

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



№ 3 (52) 2017

ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

ВЕСТНИК ХИРУРГИИ КАЗАХСТАНА

BULLETIN OF SURGERY IN KAZAKHSTAN

АЛМАТЫ /ALMATY

әр тоқсанда шығып тұратын А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығының ғылыми-тәжірибелік журналы
ежеквартальный научно-практический журнал Научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова
a quarterly scientific-practical journal of the National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov

БАС РЕДАКТОР

Баймаханов Б.Б.,
м.ғ.д., профессор

БАС РЕДАКТОРДЫҢ ОРЫНБАСАРЫ

Медеубеков Ұ.Ш.,
м.ғ.д., профессор

РЕДАКЦИЯ АЛҚАСЫ

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

РЕДАКЦИЯ КЕҢЕСІ

Susumu Eguchi (Жапония);
Wojciech Polak (Голландия);
Remzi Emiroglu (Туркия);
Bulent Oktay (Туркия);
Tamer Turan (Туркия);
Subhash Gupta (Индия);
Касумов Назим Акиф оглы (Әзірбайжан);
Jeong Tae Kim (Корея);
Владимир Вишнеvский (Ресей);
Иван Стилиди (Ресей);
Олег Руммо (Беларусь);
Hannu Kuokkanen (Финляндия);
Ho-Seong Han (Корея);
Mehmet Habera (Туркия);
Мигеррамали Мамедов (Әзірбайжан).

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

Тіркеу нөмірі 5564-Ж.

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

Баспаның мекен-жайы:

050004, Алматы қ., Желтоқсан көш. 62,
тел. 7(727) 2795306

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

Әрленім және беттеу:

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

Таралымы – 500 дана

Корректор: Нурғалиева А.Н.

e-mail: aigul.nur10792@mail.ru

тел: 87786690021

Жарияланатын мақалалардың мазмұнына
авторлар жауапты.

ҚАЗПОЧТА жазылу индексі – 75327

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Баймаханов Б.Б.,
д.м.н., профессор

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Медеубеков У.Ш.,
д.м.н., профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Susumu Eguchi (Япония);
Wojciech Polak (Голландия);
Remzi Emiroglu (Турция);
Bulent Oktay (Турция);
Tamer Turan (Турция);
Subhash Gupta (Индия);
Касумов Назим Акиф оглы (Азербайджан);
Jeong Tae Kim (Корея);
Владимир Вишнеvский (Россия);
Иван Стилиди (Россия);
Олег Руммо (Беларусь);
Hannu Kuokkanen (Финляндия);
Ho-Seong Han (Корея);
Mehmet Habera (Турция);
Мигеррамали Мамедов (Азербайджан).

Журнал зарегистрирован в Министерстве
информации, культуры и спорта РК.
Журнал включен в перечень научных
изданий, рекомендуемых Комитетом
по контролю в сфере образования и науки
МОН РК

Регистрационный номер: 5564-Ж.

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

Адрес редакции:

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

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

Дизайн и верстка:

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

Тираж – 500 экз.

Корректор: Нурғалиева А.Н.

e-mail: aigul.nur10792@mail.ru

тел: 87786690021

Ответственность за содержание
публикуемых материалов несут авторы.

Подписной индекс КАЗПОЧТЫ – 75327

EDITOR IN CHIEF

Baimakhanov B.B.,
dr. med., prof.

DEPUTY CHIEF EDITOR

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

EDITORIAL BOARD

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

EDITORIAL COUNCIL

Susumu Eguchi (Japan);
Wojciech Polak (Holland);
Remzi Emiroglu (Turkey);
Bulent Oktay (Turkey);
Tamer Turan (Turkey);
Subhash Gupta (India);
Kasumov Nazim Akif oglu (Azerbaijan);
Jeong Tae Kim (Korea);
Vladimir Vishnevsky (Russia);
Ivan Stilidi (Russia);
Oleg Rummo (Belarus);
Hannu Kuokkanen (Finland);
Ho-Seong Han (Korea);
Mehmet Habera (Turkey);
Migerramali Mamedov (Azerbaijan).

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

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

Registration number: 5564-Ж

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

Editorial address:

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

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

Design and lead out:

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

Edition – 500 copies.

Corrector: Nurgalyeva A.N.

e-mail: aigul.nur10792@mail.ru

tel: 87786690021

The authors are responsible for the content of
published materials.

Subscript index of KAZPOST – 75327

ДИАГНОСТИКА ЖӘНЕ ЕМДЕУ

Алдангарова Г.А., Орманов Б.К., Тореева Ш.М.
Түтіктік-перитонеалды бедеулікпен науқастарда жатыр түтігінің проксималды кедергілерінен өту жолдары 5

Абдилова Г.Б., Нурахова А.Д., Байчалова А.Д., Абдигалиева Г.К.
С вирусты гепатиттің зертханалық диагностикасы мәселесіне 9

Алдангарова Г.А., Бейсенова Ж.М., Аумолдаева З.М.
Субмукозды жатыр миомасындағы эма жасау тәжірибесі. 13

Исмаилова Г.Н., Дүйсенбаева Б.С., Жарипова А.А., Жаппаров Е.И., Нургалиева А.Н., Төлеутаев М.Е.
Өкпенің қатерлі ісік ауруының болжамдық факторлары (Әдебиеттерді шолу) 18

ХИРУРГИЯ

Джумашалиева А.У., Мамедов Р.Б.
Іріңді жараны заманауи емдеу тәсілдерін таңдау. 23

Рахимжанова Р.И., Абдрахманова Ж.С., Сулейменова Д.М., Скакова А.Б., Жаппаров Е.И., Айтбай Г.С.
Астана қаласының Онкологиялық Орталығында вакуум аспирациялық биопсия тәжірибесінің жүргізілуі 31

Ибрагимов Р.П., Галлямов М.Г., Мададов И.К., Джарболова А.Н.
Цитохром P450 (CYP 3A5) генетикалық полиморфизмінің, бүйрек трансплантациясы жасалған науқастардың трансплантатының тірі қалуының генетикалық детерминанты ретінде зерттелуі (Әдебиеттік шолу) 36

Байжаркинова А.Б., Джаканов М.К., Жанильсинов С.Ш., Суиндыков Т.С.
Егде және қарт адамдардың жедел аппендицитінің диагностикалық аспектілері 39

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Алдангарова Г.А., Орманов Б.К., Тореева Ш.М.
Пути преодоления проксимальной непроходимости маточных труб у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием 5

Абдилова Г.Б., Нурахова А.Д., Байчалова А.Д., Абдигалиева Г.К.
К вопросу лабораторной диагностики вирусного гепатита С 9

Алдангарова Г.А., Бейсенова Ж.М., Аумолдаева З.М.
Опыт проведения эма при субмукозной миоме матки 13

Исмаилова Г.Н., Дүйсенбаева Б.С., Жарипова А.А., Жаппаров Е.И., Нургалиева А.Н., Тулеутаев М.Е.
Прогностические факторы заболеваемости раком легкого (Обзор литературы) 18

ХИРУРГИЯ

Джумашалиева А.У., Мамедов Р.Б.
Современные подходы к выбору метода лечения гнойных ран 23

Рахимжанова Р.И., Абдрахманова Ж.С., Сулейменова Д.М., Скакова А.Б., Жаппаров Е.И., Айтбай Г.С.
Опыт применения вакуумной аспирационной биопсии в Онкологическом Центре г. Астаны 31

Ибрагимов Р.П., Галлямов М.Г., Мададов И.К., Джарболова А.Н.
Изучение полиморфизма гена цитохрома P450 (CYP 3A5), в качестве генетического детерминанта выживаемости трансплантата у пациентов с пересадкой почки (Обзор литературы) 36

Байжаркинова А.Б., Джаканов М.К., Жанильсинов С.Ш., Суиндыков Т.С.
Диагностические аспекты острого аппендицита у пожилых и старых людей 39

DIAGNOSTICS AND TREATMENT

Aldangarova G.A., Ormanov B.K., Toreyeva Sh.M.
Ways overcoming a proximal obstruction of uterine tubes at patients with tubal and peritoneal sterility 5

Abdilova G.B., Nurakhova A.D., Baichalova A.D., Abdigalieva G.K.
On the issue of laboratory diagnosis of viral hepatitis C 9

Aldangarova G.A., Beisenova Zh.M., Aumoldaeva Z.M
Experience of embolization with submucous uterine myoma 13

Ismailova G.N., Duisenbaeva B.S., Zharipova A.A., Zhapparov E.I., Nurgaliyeva A.N., Tuleutaev M.Ye.
Prognostic factors of lung cancer morbidity (Review of the literature) 18

SURGERY

A.U. Dzhumashalieva., R.B. Mamedov
Innovative approaches of treating supportive wounds 23

Rakhimzhanova R.I., Abdrakhmanova Zh.S., Suleimenova D.M., Skakova A.B., Zhapparov E.I., Aitbay G.S.
Experience of vacuum- assisted biopsy implementation in Oncologic Center of Astana city. 31

Ibragimov R.P., Gallyamov M.G., Madadov I.K., Jarbolova A.N.
Investigation of CYP 3A5 genetic polymorphism, as a genetic determinant of renal transplant survival (Literature review) 36

Bayzharkinova A.B., Dzhakanov M.K., Zhanilsinov S.S., Suindykov T.S.
Diagnostic aspects of acute appendicitis in older people 39

Медеубеков Ұ.Ш., Магеррамов Д.М.
Эпидемиялық хирургия элементтерін ішектің қабырғасының жарық ақауларын қалпына келтіру кезінде пайдалану 42

Саулен Н.С., Есембекова А.А.
Балардағы туа-біткен гемангиома ісігіндегі склерозды терапияның қолданылуы 48

Сейдуманов М.Т., Алимжанов А.Қ., Головня М.А., Жамашев Д.Қ., Сағатов І.Е.
Дерматомды аутодермопластикны көлемді жарақаттан кейіңгі іріңді некрозды жараларда октенидин дигидрохлоридтің 0,05-тік ерітіндісін қолдану 52

Куандыков Т.К., Мутагиров В.В., Данияров А.Ж., Мереев Н.М.
Ишемиялық инсульттың қауіп факторлары (Әдибиеттік шолу) 56

МЕРЕЙТОЙ

Рахметов Нұрлан Рахметұлы (60 жылдық мерейтойға орай) . . . 68

Доцент Урашев С.Т. туғанына 85 жыл 69

Қаз ССР ғылымының еңбегі сіңірген тұлғасы, профессор Брякин М.И. туғанына 115 жыл 70

Медеубеков У.Ш., Магеррамов Д.М.
Использование элементов эстетической хирургии в реконструкции брюшной стенки при грыжевых дефектах 42

Саулен Н.С., Есембекова А.А.
Применение склерозирующей терапии при врожденных гемангиом у детей 48

Сейдуманов М.Т., Алимжанов А.Қ., Головня М.А., Жамашев Д.Қ., Сағатов И.Е.
Дерматомная аутодермопластика при обширных посттравматических гнойно-некротических ранах с применением 0,05%-раствора октенидин дигидрохлорида 52

Куандыков Т.К., Мутагиров В.В., Данияров А.Ж., Мереев Н.М.
Факторы риска ишемического инсульта (литературный обзор) 56

ЮБИЛЕЙ

Рахметов Нурлан Рахметович (к 60 летнему юбилею) 68

К 85—летию доцента Урашева С.Т. 69

К 115-летию Заслуженного деятеля науки КАЗ ССР, профессора Брякина М.И. 70

Medeubekov U.Sh., Mageramov D.M.
Use of elements of aesthetic surgery in the reconstruction of the abdominal wall with hernial defects 42

Saulen N.S., Esembekova A.A.
Application of sclerosing therapy in congenital hemangiomas in children 48

Seidumanov M.T., Alimzhanov A.K., Golovnya M.A., Zhamashev D.K., Sagatov I.Ye.
Dermatome autodermoplasty in extensive posttraumatic purulent-necrotic wounds with the use of a 0,05% solution of octenidine dihydrochloride 52

Kuandykov T.K., Mutagirov V.V., Daniyarov A.Zh., Mereev N.M.
Risk factors for ischemic stroke (literature review) 56

ANNIVERSARY

Rakhmetov Nurlan Rakhmetovich (to the 60th anniversary) 68

To the 85th anniversary of the doctor Urashev S.T. 69

To the 115th anniversary the deserved doer of science of the KAZ SSR, professor Bryakin M.I. 70

ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МАТОЧНЫХ ТРУБ У ПАЦИЕНТОК С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Алдангарова Г.А.^{1,2}, Орманов Б.К.¹, Тореева Ш.М.²

¹АО «Национальный Научный Центр Хирургии им.А.Н.Сызганова»,
²Казахстанско-Российский медицинский университет, г.Алматы, Казахстан

Аннотация

Для эффективного преодоления проксимальной непроходимости маточных труб и повышения частоты наступления беременности естественным путем, необходимо разработать алгоритм комплексной диагностики и лечения с поэтапным использованием ХСС, ССГ, ЧРМТ.

Түтіктік-перитонеалды бедеулікпен науқастарда жатыр түтігінің проксималды кедергілерінен өту жолдары

Алдангарова Г.А.^{1,2}, Орманов Б.К.¹, Тореева Ш.М.²

¹А.Н.Сызганов атындағы Ұлттық Ғылыми Хирургия орталығы,
²Қазақстан-Ресей медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан

Аңдатпа

Жатыр түтігінің проксималды бітелуінің тиімді шешу жолдарын және табиғи жүктілікті арттыру үшін кешенді диагностика және емі ретінде кезеңді ХСС, ССГ, КЖТР (катетер арқылы жатыр түтігінің реканализациясы) алгоритмін дамыту қажет.

Ways overcoming a proximal obstruction of uterine tubes at patients with tubal and peritoneal sterility

Aldangarova G.A.^{1,2}, Ormanov B.K.¹, Toreyeva Sh.M.²

¹National Scientific Surgical Centre named after A.N. Syzganov,
²Kazakhstan-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan

Abstract

For effectively overcoming the proximal obstruction of the fallopian tubes and increasing the frequency of pregnancy naturally, it is necessary to develop an algorithm for complex diagnosis and treatment in a phased manner CSS, SSS, CRFT.

УДК 618.12-618.12.177

ОБ АВТОРАХ

Алдангарова Гулим Ахметовна
доктор медицинских наук, врач-гинеколог, Научный Национальный Центр Хирургии им.А.Н.Сызганова, заведующая кафедрой послевузовского непрерывного профессионального образования. Курс акушерства и гинекологии Казахстанско-Российского медицинского университета, г.Алматы, Казахстан, тел: +7772221878, e-mail: algulim@yandex.ru

Орманов Бауржан Косжанович,
врач-рентгенохирург, Научный Национальный Центр Хирургии им.А.Н.Сызганова, г.Алматы, Казахстан, тел: +77015771600, e-mail: baurlik@mail.ru

Тореева Шахсанем Муратбаевна,
резидент-акушер-гинеколог, Казахстанско-Российский медицинский университет, г.Алматы, Казахстан, тел: +77472223138, e-mail: toreshakh91@mail.ru

Ключевые слова

трубно-перитонеальное бесплодие, проксимальная непроходимость, селективная сальпингография, чрескатетерная реканализация маточных труб.

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Алдангарова Гулим Ахметовна
медицина ғылымының докторы, А.Н.Сызганов атындағы Ұлттық Ғылыми Хирургия Орталығының гинеколог-дәрігері, Қазақстан-Ресей медицина университетінің ЖОО кейінгі үздіксіз профессиональды білім беру кафедрасының меңгерушісі. Акушерство және гинекология курсы. Алматы қ., Қазақстан, тел: +7772221878, e-mail: algulim@yandex.ru

Орманов Бауржан Косжанович,
А.Н.Сызганов атындағы Ұлттық Ғылыми Хирургия Орталығының рентгенохирург-дәрігері, Алматы қ., Қазақстан, тел: +77015771600, e-mail: baurlik@mail.ru

Тореева Шахсанем Муратбаевна,
Қазақстан-Ресей медицина университетінің акушер-гинеколог резиденті, Алматы қ., Қазақстан, тел: +77472223138, e-mail: toreshakh91@mail.ru

Түйін сөздер

түтіктік-перитонеалды бедеулік, проксималды бітелу, селективті сальпингография, катетер арқылы жатыр түтікшелерін реканализация жасау

ABOUT THE AUTHORS

Aldangarova Gulim Akhmetovna
doctor of medical sciences, gynecologist, National Scientific Surgical Centre named after A.N. Syzganov, head of the department of postgraduate continuous professional education. Course of Obstetrics and Gynecology of the Kazakhstan-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan, tel: +7772221878, e-mail: algulim@yandex.ru

Ormanov Baurzhan Koszhanovich,
doctor-roentgenosurgeon National Scientific Surgical Centre named after A.N. Syzganov, Almaty, Kazakhstan, tel: +77015771600, e-mail: baurlik@mail.ru

Toreyeva Shakhshanem Muratbaevna,
resident-obstetrician-gynecologist, Kazakhstan-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan, tel: +77472223138, e-mail: toreshakh91@mail.ru

Keywords

tubal and peritoneal sterility, proximal obstruction, selective salpingography, uterine tube recanalization

Введение

По данным исследователей, частота бесплодного брака в мире составляет 10-15%, в России - 15-17%, в Казахстане достигает до 17% и имеет тенденцию к росту [1],[3]. Трубно-перитонеальное бесплодие (ТПБ) одна из наиболее распространенных и трудноизлечимых форм женского бесплодия, его частота составляет 40-50% случаев. (K.Vaid et al. 2014г).

Причинами ТПБ чаще всего бывают: воспалительные заболевания органов малого таза; внутриматочные манипуляции (искусственные аборты, диагностические выскабливания полости матки, гидротубации маточных труб); оперативные вмешательства в анамнезе (особенно лапаротомным доступом); наружный генитальный эндометриоз [4,5].

Трубное бесплодие может быть связано с нарушением функциональной активности маточных труб (МТ) или с их органическим поражением, частота его составляет 35-40%. При проксимальной непроходимости маточных труб отмечается непроходимость интерстициального и/или истмического отдела. Нарушение проходимости проксимального отдела встречается у 10-25% женщин с патологией маточных труб. Морфологической основой этого состояния чаще всего являются узловатый истмический сальпингит, хронический сальпингит, трубный эндометриоз. Под дистальной непроходимостью подразумевается непроходимость ампулярного отдела, частота которой составляет 75-90% от всех случаев трубного бесплодия. Перитонеальное бесплодие обусловлено спаечным процессом в области придатков матки, частота его составляет 9,2-34%. [2,8]. Под функциональной непроходимостью маточных труб понимают спазм и/или сужение интерстициального отдела или обструкция просвета аморфными слизистыми пробками. По результатам ГСГ в 45-47% может иметь место функциональная окклюзия маточных труб (ложноотрицательный результат) [2,7].

До развития эндоскопических (лапароскопии и гистероскопии) и рентгеноэндovasкулярных технологии, основным видом лечения проксимальной непроходимости являлись микрохирургические операции и ЭКО. Учитывая эффективность ЭКО (30 - 45%), высокую частоту (66,3%) развития спаечного процесса в малом тазу, а также часто встречающуюся реобструкцию (30%) после микрохирургических операции, встал вопрос о необходимости изыскания новых способов лечения проксимальной непроходимости, с учетом того, что в 45-47% она является функциональной [1,4,9].

Материалы и методы

За период с 2010 по 2015 гг. в АО «ННЦХ им.А.Н.Сызганова» обратились 976 пациенток с различными формами женского бесплодия. ТПБ диагностировано у 560 (57,3%) женщин; из них 240 (42,8%) пациенток с первичным бесплодием, 320 (57,1%) – с вторичным. Средний возраст обследованных женщин составил 32 года ± 2года (от 22 до 45 лет); длительность бесплодия составил 5 лет ± 2 (от 1,5 до 15 лет);

На этапе амбулаторного обследования всем пациенткам проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза (УЗИ ОМТ) и гистеросальпингография (ГСГ), которая выполнялась на 7-10 дни менструального цикла с использованием неионных контрастных веществ. При непроходимости МТ всем женщинам проводилась гистероскопия одновременно с лапароскопией с использованием оборудования фирмы Karl Storz по стандартной методике. При наличии перитубарных спаек и спаек вокруг яичников выполняли сальпингоовариолизис. На хромосальпингоскопии (ХСС) оценивали проходимость МТ. После подтверждения проксимальной непроходимости и анатомической целостности дистальных отделов МТ (сохранные фимбрии), пациентки направлялись на селективную сальпингографию (ССГ) и чрескатетерную реканализацию маточных труб (ЧРМТ). Вышеперечисленные манипуляции проводились под внутривенной анестезией, рентгеноперационной оборудованной ангиографической установкой «Artis Zee» («Siemens», Германия).

