In article results of research of efficiency of application buonptrona at patients after operation a cataract ekstraktsiya with implantation of an intraokulyarny lens are presented. It is revealed that inclusion buonptrona in complex postoperative treatment, accelerates processes of restoration of sensitivity and thickness of a cornea, reduces terms stay of patients in a hospital and reduces frequency of development of a chronic bullezny keratopatiya.

УДК 616.073.756.5

С.Б. Войтко

Костанайская областная больница

## Ангиография: показания и противопоказания

### Аннотация

Ангиография проводится с применением водорастворимого йодсодержащего контрастного вещества. Основная диагностическая цель ангиографии – оценка возможности оперативного лечения заболевания, а также определение объема планируемой операции.

**Ключевые слова:** ангиография, диагностика, контрастные вещества

Ангиография – это метод исследования кровеносных сосудов при помощи рентгеновского излучения. Ангиография позволяет выявить точное расположение сужений и закупорок сосудов, определить места их патологических расширений (аневризмы), наличие в сосудах тромбов и их распространённость. Исследованию доступны все области нашего организма и сосуды любого размера – от самого крупного сосуда – аорты, до мельчайших сосудов – капилляров.

В зависимости от целей исследования проводят общую или избирательную (селективную) ангиографию. При общей ангиографии контрастируют все основные сосуды изучаемой области, при селективной — отдельные сосуды.

Ангиография проводится с применением водорастворимого йодсодержащего контрастного вещества, который вводится непосредственно в вену прямой пункцией сосуда или, чаще всего, по Зельдингеру – через катетер, проведённый в бедренную артерию и продвинутый под контролем рентгенотелевизионного просвечивания к контрастируемой части сосудистого русла. Введение контрастного вещества сопровождается серийной рентгеновской съёмкой, что позволяет отображать артериальную, капиллярную и венозные фазы контрастирования. Ангиография требует специальной аппаратуры.

В отличие от дуплексного сканирования, результаты которого во многом определяются качеством ультразвукового аппарата и квалификацией исследователя, ангиография позволяет получить полностью объективную информацию о распространённости и тяжести сосудистого заболевания. Ангиография стала возможна благодаря рентгеновскому излучению и контрастному веществу, предварительно вводимому в просвет сосуда, и обрисовывающему его контуры. Так можно рассмотреть не только артерии, но и вены, и лимфатические сосуды, как на очень большом протяжении, так и на маленьком местном участке.

Ангиография рекомендована при:

Ишемической болезни сердца – группе заболеваний, развивающихся в результате сужения или закупорки артерий сердца;

Облитерирующем атеросклерозе и эндартериите сосудов нижних конечностей (сужение и закупорка артерий ног);

Атеросклерозе ветвей дуги аорты (сужение и закупорка сонных, позвоночных и подключичных артерий, брахиоцефального ствола);

Заболеваниях, поражающих артерии внутренних органов, в том числе почек и кишечника;

Аневризмах – патологических расширениях сосудов, например, брюшной аорты;

Артериальном тромбозе и эмболии – остром нарушении проходимости артерий, в результате их внезапной закупорки тромбами;

Тромбозе глубоких вен и тромбофлебите поверхностных

вен рук и ног;

ТЭЛА (тромбоэмболии лёгочной артерии) – образовании тромбов в венах с их последующей миграцией с кровотоком в артерии лёгких;

Сдавлении (компрессии) сосуда извне;

Сосудистой травме и её последствиях;

Контроле выполненного оперативного вмешательства.

Основная диагностическая цель ангиографии – оценка возможности оперативного лечения заболевания, а также определение объема планируемой операции. В некоторых случаях во время самой диагностической процедуры, например, когда выполняется ангиография сосудов нижних конечностей, врач может осуществить также лечебные вмешательства на сосудах. У подавляющего большинства пациентов ангиографическое исследование не представляет никакой серьёзной опасности. Суммарный риск осложнений ангиографии не превышает 5% и включает в себя следующие состояния:

- кровотечения из области пункции

- гематомы области пункции

- аллергические реакции на антисептик, местный анестетик или контрастные вещества, используемые при выполнении ангиографии

В редких случаях возможны такие осложнения как острая почечная недостаточность, инфаркт миокарда и инсульт. Серьёзные осложнения, как правило, развиваются у больных с тяжёлой патологией соответствующих органов (почки, сердце и т.д.).

Специалисты кабинета ангиографии отлично знают, как лучше добраться до нужного сосуда и ввести в него контрастное вещество, которое последовательно проходит через более мелкие артерии, расходится по капиллярам и вновь собирается в венах. От того, как и с какой скоростью контраст проходит по каждому отделу сосудистого русла и судят о полноценности кровотока в исследуемом сосуде и органе. Таким образом можно выявить практически все врожденные изменения строения сосудов и приобретенные заболевания, опухолевые и другие поражения различных органов. Например, ангиография артерий головного мозга позволяет выявлять, в частности, аневризмы, гематомы, опухоли в полости черепа, тромбоз сосудов.

Ангиография сосудов и полостей сердца применяется для диагностики пороков развития сосудов, врожденных и приобретенных пороков сердца. Ангиография легочного ствола применяется при подозрении на пороки развития и опухоли легких, тромбоэмболию легочных артерий. Бронхиальная ангиография показана при легочных кровотечениях, увеличении лимфатических узлов, при диагностике опухолей и воспалительных процессов в легких.

Почечная ангиография требуется при диагностике различных поражений почек: травм, опухолей, гидронефроза, мочекаменной болезни. Портोगрафия показана для диагностики поражений печени, поджелудочной железы, селезенки.

Верхняя каваграфия осуществляется в целях уточнения локализации и распространенности тромба или сдавливания при опухолях легких или средостения, для определения степени прорастания опухоли в верхнюю полую вену. Нижняя каваграфия показана при опухолях почек, для выявления причин отеков нижних конечностей и брюшной полости.

Ангиография периферических артерий верхней или нижней конечности, применяется при заболеваниях и травмах конеч-

ностей.

Как видите, ангиография позволяет исследовать должным образом практически любой участок организма. Жаль только, что не всем можно провести такой замечательный метод исследования, как ангиография. Если у человека тяжелое общее состояние, значительные нарушения функций сердца, печени, почек, аллергия к рентгеноконтрастным препаратам, он может просто не перенести эту процедуру, и пострадать от смертельной анафилактической реакции, нарушения сердечного ритма, кровотечения, или тромбоза.

*Тұжырым*

*С.Б.Войтко*

*Қостанай облыстық ауруханасы*

УДК 616.073.756.5

*Войтко С.Б.*

*Костанайская областная больница*

## Применение рентгеноконтрастных веществ при магнитно-резонансной томографии

*Аннотация*

*Применение контрастных препаратов при МРТ- исследовании изменяет магнитные свойства тканей. Целью использования контрастных веществ является увеличение контраста между здоровыми и патологически измененными тканями, а также усиление яркости сосудов при МР-ангиографии.*

*Ключевые слова: рентгеноконтрастные вещества, магнитно-резонансная томография*

МРТ – метод лучевой диагностики, который в настоящее время широко используется в клинической медицине. МРТ имеет самое высокое мягкотканное разрешение. Неограниченная вариабельность плоскостей срезов, естественный контраст от движущейся крови, являются важными преимуществами МРТ.

Этот метод диагностики основан на получении послойных и объемных изображений тела с помощью явления ядерного магнитного резонанса. Более того, современные диагностические средства позволяют выявлять изменения на ранней стадии, когда человек еще не чувствует изменений. Это дает возможность к реальному скринингу социально-значимых заболеваний.

Применение контрастных препаратов при МРТ- исследовании изменяет магнитные свойства тканей. Целью использования контрастных веществ является увеличение контраста между здоровыми и патологически измененными тканями, а также усиление яркости сосудов при МР-ангиографии. Большинство препаратов являются парамагнитными (активный компонент – гадолиний, марганец). Контрастные препараты на основе гадолиния считаются достаточно безопасными соединениями с незначительными побочными эффектами. Область применения контрастных средств велика:

Патологические процессы ЦНС: опухоли, метастазы, нарушения мозгового кровообращения, инфекции, гипопфиз;

Диагностика заболеваний печени, поджелудочной железы, почек и надпочечников, сердца;

Диагностика заболеваний молочных желез;

Диагностика заболеваний органов малого таза;

Диагностика заболеваний костно-мышечной системы.

Контрастное средство вводится пациенту внутривенно.

В большинстве случаев при обследовании головного мозга с помощью МРТ используется контраст. Эта методика позволяет обнаружить первые признаки ишемического инсульта, которые

*Ангиография: көрсету және қарсы көрсетулер*

*Ангиография мен қолданыс еліккіш ерітуге суда йодсо-держашеого контрасты заттың еңсеріледі. Ангиографияның негізгі диагностикалық мақсаты, ал да жоспарла операцияның көлемінің ұйғарымы ауруға шалдығудың шұғыл шипасының мүмкіндігінің сарапшылығы.*

*Summary*

*S. B. Voytko*

*Kostanaysky regional hospital*

*Angiografiya: indications and contraindications Angiography is conducted with the use of the water-soluble iodinated contrasting substance. A primary diagnostic purpose of angiography is an estimation of possibility of operative treatment of disease, and also determination of volume of the planned operation.*

не видны при других способах исследования. В качестве контрастной жидкости для обследования любого органа используются водорастворимые парамагнитные комплексы гадолиния. Они в несколько раз безопаснее тех, что используются при компьютерной томографии или рентгенограмме. Уже через 5 минут после введения концентрация жидкости в органах достигает своего максимума. Также быстро – минут через 40 – она начинает выводиться из организма, поэтому желательно в это время полностью закончить обследование.