Для манипуляции на маточных трубах использовали ангиографические проводники с гидрофильным покрытием и диагностические катетеры. ССГ выполнялась путем непосредственного введения контрастного вещества в устье МТ с помощью ангиографического катетера. Для доступа в полость матки использовали интродьюсеры 8F с целью тугого заполнения полости матки контрастным веществом.

На основании ГСГ проводили оценку проходимости МТ. Через интродьюсер вводили ангиографический катетер Jadcins Right 5F (6F, 7F) (1F=0,33мм), который подводили к устью окклюзированной МТ. Если маточная труба не контрастировалась во время селективной сальпингографии, то переходили к мероприятиям по реканализации.

Реканализацию маточной трубы проводили с помощью диагностического катетера Jadcins Right 5F и гидрофильного проводника Radifocus® Guidewire (“Terumo” Япония). К установленному катетеру у устья маточной

трубы, продвигали гидрофильный проводник с помощью которого проходили окклюзированный участок до выхода из дистального отдела. Далее проводник удалялся, и проводилась контрольная ГСГ. Реканализация считалась успешной, если маточная труба контрастировалась на всем протяжении и контраст изливался в брюшную полость.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью стандартного пакета программ «Statistika». Вычисляли среднее значение и критерий Стьюдента для связанных независимых совокупностей с использованием t-теста для определения достоверности. Корреляционный анализ проведен методом линейной регрессии с использованием программ «Statgraf». Различия между вариационными рядами считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты

По результатам ГСГ проксимальная непроходимость выявлена у 117 (21%) пациенток из общего числа женщин с ТПБ (Рис.1). На хромосальпингоскопии, которая выполнялась во время лапароскопии, проксимальная непроходимость маточных труб подтверждена у 73 (62,4%) пациенток. Таким образом, у 44 (37,6%) пациенток результаты ГСГ оказались ложноотрицательными, т.е. имело место функциональная непроходимость маточных труб, обусловленная спазмом интерстициального отдела. Оставшимся 73 пациенткам с проксимальной непроходимостью с целью ее преодоления выполнялась селективная сальпингография (ССГ) по стандартной методике (Рис.2).

По результатам ССГ у 23 (31,5%) женщин из 73 удалось контрастировать маточные трубы и исключить окклюзию проксимальных отделов, у которых оказалась функциональная непроходимость, обусловленная аморфными пробками (Рис.3). При сохраняющейся после ССГ проксимальной (истинной) непроходимости 50 (68,5%) пациенткам была произведена чрескатетерная реканализация маточных труб (ЧРМТ, Рис.4,5). Исследование было успешным и позволило контрастировать дистальные отделы маточных труб у 19 (38%) женщин.

Безуспешными были попытки контрастировать дистальные отделы МТ у 31 (62%) пациентки, которые были направлены на ЭКО. Контрольная ГСГ через 2 месяца после реканализации выполнена 19 пациенткам. Анализ контрольных ГСГ показал реокклюзию маточных труб у 4 (21,1%) женщин, которым были рекомендованы повторная ЧРМТ или ЭКО. Пациенток наблюда-



Рисунок 1
Гистеросальпингография



Рисунок 2
Селективная сальпингография (ССГ)



Рисунок 3
После ССГ маточные трубы контрастировались

Рисунок 4,5
Чрескатетерная
реканализация
маточных труб
(ЧР МТ)



ли до наступления первой спонтанной беременности. Сроки наблюдения составили от 3 до 18 месяцев. У 10 (67 %) из 15 женщин наступила беременность; у 8 (78 %) пациенток роды в доношенном сроке; в 1 (11 %) случае наблюдалась замершая беременность и в 1 (11 %) -самопроизвольный выкидыш, 5 женщин остались под наблюдением.

Список литературы

1. Яковлева Н.В. // Хирургическое лечение трубного бесплодия: проблемы и решения (обзор литературы). 2014г.
2. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г.// Гинекология. Москва. 2012г.
3. Жуматова М.Г., Локшин В.Н. // Проблемы репродуктивного здоровья женщин в Казахстане. Алматы. 2010г.
4. Ускова М.А., Кузьмичев Л.Н. // Рациональные подходы к лечению трубно-перитонеального бесплодия (обзор литературы). Проблемы репродукции. 2009г.
5. Румянцева С.Ю. // Селективная сальпингография и чрескатетерная реканализация маточных труб у пациенток с трубным бесплодием. Санкт-Петербург. 2007г.
6. Овчаренко Д.В. // Роль селективной сальпингографии и чрескатетерной реканализации в обследовании и лечении пациенток с проксимальной непроходимостью маточных труб: Авто- реф. дис... канд. мед. наук. Санкт-Петербург. 2005г.
7. Das S, Nardo LG, Seif MW. // Proximal tubal disease: the place for tubal cannulation, UK. 2007.
8. Thurmond AS, Machan LS, Maubon AJ. // A Review of Selective Salpingography and Fallopian Tube Catheterization. RadioGraphics 2000. 20:1759.
9. Duffy J.M., Johnson N., Ahmad G., Watson A. // Post-operative procedures for improving fertility following pelvic reproductive surgery. 2009.

Обсуждение

Учитывая, высокий процент функциональной непроходимости проксимального отдела (35,7%) и возможность восстановления ее проходимости, необходимо рекомендовать ССГ и ЧРМТ внедрить в алгоритм диагностики и лечения проксимальной непроходимости МТ, при условии сохранения анатомической целостности дистальных отделов.

References

1. Yakovleva N.V. // Surgical treatment of tubal infertility: problems and solutions (literature review). 2014g.
2. Savelyeva GM, Breusenko VG / Gynecology. Moscow. 2012.
3. Zhumatova MG, Lokshin V.N. // Women's reproductive health problems in Kazakhstan. Almaty. 2010.
4. Uskova MA, Kuzmichev L.N. // Rational approaches to the treatment of tubal peritoneal infertility (a review of the literature). Reproduction problems. 2009.
5. Rumyantseva S.Yu. // Selective salpingography and transhepatic recanalization of fallopian tubes in patients with tubal infertility. St. Petersburg. 2007
6. Ovcharenko D.V. // The role of selective salpingography and transcatheter recanalization in the examination and treatment of patients with proximal obstruction of the fallopian tubes: Auto-ref. dis ... cand. honey. sciences. St. Petersburg. 2005.
7. Das S, Nardo LG, Seif MW. // Proximal tubal disease: the place for tubal cannulation, UK. 2007.
8. Thurmond AS, Machan LS, Maubon AJ. // A Review of Selective Salpingography and Fallopian Tube Catheterization. RadioGraphics 2000. 20: 1759.
9. Duffy J.M., Johnson N., Ahmad G., Watson A. // Post-operative procedures for improving fertility, the following pelvic reproductive surgery. 2009.

ON THE ISSUE OF LABORATORY DIAGNOSIS OF VIRAL HEPATITIS C

УДК 616.36-002-074

Abdilova G.B., Nurakhova A.D., Baichalova A.D., Abdigalieva G.K.

National Scientific Surgery Center under the name of A.N.Syzganov, Almaty,
Kazakh Medical University Continuing Education, Almaty

ABOUT THE AUTHORS

Abdilova Gulnur Bekmurzaevna -
Head of the CDL,
e-mail address: gulnur_abdilova@mail.ru,
telephone 87019911346

Nurakhova Alma Dandybaevna -
PhD, doctor-laboratory CDL,
e-mail address: nad7788@mai.ru,
telephone 87776850298

Abstract

In this paper there is the analysis of enzyme immunoassay research of viral hepatitis C markers in the data extracted from the blood serum of patients treated and examined in National Scientific Surgery Center under the name of A.N.Syzganov in 2016. The article is devoted to the diagnosis of hepatitis C, as the viral hepatitis is a major public health problem, affecting approximately 3.3% of the total population.

Keywords

linked immunosorbent assay,
viral hepatitis, viral hepatitis C.

С вирусты гепатиттің зертханалық диагностикасы мәселесіне

Абдилова Г.Б., Нурахова А.Д., Байчалова А.Д., Абдигалиева Г.К.

«А.Н.Сызғанов атындағы ҰҒХО» АҚ, Алматы қ.,
Үздіксіз білім беру бойынша Қазақ медицина университеті, Алматы қ.

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Абдилова Гүлнур Бекмурзаевна –
ҚДЗ менеджері,
Электронды адресі: gulnur_abdilova@mail.ru,
телефон 87019911346

Нурахова Алма Дандыбаевна –
м.ғ.к., ҚДЗ лаборант-дәрігері,
электронды адресі: nad7788@mai.ru,
телефон 87776850298

Аңдатпа

Жұмыста 2016 жылы А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы АҚтексеруден өткен және емделген С гепатиті бар науқастардың қан сарысуы иммундықферменттік маркерлерінің қорытындылары бойынша сараптама жүргізілді. Мақала Вирустық С гепатитінің диагностикасының сұрақтарына арналған, сондай-ақ, вирустық гепатит жалпы алғанда 3,3% бүкіл халықтың денсаулығына зиян келтіретін маңызды проблема болып табылады.

Түйін сөздер

иммундықферменттік сараптама,
вирусты гепатиттер,
вирусты гепатит С.

К вопросу лабораторной диагностики вирусного гепатита С

Абдилова Г.Б., Нурахова А.Д., Байчалова А.Д., Абдигалиева Г.К.

АО «ННЦХ им. А.Н.Сызганова», г. Алматы,
Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы

ОБ АВТОРАХ

Абдилова Гүлнур Бекмурзаевна –
Заведующая КДЛ,
электронный адрес: gulnur_abdilova@mail.ru,
телефон 8701991134

Нурахова Алма Дандыбаевна – к.м.н.,
Врач-лаборант КДЛ,
электронный адрес: nad7788@mai.ru,
телефон 87776850298

Аннотация

В работе выполнен анализ данных иммуноферментных исследований маркеров вирусного гепатита С, выделенных из сыворотки крови пациентов, лечившихся и обследовавшихся в ННЦХ им. А.Н.Сызганова в 2016 г. Статья посвящена вопросу диагностики вирусного гепатита С, так как данный вирусный гепатит является важной проблемой общественного здравоохранения, затрагивая примерно 3,3 % всего населения.

Ключевые слова

иммуноферментный анализ,
вирусные гепатиты, вирусный
гепатит С.

To date, due to the intensification of the processes of globalization, diseases of infectious etiology, due to the high prevalence in the world, constitute a global threat. Including viral hepatitis C. According to WHO, about 150 million people in the world (approximately 3.3% of the world's population) are chronically infected with the hepatitis C virus, which causes more than 350 thousands deaths every year [1].

The aim of the work enzyme immunoassay research was to analyze the markers of viral hepatitis C, made in 2016 in diagnostic laboratory of National Scientific Surgery Center under the name of A.N.Syzganov.

Material and methods

This paper analyzes the research immuno markers of viral hepatitis C, isolated from the blood serum of patients treated and examined in National Scientific Surgery Center under the name of A.N.Syzganov in 2016.

A total of the following number of parameters: anti-HCV total antibodies - 1982, including anti-HCV total antibodies in men - 993 and anti-HCV total antibodies in women - 989. Analyses were performed on the unit «Cobas e 411» «Roche» company (Japan), which is an automatic analyzer which calculates the level of discrimination on the basis of measurements and Cal1 Cal2, outstanding results in the form of discriminatory level index (DLI), cutoff index - COI - sample the signal to discriminatory terms. Thus $DLI \leq 1,0$ samples evaluated as negative and samples with $DLI \geq 1,0$ considered positive.

Results and discussion

As a result of the review of the results of studying patients sera anti-HCV total antibodies in males of 993 tests positive results were obtained in 75 cases and negative cases amounted to 918; in the study on anti-HCV total antibodies in women from 989 of 63 analyzes the sample were positive and negative - 926. Age of patients studied ranged from 18 to 75 years.

The diagnosis of HCV infection is based on the identification of specific serological indicators. What is important is not only for the differential diagnosis of hepatitis C, but also for determining the stage of the disease performing the prognosis of its course, evaluating the activity of the process and the effect of the antiviral therapy. To a greater extent, the detection of anti-HCV antibodies is used. It is necessary to carry out genodiagnosics, which is based on the definition of HCV RNA. There is a possibility of detecting circulating antigens of the hepatitis C virus [2,3].

Detection of anti-HCV antibodies is performed using a solid-phase enzyme-linked immunosorbent

assay (ELISA), based on a complex of structural and non-structural viral peptides. At the present stage, diagnostic systems are used that are created from recombinant and/or synthetic fragments of structural and nonstructural HCV proteins (C, NS3, NS4 and NS5). The use of the above diagnosticums makes it possible to shorten the time of the initial establishment of anti-HCV in acute infection, significantly increase the sensitivity and specificity of the reaction.

The frequency of detection of anti-HCV among HCV RNA positive blood samples is close to 100%. In the case of chronic infection, antibodies are detected continuously, and following the elimination of the virus, they are retained (primarily anti-C) for 48 years or more. In this regard, the formal presence of anti-HCV does not always indicate the presence of the virus in the body and does not allow to form an opinion on the activity of the process. For the assumption of viral load, HCV replication activity, chronization risk, separation of acute and chronic hepatitis, the duration of the infection process and the degree of liver damage, it is necessary to apply the establishment of a spectrum of antibodies to various HCV peptides, in addition, to monitor their qualitative and quantitative dynamics. That allows us to have indicative information that needs to be confirmed by other methods [4].

The definition of antibodies to each of the HCV antigens is characterized by an independent diagnostic value. For example, it is known that anti-core, anti-E and anti-NS3 are detected at the earliest stages of seroconversion, anti-NS4 and anti-NS5, as a rule, appear later. As the infectious process develops, the titers of detectable anti-HCV increase.

According to the literature, it was found that the presence of anti-HCV core in the serum is considered a reliable enough sign of viral replication, since there is evidence that their presence correlates with the presence of specific mRNA in the serum.

An anti HCV core test can be used as a confirmatory test when examining samples with "undetermined" results. Samples of blood sera in which the anti-HCV core is determined in a dilution of 1: 1000 are highly likely to have a virus and are really positive. Samples that are positive at 1: 200 dilution and negative at 1: 1000 dilution should be further examined for the presence of viral RNA. With a high probability, these samples can be considered really negative. So, applying a preliminary anti-HCV core test, it is possible to significantly reduce the number of samples that need to be confirmed by polymerase chain reaction (PCR).

There is evidence that in pregnant women (4 weeks of pregnancy and above) a false-positive test for anti-HCV core is possible.

Anti-NS3 may be an independent diagnostic indicator of acute viral hepatitis C. High titers of anti-NS3 in acute HCV infection indicate a large viral load, and prolonged persistence of them in the acute phase causes a significant probability of developing a chronic infection process [5].

The detection of anti-NS4 and high titers of these antibodies often talk about the extent of the infectious process, and, apparently, are comparable to the degree of liver damage.

There is evidence that the definition of anti-NS5 in high titers is often indicative of the presence of viral RNA, and in the acute stage appears to be a predictor of the development of a chronic infectious process. In addition, there is an increase in the fact that in the NS5 region of the hepatitis C virus there are sequences that interact nonspecifically with antibodies in human serum samples. With the help of synthetic peptides, epitope mapping of this region was carried out, and sequences were found that specifically interacted with antibodies synthesized specifically to the hepatitis C virus.

The definition of anti-E1/E2 is an important marker for the clinic. Detection of anti-E within 1 month from the onset of the disease and a rapid subsequent decrease may indicate the purification of the body of viral RNA, the determination of anti-E in chronic HCV infection indicates active viral replication.

For many viral infections, such as hepatitis B, hepatitis D, hepatitis A, the detection of IgM antibodies to different viral parameters is an important diagnostic marker of acute or chronic infection. The significance of the detection of antibodies of this class in viral hepatitis C remains not sufficiently elucidated. Different scientists have identified contradictory data. In contrast to the expectations of IgM, the response in the acute phase of HCV infection does not follow the classical pathway of antibody formation: IgM anti-HCV can be detected simultaneously and even later than anti-HCV IgG class. In this regard, the detection of IgM anti-HCV can not be used as an indicator of acute HCV infection. At the same time, the length of the circulation of anticorrosion IgM (35 months) serves as a parameter predicting a persistent infection, and their appearance in chronic hepatitis C indicates the reactivation of the virus, i.e. About the aggravation of the process. This fact is correlated with the rate of decrease in the anticancer IgM and the effectiveness of antiviral therapy.

Immunoblotting is based on the differentiated detection of antibodies to various antigens (C, NS3, NS4 and NS5), which, in the form of discrete fractions ("spots"), are fixed on nitrocellulose strips and, after incubation with the serum studied, are labeled Antibodies as well as in the

"usual" ELISA. The result is considered positive when antibodies to two or more antigens are detected [6].

However, without looking at high specificity, modern ELISA systems are not guaranteed from overdiagnosis, i.e. From false positives. To avoid this, a dynamic assessment based on the detection of anti-HCV against discrete antigens (confirmatory, or confirmatory tests) is also required.

Simultaneously with false positive, false-negative results are possible, when anti-HCV antibodies can not be determined despite the presence of the virus in the body. At least three similar situations are known:

- 1) the initial period of the disease (seronegative phase of acute hepatitis phase "window"),
- 2) patients receiving immunosuppressants (they can be long-term infected without seroconversion),
- 3) infection with some HCV genotypes (especially 3 and 4).

To date, commercial tests for the detection of antibodies to the hepatitis C virus are used as antigens recombinant proteins or synthetic peptides derived from the amino acid sequence of the hepatitis C virus of the 1 st genotype. But there is a growing number of observations that such tests may not be effective enough to reliably detect antibodies when infected with a virus of another genotype. Thus, for example, antigens isolated from the NS3 region of the HCV genotype 1 were found to be 5 times more effective in detecting antibodies in the sera of patients infected with the HCV virus of the 1st genotype than in sera from patients infected with the 2nd or 3rd genotype virus. Studies carried out by a certain number of authors [5] have established the inability of several commercial tests to adequately detect antibodies to hepatitis C virus in patients infected with virus 1a and 3a types. This information is of great importance both for regions where viruses of other types prevail, and for individual populations.

That is, for effective diagnosis of hepatitis C, a highly sensitive test is needed that can adequately react with anti-HCV of any genotype.

In addition to direct investigation of the structure of RNA, data on infection with a specific genotype can be obtained from the study of antibodies against genotype-specific epitopes localized in NS5, NS4 and C proteins of the virus. The list of serotyped variants of HCV at the present moment includes genotypes (subtypes) 1a, 1b, 2a, 2b, 3a and 4a. Data of serotyping and RNA typing coincide in 50-95% of cases, depending on the genotype. Commercial production of diagnostic kits for serotyping in the plate version of enzyme immunoassay and immunoblot is underway.

References

1. Ershov F.I., Romantsov M.G. Viral hepatitis // Medicines used in viral diseases. - MA - 2007 - p. 84-106.
2. Sologub T.V., Romantsov M.G., Ershov F.I. The effectiveness of immunomodulators in the treatment of chronic viral hepatitis //// Medicines used in viral diseases. - M., - 2007. - p. 158-163
3. Sukhanov D.S. Antioxidant Activity remaxol model drug liver damage // Bulletin of St. Petersburg State Medical Academy. Mechnikov. 2008. № 4. p. 127-132.
4. Yushchuk N.D., Klimova E.A., Znoyko O.O., Karetkina G.N., Maksimov S.L., Maiev I.V. Viral hepatitis: clinical features, diagnosis, treatment. - M., "Geotar-Media" - 2014.- 370 p.
5. Sulkowski MS, Poordad F, Manns MS, Bronowicki JP, Reddy KR, Harrison SA, et al. Anemia during treatment with peginterferon alfa-2b/ribavirin with or without boceprevir is associated with higher SVR rates: analysis of previously untreated and previous-treatment-failure patients. J Hepatol 2011;54(suppl 1):S195-S196.
6. Jacobson IM, Catlett I, Marcellin P, Bzowej NH, Muir AT, Adda N, et al. Telaprevir substantially improves SVR rates across all IL28b genotypes in the advanced trial. J Hepatol 2011;54:S1369.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЭМА ПРИ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЕ МАТКИ

УДК 616-006:616- 089.197.5

Алдангарова Г.А., Бейсенова Ж.М., Аумолдаева З.М.

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

ОБ АВТОРАХ

Алдангарова Г. А., –
д.м.н., гинеколог, ННЦХ им Сызганова
тел: 8 (777) 222 18 78, algulim@yandex.ru.

Бейсенова Ж.М. –
врач резидент гинеколог, КРМУ
тел: 8 (707) 949 44 07, zhan_bi_mka@mail.ru.

Аумолдаева З.М. –
гинеколог, завуч каф бакалавра КРМУ
тел: 8 (777) 353 06 21, zayac_zauze@mail.ru.

Аннотация

При дифференцированном и комплексном подходе, а также рациональном ведении в пред – и постэмболизационного периодов в лечении субмукозной миомы матки можно получить эффективную регрессию субмукозных узлов и минимизировать гнойные осложнения, что способствует сохранению репродуктивного органа, восстановлению архитектоники полости матки, нормализации менструальной функции с последующей реализацией репродуктивного потенциала женщин.

Ключевые слова

субмукозная миома матки, эмболизация маточных артерии, регрессия миоматозных узлов, репродуктивная функция

Субмукозды жатыр миомасындагы эма жасау тәжірибесі

Алдангарова Г.А., Бейсенова Ж.М., Аумолдаева З.М.

«А.Н. Сызганов атындағы Ұлттық Ғылыми Хирургия орталығы»

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Алдангарова Г. А., –
м.ғ.д., гинеколог, А.Н. Сызганов атындағы
ҰҒХО
тел: 8 (777) 222 18 78, algulim@yandex.ru.

Бейсенова Ж.М. –
дәрігер резидент гинеколог, КРМУ
тел: 8 (707) 949 44 07, zhan_bi_mka@mail.ru.

Аумолдаева З.М. –
гинеколог, КРМУ бакалавр кафедрасының
білім басшысы
тел: 8 (777) 353 06 21, zayac_zauze@mail.ru.

Аңдатпа

Сараланған және кешенді тәсілмен, эмболизацияның дейін және кейінгі кезеңін оңтайлы жүргізу арқылы субмукозды жатыр миомасының тиімді регрессиясын алуға болады. Сонымен қатар септикалық асқынуларды азайтумен әйелдің репродуктивті функциясы сақтауға ықпал етеді, етеккір функциясының қалыпқа келтіреді, кейіннен ұрпақ әкелу әлеуеттің іске асырады.

Түйін сөздер

субмукозды жатыр миомасы, жатыр артерияларының эмболизациясы, миома түйіндерінің регрессиясы, репродуктивті функция

Experience of embolization with submucous uterine myoma

Aldangarova G.A, Beisenova Zh.M., Aumoldaeva Z.M

National Scientific Surgical Centre named after A.N. Syzganov

ABOUT THE AUTHORS

Aldangarova Gulim Akhmetovna
doctor of medical sciences, gynecologist,
National Scientific Surgical Centre named
after A.N. Syzganov, Almaty, Kazakhstan,
tel: +7772221878.
e-mail: algulim@yandex.ru

Beisenova Zh. M. –
resident doctor гинеколог, КРМУ
tel: 8 (707) 949 44 07, zhan_bi_mka@mail.ru

Aumoldaeva Z. M.
gynecologist
tel: 8 (777) 353 06 21, zayac_zauze@mail.ru

Abstract

By differentiated and complex approach, and also by rational control of pre - and postembolization periods in the treatment of submucous uterine fibroids, it is possible to obtain an effective regression of nodes and minimize purulent complications, which contributes to the preservation of the reproductive organ, restoration of the uterine architectorectomy, normalization of menstrual function with subsequent implementation of reproductive potential of women

Keywords

submucous uterine fibroid, uterine artery embolization, reduction of myoma nodes, reproductive function

Введение

Миома матки является наиболее часто встречающейся патологией и занимает 2-е место в структуре гинекологической заболеваемости. Частота миомы среди женщин репродуктивного возраста составляет 20-40 %, постменопаузального - 50% [1,2]. При бесплодии миому матки диагностируют в 20-23% случаев [3].

В зависимости от локализации выделяют 3 формы миомы матки: субсерозную, интрамуральную и субмукозную. Наиболее выраженную клиническую симптоматику имеет субмукозная миома, частота которой составляет 5-18% [4].

До внедрения эндоскопических технологии в клиническую практику субмукозная миома являлась абсолютным показанием к гистерэктомии, которая приводила к утрате органа и репродуктивного потенциала, что немаловажно для женщин с нереализованной детородной функцией. После гистерэктомии у 80 % женщин отмечается постгистерэктомический синдром (ПГС), который проявляется вегетоневротическими и психоэмоциональными нарушениями, в 44% и 35 % соответственно [5,6].

С развитием эндовидеоскопической технологии стало возможным проведение гистерорезектоскопической миомэктомии, выполнение которой ограничивается размерами субмукозного узла до 4,0 см. Высокая частота миомы матки у женщин с нереализованной репродуктивной функцией ставит перед гинекологами задачу, изыскать возможности проведения органосохраняющих операции при миоме матки, и в частности субмукозной форме.

Альтернативой гистерэктомии при миоме матки является эмболизация маточных артерий (ЭМА). ЭМА является – высокотехнологическим и органосохраняющим методом хирургического лечения миомы матки. Метод основан на особенности кровоснабжения миомы. Ангиоархитектоника миоматозного узла заключается в том, что он имеет перифиброидный тип кровоснабжения и не имеет коллатералей.

По данным авторов Г.М. Савельевой, Б.Ю. Боброва, (2007 г) при хорошем кровоснабжении субмукозной миомы регрессия узла составила 83%, уменьшение клинических симптомов: мено – метроррагии отмечается у 97,9% пациенток, частое мочеиспускание - у 88,6%, альгодисменореи - у 99%.

Несмотря на высокую эффективность ЭМА в лечении субмукозной миомы матки (миолизис, экспульсия субмукозного узла), остается дискуссионным вопрос в отношении тактики введения пациенток с крупными субмукозными узлами в постэмболизационном периоде, при

которых возможно нагноение узла, пиометра и септические осложнения. В связи с чем, остается актуальной проблема комплексного подхода в определении показаний к ЭМА при субмукозной миоме матки, а также разработка алгоритма тактики ведения в пред – и постэмболизационном периодах с целью снижения частоты гнойных осложнений.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ истории болезни 231 пациентки, которым произведена ЭМА в период с 2010-2016 гг. в АО «ННЦХ им. А.Н.Сызганова». Средний возраст женщин составил 38±1,1 года. Из них у 88 (38,1%) женщин была субмукозная форма миомы матки 0 и 1 типа. Длительность заболевания (с момента диагностики) колебалась от 3 месяцев до 15 лет.

Наиболее частыми проявлениями субмукозной миомы матки являлись мено/метроррагия в 98,6%, постгеморрагическая анемия в 68,8%, альгодисменорея в 37,3%, бесплодие в 18,2%, частое мочеиспускание в 11,3%.

Субмукозные миоматозные узлы 0 типа диагностированы в 44,3%, 1 типа - в 55,6%. Размеры узлов варьировали от 2 до 13 см, узлы размером до 5 см выявлены в 58 (65,9%) наблюдениях (которые сочетались с узлами другой локализации), подслизистая миома размерами 5 и более см (крупные узлы) отмечены в 30 (34,1%) случаев. С целью повышения эффективности регрессии субмукозных узлов размерами 5 и более см в предоперационном периоде 30 пациенток получили УПА по 5 мг 3 месяца (1 курс).

Оперированные женщины были разделены на 2 группы:

I группу – составили 30 женщин, которым была назначена предварительная Улипристал ацетат (УПА) терапия с последующей ЭМА:

I а - группа - женщины с размерами доминантных миоматозных узлов от 5 до 8 см

I в- группа - женщины с размерами доминантных миоматозных узлов от 8 и более см

II группу - составили пациентки, которым была произведена только ЭМА

II а- группа - женщины с размерами доминантных миоматозных узлов до 5 см

II в- группа - женщины с размерами доминантных миоматозных узлов от 5 до 8 см

II с -группа - женщины с размерами доминантных миоматозных узлов от 8 и более см

Всем пациенткам проводили предоперационное обследование: мазок на степень чистоты, жидкостная цитология с шейки матки, бак. посев из цервикального канала с определением чув-

ствительности к антибиотикам, гистологическое исследование аспирата из полости матки. По показаниям санация влагалища, антибиотикопрофилактика.

ЭМА выполнялась по стандартной методике в условиях рентгеноперационной. Под местной анестезией проводили пункцию и катетеризацию правой бедренной артерии по Селдингеру. Катетер устанавливали в устье левой и правой маточных артерий, выполнялась собственно ангиография. Далее селективно эмболизировались дистальные ветви маточных артерий слева и справа эмболами 700-1200 мМ в зависимости от размеров миоматозных узлов. Операция считалась завершённой, когда при контрольной ангиографии контраст не проходил в проксимальные отделы маточной артерии.

Результаты

В постэмболизационном периоде болевой симптом отмечался в 94,3% наблюдений, повышение температуры - в 48%, лейкоцитоз - в 42%, перечисленные симптомы отмечались от 1 до 5 суток, на фоне проводимой антибактериальной и симптоматической терапии. Период диспансерного наблюдения после ЭМА составил 12 месяцев.

У пациенток после ЭМА в сочетании с предварительно проведенной УПА терапией уменьшение клинических проявлений было следующим: мено/метроррагия - на 97,8%, альгодисменорея - на 97,2%, симптомы сдавления смежных органов - на 95%.

В I а - группе женщин после ЭМА в сочетании с УПА регрессия миоматозных узлов составила 39,2%, в I в - группе - 28%.

За период наблюдения регрессия субмукозных узлов во II в - группе составила 24,6% у 18 (60%) пациенток; уменьшение субмукозных уз-

лов во II с - группе - на 18% у 11 (36,6%) женщин. В группе женщин с субмукозными узлами размерами от 5 и более см после года наблюдения вторым этапом выполнена резектоскопическая миомэктомия независимо от размеров субмукозного узла. Уменьшение клинических проявлений у пациенток II а - группы: мено/метроррагии отмечалось на 98,3%, альгодисменореи - на 92%. Уменьшение клинических проявлений во II в и с - группах: мено/метроррагии отмечалось на 97,7%, альгодисменореи - на 91,2%, симптомы сдавления смежных органов на 87,3%.

За время диспансеризации регрессия субмукозных узлов во II а - группе составила 62,5% у 33 (67,3%) пациенток; на 54,2% у 16 (32,6%) и у 9 (15,5%) женщин отмечалась экспульсия субмукозного узла (Рисунок 1,2).

Осложнения в виде нагноения рождающегося субмукозного узла с пиометрой было у 2 (2,2%) пациенток, произведено удаление рождающихся миоматозных узлов путем выкручивания (Рисунок 3). Среди 16 (18,1%) женщин с бесплодием, планировавших беременность через год диспансерного наблюдения после ЭМА беременность наступила у 5 (31,2%).

Обсуждение

Анализ результатов ЭМА субмукозной миомы показал, что в группе пациенток с размерами узлов от 5 до 8 см, 8 и более см регрессия узлов и клинических проявлений значительно меньше, чем в группе женщин с размерами узлов до 5 см, что связано с нарушением кровоснабжения крупных миоматозных узлов. Полученные нами результаты соответствуют данным литературы (Тихомиров А.Л., 2013 г).

Результаты ЭМА в группе женщин с размерами узлов от 5 до 8 см (регрессия на 39,2%), 8 и более см (на 28%) с предварительно проведенной УПА



МРТ снимок до ЭМА



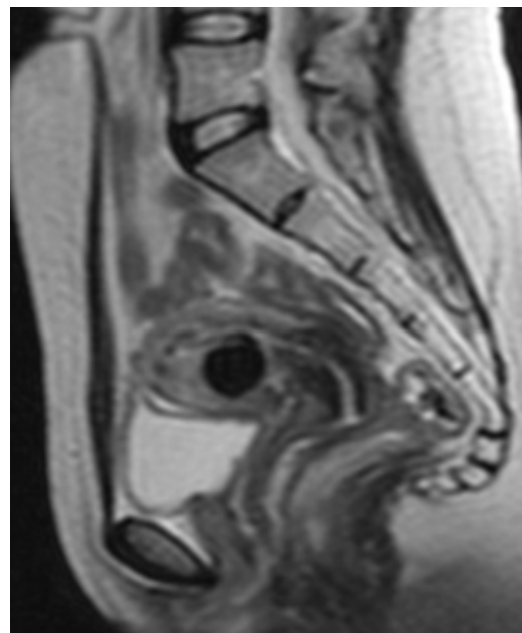
МРТ снимок после ЭМА

Рисунок 1

Рисунок 2



МРТ снимок до ЭМА

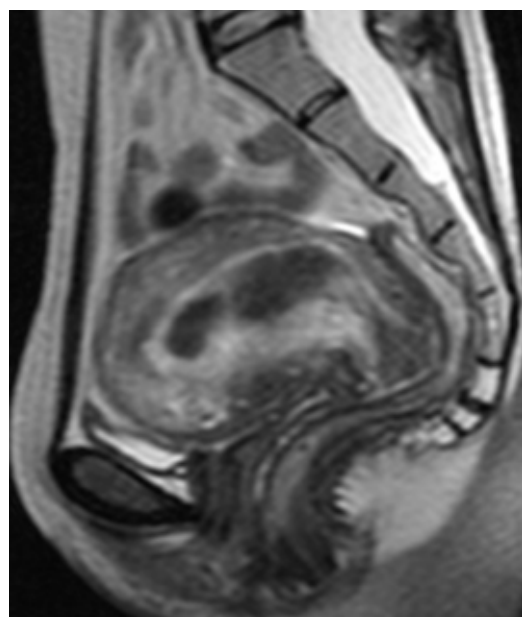


МРТ снимок после ЭМА

Рисунок 3



МРТ снимок до ЭМА



МРТ снимок после ЭМА

терапией были лучше, чем в группе женщин без УПА с размерами узлов от 5 до 8 см (на 24,6%), 8 и более см (на 18%). Комплексное лечение (УПА+ЭМА) субмукозных узлов размерами от 5 до 8 см, 8 и более см эффективно, чем ЭМА без УПА.

Эффективность ЭМА субмукозных узлов зависит от размера узла и его кровоснабжения, что позволяет нам предложить активную тактику при выборе хирургического лечения миомы матки вообще, и в частности субмукозной формы.

Список литературы

1. Тихомиров А. Л. Новые возможности патогенетической терапии миомы матки // Гинекология. 2013. Т. 15, № 3.
2. Duhan N. Current and emerging treatments for uterine myoma - an update // Int J Womens Health 2011;3:231-41

References

1. Tikhomirov, AL New possibilities of pathogenetic therapy of uterine myoma // Gynecology. 2013. Vol. 15, No. 3.
2. Duhan N. Current and emerging treatments for uterine myoma - an update // Int J Womens Health 2011;3:231-41

3. Я.В. Гриценко, О.Д. Константинова, С.В. Черкасов
Миома матки в современном мире: Актуальные вопросы патогенеза, диагностики и лечения // 2012 г, №3.
 4. K Jayakrishnan, Vandana Menon, Divya Nambiar
Submucous fibroids and infertility: Effect of hysteroscopic myomectomy and factors influencing outcome// 2013, V 6(1), 35-39
 5. Голешева Ю. М. Оптимизация ведения послеоперационного периода у женщин, перенесших гистерэктомию без придатков по поводу миомы матки:автореферат дис. // Челябинск, 2009.- 21 с.
 6. 6. Гинекология - национальное руководство под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина 2009 г. с 156-220
 7. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко, Б.Ю. Боброва и др: Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки: достижения и перспективы //Акушерство и гинекология, 2007 г, №5, с 54-58
 8. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация //Л.В. Адамян (проект), 2014 г, с 7-86
3. Ya.V. Gritsenko, O.D. Konstantinova, S.V. Cherkasov
Myoma of the uterus in the modern world: Topical issues of pathogenesis, diagnosis and treatment // 2012, No. 3.
 4. K Jayakrishnan, Vandana Menon, Divya Nambiar
Submucous fibroids and infertility: Effect of hysteroscopic myomectomy and factors influencing outcome// 2013, V 6(1), 35-39
 5. Golesheva Yu. M. Optimization of conducting the postoperative period in women who underwent a hysterectomy without appendages in occasion of uterine myoma: the author's abstract of the dissertation. // Chelyabinsk, 2009. - 21 p.
 6. Gynecology - the national leadership, ed. IN AND. Kulakov, G.M. Savelieva, I.B. Manukhina 2009 from 156-220
 7. G.M. Savelieva, V.G. Breusenko, B.Yu. Bobrova et al.: Embolization of uterine arteries in the treatment of uterine myomas: achievements and prospects // Obstetrics and Gynecology, 2007, No. 5, p 54-58
 8. 8. Uterine fibroids: diagnosis, treatment and rehabilitation. Adamyan (draft), 2014, from 7-86

УДК: 61. 616-006.04

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЛЕГКОГО (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

ОБ АВТОРАХ

Исмаилова Г.Н. –
к.м.н. dr.ismailova@mail.ru; телефон
номер: +7 701 822 81 88;
Дуйсенбаева Б.С. –
PhD; dbs.mrt@mail.ru;
телефон номер: 8 (717) 270 3104
Жарипова А.А. –
врач, onkoastana@mail.ru;
телефон номер: 8 (717) 256 0421;
Жаппаров Е.И. –
к.м.н., onkoastana@mail.ru;
телефон номер: 8 (717) 256 0421;
Нургалиева А.Н. –
младший научный сотрудник,
aigul.nur10792@mail.ru;
Түлеутаев М.Е. –
к.м.н. onkoastana@mail.ru; телефон
номер: 8 (717) 256 0421.

**Исмаилова Г.Н., Дуйсенбаева Б.С., Жарипова А.А.,
Жаппаров Е.И., Нургалиева А.Н., Түлеутаев М.Е.**

АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н.Сызганова», Казахстан, Алматы
Онкологический центр Астаны, Казахстан, Астана
АО «Национальный центр кардиохирургии», Казахстан, Астана

Ключевые слова
рак легкого, скрининг,
факторы риска

Аннотация

В Казахстане онкологическая смертность от рака легкого занимает первое место по данным на конец 2014 года. Частота развития рака во многом зависит от воздействия известных факторов риска: курения, избыточной массы тела, употребления алкоголя. Стратификация популяции относительно факторов риска позволит выделить целевую популяцию для привлечения в скрининг по раку легкого.

Өкпенің қатерлі ісік ауруының болжамдық факторлары (Әдебиеттерді шолу)

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Исмаилова Г.Н. –
м.ғ.к. dr.ismailova@mail.ru;
телефон номері: +7 701 822 81 88;
Дуйсенбаева Б.С. –
PhD; dbs.mrt@mail.ru;
телефон номері: 8 (717) 270 3104
Жарипова А.А. –
дәрігер, onkoastana@mail.ru;
телефон номері: 8 (717) 256 0421;
Жаппаров Е.И. –
м.ғ.к. onkoastana@mail.ru;
телефон номері: 8 (717) 256 0421;
Нургалиева А.Н. –
кіші ғылыми қызметкер,
aigul.nur10792@mail.ru;
Түлеутаев М.Е. –
м.ғ.к. onkoastana@mail.ru;
телефон номері: 8 (717) 256 0421.