Сила и быстрота увеличения магнитно-резонансного сигнала при введении контрастирующей жидкости во многом зависит от интенсивности кровоснабжения исследуемой области. Именно поэтому наиболее целесообразно использовать это вещество при обследовании мозга, печени и мягких тканей. При исследовании заболеваний гипопфиза и брюшной полости МР-картинка при усилении контрастным веществом изменяется с первых секунд введения препарата. Однако, при диагностике активности демиелинизирующего заболевания и после оперативного вмешательства на продолженный рост опухоли, чаще всего необходимо отсроченное исследование. Отказ от применения контрастного вещества может привести к ошибочной постановке диагноза и как следствие – неправильному лечению.

*Тұжырым*

*С.Б.Войтко*

*Қостанай облыстық ауруханасы*

*Магнитті – резонансты томография кезінде контрасты рентген заттарын пайдалану Контрасты препараттың қолданысы при МРТ- зертте матаның магниттік ұрғашылықтарын өзгертеді. Контрасты заттың игерушілігінің мақсатымен аумақтау контраст аманның және патологиялықтың өзгерілген маталардың арасында, ал да тамырдың ашықтығының зорауы при МР-ангиографияда болып табылады.*

*Voytko S. B.,*

*Kostanaysky regional hospital*

*Application of X-ray contrast substances at a magnetic and resonant tomography Application of contrasting preparations at MPT- research changes magnetic properties of fabrics. The aim of the use of contrasting substances is an increase of contrast between healthy and pathologically changed fabrics, and also strengthening of brightness of vessels at a МР-ангиографияда.*

УДК 616.073

С.Б.Войтко

Костанайская областная больница

## Влияние рентгеновских лучей на организм

### Аннотация

*Рентгеновское излучение относится к группе радиационных излучений, оно (в определенной дозе) может оказывать негативное влияние на здоровье человека. Проведение большинства современных методов рентгенологического обследования подразумевает облучение обследуемого ничтожно малыми дозами радиации, которые совершенно безопасны для здоровья человека.*

*Ключевые слова: рентгеновские луч, влияние, организм.*

Стремительно развивающиеся технологии открывают все большие возможности для диагностики заболеваний и изучения организма человека. Однако, наряду с современными методами, в медицинской практике широко используется и более чем столетнее открытие человека – рентгеновское излучение. Очень часто при обращениях в больницу мы получаем направление на рентген. Рентгенологические обследования являются одними из наиболее распространенных в современной медицине. Рентгеновское излучение используется для получения простых рентгеновских снимков костей и внутренних органов, флюорографии, в компьютерной томографии, в ангиографии и пр. До 70% всех медицинских диагнозов ставят или подтверждают, в основном, при помощи рентгена. Он помогает не просто правильно диагностировать болезнь, а также определить размеры пораженных ею участков, стадию заболевания и серьезность патологии. Рентген необходим при травмах или переломах. Без применения рентгена трудно определить наверняка, нужна ли операция.

Исходя из того, что рентгеновское излучение относится к группе радиационных излучений, оно (в определенной дозе) может оказывать негативное влияние на здоровье человека. Проведение большинства современных методов рентгенологического обследования подразумевает облучение обследуемого ничтожно малыми дозами радиации, которые совершенно безопасны для здоровья человека.

Дозы рентгеновского излучения, которые используются в обычном рентгене грудной клетки или костей конечностей не могут вызвать никаких немедленных побочных эффектов и лишь очень незначительно (не более чем на 0,001%) повышают риск развития рака в будущем.

Разные ткани и органы организма человека обладают различной чувствительностью к облучению, в связи с чем, риск облучения различных частей тела в ходе рентгенологического обследования значительно варьирует. Например, при рентгенологическом обследовании области головы, другие части тела практически не подвергаются прямому воздействию рентгеновских лучей. Однако для оценки риска представленного здоровью пациента рассчитывается не доза прямого облучения обследуемой зоны, а определяется доза общего облучения организма – то есть, эффективная доза облучения. Определение

эффективной дозы осуществляется с учетом относительной чувствительности разных тканей, подверженных облучению. Также эффективная доза позволяет провести сравнение риска рентгенологических исследований с более привычными источниками облучения, такими как, например, радиационный фон, космические лучи и пр. Учитывая последние данные о риске радиационного облучения для здоровья человека, количественная оценка риска проводится только в случае получения дозы радиации выше 5 рем (50 мЗв) в течение одного года (для взрослых и детей), либо в случае получения дозы облучения выше 10 рем на протяжении всей жизни, дополнительно к природному облучению. Существуют точные медицинские данные относительно риска, связанного с высокими дозами облучения. В случае, если общая доза облучения ниже 10 рем (включая природное облучение и облучение на рабочем месте) риск нанесения ущерба здоровью либо слишком низкий для того, чтобы его можно было точно оценить, либо не существует вообще. Как и многие другие медицинские процедуры, рентгеновское исследование не представляет опасности, при осторожном и рациональном использовании. Рентгеновские лучи действуют на организм человека только в момент включения переключателя аппарата. Длительность «просвечивания» рентгеновскими лучами в случае обычной рентгенографии не превышает нескольких миллисекунд.

Решение о проведении рентгенологического исследования должно иметь медицинское обоснование и может быть принято только после сравнения вероятной пользы от исследования и потенциального риска связанного с облучением.

*Тұжырым*

*С.Б.Войтко*

*Қостанай облыстық ауруханасы Рентгендік сәулелену радиациялық сәулеленудің тобына деген қарайды, ол(тағайынды жағымда) адамның денсаулығына деген теріс ықпалды оказывать біледі. Рентгенологиялық қарау қазіргі әдісінің көпшілігінің жаса- сәулелендіруді қара шамалы жас жағымдармен адамның денсаулығы үшін әбден қауіпсіз радиациялар түсінетін.*

*Summary*

*S.B. Voytko*

*Kostanaysky regional hospital*

*Influence of X-rays on an organism*

*The X-rayed radiation behaves to the group of radiation radiations, it(in a certain dose) can render negative influence on the health of man. Realization of most modern methods of roentgenologic inspection implies an irradiation inspected insignificantly by small doses radiations that is quite safe-health man.*

УДК 618.5-06

Б.Р.Шокубаева

КГП «Костанайская областная больница»

## Профилактика кровотечений в послеродовом периоде

### Аннотация

Послеродовое кровотечение может угрожать жизни и здоровью женщины. Профилактика послеродовых кровотечений включает своевременное и адекватное лечение воспалительных заболеваний и осложнений после оперативных гинекологических вмешательств, рациональное ведение беременности, профилактика и лечение возникших осложнений.

Ключевые слова: кровотечения, профилактика, роды

Послеродовое кровотечение – кровотечение из родовых путей, возникающее в раннем или в позднем послеродовом периоде. Послеродовое кровотечение достаточно частое осложнение, и при этом оно может угрожать жизни и здоровью женщины, особенно это касается кровотечений, случающихся в первые часы и дни после родов. Тяжесть послеродового кровотечения определяется величиной кровопотери. Риск выше у женщин с многоводием, многоплодием, перенесенной беременностью, крупным плодом, гестозом, аномалиями прикрепления плаценты.

Причинами послеродового кровотечения могут быть гипотония и атония матки, разрыв матки, нарушение свертывающей системы матери (коагулопатия), задержка частей последа, выворот матки, травмы половых путей. Последовое кровотечение может развиваться в первые 2 часа после родов. Женщина в это время находится ещё в родблоке под наблюдением акушера. По своей сути это чаще всего гипотоническое послеродовое кровотечение, обусловленное тем, что матка после родов не сокращается, а только адекватное её сокращение может пережать те сосуды, которые когда-то питали плаценту. С целью профилактики такого кровотечения всем родильницам после отделения последа вводятся сокращающие матку средства (окситоцин).

Профилактика послеродовых кровотечений включает следующие мероприятия:

1. Своевременное и адекватное лечение воспалительных заболеваний и осложнений после оперативных гинекологических вмешательств.

2. Рациональное ведение беременности, профилактика и лечение возникших осложнений.

При постановке беременной на учет в женской консультации необходимо выделить группу высокого риска по возможности развития кровотечений.

Во время беременности необходимо стремиться к сохранению физиологического течения гестационного процесса. У женщин группы риска по развитию кровотечения профилактические мероприятия в амбулаторных условиях заключаются в организации рационального режима отдыха и питания, проведении оздоровительных процедур, направленных на повышение нервно-психической и физической устойчивости организма. Все это способствует благоприятному течению беременности, родов и послеродового периода. Не следует пренебрегать методом физиопсихопрофилактической подготовки женщины к родам.

На протяжении всей беременности проводят тщательное наблюдение за характером ее течения, своевременно выявляют и устраняют возможные нарушения.

Все беременные группы риска по развитию послеродовых кровотечений для осуществления завершающего этапа комплексной дородовой подготовки за 2-3 недели до родов должны быть госпитализированы в стационар, где вырабатывается четкий план ведения родов и проводится соответствующее дообследование беременной.