**Исмаилова Г.Н., Дуйсенбаева Б.С., Жарипова А.А.,
Жаппаров Е.И., Нургалиева А.Н., Төлеутаев М.Е.**

АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н.Сызганова», Казахстан, Алматы
Онкологический центр Астаны, Казахстан, Астана
АО «Национальный центр кардиохирургии», Казахстан, Астана

Түйін сөздер
өкпе обыры, скрининг,
болжам факторлары

Аңдатпа

Қазақстанда 2014 жылдың соңындағы деректер бойынша, өкпе обырынан болатын онкологиялық өлім-жітім бірінші орынға шықты. Онкологиялық аурулардың даму жиілігі белгілі болжам факторларының әсеріне байланысты: темекі шегу, артық салмақ, алкогольді тұтыну. Болжам факторларына қатысты халықты стратификациялау халықты скринингке қатысу және өкпе ісігін ерте анықтау мүмкіндігін береді

Prognostic factors of lung cancer morbidity (Review of the literature)

ABOUT THE AUTHORS

Ismailova G.N. –
Candidate of Medical Sciences
dr.ismailova@mail.ru;
telephone number: +7 701 822 81 88;
Duisenbaeva B.S. –
PhD; dbs.mrt@mail.ru;
telephone number: 8 (717) 270 3104
Zharipova A.A. –
doctor, onkoastana@mail.ru;
telephone number: 8 (717) 256 0421;
Zhapparov E.I. –
Candidate of Medical Sciences
onkoastana@mail.ru;
telephone number: 8 (717) 256 0421;
Nurgaliyeva A.N. –
junior researcher, aigul.nur10792@mail.ru;
Tuleutaev M.Ye. –
Candidate of Medical Sciences
onkoastana@mail.ru;
telephone number: 8 (717) 256 0421.

**Ismailova G.N., Duisenbaeva B.S., Zharipova A.A.,
Zhapparov E.I., Nurgaliyeva A.N., Tuleutaev M.Ye.**

JSC “National Scientific Center of Surgery” named after AN Syzganov, Kazakhstan, Almaty
Oncology Center of Astana, Kazakhstan, Astana
JSC «National Center of Cardiac Surgery», Kazakhstan, Astana

Abstract

As of the end 2014, lung cancer mortality in Kazakhstan follows the stomach cancer mortality. The cancer development largely depends on the known risk factors such as smoking, overweight, and alcohol abuse. The stratification of population by risk factors will define the target population for lung cancer screening.

Keywords
lung cancer, screening,
risk factors

Рак легкого (РЛ) является самой распространенной формой рака и главной причиной онкологической смертности во всем мире и в Казахстане. Показатель заболеваемости злокачественным новообразованием в РК составил в 2014 году 198.7 на 100 000 населения [1]. В структуре заболеваемости среди мужчин лидирующие места занимают: опухоли трахеи, бронхов, легкого - 20,4%; желудка - 12,0%; кожи - 9,6% (рисунок 3). (Рисунок 1).

Наибольший удельный вес по заболеваемости злокачественными новообразованиями в РК отмечается у городского населения. Удельный вес смертности от ЗНО составляет 12,1% в структуре смертности от всех причин. Снижение показателя смертности от предыдущих лет связано, в первую очередь, с улучшением диагностики злокачественных новообразований на ранних стадиях и эффективностью результатов лечения. В структуре заболеваемости среди мужчин лидирующие места занимают: опухоли трахеи, бронхов, легкого – 20,4%; желудка – 12,0%; кожи – 9,6% [1].

Годичная и 5-летняя выживаемости обратно пропорциональны стадии заболевания: чем выше стадия рака, тем ниже выживаемость. Согласно данным Siegel R et al. самые высокие показатели заболеваемости и смертности от РЛ отмечены в Соединенных Штатах, 228.19 и 159.48 соответственно, в обеих полах, на 100 000 населения ежегодно по данным за 2013 год [2].

В структуре смертности в РК лидирующие места занимают новообразования трахеи, бронхов, легкого – 16,86%; желудка – 12,59%; молочной железы – 8,29% (Рисунок 2).

По данным GLOBOCAN-2012. во всем мире ежегодно выявляется 1 241 600 новых случаев РЛ, что составляет 34,2 на 100 000 мужской популяции Земли. В промышленно развитых странах, таких как Япония и Италия, показатели заболеваемости и смертности от РЛ ниже среднемировых показателей, что можно объяснить особенностями образа жизни и характером питания населения (таблица 1) [1,3].

Таким образом, РЛ занимает первое место в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований.

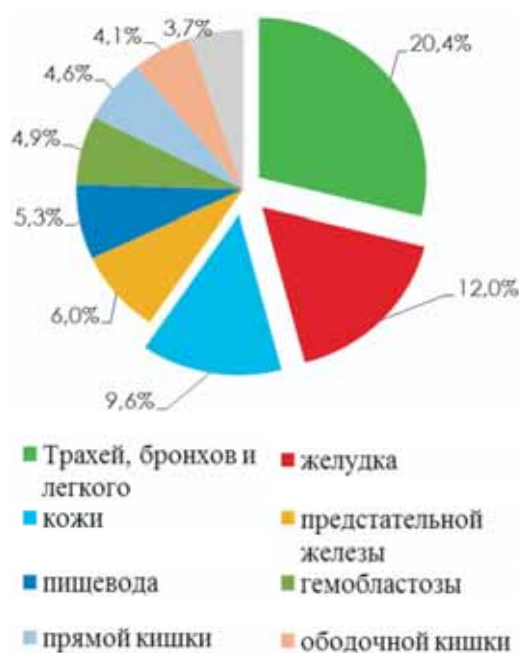


Рисунок 1.
Структура заболеваемости ЗНО у мужчин в РК, 2014 год.



Рисунок 2.
Структура смертности от ЗНО в РК, 2014 год

Прогностические факторы

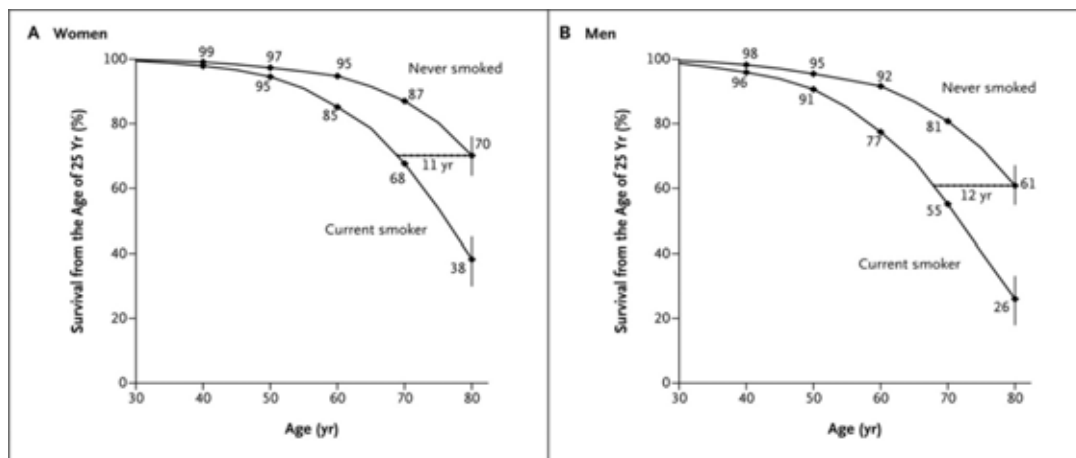
Известно, что распространенность факторов риска развития РЛ, такие как курение и употребление алкоголя, зависят от социального статуса, а именно, уровня образования и заработной платы. Нехватка клинических признаков болезни на ранней стадии часто приводит к диагностике рака на поздней стадии и низкой 5-летней выживаемости.

Страны \ ASR	Заболеваемость	Смертность
США	214,226 (38,35)	167,545 (38,6)
Канада	25,037 (37,93)	20,108 (28,4)
Казахстан	4,684 (27,87)	4,221 (25,29)
Италия	37,238 (24,47)	33,531 (20,68)
Япония	94,885 (24,64)	75,119 (17,4)

Таблица 1.
Сравнительная характеристика заболеваемости и смертности от рака легкого в мире, GLOBOCAN 2012

Рисунок 3.

А - Вероятная выживаемость для продолжающих курить и никогда не куривших женщин в возрасте от 30 до 80 лет. И - Вероятная выживаемость для продолжающих курить и никогда не куривших мужчин в возрасте от 30 до 80 лет. По горизонтальной оси X – возраст (лет) по вертикальной оси Y – Выживаемость от 25 лет (%). (Prabhat Jha et al.)



Курение является основным фактором, который повышает риск развития РЛ в 5-10 раз и зависит от количества пачка/лет. Хотя курение является пожизненным фактором риска, согласно Larke FJ, и др. отказ от курения является наиболее эффективным способом снижения заболеваемости. Смертность от РЛ, связанная с курением, составляет 90% среди мужчин и 80% среди женщин [3].

Другим важным мероприятием по снижению смертности от РЛ является диагностика РЛ на ранней стадии в рамках скрининговых программ методом низкодозной компьютерной томографии [3-6]. Болезнь можно вылечить, особенно если она выявлена на ранней стадии. Свыше 85% случаев РЛ, выявленных в ходе скрининга, достигают 5-летней выживаемости, в то время как, РЛ выявленный на более поздних стадиях, неизменно приводит к смертности в течение 2 лет [3,8].

Prabhat Jha et al. опубликовали результаты многолетнего крупномасштабного исследования, посвященного изучению вероятной выживаемости в зависимости от прекращения курения. Исследование выполнялось согласно шкале обследования Национальной системы здравоохранения США и состояло в определении частоты случаев смертности от всех причин с учетом возрастных различий, уровня образования, количества потребляемого алкоголя и степени избыточного веса [8].

Согласно результатам Prabhat Jha et al., вероятная выживаемость в курящей и некурящей популяции одинаковая в возрасте до 40-45 лет: 99% среди женщин и 96-98% среди мужчин (рисунок 3). После 45 лет, вероятная выживаемость в популяции курящих снижается. Вероятность дожить до 60 лет составляет у курящих женщин 85% и у никогда не куривших женщин – 95%, у мужчин – 77% и 92%, соответственно. Предполагают, что только 38% курящих женщин и 26% курящих мужчин могут дожить до 80 лет.

Среди никогда не куривших, до 80 лет могут дожить 70% женщин и 61% мужчин. Ожидаемая продолжительность жизни среди курящих может возрасти от 4 до 10 лет в зависимости от возраста прекращения курения. Из диаграммы А (рисунок 4 А) следует, что прекращение курения в возрасте от 25 до 34 лет может привести к увеличению вероятности выживания на 10 лет; прекращение курения в возрасте от 35 до 44 лет увеличит вероятность выживания на 9 лет (рисунок 4 В); прекращение курения в возрасте от 45 до 54 лет увеличит вероятность выживания на 6 лет (рисунок 4 С); прекращение курения в возрасте от 55 до 64 лет увеличит вероятность выживания на 4 года (рисунок 4 D) [8].

Хотя ожирение имеет прямую взаимосвязь с развитием некоторых форм рака, но эпидемиологические исследования показали, что индекс массы тела (ИМТ), как суррогатный маркер ожирения, имеет обратную связь с риском развития РЛ. Анализ результатов проспективного исследования Национального Института Рака и Национального Института Здоровья США среди 448 732 мужчин и женщин в возрасте 50-71 лет показал обратную связь ИМТ с риском РЛ среди мужчин ИМТ ≥ 35 кг/м² и женщин 22.5-24.99 кг/м²; OR=0,81, где ДИ95% (0,70;0,94) и OR=0,73, где ДИ95% (0,61;0,87) соответственно [9,10]. Согласно этим исследованиям, более высокий ИМТ связан с меньшим риском РЛ у курящих и бывших курильщиков. Все еще отсутствуют общепринятые объяснения, почему низкий ИМТ связан с повышенным риском развития РЛ, так как по данным El-Zein M, и др. показатель соотношения шансов выше единицы, что соответствует о прямой связи между избыточным весом и заболеваемостью раком: OR=2,30, ДИ95% (1,30-4,10) и OR=2,30, CI95% (1,30-4,10) [11].

Систематический обзор литературных данных показал, что увеличение ИМТ является защитным фактором против РЛ, соответственно следует рекомендовать придерживаться нормального или

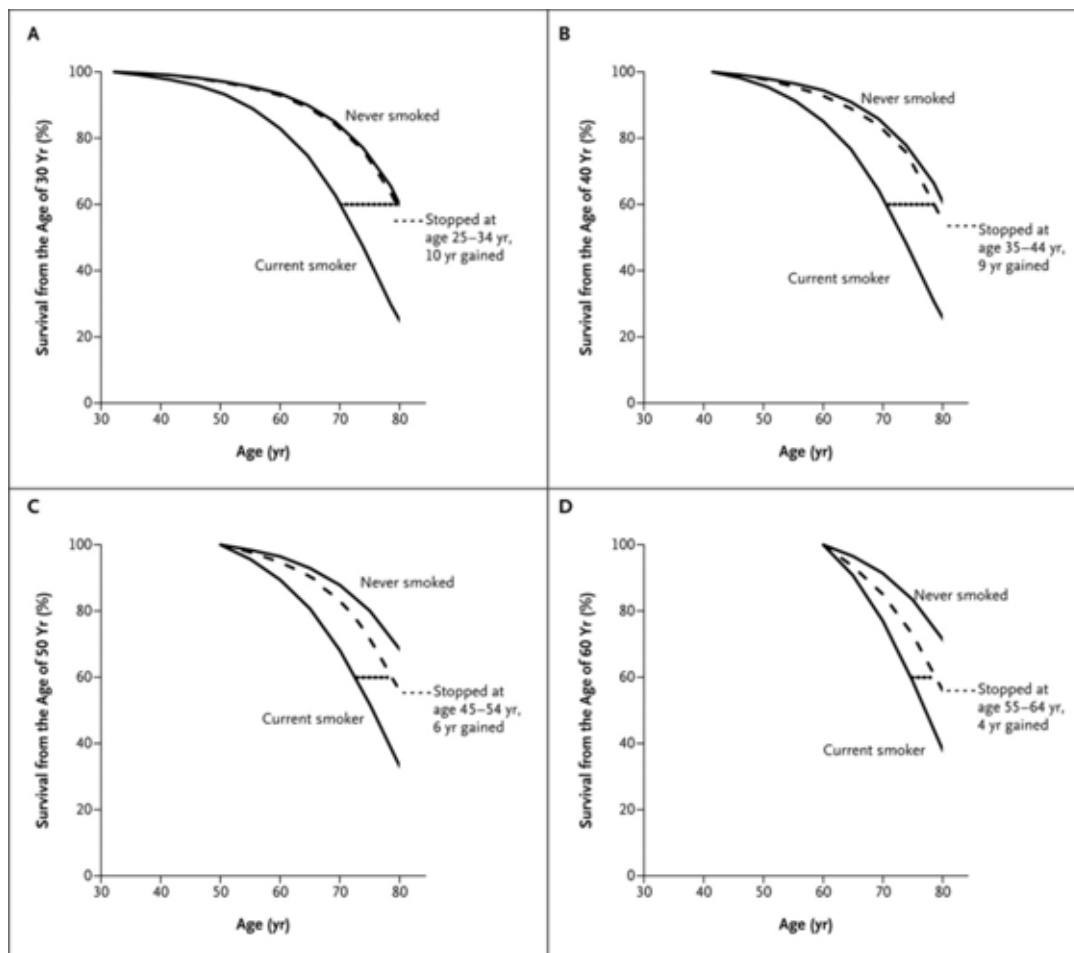


Рисунок 4.

Влияние прекращения курения на выживаемость.

А – Прекращение курения в возрасте от 25-34 лет продлевает выживаемость на 10 лет (по горизонтальной оси X – возраст (лет) по вертикальной оси Y – выживаемость от 30 лет (%)); В - Прекращение курения в возрасте от 35-44 лет продлевает выживаемость на 9 лет, (по горизонтальной оси X – возраст (лет) по вертикальной оси Y – выживаемость от 40 лет (%)); С - Прекращение курения в возрасте от 45-54 лет продлевает выживаемость на 6 лет, (по горизонтальной оси X – возраст (лет) по вертикальной оси Y – выживаемость от 50 лет (%)); D - Прекращение курения в возрасте от 55-64 лет продлевает выживаемость на 4 лет, (по горизонтальной оси X – возраст (лет) по вертикальной оси Y – выживаемость от 60 лет (%)). Prabhat Jha et al.

умеренно повышенного ИМТ у много курящих в качестве образа жизни, предупреждающего развитие рака легкого. [12].

Хотя курение является основной причиной развития РЛ, предполагается, что употребление алкоголя также способствует риску развития РЛ. Злоупотребление алкоголем усиливает суммарный неблагоприятный эффект у курящих, подчеркивая необходимость профилактических мер. В целом непьющие $OR=1,42$, ДИ95% (1,03; 2,01) и очень тяжело пьющие ≥ 60 г/сутки, $OR=1,44$, ДИ95% (1,01; 2,07) имеют более высокий риск развития РЛ, чем очень мало пьющие (0,1-4,9г/день). Эффект воздействия алкоголя меняется в

зависимости от курения, но не превышает риск развития рака легкого среди мало употребляющих алкоголь, но курящих. [13]. Большой риск развития РЛ связан с потреблением алкоголя ≥ 30 г/сут и более. Потребление алкоголя тесно связано с большим риском у никогда не куривших мужчин [14].

В заключение можно сказать, что курение является основным фактором риска развития рака. Способствует развитию РЛ также дефицит массы тела и тяжелое или очень частое употребление алкоголя. Участие целевой популяции в скрининге способствует прекращению курения, тем самым способствуя увеличению выживания.

Список литературы / References

1. Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. <http://globocan.iarc.fr>
2. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. / Cancer statistics, 2013. // CA Cancer J Clin. 2013;63:11–30.
3. Sagawa M, Tanaka M, Machida Y, Motono N, Maeda S, Usuda K / Screening for lung cancer: present and future // Gan To Kagaku Ryoho 2012;39(1):19-22.
4. Larke FJ, Kruger RL, Cagnon CH, Flynn MJ, McNitt-Gray MM, Wu X, Judy PF, Cody DD. / Estimated radiation dose associated with low-dose chest CT of average-size participants in the National Lung Screening Trial. // AJR. American Journal of Roentgenology. 2011;197(5):1165-9.
5. Henschke CI, Yankelevitz DF, Libby DM, Pasmantier MW, Smith JP, Miettinen OS., International Early Lung Cancer Action Program Investigators / Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT screening. // N Engl J Med. 2006;355:1763–1771.
6. G.Ismailova, R.Rakhimzhanova / Screening for early lung cancer detection with the low-dose computer tomography // J Clin Med Kaz 2014;2(32):21-25.

7. G. Ismailova, T. Dautov, M. Tuleutayev, et al. Early lung cancer: implementation of I-ELCAP diagnostics protocol in Kazakhstan *J Clin Med Kaz* 2015; 4(38):65-73
8. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, McAfee T, Peto R. / 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States // *N Engl J Med* 2013; 368:341-350
9. Smith L, Brinton LA, Spitz MR, Lam TK, Park Y, Holtenbeck AR, Freedman ND, Gierach GL. / Body Mass Index and Risk of Lung Cancer Among Never, Former, and Current Smokers // *J Natl Cancer Inst.* 2012; 104(10): 778–789.
10. Li F, Xie SH, Wang G, Su K, Feng XS, Lyu ZY, Guo LW, Chen SH, Chang S, Chen YH, Ren JS, Shi JF, Yang WJ, Cui H, Wu SL, Dai M, Li N, He J. / Body mass index and the risk of lung cancer incidence in smokers: a prospective cohort study. // *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi.* 2016; 50(5):385-90.
11. El-Zein M, Parent ME, Nicolau B, Koushik A, Siemiatycki J, Rousseau MC / Body mass index, lifetime smoking intensity and lung cancer risk. // *Int J Cancer.* 2013;133(7):1721-31.
12. Duan P, Hu C, Quan C, Yi X, Zhou W, Yuan M, Yu T, Kourouma A, Yang K. Body mass index and risk of lung cancer: Systematic review and dose-response meta-analysis. // *Sci Rep.* 2015; 5:16938.
13. Rota M, Porta L, Pelucchi C, Negri E, Bagnardi V, Bellocco R, Corrao G, Boffetta P, La Vecchia C. / Alcohol drinking and multiple myeloma risk--a systematic review and meta-analysis of the dose-risk relationship. // *Eur J Cancer Prev.* 2014 Mar;23(2):113-21.
14. Freudenheim JL, Ritz J, Smith-Warner SA, Albanes D, Bandera EV, van den Brandt PA, Colditz G, Feskanich D, Goldbohm RA, Harnack L, Miller AB, Rimm E, Rohan TE, Sellers TA, Virtamo J, Willett WC, Hunter DJ / Alcohol consumption and risk of lung cancer: a pooled analysis of cohort studies. // *Am J Clin Nutr.* 2005 Sep;82(3):657-67.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОХОДЫ К ВЫБОРУ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН

УДК 616-001.4-002

Джумашалиева А.У.¹, Мамедов Р.Б.²

¹Международная высшая медицинская школа. г. Бишкек, Кыргызстан.