В процессе обследования оценивают состояние фетоплацентарного комплекса. С помощью УЗИ изучают функциональное состояние плода, определяют место расположения плаценты, ее структуру и размеры. Серьезного внимания накануне родоразрешения заслуживает оценка состояния системы гемостаза пациентки.

В процессе ведения родов через естественные родовые пути необходимо следить за:

- характером сократительной деятельности матки;
- соответствием размеров предлежащей части плода и таза матери;
- продвижением предлежащей части плода в соответствии с плоскостями таза в различные фазы родов;
- состоянием плода.

При появлении первых признаков кровотечения необходимо строго придерживаться этапности проведения мероприятий по борьбе с кровотечением. Важным фактором в оказании эффективной помощи при массивных кровотечениях является четкое и конкретное распределение функциональных обязанностей среди всего медицинского персонала акушерского отделения. Все родовспомогательные учреждения должны иметь достаточные запасы компонентов крови и кровезаменителей для адекватной инфузионно-трансфузионной терапии.

Соблюдение перечисленных выше рекомендаций служит тем резервом, за счет которого можно значительно снизить частоту одного из самых грозных осложнений - гипотонического кровотечения - и уменьшить риск материнской смертности.

### Тұжырым

Б.Р.Шоқыбаева

Қостанайдың облыстың ауруханасының

Қана алдын алуы кейін босанулардың

Қана кейін босанулардың және әйелдің денсаулығының қорқыту біледі. Қана кейін босанулардың қабыну ауруға шалдығудың және шиеленістің уақтылы және адекваттық шипасын кейін шұғыл гинекология қабаттасушылықтардың ішіне алады, буаздықтың тиімді құзырлығы, алдын алу және ту шиеленістің шипасы.

Shogubaeva B.R.

CSE the "Kostanayckay regional hospital".

"Prophylaxis of bleeding after luing-ins".

The bleeding after luing-ins can threaten to life and health of woman. The prophylaxis of the послеродовых bleeding includes timely and adequate treatment of inflammatory diseases and complications after operative gynaecological interventions, rational conduct of pregnancy, prophylaxis and treatment of arising up complications.

УДК 618.5-06

Б.Р. Шокубаева

КГП «Костанайская областная больница»

## Гестозы: клиника и профилактика

### Аннотация

Гестоз возникает из-за изменений в организме беременной и проходит через несколько дней после родов. Профилактика гестозов заключается в своевременной диагностике, правильном питании и физических нагрузках беременной.

Ключевые слова: гестозы, беременность, лечение

Гестоз - заболевание, которое встречается только у беременных и обычно проходит через несколько дней после родов. Гестозом страдают около трети будущих мам. О том, насколько грозным является это заболевание, говорит статистика: на протяжении многих лет оно прочно входит в первую тройку причин материнской смертности в Казахстане.

Гестоз начинается только после 16-20-й недели беременности, а чаще всего выявляется в III триместре (после 28 недель). Он возникает из-за изменений в организме беременной, в результате которых в плаценте образуются вещества, способные делать микродырочки в сосудах. Через эти «дырочки» из крови в ткани проникают белок плазмы и жидкость, поэтому образуются отеки. Их, сначала еще невидимых глазом, и можно обнаружить при взвешивании.

«Дырочки» образуются и в сосудах почек, поэтому через них в мочу попадает белок. Чем больше «дырочек», тем больше женщина теряет белка, тем серьезнее заболевание. Поэтому так часто врач назначает будущей маме общий анализ мочи. Это позволяет поставить диагноз и начать лечение как можно раньше.

Так как жидкость ушла из сосудов, организму приходится повысить артериальное давление, чтобы прокачивать оставшуюся жидкость по организму. Появляется третий симптом гестоза - повышенное артериальное давление. Из-за сгущения крови увеличивается ее свертываемость, что может приводить к образованию тромбов.

Гестоз коварен. Женщина очень долго чувствует себя здоровой. Ну подумаешь, лишний вес набрала, белок в моче нашли, давление почему-то поднялось. Но голова-то не болит, и почки тоже не беспокоят. Значит, все в порядке? А на самом деле это не так. Отекают ведь не только руки, ноги, лицо, но и плацента, что приводит к нехватке кислорода у плода, и, в конечном итоге - головной мозг. При этом симптомы (головная боль, тошнота, мелькание «мушек» перед глазами, сонливость, заторможенность, боли в области желудка) появляются за несколько часов, а иногда минут до приступа судорог, которые могут унести жизнь и матери, и ребенка.

Такое состояние называется преэклампсией, а сам судорожный приступ - эклампсией. Опасность в том, что на фоне такого судорожного состояния развиваются инфаркт, инсульт, отек легких, отслойка плаценты и сетчатки глаза, почечная и печеночная недостаточность. И все это очень быстро и - у вроде бы здоровой и молодой женщины.

Именно поэтому врачи женских консультаций так много времени уделяют профилактике и своевременной диагностике гестозов у беременных.

Кто входит в группу риска?

- женщины, которые впервые станут мамами;
- женщины, ожидающие двойню;
- родильницы после 35 лет;
- мамочки с хроническими заболеваниями (вегетососудистой дистонией, ожирением, сахарным диабетом, гипертонической болезнью или же хроническим пиелонефритом);

имеющие половые инфекции (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз).

Понятно, что беременная должна получать полноценное питание. Однако эту истину многие женщины трактуют так: «Можно есть все, что захочу». И даже самые стойкие и всегда следившие за фигурой начинают, есть все подряд и в неограниченных количествах, искренне считая, что так будет лучше для ребенка. Но в результате все оканчивается ожирением и гестозом.

Самое главное, в чем нуждается растущий ребенок, - это белок, необходимый для строительства клеток его организма. Потому основой диеты будущей мамочки должна стать пища, богатая белком: мясо нежирных сортов (телятина, говядина и курица), рыба, творог, яйца.

Если гестоз уже появился, необходимость приема белковой пищи становится еще важнее, потому что, как мы уже объяснили, через «дырочки» в сосудах белок из крови уходит в ткани, а также теряется с мочой.

А вот сладкое необходимо ограничить - желательнее вообще не есть сдобу, конфеты, мороженное. Лучше отдать предпочтение фруктам, благо они теперь доступны круглый год. Не забывайте и о клетчатке. Рафинированная пища не содержит достаточного количества клетчатки, которая наполняет желудок, но при этом не всасывается.

Не увлекайтесь жидкостью и солью. Если вы много прибавляете в весе, не стоит налегать на соленые огурцы, селедку и квашенную капусту. При этом жидкость надо ограничить до 1-1,5 литра в сутки, включая суп и сочные фрукты.

Ведите активный образ жизни. Самыми лучшими видами физической активности для беременных являются длительные пешие прогулки, плавание, пилатес и йога.

Считается, что нарушение оттока мочи также способствует развитию гестоза. Дело в том, что в положении стоя матка сдавливает мочеточники, и отток мочи нарушается. Чтобы этого не произошло, врачи рекомендуют мамочкам принимать коленно-локтевое положение 3-4 раза в сутки по 10 минут. Для удобства можно положить под грудь подушку и читать в такой позе книжку или журнал. При этом улучшается отток мочи от почек.

Для профилактики отеков подойдут почечный чай, отвар шиповника, листья брусники, толокнянки, клюквенный морс. Эти средства обладают слабым диуретическим действием. Альтернативой травяным чаям могут стать растительные лекарственные препараты: канефрон, цистон, цистенал.

Женщины с отеками, легкой и средней степенью гестоза лечатся в отделении патологии беременных. Если же гестоз тяжелый, а тем более есть признаки преэклампсии или пациентка перенесла экламптический приступ, то лечение проводится в отделении реанимации интенсивной терапии.

Длительность стационарного лечения зависит от степени тяжести гестоза. При отеках - около недели, а при гестозе легкой степени - до двух. Лучшее лечение гестоза - это родоразрешение, поскольку именно беременность, а точнее - плацента становится причиной его развития.

Тұжырым

Б.Р. Шоқыбаевас

Костанайдың облыстың ауруханасының

Гестозы: клиника және алдын алу

Гестоз құрсақтының бойында ара өзгерістердің туады және кейін босанулардың арқылы аз күн өтеді. Гестозаның

алдын алуы арада уақтылы диагностика, дұрыс нәрде және физикалық жүктерде құрсақты қамалады.

Summary  
Shogubaeva B.R.

УДК 616.00

Б.Р. Шокубаева  
КГП «Костанайская областная больница»

## Профилактика заболеваний, передающихся половым путем

### Аннотация

Формы профилактики инфекционных заболеваний, которые передаются через половой акт самые разнообразные. И выполнение главных рекомендаций – регулярное посещение врача-венеролога, постоянный половой партнер, использование презерватива, – сможет гарантировать безопасность в интимной жизни.