²Центральная городская клиническая больница г. Алматы

ОБ АВТОРАХ

Джумашалиева Асель –
Преподаватель кафедры макро и микро
анатомии г. Бишкек, Кыргызстан. e-mail:
d_aselya_28_02@mail.ru
Mobile: +996772872070

Мамедов Рашид-Ага Биналиевич –
Врач второй категории хирургического
отделения ЦГКБ. г. Алматы.
e-mail: rashid-aga@mail.ru
Mobile: +77787334028

Аннотация

Несмотря на развитие медицинских технологий, разработки международных клинических руководств и совершенствование хирургических лечений, позднее обращение в стационар предотвратит практически не возможно, которое ведёт к грозным осложнениям вплоть до летального исхода.

Позднее обращение больных приводит к выраженной интоксикации организма, коагулопатии, полиорганной недостаточности, и без оказания своевременной медицинской помощи приводит больных к смерти в краткие сроки. В данной статье представлены литературные сведения последних лет о лечении гнойных ран.

Ключевые слова

гнойная рана,
лечение

Іріңді жараны заманауи емдеу тәсілдерін таңдау

Джумашалиева А.У.¹, Мамедов Р.Б.²

¹Халықаралық медицина жоғарғы мектебі, Бишкек қ., Қырғызстан.

²Қалалық клиникалық Орталық ауруханасы, г. Алматы

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Жумашалиева Асель –
Макро және микро анатомия
кафедрасының оқытушысы

Мамедов Рашид-Ага Биналиевич –
Алматы қаласы ОҚКА хирургия
бөлімшесінің 2-санатты дәрігері

Аңдатпа

Медициналық технологиялардың дамуына қарамастан, халықаралық клиникалық басшылардың әзірлеулері және хирургиялық емдеуді жетілдіру, сонымен қатар, стационарға кеш жүгінудің алдын – алу мүмкін еместігіне байланысты, қауіпті асқынуларға дейін әкеп соғады. Науқастардың кеш жүгінуді ағзаның айқын интоксикациясына, коагулопатияға, полиорганды жеткіліксіз болғанда уақытылы медициналық көмек көрсетпеген жағдайда, науқастарды қысқа мерзімде өлімге алып келеді. Осы мақалада соңғы жыл ішінде іріңді жараларды емдеу туралы әдеби мәліметтер ұсынылған.

Түйін сөздер

Іріңді жара,
емдеу

Innovative approaches of treating supportive wounds

A.U. Dzhumashalieva., R.B. Mamedov

International Higher School of Medicine, the city of Bishkek, Kyrgyzstan.
Central City Clinical Hospital, the city of Almaty.

ABOUT THE AUTHORS

Dzhumashalieva Asel –
academic of the chair of macro- and micro-
anatomy, the city of Bishkek, Kyrgyzstan
e-mail: d_aselya_28_02@mail.ru
Mobile: +996772872070

Mamedov Rashid-Aga Binaliyevich –
doctor of the second category of the surgi-
cal department of the Central City Clinical
Hospital, the city of Almaty.
e-mail: rashid-aga@mail.ru
Mobile: +77787334028

Abstract

Despite the development of medical technologies, the elaboration of international clinical guidelines and the improvement of surgical technique. The reasons of this complication is patients' late going to the in-patient hospital.

Patients' late request for help leads to grave complications expressed by organism intoxication, coagulopathy, multiorgan failure, and without timely medical help it causes patients to die in short terms. In this article there is literature data of the last years on treating supportive wounds.

Keywords

supportive wound,
treatment

Лечение гнойных ран представляет одну из сложных проблем медицины. Это связано с тем, что больные с гнойными заболеваниями мягких тканей занимают одно из ведущих мест среди больных хирургических отделений. По данным многочисленных исследователей, больные с гнойными ранами составляют 35-40% [22,36,54]. Кроме того, настораживает то обстоятельство, что все исследователи отмечают рост числа больных с нагноившимися послеоперационными ранами [1,11, 33]. Это обстоятельство обусловлено тем, что в настоящее время очень часто поступают больные с деструктивными формами заболеваний у которых имеется высокий риск возникновения гнойно-воспалительных осложнений и большой удельный вес занимают лица пожилого и старческого возраста у которых имеют место сопутствующие заболевания, которые так же способствуют возникновению воспалительных осложнений. Нельзя исключить и влияние внешних факторов, а так же снижение реактивности организма населения и использование более травматичных, расширенных оперативных вмешательств при хирургических заболеваниях, а так же частое выполнение симультанных операций [20,51].

Гнойные раны – это сложный процесс и взгляды на его лечение по мере накопления научных сведений изменяются, и наряду с этим изменяются и подходы к лечению ран. Несмотря на все достижения в лечении гнойных ран как отмечают многие исследователи необходимо учитывать фазы раневого процесса [10, 35].

Первая фаза – это фаза воспаления в котором выделяют 2 периода: период сосудистых нарушений и период некротических изменений. В эту фазу используется два основных метода: закрытый метод с различными вариантами активного дренирования и метод лечения под повязкой с использованием многих препаратов местного действия [5,14].

Вторая фаза – это фаза регенерации, в ней выделяют период образования и созревания грануляционной ткани и период эпителизации. В этой фазе рекомендуется использовать препараты, которые способствуют регенерации тканей [28,29, 44].

Третья фаза- реорганизация рубца. В ней отмечают 3 периода: период набухания, период уплотнения и период размягчения. Этой классификацией по определению течения раневого процесса пользуются многие исследователи [18, 32].

Кроме местного лечения гнойных ран, необходимо выполнять общее лечение, которое зависит от проявлений воспаления и степени тяжести интоксикации и должно быть комплексным и

способствовать устранению интоксикации, воспалительного процесса, повышению иммунологической защиты и восстановлению нарушенных функций организма [9,43,52, 58].

В первой фазе раневого процесса отмечается выраженный болевой синдром, нередко наблюдается повышение температуры, в крови повышается содержание лейкоцитов и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, и повышение ЛИИ, и в этот период больные нуждаются в противовоспалительной и детоксикационной терапии [41,55].

Во второй фазе воспалительные явления, болевой синдром и интоксикация идут на убыль, поэтому и общая терапия не требует увеличения объема медикаментозных средств [27,54].

В третьей фазе – фазе формирования рубца, состояние больных как правило удовлетворительное и больные в общем лечении не нуждаются.

Особое место в лечении гнойных ран имеет местная терапия и она складывается из первого этапа – это хирургический этап, при котором выполняется вскрытие очага воспаления и создаются условия для оттока гнойного содержимого и некротических тканей. Но это не первичная хирургическая обработка ткани, а создание условий для очищения раны [30,40].

Второй этап в лечении гнойных ран – это местное лечение, которое должно включать: удаление некротической ткани, создание условий для оттока гноя, подавление инфекции улучшение кровообращения и микроциркуляции [24,50].

Медикаментозные средства и физические факторы должны назначаться с учетом фазы раневого процесса. В этом плане используется лечение в бактериальных условиях, но метод сложный и более затратный, и несмотря на хорошие результаты метод не нашел широкого применения. Проточно-дренажный, его целесообразно так же использовать в первой фазе раневого процесса. Он обеспечивает быстрое очищение раны и появление грануляции и эпителизации [32,40].

Основным методом терапии гнойных ран является лечение под повязкой. Метод прост, легко переносится больным и удобен для врача. При местном лечении так же учитывается фаза раневого процесса. При этом используются различные медикаментозные средства и перевязочные материалы [14,53]. Так, Суковатых Б.С. и соавт. (2013) в лечении гнойных ран использовали иммобилизованную форму хлоргексидина биглюконата в геле, и отметили высокий противовоспалительный и антимикробный эффект. При этом отмечено ускорение сроков заживления

гнойных ран. Так же многие исследователи в лечении гнойных ран рекомендуют использовать иммобилизированные антибактериальные препараты и перевязочные материалы [13,16,51].

К настоящему времени предложено огромное количество медикаментозных средств, разработаны дренажно-проточный метод и лечение в абактериальной среде, и применение физических факторов. Но каждый из этих методов, как указывают Кузин М.И. и Костюченко Б.М. (1990) имеют как положительные, так и отрицательные стороны.

Любой метод должен назначаться с учетом фазы раневого процесса. В первой фазе необходимы медикаментозные средства обладающие дегидратационными свойствами, а во второй фазе препараты способствующие регенерации ткани [5,10,14,17,31,32,40,42,46].

В лечении гнойных ран используются и различные сорбенты, которые способствуют более быстрому очищению раны, исчезновению гиперемии и отека, и быстрому переходу первой фазы во вторую [4,6,23,31]. Однако, Асылбашев Р.(2004) располагая достаточно большим клиническим материалом отметил, что использование сорбентов при обильном гнойном отделяемом не обеспечивает быстрого очищения раны и не дает возможности обеспечить быстрый переход первой фазы во вторую.

Винник Ю.С. и соавт (2011) с целью устранения отрицательных свойств сорбентов предложили метод лечения гнойных ран основанный на применении разработанных авторами мембранных конструкций, заполненных сорбционной геализирующей смесью. При этом отметили его высокую эффективность, метод позволяет быстро уменьшить отек и ускорить очищение раны от гнойных масс, и сократить сроки пребывания больных в стационаре на 5 суток.

В лечении гнойных ран используется и аспирационно- проточный метод, при котором осуществляется орошение раневой поверхности с аспирацией промывных вод [40,57], а так же вакуум- терапия [38,59]. Ларичев А.Б. и соавт. (2008) в комплексном лечении успешно использовали вакуум- терапию. Однако, как проточно-аспирационный, так и вакуум-терапия не нашли широкого применения из-за необходимости создания условий. Казарин Н.С. и соавт. 2013 использовали этот метод с применением разработанного им дренажа в новой конструкции и авторы утверждают, что этот метод способствует быстрому очищению раны от некротической ткани и его необходимо использовать первой фазе раневого процесса. При этой методике идет быстрое купирование признаков интоксикации и переход раны из первой фазы во вторую.

С появлением антибиотиков они нашли широкое применение в лечении гнойных ран. В начале в виде присыпок, обкалывания ран, а затем введение антибиотиков внутримышечно и внутривенно. Метод оказал положительное влияние на результаты лечения гнойных ран. Далее были разработаны и предложены различные схемы их введения [5,10,12,32,48], но по мере накопления клинического и экспериментального материала выявлены и отрицательные стороны использования антибиотиков: это рядом больных непереносимость антибиотиков, их влияние на иммунную систему и появление микрофлоры устойчивой к наиболее распространенным антибиотикам [15,21]. Это положение связано с нерациональным их использованием [8,49].

Однако, несмотря на отрицательные стороны при гнойно-воспалительных заболеваниях антибиотики используются очень широко, но применяют их различными способами введения (региональная лимфостимуляция, внутриартериальное введение и др.) и идут разработки все новых антибиотиков широкого спектра действия [5,48].

Большинство исследователей обращают особое внимание на характер микрофлоры при гнойных ранах и продолжают использовать антибиотики в различных вариантах [3,7,25,26,41], но утверждают, что прежде чем назначать антибиотики необходимо исследование микрофлоры и ее чувствительность. И только при соблюдении этого положения можно добиться хороших результатов.

В литературе появились сообщения об использовании аутоплазмы обогащенной тромбоцитами. Но эти исследования малочисленны и основаны на небольшом клиническом материале [2,39, 56]. Несмотря на высокую эффективность метода, он пока не нашел широкого применения, возможно это связано со сложностью приготовления плазмы, но эти исследования продолжают.

Так же при гнойных ранах нашли широкое применение и физические факторы, такие как УФО, лазерная терапия в различных вариантах, ультразвук, инфракрасное излучение. Они обладают бактерицидным действием [19,45], кроме того большинство исследователей указывают, что любой метод лечения гнойных ран должен сочетаться с физиотерапевтическими методами и только при таком сочетании можно добиться заживления ран в более короткие сроки, и формирование рубца [17, 34,54].

В литературе появились сообщения об использовании медицинского озона в виде озон-кислородного орошения или озонированных

растворов [24,30,60,61]. Озонированные растворы обладают многокомпонентным действием: бактерицидным, противовоспалительным, антиоксидантным и иммунокорректирующим свойствам, и поэтому нашли применение в профилактике и лечении гнойных ран.

Все исследователи отмечают, что при оценке эффективности любого используемого метода лечения гнойных ран необходимо учитывать клинические показатели (нормализация температуры, исчезновение болевого синдрома, отека, гиперемии, сроки очищения раны от гноя, появление грануляции, эпителизации и срок заживления раны) и сроки уменьшения поверхности раны (планиметрия, цитология раневого отделяемого и сроки исчезновения микрофлоры в раневом отделяемом).

Список литературы

1. Асылбашев Р.Б. Программированное лечение гнойных ран. [Текст] / Р.Б.Асылбашев: автореф. дисс.канд.мед.наук 140027. Бишкек 2004.- 21С.
2. Ачкасов Е.Е. Применение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, в клинической практике. / Е.Е.Ачкасов, Э.Н.Безуглов, А.А.Ульянов // Биомедицина.- 2013.- № 4.-С. 46-59.
3. Бадиков В.Д. Микробиологические основы антимикробной терапии инфекционных заболеваний [Текст] / В.Д.Бадиков // Ст.- Петербург.- 2005.- 183С.
4. Бгатова Н.П. Стимулирующее действие на организм сорбционных препаратов [Текст] / Н.П.Бгатова, В.П.Кошкарлова // Консилиум.- 2000.- №3(13).- С. 21-23.
5. Бесчастнов В.В. Новый способ активного лечения гнойных ран мягких тканей [Текст] / В.В.Бесчастнов, В.Н.Марамохин // Медицинские науки. Клиническая медицина.- 2010.- №3(15).- С. 59-67.
6. Беляков Н.А. Неинвазивные сорбционные методы [Текст] / Н.А.Беляков // Эфферентная терапия.- 1996.- № 4.- С.17-19.
7. Белобородов В.Б. Актуальные аспекты антимикробной терапии хирургических инфекций [Текст] / В.Б.Белобородов // Инфекции в хирургии.- 2003.- №1.- С. 28-30
8. Богатов В.В. Оптимизация антибактериальной терапии при лечении гнойно- воспалительных процессов челюстно- лицевой области [Текст] / В.В. Богатов, А.Г.Денис, Н.Ф.Колядов // Стоматология.- 2015.- №1.- С.37-39.
9. Бородин Ю.Н. Сорбционно- лимфотический дренаж в гнойно- септической хирургии [Текст] / Ю.Н. Бородин, В.А.Трудакин, М.С.Любарский // Бишкек- Новосибирск : Илим, 1993.- 346С.
10. Блатун Л.А. Местное медикаментозное лечение ран [Текст] / Л.А. Блатун // Хирургия.- 2011.- №4.- С.51-59.
11. Винник Ю.С. Применение сорбционного трансмембранного диализа в лечении поверхностных гнойных ран. [Текст] / Ю.С.Винник, Н.М.Маркелова, В.С.Тюрюмин // Московский хирургический журнал.- 2011.- №6 (22).- С.5-8.
12. Винник Ю.С. Современные методы лечения гнойных ран. [Текст] / Ю.С.Винник, Н.М.Маркелова, В.С.Тюрюмин // Сибирское медицинское обозрение.- 2013.- №1.- С. 18-22.
13. Воленко А.В. Профилактика раневой инфекции иммобилизованными антибактериальными препаратами. [Текст] / А.В.Воленко // Хирургия.- 2004.- №10.- С. 54-58.
14. Галимов О.В. Применение комбинированных перевязочных материалов с антиоксидантной активностью при лечении гнойных заболеваний мягких тканей. [Текст] / О.В.Галимов, С.Р.Туйсин. // Хирургия.- 2010.- №3.- С.41-44.
15. Гудз И.М. Клинические и иммунологические последствия профилактического применения антибиотиков. [Текст] / И.М. Гудз // Клиническая хирургия.- 1998.- №1.- С.3-5.
16. Гостищев В.К. Инфекции в хирургии : руководство для врачей. [Текст] / В.К.Гостищев // М.:ГЭОТАР-Медиа.- 2007.- 761с.
17. Глухов А.А. Региональная гидропрессивно- сорбционная терапия в комплексе лечения больных с гнойными ранами. [Текст] / А.А.Глухов, В.И.Абакумов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии.- 2008.- Том 1, №6.- С.30-36.
18. Григорьян А.Ю. Лечение гнойных ран с применением многокомпонентных мазей на основе энтеросгеля. [Текст] / А.Ю.Григорьян, А.И.Бежин, Т.А.Панкрушева // Научные ведомости.- 2011.- №6(111).- С.205-211.
19. Дербенев В.А. Крайневысокочастотная и лазерная терапия в лечении больных с гнойными ранами мягких тканей. [Текст] / В.А.Дербенев, А.Ф.Набиев, А.В.Штеин // Лазерная медицина.- 2010.- Том 14, вып. 3.- С.8-11.
20. Долгушин И.И. Влияние иммунокоррекции на течение гнойного раневого процесса и функции