Ключевые слова: инфекции, половые пути, профилактика

Современная статистика по бактериальным и вирусным заболеваниям, передающихся половым путем (ЗППП), как бы ни старались статистики, не показывает истинной картины заболеваемости. Зачастую люди не идут к врачам потому, что не знают о своей болезни: если сифилис и гонорея известны издревле, имеют явную симптоматику, их боятся и лечат, то о таких новых венерических заболеваниях, как хламидиоз, трихомоноз, гарднереллез, микоплазмоз, многие даже не подозревают. Заразиться инфекциями, передающимися половым путем, проще всего от случайного полового партнера. На данный момент все инфекции, передающиеся половым путем, делят на группы:

- на венерические заболевания или «классические» (венерический лимфогранулематоз, гранулема венерическая или донованоз, гонорея, шанкроид или мягкий шанкр, сифилис);

- на инфекции мочеполовых органов с поражением половых органов: гарднереллез (бактериальный вагиноз); кандидоз, генитальный герпес; остроконечные кондиломы или папиллома-вирусная инфекция; микоплазмоз; трихомоноз; уреаплазмоз; неспецифический уретрит; урогенитальный шигеллез гомосексуалистов, цитомегаловирус, хламидиоз;

- на болезни кожи, которые передаются половым путем: педикулез, чесотка; фтириаз (лобковые вши); контактный моллюск;

- на заболевания, которые передаются при половом акте с преимущественным поражением остальных органов: ВИЧ/СПИД; вирусный гепатит В и С; амебиоз; лямблиоз.

Одним из действенных профилактических средств предупреждения инфекций, которые передаются половым путем, выступает презерватив. Кроме того, это еще и средство, которое помогает регулировать рождаемость, что так же немаловажно.

Если сексуальный контакт все же произошел (к примеру, порвался презерватив) есть методы личной профилактики, при которых половые органы нужно промыть растворами антисептиков - хлоргексидина или мирамистина. Это необходимо сделать в первые несколько часов после контакта самостоятельно либо можно обратиться в пункт экстренной профилактики.

Медикаментозная профилактика подразумевает введение антибактериальных препаратов с назначения врача-дерматовенеролога и обязательно в его присутствии. Это про-

CSE the "Kostanayckay regional hospital".

"Gestosis: clinic and prophylaxis". A gestosis arises up from changes in the organism of pregnant and passes through a few days after luing-ins. The prophylaxis of gestosis consists in timely diagnostics, correct feed and physical activities pregnant.

филактическое лечение, предотвращающее развитие новых венерических заболеваний и определенных классических инфекционных болезней. Возможна медикаментозная профилактика незащищенного полового контакта на протяжении нескольких дней после совершения полового акта. Но медикаментозная профилактика - крайний метод для профилактики венерических болезней. По некоторым причинам ее нельзя проводить часто (регулярно – тем более) и ни в коем случае она не может служить альтернативой презервативу.

В том случае, если с момента контакта уже прошло больше нескольких дней, проводить медикаментозную профилактику уже не имеет смысла. Нужно обследоваться у венеролога. Однако для того, чтобы провести обследование на ЗППП, нужно будет подождать 3-4 недели. Сразу же после полового контакта не имеет смысла обследоваться – все равно результат лабораторных анализов не будет достоверным из-за того, что многие венерические заболевания имеют инкубационный период. Нужно отметить, что с последним обстоятельством связывается и отсутствие наглядных симптомов заболевания в первые несколько дней после инфицирования.

В итоге - формы профилактики инфекционных заболеваний, которые передаются через половой акт самые разнообразные. И выполнение главных рекомендаций – регулярное посещение врача-венеролога, постоянный половой партнер, использование презерватива, – сможет гарантировать безопасность в интимной жизни.

### Тұжырым

Б.Р Шоқыбаева

Костанай облыстың ауруханасының

«Ауруға шалдығудың алдын алуының, еденді жолмен жұғамын».

Инфекцияның ең түрлі-түрлі арқылы еденді актіні жұғатын ауруға шалдығуының алдын алуының пішіндері. Қарамастан және басты ұсыныстың орындалуы - дәрігердің-венерологтің үздіксіз қатынасуы, түпкілікті еденді серіктес, презервативтың игерушілігінің, қауіпсіздік ашына өмірде кепілдік бере алады.

### Summary

Shogubaeva B.R.

CSE the «Kostanayckay regional hospital».

«Prophylaxis of diseases, transmissible a sexual way».

Forms of prophylaxis of infectious diseases that is passed through sexual intercourse most various. And implementation of main recommendations is a regular visit of doctor-venereologist, permanent sexual partner, use of condom, - able to guarantee safety in intimate life.



УДК 613.8

А.В.Третьяк

Костанайская областная больница

## Этика и деонтология в работе медицинской сестры

### Аннотация

*Этика и деонтология в работе медицинской сестры. А.В.Третьяк, медсестра КГП «Костанайская областная больница».*

*Без добросовестного и точного выполнения медицинской сестрой всех предписанных врачом назначений, соблюдения общих правил гигиены невозможна эффективность всего лечебного процесса.*

*Ключевые слова: этика, деонтология, медицинская сестра*

Медицинскому работнику доверяется самое дорогое – жизнь, здоровье, благополучие людей. Он несет ответственность не только перед пациентами, его родственниками, но перед государством в целом. Надо всегда помнить: интересы пациента прежде всего.