- ональную активность нейтрофилов у больных с одонтогенными флегмонами лица и шеи в процессе комплексного лечения. [Текст] / И.И.Долгушин, Л.С.Латюшина, Ю.В.Павлиенко // Вестник новых медицинских технологий.- 2008.- Том 15, № 2.- С.198-200.
21. Долгов Г.В. Гнойно- воспалительные осложнения в оперативной гинекологии, прогнозирование профилактика. [Текст] / Г.В. Долгов // СПб: ЗАО «ЭЛБИ».- 2001.- 256с.
 22. Дуванский В.А. Микроциркуляция гнойных ран по данным лазерной доплеровской флоуметрии. [Текст] / В.А. Дуванский, Н.С.Дзагидзе, В.В.Мараев // Лазерная медицина.- 2007.- Том 11, №1.- С.46-49.
 23. Ефименко Н.А. Применение сорбционных материалов в лечении гнойных ран. [Текст] / Н.А.Ефименко, И.О.Нуждин // Военно- медицинский журнал.- 1998.- Том 319, № 7.- С. 28-32.
 24. Загиров У.З. Озоно- магнитофорез в лечении гнойной раны. [Текст] / У.З.Загиров, У.М.Исаев, М.А.Салихов // Вестник новых медицинских технологий.- 2007.- Том 14, № 3.- С.207-208.
 25. Зорькин А.А. Антибиотикопрофилактика хирургических инфекций. Профилактическое и лечебное применение отечественных цефалоспориновых антибиотиков в хирургической клинике. [Текст] / А.А.Зорькин // Барнаул.- 2003.- С.11-16.
 26. Илюкевич Г.В. Антимикробная химиотерапия в хирургии. [Текст] / Г.В.Илюкевич // Минск.- 2003.- С.150.
 27. Измайлов С.Г. Полуоткрытый способ лечения гнойных ран мягких тканей. [Текст] / С.Г.Измайлов, А.А.Ботяков, А.Г.Ботяков // Клиническая медицина.- 2010.- №1.- С.56-59.
 28. Измайлов С.Г. Применение внераневой программированной вульностомии в лечении гнойных ран. [Текст] / С.Г.Измайлов, А.А.Ботяков, В.В.Бесчастнов // Раны и раневая инфекция. Ярославль.- 2007.- С.116-118.
 29. Каншин Н.Н. Принципы закрытого аспирационно- промывного лечения загрязненных и нагноившихся ран. [Текст] / Н.Н.Каншин // Хирургия.- 1989.- №6.- С.112-116.
 30. Канцалиев Л.Б. Озон в лечении распространенных гнойных хирургических заболеваний пальцев и кисти. [Текст] / Л.Б.Канцалиев, Э.И.Солтанов, А.А.Туевов // Хирургия.- 2008.- №2.- С.58-61.
 31. Кабисова Г.С. Применение дренирующих сорбентов в местном лечении гнойных ран лица и шеи.[Текст] / Г.С.Кабисова, И.С.Копецкий, А.В.Гончарова // Медицинский вестник Башкортостана.- 2011.- №2(33).- С.146.
 32. Казарян Н.С. Лечение пациентов с гнойными ранами путем применения аспирационно- проточно- промывного дренажа новой конструкции. [Текст] / Н.С.Казарян, К.К.Козлов, А.Ю.Быков // Актуальные вопросы хирургии. Вестник РАМН.- 2013.- №12.- С.64-68.
 33. Кенжекулов К.К. Эффективность лечения гнойных ран озонированным раствором и раствором Декасан в сочетании с инфракрасным излучением. [Текст] / К.К.Кенжекулов: автореф. дисс. канд. мед. наук. 140117. Бишкек 2016.- 21с.
 34. Кукольникова Е.Л. Способ местного лечения трофических язв венозной этиологии. [Текст] / Е.Л.Кукольникова // Хирургия.- 2011.- №7.- С.67-69.
 35. Кузин М.И. Раны и раневая инфекция. [Текст] / М.И.Кузин, Б.М.Костюченко // Руководство для врачей. М.: Медицина.- 1990.-592с.
 36. Кочетов Г.П. Причины возникновения осложнений у раненных после выведения из шока. [Текст] / Г.П.Кочетов // Военно- медицинский журнал.- 1993.- №6.- С.36-38.
 37. Ларичев А.Б. Вакуум- терапия в комплексном лечении гнойных ран. [Текст] / А.Б.Ларичев, А.В.Антонюк, В.С.Кузьмин // Хирургия.- 2008.- №6.- С.22-26.
 38. Оболенский В.Н. Вакуум-терапия в лечении гнойных ран и раневой инфекции. [Текст] / В.Н.Оболенский // Хирургия.- 2010.- Том 18, №7.- С.1064-1071.
 39. Оболенский В.Н. Применение тромбоцитарных факторов роста и коллагеновых биопрепаратов в лечении больных с хроническими трофическими язвами различной этиологии. [Текст] / В.Н.Оболенский, Д.А.Ермолова // Хирургия.- 2012.- №5.- С.42-47.
 40. Осинцев Е.Ю. Оптимизация аспирационно- промывного дренирования гнойных ран. [Текст] / Е.Ю.Осинцев, А.Б.Слободской, В.А.Мельситов // Вестник хирургии.- 2012.- Том 171, №5.- С.61-64.
 41. Сажин В.П. Антибиотикотерапия при гнойных хирургических заболеваниях органов брюшной полости и мягких тканей. [Текст] / В.П.Сажин, Н.Г.Бодрова, Д.Е.Климов // Хирургия.- 2010.- №6.- С.4-9.
 42. Суковатых Б.С. Имобилизованная форма хлоргексидина биглюконата в комплексном лечении гнойных ран.[Текст] / Б.С.Суковатых, Т.А.Панкрушева, Е.Г.Андрюхина // Вестник экспериментальной и клинической хирургии.- 2013.- Том 6, №4.- С.406-410.
 43. Сопуев А.А. Местная сорбционно- дегидратационная терапия гнойных ран. [Текст] / А.А.Сопуев // 1998.- Бишкек.- 272с.
 44. Светухин А.М. Хирургический сепсис: Клиника, диагностика, лечение. [Текст] / А.М.Светухин, А.О.Жуков // Инфекция и антибактериальная терапия.- 1999.- №2.- С.50-54.
 45. Толстых П.И. Теоретические и практические аспекты Лазерной фотохимии для лечения гнойных ран. [Текст] / П.И.Толстых, В.А.Дербенев, И.Ю.Кулешов // Российский биотерапевтический журнал.- 2008.- Том 7, №4.- С.20-24.
 46. Туйсин С.Р. Лечение длительно незаживающих ран путем применения комбинированных перевязочных материалов. [Текст] / С.Р.Туйсин // Фундаментальные исследования.- 2010.- №5.-С.91-94.
 47. Туйсин С.Р. Коррекция свободно-радикальных процессов в ходе лечения гнойных ран. [Текст] / С.Р.Туйсин, И.В.Богданов // Фундаментальные исследования.- 2010.- №4.- С.81-85.
 48. Третьяков А.А. Лечение гнойных ран. [Текст] / А.А.Третьяков, С.В.Петров, А.Н.Неверов // Новости хирургии.- 2015.- Том 23, №6.- С.680-687.

49. Фомичев Е.В. Антибактериальная терапия гнойной инфекции- необходимость или традиция ? [Текст] / Е.В.Фомичев // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН.- 2010.- №2.- С.12-16.
50. Халилов М.А. Опыт использования локальной иммунокоррекции в лечении гнойных ран. [Текст] / М.А.Халилов, И.А.Снимщикова // Медицинская иммунология.- 2010.- Том 12, №3.- С.227-234.
51. Халилов М.А. Использование топической иммунокоррекции в лечении гнойных ран. [Текст] / М.А.Халилов // Вестник новых медицинских технологий.- 2009.- Том 16, №3.- С.165-168.
52. Шапошников А.В. Лечение инфицированных ран. Методические рекомендации для врачей- хирургов. [Текст] / А.В. Шапошников, М.Г.Багдыков // 1984.- 25с.
53. Шанин Ю.Н. Антиоксидантная терапия в клинической практике. [Текст] / Н.Ю.Шанин, В.Ю.Шанин, Е.В.Зиновьев // СПб.: ЭЛБИ-СПб.- 2003.- 128с.
54. Шин Ф.Е. Новое в лечении гнойных ран. [Текст] / Ф.Е.Шин, И.Г.Старичков, П.И.Рыбасов // Московский хирургический журнал.- 2011.- №5(21).- С.51-54.
55. Шевченко Ю.Л. Современные возможности комплексного лечения гнойных ран. [Текст] / Ю.Л. Шевченко, Ю.М.Стойко, А.Л.Рябов // Вестник национального медико- хирургического центра им. Н.И.Пирогова.- 2009.- Том 4, №2.- С.9-12.
56. Eppley B.L. Platelet quantification and growth factor analysis from platelet- rich plasma: implications for wound healing. [Text] / B.L. Eppley, J.E.Woodell, J.Higgins // *Plast. Reconstr. Surg.*- 2004.- № 114(6).-P.1502-1508.
57. Frykberg R.G. Surgical offloading of the diabetic foot. [Text] / R.G. Frykberg? N.J.Bevilocqua? G/Habershaw // *J.Am. Pediatr.Med.Assoc.*- 2010.- Vol.100.- P.369-384/
58. Giamellon H. Antisendomonal antibiotics. [Text] / H. Giamellon, A.Antoniadon // *Med.Clin.North.Amer.*- 2001.- Vol.85, №1.- P.19-42.
59. Gustafsson R. Vacuum- assisted closure therapy guided by C- reactive orotein level in patients with deep sterna wound infection. [Text] / R. Gustafsson // *Thorac.Cardiovasc.Surg.*- 2002.- №123.- P.895-900.
60. Sigge G.O. Use of ozon and hydrogen peroxide in the post-treatment of UASB treated alkaline fruit cannery effluent. [Text] / G.O.Sigge, T.J.Britz, P.C.Fouri// *Water Sci Technol.*- 2001.- Vol.5, №44.- P.69-74.
61. Tylicki L. Beneficial clinical effects of ozonated auto-hemotherapy in chronically dialysed patients with atherosclerotic ischemia of the lower limbs – pilot study. [Text] / L. Tylicki, G.E.Niew, T.Owski// *Int.J.Artif.Organs.*- 2001.- Vol.2, №24.-P.79-82.

References

1. Asylbashev R.B. Programmed treatment of supportive wounds. [Text] / R.B. Asylbashev: Candidate of Medicine 140027. Bishkek, 2004.- 21С.
2. Achkasov E.E. The use of autoplasm, enriched with platelets, in clinical practice. / E.E. Achkasov, E.N. Bezuglov, A.A. Ulyanov // *Biomedicine.*- 2013.- № 4.- С. 46-59.
3. Badikov V.D. Microbiological principles of antimicrobial therapy of infectious diseases [Text] / V.D. Badikov // St. Petersburg, 2005.-183С.
4. Bgatova N.P. Stimulating effect on the body of sorption preparations [Text] / N.P.Bgatova, V.P.Koshkarova // *Consilium.*- 2000.- №3 (13).- P. 21-23.
5. Beschastnov V.V. A new way of active treatment of supportive wounds of soft tissues [Text] / V.V. Beschastnov, V.N. Maramokhin // *Medical sciences. Clinical medicine.*-2010.- № 3 (15).- P. 59-67.
6. Belyakov N.A. Non-invasive sorption methods [Text] / N.A. Belyakov // *Efferent therapy.*- 1996.- № 4.- P.17-19.
7. Beloborodov V.B. Actual aspects of antimicrobial therapy of surgical infections [Text] / V.B. Beloborodov // *Infections in surgery.*- 2003.- №1.- С. 28-30
8. Bogatov V.V. Optimization of antibacterial therapy in the treatment of supportive-inflammatory processes of the maxillofacial region [Text] / V.V. Bogatov, A.G. Denis, N.F. Koliadov // *Stomatology.*- 2015.- №1.- P.37-39.
9. Borodin Y.N. Sorption-lymphatic drainage in supportive-septic surgery [Text] / Y.N. Borodin, V.A. Trudakin, M.S. Lyubarskii // *Bishkek-Novosibirsk: Ilim,* 1993.-346С.
10. Blatun L.A. Local medical treatment of wounds [Text] / L.A. Blatun // *Surgery.*- 2011.- №4.-P.51-59.
11. Vinnik Y.S. The use of sorption transmembrane dialysis in the treatment of superficial supportive wounds. [Text] / Y.V. Vinnik, N.M. Markelova, V.S. Tyuryumin / *Moscow Surgical Journal,* 2011.- №6 (22).- P.5-8.
12. Vinnik Y.S. Modern methods of treatment of supportive wounds. [Text] / Y.S. Vinnik,, N.M. Markelova, V.S. Tyuryumin / *Siberian Medical Review.*- 2013.- No. 1.- P. 18-22.
13. Volenko A.V. Prevention of wound infection with immobilized antibacterial drugs. [Text] / A.Volenko // *Surgery.*- 2004.- No. 10.- P. 54-58.
14. Galimov O.V. The use of combined dressings with antioxidant activity in the treatment of supportive soft tissue diseases. [Text] / O.V. Galimov, S.R. Tuysin. // *Surgery.*- 2010.- №3.- P.41-44.
15. Gudz I.M. Clinical and immunological consequences of preventive use of antibiotics. [Text] / I.M. Gudz // *Clinical Surgery.*- 1998.- №1.- P.3-5.
16. Gostishchev V.K. Infections in surgery: a guide for doctors. [Text] / V.K. Gostishchev // *M.: GEOTAR-Media.*- 2007.- 761p.
17. Glukhov A.A. Regional hydropressive-sorption therapy in a complex of treatment of patients with supportive wounds. [Text] / A.A. Glukhov, V.I. Abakumov // *Bulletin of Experimental and Clinical Surgery.*- 2008.- Volume 1, No. 6.- P.30-36.
18. Grigoryan A.Y. Treatment of supportive wounds with the use of multicomponent ointments based on enterosgel. [Text] / A.Y. Grigoryan, A.I. Bezhin, T.Pankrusheva // *Scientific bulletin.*- 2011.- №6 (111).- P.205-211.
19. V.Derbenev. High-frequency and laser therapy in the treatment of patients with supportive wounds of

- soft tissues. [Text] / V.A. Derbenev, A.F. Nabiev, A.V. Steshin // *Laser Medicine*.- 2010.- Volume 14, no. 3.- C.8-11.
20. Dolgushin I.I. Influence of immunocorrection on the course of supportive wound process and functional activity of neutrophils in patients with odontogenic phlegmons of the face and neck in the process of complex treatment. [Text] / I.I. Dolgushin, L.S. Latyushina, Y.V. Pavlyenko // *Bulletin of New Medical Technologies*.- 2008.- Vol. 15, No. 2.- P.198-200.
 21. Dolgov G.V. Pyoinflammatory complications in operative gynecology, prognosis prevention. [Text] / G.V. Debts // *SPb: CJSC "ELBI"*.- 2001.- 256 seconds.
 22. Duvansky V.A. Microcirculation of supportive wounds according to laser Doppler flowmetry. [Text] / V.A. Duvansky, N.S. Dzagnidze, V.V. Maraev // *Laser medicine*.- 2007.- Vol. 11, No. 1.-P.46-49.
 23. Efimenko N.A. The use of sorption materials in the treatment of supportive wounds. [Text] / N.A. Efimenko, I.O. Nujdin // *Military Medical Journal*.- 1998.- Vol. 319, No. 7.- P. 28-32.
 24. Zagirov U.Z. Ozon-magnetophoresis in the treatment of a supportive wound. [Text] / U.Z. Zagirov, U.M. Isaev, M.A. Salikhov // *Bulletin of New Medical Technologies*.- 2007.- Volume 14, No. 3.- P.207-208.
 25. Zorkin A.A. Antibiotic prophylaxis of surgical infections. Preventive and therapeutic use of domestic cephalosporin antibiotics in a surgical clinic. [Text] / A.Zorkin // *Barnaul*.- 2003.- P.11-16.
 26. Ilyukevich G.V. Antimicrobial chemotherapy in surgery. [Text] / G.V. Ilyukevich // *Minsk*.- 2003.- P.150.
 27. Izmailov S.G. Semi-open method of treatment of supportive wounds of soft tissues. [Text] / S.G. Izmailov, A.A. Botyakov, A.G. Botyakov // *Clinical Medicine*.- 2010.- №1.- P.56-59.
 28. Izmailov S.G. Application of extrinsic programmed vulchnostomy in the treatment of supportive wounds. [Text] / S.G. Izmailov, A.A. Botyakov, V.V. Beschastnov // *Wounds and wound infection*. Yaroslavl.-2007.- C.116-118
 29. Kanshin N.N. Principles of closed aspiration-washing treatment of contaminated and suppurred wounds. [Text] / N.N. Kanshin // *Surgery*.- 1989.- № 6.- P.112-116.
 30. Kantsaliyev L.B. Ozone in the treatment of common supportive surgical diseases of the fingers and hands. [Text] / L.B. Kantsaliyev, E.I. Soltanov, A.A. Tuyevov // *Surgery*.- 2008.- №2.- P.58-61.
 31. Kabisova G.S. The use of drainage sorbents in the local treatment of supportive wounds of the face and neck. [Text] / G.S. Kabisova, I.S. Kopetsky, A.V. Goncharova // *Medical Bulletin of Bashkortostan*.- 2011.- №2 (33).- P.146.
 32. Kazaryan N.S. Treatment of patients with supportive wounds by applying aspiration-flow-flushing drainage of a new design. [Text] / N.S. Kazaryan, K.Kozlov, A.Y.Bykov // *Topical issues of surgery*. Bulletin RAMN-2013.- № 12.- P.64-68.
 33. Kenzhekulov K.K. Efficiency of treatment of supportive wounds with ozonized solution and Dekasan solution in combination with infrared radiation. [Text] / K.K. Kenzhekulov: author's abstract of the Candidate of Medicine. 140117. Bishkek 2016.- 21c.
 34. Kukulnikova E.L. Method of local treatment of trophic ulcers of venous etiology. [Text] / E.L. Kukulnikova // *Surgery*.- 2011.- № 7.- P.67-69.
 35. Kuzin M.I. Wounds and wound infection. [Text] / M.I. Kuzin, B.M. Kostyuchenok // *Guide for doctors*. M.: Medicine.- 1990.-592c.
 36. Kochetov G.P. The causes of complications in the wounded after removal from shock. [Text] / G.P. Kochetov // *Military Medical Journal*.- 1993.-№6.- P.36-38.
 37. Larichev A.B. Vacuum therapy in the complex treatment of supportive wounds. [Text] / A.B. Larichev, A.V. Antonyuk, V.S. Kuzmin // *Surgery*.- 2008.- №6.- P.22-26.
 38. Obolensky V.N. Vacuum therapy in the treatment of supportive wounds and wound infection. [Text] / V.N. Obolensky // *Surgery*.- 2010.- Vol. 18, No. 7.-P.1064-1071.
 39. Obolensky V.N. The use of platelet growth factors and collagen biopreparations in the treatment of patients with chronic trophic ulcers of various etiologies. [Text] / V.N. Obolensky, D.A. Yermolova // *Surgery*.- 2012.- №5.- P.42-47.
 40. Osintsev E.Y. Optimization of aspiration-flushing of supportive wounds. [Text] / E.Y.Osintsev, A.B. Slobodskaya, V.A.Mel'sitov // *Bulletin of Surgery*.- 2012.- Volume 171, № 5.- P.61-64.
 41. Sazhin V.P. Antibiotic therapy for supportive surgical diseases of the abdominal cavity and soft tissues. [Text] / V.P. Sazhin, N.G. Bodrova, D.E. Klimov // *Surgery*.- 2010.-№ 6.- P.4-9.
 42. Sukovatykh B.S. Immobilized form of chlorhexidine bigluconate in the complex treatment of supportive wounds. [Text] / B.S. Sukovatykh, T.A. Pankrusheva, E.G. Andryukhina // *Bulletin of Experimental and Clinical Surgery*.- 2013.- Vol. 6, No. 4.- C.406-410.
 43. Sopuyev A.A. Local sorption-dehydration therapy of supportive wounds. [Text] / A.A.Sopuev // 1998.- Bishkek.- 272p.
 44. Svetukhin A.M. Surgical sepsis: Clinic, diagnosis, treatment. [Text] / A.Svetukhin, A.O. Zhukov // *Infection and antibacterial therapy*.- 1999.- №2.- C.50-54.
 45. Tolstykh P.I. Theoretical and practical aspects of laser photochemistry for treatment of supportive wounds. [Text] / P.I. Tolstykh, V.A. Derbenev, I.Y. Kuleshov // *Russian Biotherapeutic Journal*.- 2008.- Vol. 7, No. 4.-P.20-24.
 46. Tuysin S.R. Treatment of long-term non-healing wounds by using combined dressings. [Text] / S.R. Tuysin // *Fundamental Research*.- 2010.-№5.-P.91-94.
 47. Tuysin S.R. Correction of free radical processes during treatment of supportive wounds. [Text] / SRTuysin, I.V. Bogdanov // *Fundamental Research*.- 2010.- №4.- P.81-85.
 48. Tretyakov A.A. Treatment of supportive wounds. [Text] / A.A. Tretyakov, S.V. Petrov, A.N. Neverov // *News of Surgery*.- 2015.- Vol. 23, No. 6.-P.680-687.
 49. Fomichev E.V. Antibacterial therapy of a supportive infection is a necessity or a tradition? [Text] / E.V. Fomichev // *Bulletin of the Volgograd Scientific Center of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2010.- №2.- P.12-16.

50. Khalilov M.A. Experience of using local immunocorrection in the treatment of supportive wounds. [Text] / M.A. Khalilov, I.A. Snimshchikova // Medical Immunology.- 2010.- Vol. 12, No. 3.-P.227-234.
51. Khalilov M.A. Use of topical immunocorrection in the treatment of supportive wounds. [Text] / M.A. Khalilov // Bulletin of New Medical Technologies.- 2009.- Vol. 16, No. 3.-P.165-168.
52. Shaposhnikov A.V. Treatment of infected wounds. Methodical recommendations for surgeons. [Text] / A.V. Shaposhnikov, M.G. Bagdykov // 1984.-25s.
53. Shanin Y.N. Antioxidant therapy in clinical practice. [Text] / N.Y. Shanin, V.Y. Shanin, E.V. Zinoviev // SPb.: ELBI-SPb.- 2003.- 128s.
54. Shin F.E. New in the treatment of supportive wounds. [Text] / F.E. Shin, I.G. Starichkov, P.I. Rybasov // Moscow Surgical Journal.- 2011.- No. 5 (21).- P.51-54.
55. Shevchenko Y.L. Modern possibilities of complex treatment of supportive wounds. [Text] / Y.L. Shevchenko, Y.M. Stoyko, A.L. Ryabov // Bulletin of the National Medico-Surgical Center named after. NI Pirogova.- 2009.- Vol. 4, No. 2.-C.9-12.
56. Eppley B.L. Platelet quantification and growth factor analysis from platelet- rich plasma: implications for wound healing. [Text] / B.L. Eppley, J.E.Woodell, J.Higgins // Plast. Reconstr. Surg.- 2004.- № 114(6).-P.1502-1508.
57. Frykberg R.G. Surgical offloading of the diabetic foot. [Text] / R.G. Frykberg? N.J.Bevilocqua? G/ Habershaw // J.Am. Pediatr.Med.Assoc.- 2010.- Vol.100.- P.369-384/
58. Giamellon H. Antisendomonal antibiotics. [Text] / H. Giamellon, A.Antoniadon // Med.Clin.North.Amer.- 2001.- Vol.85, №1.- P.19-42.
59. Gustafsson R. Vacuum- assisted closure therapy guided by C- reactive orotein level in patients with deep sterna wound infection. [Text] / R. Gustafsson // Thorac.Cardiovasc.Surg.- 2002.- №123.- P.895-900.
60. Sigge G.O. Use of ozon and hydrogen peroxide in the post-treatment of UASB treated alkaline fruit cannery effluent. [Text] / G.O.Sigge, T.J.Britz, P.C.Fouri// Water Sci Technol.- 2001.- Vol.5, №44.- P.69-74.
61. Tylicki L. Beneficial clinical effects of ozonated auto-hemotherapy in chronically dialised patients with atherosclerotic ischemia of the lower limbs – pilot study. [Text] / L. Tylicki, G.E.Niew, T.Owski// Int.J.Artif.Organs.- 2001.- Vol.2, №24.-P.79-82.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКУУМНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ Г. АСТАНЫ

УДК 618.19-006-076

Рахимжанова Р.И., Абдрахманова Ж.С., Сулейменова Д.М., Скакова А.Б., Жаппаров Е.И., Айтбай Г.С.

АО «Медицинский университет Астана»
ГКП на ПХВ «Онкологический центр» г. Астана, Казахстан

Аннотация

Для ранней диагностики рака молочной железы (РМЖ) морфологическая верификация диагноза непальпируемых образований является ключевой. Среди множества методик чрезкожной биопсии новообразований под контролем лучевых методов исследования наиболее перспективной является вакуумная аспирационная биопсия (ВАБ), объединяющее диагностические и лечебные возможности. Процедура обладает рядом преимуществ, важнейшими из которых являются высокая информативность (до 100%) и возможность полного удаления доброкачественных образований. ВАБ проводилась с помощью системы BARD EnCor под контролем ультразвукового метода исследования на аппарате Toshiba Applio 400 с использованием линейных датчиков 7,5-12 МГц. Показаниями к ВАБ являлись образования диаметром до 2,5 см с предположительно доброкачественным характером роста. Были проанализированы результаты обследования 23 женщин, направленных в онкологический центр г.Астана с апреля по октябрь 2016г. Информативность метода составила 100%. Информативность ВАБ при правильной технике проведения достигает 100%. ВАБ является методом выбора для удаления доброкачественных образований менее 2 см, позволяющим получить хороший косметический и лечебный результат.

Астана қаласының Онкологиялық Орталығында вакуум аспирациялық биопсия тәжірибесінің жүргізілуі

Рахимжанова Р.И., Абдрахманова Ж.С., Сулейменова Д.М., Скакова А.Б., Жаппаров Е.И., Айтбай Г.С.

АО «Медицинский университет Астана»
ШЖҚ «Онкологиялық орталығы» МКК Астана қ., Қазақстан

Аңдатпа

Сүт бездерінің ісігін ерте диагностикалау үшін пальпацияға жатпайтын өспелер диагнозының морфологиялық верификациясы басты болып табылады. Сәулелі әдістерімен қарау арқылы жасалатын көптеген тері арқылы биопсия әдістерінің ішінде ең перспективті, диагностикалық және емдік мүмкіндіктерді қосатын, вакуумды аспирационды биопсия (АВБ) болып табылады. Ақпараттық мазмұны (100%) және ең маңыздысы ісіктерді толық жою мүмкіндігі бар, оның бірнеше артықшылықтары бар. АВБ BARD EnCor жүйесі көмегімен Toshiba Applio 400 аппаратында 7.5-12 МГц сызықтық датчиктерді пайдаланып зерттеуді ультрадыбыстық әдісін бақылауында пайдалана отырып жүргізілді. Диаметрі 2,5 см дейін қатерсіз өсу сипаты бар өспелер АВБ үшін көрсеткіш болып саналды. 2016 жылдың сәуір мен қазан айларының арасында Астана қаласының онкологиялық орталығына жіберілген 23 әйелдердің қаралу нәтижелері талданды. Әдіс ақпараттылығы 100%. АВБ - ның ақпараттылығы дұрыс техникамен жасалған жағдайда 100% жетеді. АВБ 2 см-ден үлкен емес қатерсіз ісіктерді алып тастау үшін, сонымен қатар жақсы косметикалық және терапиялық нәтиже алуға мүмкіндік беретін таңдау әдісі болып табылады.

Experience of vacuum- assisted biopsy implementation in Oncologic Center of Astana city

Rakhimzhanova R.I., Abdrakhmanova Zh.S., Suleimenova D.M., Skakova A.B., Zhabbarov E.I., Aitbay G.S.

JSC "Medical University Astana"
"Oncological center" of Astana city, Astana, Kazakhstan

Abstract

For early diagnosis of breast cancer (BC) morphological verification of diagnosis of not palpable entities is the key. Among the many methods of percutaneous biopsy of tumors under the control of the radiological methods of investigation most promising is the vacuum aspiration biopsy (VAB), combining diagnostic and therapeutic capabilities. procedure has a number of advantages, the most important of which are high information content (to 100%) and the opportunity to complete removal of benign formations. (VAB) was carried out with the help of the system bard encor under the control of ultrasonic method of research on the machine Toshiba applio 400 using linear sensors 7.5-12 MHz. Indications for VAB were formations up to 2.5 cm in diameter with a presumably benign growth pattern. The results of a survey of 23 women sent to the cancer center in Astana from April to October 2016 were analyzed. The informativeness of the method was 100%. The informative value of the VAB is 100% with the correct technique. VAB is the method of choice for the removal of benign lesions less than 2 cm, which allows to obtain a good cosmetic and therapeutic result.

ОБ АВТОРАХ

Рахимжанова Раушан Ибжановна – Заслуженный деятель Республики Казахстан, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой радиологии им. академика Ж.Х. Хамзабаева Медицинского университета Астана.

Абдрахманова Жанар Сагатбековна – к.м.н., заведующая кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии Медицинского университета Астана.

Сулейменова Данара Муратовна – врач рентгенолог отделения лучевой диагностики онкологического центра г. Астана. Электронный адрес: danara27@mail.ru. Телефон: 87015559095.

Ключевые слова

рак молочной железы, биопсия, вакуумная аспирационная биопсия молочной железы

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Рахимжанова Раушан Ибжанқызы – Қазақстан Республикасының еңбек сіңірген қайраткері, м.ғ.д., профессор, Астана Медицина университетінің академик Ж.Х. Хамзабаев атындағы радиология кафедрасының меңгерушісі.

Абдрахманова Жанар Сагатбекқызы – м.ғ.к., Астана Медицина университетінің сәулелі диагностика және сәулелі терапия кафедрасының меңгерушісі,

Сулейменова Данара Муратқызы –

Астана қаласының онкологиялық орталығының сәулелі диагностика бөлімінің рентгенолог дәрігері. Электронды пошта: danara27@mail.ru. Телефон: 87015559095.

Түйін сөздер

сүт без обьры, биопсия, сүт безінің вакуумдық аспирациялық биопсия

ABOUT THE AUTHORS

Rakhimzhanova Raushan Ibzhanovna – honored worker of the Republic of Kazakhstan, PhD, professor, head of radiology Department named after Z.H. Hamzayev in Astana Medical University.

Abdrakhmanova Zhanar Sagatbekovna – PhD, head of radiology and Radiation Therapy Department in Medical University of Astana.

Suleimenova Danara Muratovna – MD, radiologist, in the radiology department in Astana city Oncological Center, Astana. E-mail: danara27@mail.ru. Phone: 87015559095.

Keywords

breast cancer, biopsy, breast vacuum aspiration biopsy

Одна из важнейших проблем в области охраны здоровья женщин - это борьба с раком молочной железы (РМЖ). Неуклонный рост заболеваемости от данного вида новообразований делает задачу раннего выявления крайне актуальной. За последнее десятилетие разработаны эффективные методы чрезкожной биопсии новообразований молочной железы под контролем ультразвукового и рентгенологического исследования. К таковым относятся тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАБ), трепанобиопсия системой «пистолет-игла» и вакуумная аспирационная биопсия (ВАБ). Среди множества методик интервенционной радиологии наиболее перспективной представляется ВАБ, которая объединяет в себе диагностические и лечебные возможности. Процедура может выполняться как под рентгенологическим, так и под ультразвуковым контролем. К преимуществам данной методики, описанными рядом авторов, относят: значительно больший забор материала для исследования (300 мг максимально по сравнению с 17 мг в среднем при использовании иглы 14 G при трепанобиопсии); повышение качества дифференциальной диагностики между атипией и раком *in situ* на 50 %; уменьшение количества сомнительных результатов гистологического исследования; меньшая травматизация клеток при заборе образца; возможность эвакуировать гематому вакуумом по ходу проведения процедуры; возможность размещения метки в области вмешательства; возможность полного удаления доброкачественных новообразований размером до 2 см; возможность введения анестетика в область вмешательства по ходу процедуры.

Цели и задачи

1. Разработать список показаний для применения ВАБ с лечебной и диагностической целью; разработать единый алгоритм и технику применения методики ВАБ; проанализировать результаты применения ВАБ молочной железы в условиях ГОЦ

Материалы и методы

Вакуумная аспирационная биопсия проводилась с помощью системы BARD EnCor под контролем ультразвукового метода исследования на аппарате Toshiba Applio 400 с использованием линейных датчиков 7,5-12 МГц.

Абсолютными показаниями к ВАБ являлись образования небольшого диаметра (до 2,5 см) с несомненно доброкачественным характером роста с целью их полного удаления.

Нами были проанализированы результаты обследования 23 женщин, направленных в ГОЦ с апреля по октябрь 2016г.

Результаты и обсуждение

В 100% случаев был получен адекватный материал, информативный для полноценного гистологического исследования.

В результате проведенного обследования было диагностировано 21 (91%) фиброаденома молочной железы. У 2 (9%) пациенток гистологическое заключение было: фиброзно-кистозная болезнь молочной железы, пролиферативный вариант.

Актуальность

Одна из важнейших проблем в области охраны здоровья женщин - это борьба с раком молочной железы (РМЖ). Неуклонный рост заболеваемости от данного вида новообразований делает задачу раннего выявления крайне актуальной [1].

В результате внедрения национальной программы скрининга ежегодно диагностируется все больше малых форм РМЖ, недоступных обычному пальпаторному обследованию и требующих принципиально новых подходов к диагностике и верификации диагноза. В ходе выполнения маммографического скрининга в г. Астана РМЖ ежегодно выявляется в 0,25-0,41% случаев, количество женщин с доброкачественными образованиями, направленных на дообследование в условиях Городского Онкологического Центра (ГОЦ) составляет от 700 до 2000 женщин в год, только в рамках скрининга. На каждый случай выявленной при скрининге злокачественной опухоли приходится до 30-40 наблюдений различных доброкачественных новообразований [2].

Все это ставит перед врачами онкологами и радиологами новые задачи. Одной из самых важных является вопрос морфологической верификации диагноза при непальпируемых образованиях молочной железы [3].

Для решения этого и других вопросов во всем мире внедрен и продолжает совершенствоваться целый арсенал диагностических методик. До середины прошлого столетия при обследовании женщин доминировал клинический метод. Это давало до 50% ошибок при диагностике РМЖ, и позволяло диагностировать его, в большинстве случаев, на поздних стадиях [4]. Однако в настоящее время продолжается развитие науки в направлении внедрения новых цифровых технологий, позитивно влияющих на возможности развития онкологической службы.

За последнее десятилетие разработаны эффективные методы чрезкожной биопсии новообразований молочной железы под контролем ультразвукового и рентгенологического исследования. К таковым относятся тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАБ), трепанобиопсия системой «пистолет-игла» и вакуумная аспирацион-

ная биопсии (ВАБ). Тонкоигольная аспирационная биопсия образований молочной железы позволяет получить клеточный материал с целью цитологического исследования, чтобы установить диагноз. Вместе с тем, для подбора плана лечения требуется не только установить правильный диагноз, но и определить иммуногистохимический вариант опухоли. Применение трепанобиопсии молочной железы позволяет получить не только клеточный, но и тканевой материал для гистологического и иммуногистохимического исследования и определить рецепторы гормонов эстрогенов и прогестерона, онкоген HER 2/neu и др.

Однако, при достаточно высокой чувствительности и специфичности данных видов биопсии, неинформативный материал бывает получен в более чем 10% случаев, что сопряжено с финансовыми затратами для проведения повторного обследования, и психологическим дискомфортом для пациентки[5].

Причиной получения неадекватного материала при трепанобиопсии могут быть либо сложное для проведения манипуляции расположение подозрительного очага в молочной железе, либо недостаточное количество материала при пограничных изменениях типа LCIS, DCIS – дольковый или протоковый рак *in situ*[6].

Среди множества методик интервенционной радиологии наиболее перспективной представляется ВАБ, которая объединяет в себе диагностические и лечебные возможности[7]. Процедура может выполняться как под рентгенологическим, так и под ультразвуковым контролем. К преимуществам данной методики, описанными рядом авторов, относят: значительно больший забор материала для исследования (300 мг максимально по сравнению с 17 мг в среднем при использовании иглы 14 G при трепанобиопсии); повышение качества дифференциальной диагностики между атипией и раком *in situ* на 50 %; уменьшение количества сомнительных результатов гистологического исследования; меньшая травматизация клеток при заборе образца; возможность эвакуировать гематому вакуумом по ходу проведения процедуры; возможность размещения метки в области вмешательства; возможность полного удаления доброкачественных новообразований размером до 2 см; возможность введения анестетика в область вмешательства по ходу процедуры[8].

Данная методика внедрена в ГОЦ г.Астана в апреле 2016 г.

Цели и задачи

1. Разработать список показаний для применения ВАБ с лечебной и диагностической целью.

2. Разработать единый алгоритм и технику применения методики ВАБ
3. Проанализировать результаты применения ВАБ молочной железы в условиях ГОЦ

Материалы и методы

Нами были проанализированы результаты обследования 23 женщин, направленных в ГОЦ с апреля по октябрь 2016г. в связи с выявленными образованиями молочных желез, предположительно доброкачественного характера. Возраст больных составлял от 20 до 57 лет. У 3 (13%) пациенток очаговые поражения МЖ выявлены при проведении маммографии, у 20 (87%) – сонографии. В онкологическом диспансере всем женщинам проводилось УЗИ молочных желез, с обязательным включением в протокол доплерографии, соноэластографии и режима “Micro Pure”. У всех пациенток было подтверждено наличие различных новообразований молочных желез.

У 20 (87%) пациенток в ходе предоперационного обследования были диагностированы фибroadеномы молочных желез, еще у 3(13%) узловая гиперплазия молочной железы.

Размеры очаговых изменений по данным маммографии и/или УЗИ у 5 (22%) больных составляли от 0,4 до 1 см, у 14 (61%) – 1,1-1,9 см и у 4 (17%) пациенток – более 2 см.

По категориям BIRADS пациентки делились следующим образом: 9 (39%) женщинам выставлено заключение «категория BIRADS U2», 11(48%) пациентка «BIRADS U3», и в 3 (13%) случаях диагностирована категория BIRADS U4a.

Вакуумная аспирационная биопсия проводилась с помощью системы BARD EnCor под контролем ультразвукового метода исследования на аппарате Toshiba Aplio 400 с использованием линейных датчиков 7,5-12 МГц.

Абсолютными показаниями к ВАБ являлись образования небольшого диаметра (до 2,5 см) с несомненно доброкачественным характером роста с целью их полного удаления. Для подтверждения доброкачественности образования использовались критерии соноэластограммы: картирование по 1-2-3 типу, коэффициент деформации менее 4, и отсутствие микрокальцинатов в режиме “Micro Pure”. В трех случаях с категорией BIRADS U4a ВАБ был применен как с диагностической, так и с лечебной целью.

Методика выполнения ВАБ под УЗ-контролем, применяемая в качестве лечебной процедуры, состоит из нескольких этапов.

1 этап. Местная анестезия кожи в месте введения иглы и далее – паренхимы МЖ по направлению к образованию, так называемая гидропрепаровка тканей. Используется 2 % раствор Наропина.

Рис. 1
Положение иглы

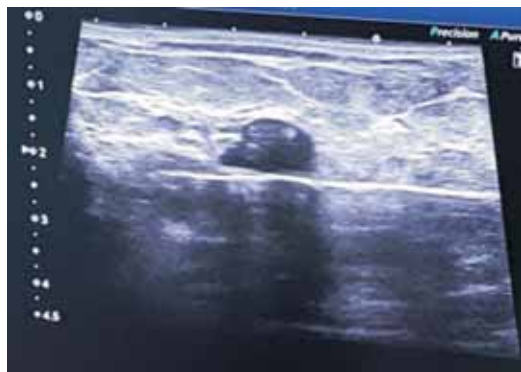


Рис. 2
Место операции
спустя 1 час



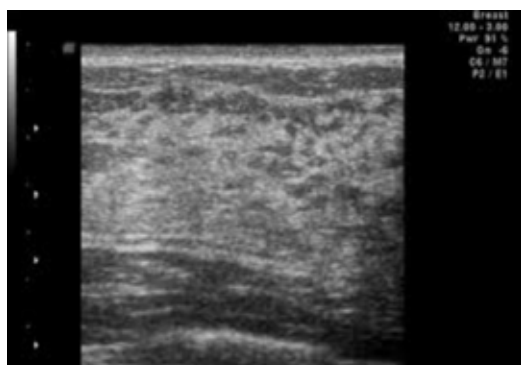
Рис. 3
Материал -
удаленная опухоль
молочной железы



Рис. 4
УЗ-контроль
через 3 суток



Рис. 5
УЗ-контроль
через 1 месяц
(та же пациентка)



2 этап. Рассечение кожи скальпелем для облегчения введения биопсийной иглы (применялись зонды толщиной от 70 до 10 G).

3 этап. Позиционирование иглы под контролем с апертурой, направленной строго вверх.

4 этап. Непосредственно выполнение вакуум-биопсии под непрерывным контролем ультразвука во время манипуляции.

5 этап. Включение режима вакуума для удаления остатков анестетика и крови.

6 этап. Профилактика возникновения гематомы или серомы после процедуры – тугое бинтование молочной железы эластичным бинтом на сутки, холод на область вмешательства (на уже забинтованную железу) на 20–30 мин.

7 этап. Контрольный осмотр через сутки после процедуры.

Результаты

В 100% случаев был получен адекватный материал, информативный для полноценного гистологического исследования.

В результате проведенного обследования было диагностировано 21 (91%) фиброаденома молочной железы. У 2 (9%) пациенток гистологическое заключение было: фиброзно-кистозная болезнь молочной железы, пролиферативный вариант. По морфологическим типам фиброаденом образования делились следующим образом: в 10 (47%) случаях - периканаликулярная фиброаденома, в 5 (24%) интраканаликулярная, и в еще 6 (29%) случаях фиброаденома смешанного типа.

Все пациентки через сутки были осмотрены проводившим манипуляцию хирургом. В 2 случаях при выполнении ВАБ были обнаружены признаки гематомы в месте образования, не потребовавшие хирургического вмешательства. Эти симптомы были купированы в результате проведения консервативного лечения.

Выводы

- 1) Информативность ВАБ для получения материала, достаточного для проведения гистологического исследования, достигает 100%.
- 2) ВАБ является методом выбора для удаления доброкачественных образований менее 2 см, позволяющим получить хороший косметический и лечебный результат.
- 3) ВАБ под УЗ контролем с использованием функции “Micro Pure” является перспективным методом удаления сгруппированных микрокальцинатов.
- 4) Отдаленные результаты процедуры ВАБ, такие как частота рецидивов, частота формирования рубцовой ткани на месте операции, необходимо изучить в последующих исследованиях.