Важнейшими задачами профессиональной деятельности медицинской сестры являются:

- всесторонний комплексный уход за пациентами и облегчение их страданий;
- восстановление их здоровья и реабилитация;
- содействие укреплению здоровья и предупреждение заболеваний.

Без добросовестного и точного выполнения медицинской сестрой всех предписанных врачом назначений, соблюдения общих правил гигиены невозможна эффективность всего лечебного процесса.

Для самой медсестры ее работа – тяжелый повседневный труд, требующий немалых физических, психических, моральных усилий, а порой и предельной самоотдачи. Понятно, что этот род деятельности предъявляет повышенные требования к работе, способность к устойчивости, ответственности, воспитывает сосредоточенность, исполнительность, любовь к своему делу.

Увы, больница, поликлиника – не самые комфортные места для людей. Видеть боль, страдание, сознавать ограниченные возможности медицины в лечении многих болезней, искать и не находить выхода из тупиковой ситуации с неизлечимыми (пока) болезнями – всё это требует от медперсонала (а от медсестры в особенности) немалой психологической выдержки. Именно на медсестру приходится основной груз по уходу, выхаживанию больных, выполнению врачебных назначений. Именно с медсестрой пациент чаще всего общается, спрашивает и отвечает, рассказывает и слушает. Оказываясь на больничной койке, он испытывает глубочайший стресс, чувствует себя на грани жизни и смерти, сосредоточен на своих болевых ощущениях, переживаниях. И только медсестра может смягчить его отчаяние внимательным участием, заботливым уходом, сочувственными словами ободрения, утешения, обнадеживая, отвлекая от страдания.

Известно, что психологическая, моральная поддержка в критической ситуации для больного не менее важна, чем весь лечебный процесс. От медсестры требуется умение выстроить правильное отношение с очень разными людскими характерами, способность понимать состояние человека, требуется речевая компетентность, умение правильно разрешать трудно-

сти и конфликты, противостоять необоснованным претензиям. Понятно, что все эти умения и способности приходят лишь с опытом.

Медицинская сестра должна руководствоваться не только такими гуманными качествами, как сочувствие, доброта, выдержка, но и предъявлением высокой требовательности к выполнению лечебного режима. Медицинская сестра должна быть аккуратной, подтянутой, стараться быть всегда в хорошем настроении, разговаривать с больными спокойным тоном. Нужно найти «золотую середину» в общении с больными, учитывая, что холодный официальный тон может оттолкнуть больного, но и панибратство в отношениях с пациентом недопустимо. Поэтому необходимо обращаться к больному в корректной форме, обращаясь к нему по имени и отчеству или хотя бы по фамилии. Любое пренебрежительное отношение унижает его достоинство. Больной не будет доверять такой медицинской сестре, и назначения, выполняемые ею, будут восприниматься негативно.

У медицинской сестры должны быть прочные профессиональные знания и наблюдательность. Они позволяют ей увидеть, запомнить мельчайшие изменения в физическом и психологическом состоянии больного. Она должна уметь владеть собой, научиться управлять своими эмоциями, воспитывать профессиональную устойчивость.

Сама болезнь требует от больного вести себя по-новому, приспособиться к своему состоянию. Медицинская сестра проводит большую профилактическую работу среди пациентов, разъясняя и способствуя осуществлению на практике принципов здорового образа жизни, физической и психической гигиены, помогает больному справиться с возникшими затруднениями. Ее работа может быть эффективна только в том случае, если она хорошо знает своих больных. Ведь необходимо знать, кому, что и как следует объяснять.

Высокие моральные качества медицинских работников, осуществляющих уход за больными, должны обязательно подкрепляться их образованностью, высоким профессионализмом, глубоким знанием дела.

### Тұжырым

*Этика және деонтология медициналық апалы-сіңлілінің жұмысында. А.В.Третьяк, медбике КМК «Қостанайдың облыстың ауруханасының».*

*Ұжданды және тиянақты орындалумен барлық болжамды мақсаттың медициналық апалы-сіңлілісімен дәрігермен, гигиенаның ортақ жөн жосықының сақта барлық емдік үдерістің тиімділігі нанғысыз.*

### Summary

*Ethics and governed in-process medical sister. A. V. Tretyk, train nurse KSE is the "Kostanayskey regional hospital".*

*Without conscientious and exact implementation by the medical sister of all setting set by a doctor, observances of general rules of hygiene efficiency of all curative process is impossible.*