Список литературы

1. Е.А. Рассказова, Н.И. Рожкова. Скрининг для ранней диагностики рака молочной железы. Исследования и практика в медицине. 2014- 1 (1): 45-51
2. Жариков А.А., Паршин В.С. Роль инструментального скрининга и его эффективность в ранней диагностике доброкачественных и злокачественных заболеваний молочной железы. Опухоли женской репродуктивной системы. 2007- 4: 17-22.
3. Федоров Н. М., Шаназаров Н. А., Сабиров А. А., Нохрин Д. Д., Чижик А. В., Ефремов Д. П., Карпова Л. И. Роль и место морфологической верификации непальпируемых новообразований молочных желез. Тюменский медицинский журнал. 2011- 3,4: 34-35
4. Понедельникова Н.В., Корженкова Г.П., Лetyагин В.П., Вишнеvская Я.В. Выбор способа верификации объемных образований молочной железы на дооперационном этапе. Опухоли женской репродуктивной системы. 2011 – 1: 41-45
5. Ying-Hua Yu et al. Diagnostic value of vacuum-assisted breast biopsy for breast carcinoma: a meta-analysis and systematic review. Breast Cancer Research and Treatment. 2010-120(2): 469–479
6. Liberman L. Clinical management issues in percutaneous core biopsy. Radiologic Clinics of North America. 2000-38:791–807
7. Н.И. Рожкова, В.К. Боженко, М.Л. Мазо. Методы интервенционной радиологии и молекулярной биологии в клинической маммологии. Материалы III Международной научно-практической конференции «Высокие технологии в медицине». 2010 – 1 (2):96-96
8. Н. А. Захарова, П. А. Григорьев, И. П. Громут, Л. Ф. Григорьева, А. В. Филимонов. Опыт применения вакуумной аспирационной биопсии под рентгенологическим контролем в рамках маммографического скрининга на базе Окружной клинической больницы Ханты-Мансийска. Опухоли женской репродуктивной системы. 2012- 1: 28-31

References

1. E. A. Rasskazova, N. I. Rozhkova. Screening for early diagnostics of breast cancer. Research and practice in medicine. 2014-1 (1):45-51
2. Zharikov A.A., Parshin V.S. The role of instrumental screening and its effectiveness in the early diagnosis of benign and malignant diseases of the breast. Tumors of the female reproductive system. 2007- 4: 17-22.
3. N.M. Fedorov., N.A. Shanazarov, A.A. Sabirov, D.D. Nokhrin, A.V. Chizhik, D.P. Efremov, L.I. Karpova. The role and place of morphological verifications of non-palpable neoplasms in mammary glands. Tyumen Medical Journal. 2011-3,4: 34-35
4. Ponedelnikova NV, Korzhenkova GP, Letyagin VP, Vishnevskaya Ya.V. The choice of the method of verifying the volume formations of the mammary gland at the preoperative stage. Tumors of the female reproductive system. 2011 - 1: 41-45
5. Ying-Hua Yu et al. Diagnostic value of vacuum-assisted breast biopsy for breast carcinoma: a meta-analysis and systematic review. Breast Cancer Research and Treatment. 2010-120(2): 469–479
6. Liberman L. Clinical management issues in percutaneous core biopsy. Radiologic Clinics of North America. 2000-38:791–807
7. N. I. Rozhkova, V. K. Bozhenko, M. L. Mazo. Methods of intervention radiology and molecular biology in a clinical mammology. Materials III of the International scientific and practical conference “High Technologies in Medicine”. 2010 – 1 (2):96-96
8. N.A. Zakharova, P.A. Grigoryev, I.P. Gromut, L.F. Grigoryeva, A.V. Filimonov. The first results of using stereotactic vacuum-assisted breast biopsy under X-ray control within breast cancer screening program in State Clinical Hospital of Khanty-Man-siysk . Tumors of the female reproductive system. 2012-1: 28-31

УДК 616.61-089.843

ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЦИТОХРОМА P450 (CYP 3A5), В КАЧЕСТВЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ДЕТЕРМИНАНТА ВЫЖИВАЕМОСТИ ТРАНСПЛАНТАТА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕСАДКОЙ ПОЧКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

ОБ АВТОРАХ
Ибрагимов Р.П. –

заведующий отделения трансплантации почек, урологии и экстракорпоральной детоксикации, научный руководитель

Галлямов М.Г. –

PhD, нефролог, старший научный сотрудник

Мададов И.К. –

младший научный сотрудник

Джарболова А.Н. –

младший научный сотрудник

Ибрагимов Р.П., Галлямов М.Г., Мададов И.К., Джарболова А.Н.
Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова

Аннотация

Цель работы: изучение генетических факторов, влияющих на выживаемость почечного трансплантата, в частности, гена цитохрома P450 (CYP3A5), участвующего в фармакокинетике Прографа – препарата выбора при иммуносупрессивной терапии в трансплантологии. **Методология проведения работы:** аналитический обзор. **Результаты.** В данной работе отражен анализ результатов исследования полиморфизма гена цитохрома P450 (CYP3A5), участвующего в фармакокинетике Прографа – препарата выбора при иммуносупрессивной терапии в трансплантологии. Уникальность данного направления заключается в его индивидуальном подходе к каждому пациенту, в более обоснованном подходе к назначаемым тем или иным дозировкам препарата, улучшении показателей выживаемости трансплантата, сохранении качества жизни пациента. Проанализированы результаты исследований, указывающие на взаимосвязь генетического полиморфизма цитохрома P450 (CYP3A5) с фармакокинетикой такролимуса. Информация о носительстве реципиентами того или иного аллеля данного гена, дает возможность предопределять изменения в концентрации такролимуса, лучше контролировать иммуносупрессию, что положительно повлияет на выживаемость трансплантата в долгосрочном плане. **Область применения:** трансплантология. **Выводы.** На сегодняшний день в Казахстане активно развивается трансплантологическая служба, глубоко изучаются вопросы рационализации и индивидуализации иммуносупрессивной терапии. С этой целью, каким и во всем мире так и в нашей стране, большой актуальностью пользуется вопрос о генетических факторах, определяющих выживаемость трансплантата. Существует несколько известных механизмов развития процессов отторжения трансплантата, обусловленных генетическими детерминантами, но еще много информации предстоит раскрыть в этом плане. Сегодня и в нашей стране, на базе ННЦХ им. А.Н. Сызганова, проводится исследование подобного формата, и её особенностью является изучение генотипа этнического населения.

Ключевые слова:

полиморфизм, цитохром P450 CYP 3A5, выживаемость трансплантата, програф

Цитохром P450 (CYP 3A5) генетикалық полиморфизмінің, бүйрек трансплантациясы жасалған науқастардың трансплантатының тірі қалуының генетикалық детерминанты ретінде зерттелуі (Әдебиеттік шолу)

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Ибрагимов Р.П. –

бүйрек трансплантациясы, урология және экстракорпоралды детоксикация бөлімшесінің меңгерушісі, ғылыми жетекші

Галлямов М.Г. –

PhD, нефролог, аға ғылыми қызметкер

Мададов И.К. –

кіші ғылыми қызметкер

Джарболова А.Н. –

кіші ғылыми қызметкер

Ибрагимов Р.П., Галлямов М.Г., Мададов И.К., Джарболова А.Н.
А. Н. Сызганова атындағы ұлттық ғылыми хирургия отралығы

Аңдатпа

Жұмыстың мақсаты: бүйрек трансплантатының тірі қалуына әсер ететін генетикалық факторларды, әсіресе солардың ішінде, трансплантологияда иммуносупрессивті терапияда қолданылатын прографтың фармакокинетикасына қатысатын, цитохром P450 (CYP 3A5) зерттеуі. **Жұмысты жүргізу әдістемесі:** аналитикалық шолу. **Нәтижелері.** Жасалған жұмыста, трансплантологияда иммуносупрессивті терапияда қолданылатын прографтың фармакокинетикасына қатысатын, цитохром P450 (CYP 3A5) генетикалық полиморфизмінің зерттеулерінің нәтижелері қарастырылып отыр. Бұл зерттеудің ерекшелігі, оның әр науқастың ерекше емделуінде, тағайындалып жатқан дәрілердің мөлшерлерін дәлелді тәсілмен берілуінде, трансплантаттың тірі қалуының корсеткіштерінің жақсаруында және науқастың өмір сүру сапасын жақсартуында. Қарастырылған зерттеулердің нәтижелері, цитохром P450 (CYP 3A5) генетикалық полиморфизмінің және такролимус фармакокинетикасының бірін бірімен байланысты болып тұрғанын білдіріп тұр. Реципиенттердің бұл гендің қай аллелінің тасушысы екені туралы мәлімет, бірерге такролимустың қандағы концентрациясының өзгерістерін болжау, иммуносупрессияны жақсырақ бақылау мүмкіншілігін тұғызады, және де бұл нәтижеде трансплантаттың ұзақ мерзімде тірі қалуына себеп болады. **Шешімдер.** Қазіргі таңда Қазақстанда трансплантология жылдам дамып бара жатыр және иммуносупрессивті терапияның индивидуализация және рационализациясы терен тәсілде қарастырылып жатыр. Бүкіл дүниедегідей, Қазақстанда да трансплантаттың тірі қалуына әсер ететін генетикалық факторларды зерттеудің үлкен үнемі бар. Генетикалық факторлармен байланысты бірнеше дәлелденген, трансплантаттың қабылдамау процессінің даму жолдары бар. Қазіргі таңда біздің мемлекетімізде, А. Н. Сызганова атындағы Ұлттық ғылыми хирургия отралығында ұқсас тәсілде зерттеу жүргізіліп жатыр және оның ерекшелігі этникалық халқының генотипінің зерттелуінде.

Түйін сөздер

полиморфизм, цитохром P450 (CYP 3A5), трансплантаттың тірі қалуы, програф

Investigation of CYP 3A5 genetic polymorphism, as a genetic determinant of renal transplant survival (Literature review)

Ibragimov R.P., Gallyamov M.G., Madadov I.K., Jarbolova A.N.

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

Summary

Aim of work: investigation of genetic factors, that affect the long-term survival of renal transplant, particularly CYP 3A5, that play a key role in tacrolimus pharmacokinetics – the drug of choice in immunosuppressive treatment in transplantology. **Methodology:** analytical review. **Results.** This work, is a review of other relevant investigations on CYP 3A5 genetic polymorphism. Unicity of this trend lies in its particular approach to each patient, personalization of immunosuppressive treatment and more reasonable approach to the dose adjustment, improvement of graft survival and preserve patient's quality of life. According to the results of observed investigations, there is a strict association between CYP 3A5 genetic polymorphism and tacrolimus pharmacokinetics. The information about the carriership of particular alleles of aforementioned gene gives the opportunity to determine the changes in blood concentrations of tacrolimus, better control of immunosuppressive therapy, that will positively affect the long-term graft survival. **Applications:** transplantology. **Conclusions.** Nowadays in Kazakhstan there is an active development of transplantology. Deeply are explored the aspects of personalization and rationalization of immunosuppressive treatment. In our country as in whole world genetic factors, determining long-term graft survival, represent a great relevancy in transplantology. There are several known ways of the development of graft rejection, associated with genetic factors, but much information is need to be discovered in this concern. Today, in our country, in National Scientific center of surgery, relevant investigation is being held in this concern and it's specialty is the study of the genotype of ethnic population.

ABOUT THE AUTHORS

Ibragimov R.P. – head of kidney transplantation, urology and extracorporeal detoxication department, scientific manager

Gallyamov M.G. – PhD, nephrologist, senior scientific associate

Madadov I.K. – junior scientific associate

Jarbolova A.N. – junior scientific associate

Keywords:

polymorphism, CYP 3A5, graft survival, transplantology

Введение

На сегодняшний день пересадка почки является наиболее предпочтительным методом лечения терминальной хронической почечной недостаточности. Преимуществом трансплантации почек над другими видами заместительной терапии, является то, что трансплантат полностью замещает функцию почек, в которых вследствие различных причин развилась недостаточность. Улучшение качества жизни пациентов, возврат к полноценной и активной жизни являются другими немаловажными преимуществами трансплантации почек.

В связи с усовершенствованием методов подбора доноров, оперативной техники и рационализации иммуносупрессивной терапии удалось достичь улучшения показателей краткосрочной выживаемости трансплантата. По данным различных источников годичная выживаемость трансплантата, составляет до 95% от доноров со смертью головного мозга и до 98% от живого донора, соответственно. В нашей практике годичная выживаемость трансплантата составила 91% от живого донора. Не смотря на такие высокие показатели годичной выживаемости трансплантата, показатели 5-летней выживаемости остаются довольно низкими. К примеру, в США 5-летняя выживаемость трансплантата от доноров со смертью головного мозга составляет до 80% по различным данным, и от 82 до 90% от живого донора, соответственно. В нашей практике 5-летняя выживаемость составляет 88%. Таким образом, не смотря на улучшение показателей годичной выживаемости трансплантата, поздняя потеря функции трансплантата является главной проблемой, которая требует решения [1].

Так, что же лежит в основе причин поздней потери трансплантата? Если учитывать, что смерть пациента с функционирующим трансплантатом, является самой главной причиной потери трансплантата в течение 1 года остается не до конца изученной, так называемая хроническая нефропатия трансплантата. В этой связи можно предположить то, что наряду с иммунологическим повреждением трансплантата имеется и неиммунологические механизмы. В последние годы проводятся исследования, основанные на изучении влияния генетических факторов на исход функции трансплантата. Одной из этих направлений, является изучение полиморфизма гена цитохрома P450 CYP 3A5, который участвует в фармакокинетике такролимуса, препарат выбора при иммуносупрессивной терапии.

Исследования

Fan B и соавт. [2] изучили фармакокинетику такролимуса у пациентов принимающих програф или адваграф, в зависимости от экспрессии гена CYP 3A5. В исследование были 106 реципиентов почки. 61 из них принимали програф и остальные 45 принимали адваграф. У 40% исследуемых наблюдалась низкая экспрессия гена CYP 3A5. У пациентов с низкой экспрессией гена CYP 3A5, пациентам требовалась большая дозировка адваграфа для достижения минимальной терапевтической концентрации в течение 21 дня после операции, тогда как прием прографа в средней дозировке способствовал достижению минимальной терапевтической концентрации в течение 7 дней. Годичная выживаемость трансплантата в обеих группах достигала 100%. Достоверной разницы в показателях СКФ у пациентов обеих групп не наблюдалось, однако инфекции

онных осложнений встречались чаще в группе пациентов принимающих адваграф.

Cheng и соавт. [3] исследовали 35 пациентов с пересадкой почки. Исследуемые были разделены на 3 группы: гомозиготные носители гена CYP3A5*1*1, гомозиготные носители гена CYP3A5*3*3 и гетерозиготные носители гена CYP3A5*1*3. Коррекция дозировки препарата проводилась через 7 дней, и 1, 6 и 12 месяцев после операции, соответственно. Также в вышеупомянутые сроки была зафиксирована концентрация препарата в крови. У пациентов с признаками реакции острого отторжения проводилась биопсия трансплантата. Пациентам с генотипом CYP3A5*1*1 требовалась большая доза такролимуса для достижения целевой концентрации. У последних был высокий риск развития реакции отторжения в связи с неадекватной иммуносупрессией.

Аналогичные результаты были получены у исследователей Quteineh L и соавт.

[4] В исследование были включены 136 реципиентов почки. Так же, как и в предыдущем исследовании, пациентам с генотипом CYP3A5*1*1 требовалась большая дозировка такролимуса для достижения целевой концентрации. Причем аналогичная ситуация сохранялась и в последующие 6 и 12 месяцев наблюдения. Генетический полиморфизм гена CYP3A5 не был ассоциирован с нефротоксическим эффектом такролимуса, однако он оказывал влияние на выбор той или иной дозировки препарата. Исследователи предлагают проводить скрининговое исследование пациентов перед трансплантацией на наличие полиморфизма гена CYP3A5, в частности CYP3A5*1, для подбора начальной дозы препарата и достижения адекватной иммуносупрессии.

Zhang X и соавт. [5] исследовали 118 пациентов и были получены аналогичные исследования. У пациентов-носителей аллелей CYP3A5*1*1 и *1/*3 концентрация такролимуса в крови, по-

сле коррекции дозировки препарата, оказалась низкой, по сравнению с носителями аллеля CYP3A5*3/*3. Так, к примеру, у половины пациентов носителей аллеля CYP3A5*1 через неделю после начала терапии концентрация такролимуса составляла менее 5 нг/мл, а у остальных менее 8 нг/мл, тогда как, у 20% пациентов-носителей аллеля CYP3A5*3 концентрация составляла более 20 нг/мл. Таким образом, этот генетический фактор является одним из ключевых моментов рациональной иммуносупрессивной терапии.

Заключение

Как видно из результатов проведенных исследований, полиморфизм гена CYP3A5 оказывает влияние на концентрацию такролимуса в крови [6], что является ключевым моментом в иммуносупрессивной терапии. Даже при рациональном подборе дозы препарата, необходимо учитывать и генетический фактор. Для улучшения показателей долгосрочной выживаемости трансплантата необходимо постоянно поддерживать терапевтическую концентрацию такролимуса в крови. В связи с этим одним из главных моментов в предтрансплантационной подготовке потенциальных реципиентов, является определение носительства того или иного аллеля гена CYP3A5 [7], в качестве одного из доказанных на сегодняшний день генетических детерминантов выживаемости трансплантата. Это также необходимо для правильного подбора начальной дозировки такролимуса.

На ряду с другими странами и в Казахстане, на базе ННЦХ им. А.Н. Сызганова, начато исследование в данном формате. Особенностью исследования помимо её актуальности по всему миру, еще является то, что будет изучаться особенности генотипа этнического населения. Основным результатом исследования является создание фармакокинетической модели такролимуса.

References

1. Glowacki F, Lionet A, Buob Det al. «CYP3A5 and ABCB1 polymorphisms in donor and recipient: impact on Tacrolimus dose requirements and clinical outcome after renal transplantation». *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2011. P. 3046-3050.
2. Fan B, Qiu K, Jiang Y, Hu X, Yin H. «Prograf produces more benefits for CYP3A5 low expression patients in early stage after kidney transplantation». *Biomed Pharmacotherapy*. 2017. P. 738-744.
3. Cheng Y, Li H, Meng Y, Liu H «Effect of CYP3A5 polymorphism on the pharmacokinetics of tacrolimus and acute rejection in renal transplant recipients: experience at a single centre». *International Journal Clinical Practice Supply*. 2015 May. P. 16-22.
4. Quteineh L, Verstuyft C, Furlan V et al. «Influence of CYP3A5 genetic polymorphism on tacrolimus daily dose requirements and acute rejection in renal graft recipients» *Basic Clinical Pharmacologic Toxicology*. 2008 . P 546-552.
5. Shi Y, Li Y, Tang J, Zhang J et al. «Influence of CYP3A4, CYP3A5 and MDR-1 polymorphisms on tacrolimus pharmacokinetics and early renal dysfunction in liver transplant recipients». *Gene*. 2013 . P. 226-231.
6. Provenzani A, Notarbartolo M, Labbozzetta M et al. «Influence of CYP3A5 and ABCB1 gene polymorphisms and other factors on tacrolimus dosing in Caucasian liver and kidney transplant patients». *International Journal of Molecular Medicine*. 2011/ P.1093-1102.
7. Zhang X, Liu ZH, Zheng JM, Chen ZH, Tang Z, Chen JS, Li LS. «Influence of CYP3A5 and MDR1 polymorphisms on tacrolimus concentration in the early stage after renal transplantation». *Clinical Transplantation*. 2005, P. 638-643.

ЕГДЕ ЖӘНЕ ҚАРТ АДАМДАРДЫҢ ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТІНІҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ АСПЕКТИЛЕРІ

УДК 616.346.2-002-053.88-07

Байжаркинова А.Б., Джаканов М.К., Жанильсинов С.Ш., Суиндыков Т.С.

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті
Ақтөбе теміржол ауруханасы, Ақтөбе қаласы, Қазақстан Республикасы

Аңдатпа

Егде және қарт адамдардың жедел аппендицит ауруын ажырату қиынға соғады, өйткені клиникасы өзгеше келеді, оның себебі аппендикстің анатомиялық орналасуына байланысты, қосымша ауруларына және төтемелелігі төмен болуына байланысты. Перитонитпен асқынған түрлерінде диагностикада қате кетеді. Ең бірінші қаралған егде және қарт адамдарды ауруханаға бағыттап, уақытында сәтті ота жасалғанның арқасында, стационардан жақсы шығарылған. Госпиталь-теміржолдың ауруханасының 2012-2016 жылдары 184 қарт және егде адамдардың аппендэктомиясынан кейін летальды жағдай болмаған, аппендициттің асқыну түрлері бола тұрса да, бұл тек біздің теміржол ауруханасының жақсы көрсеткіші емес, қалалық емхананың және жедел жәрдемінің қызметкерлеріне де жатады.

Диагностические аспекты острого аппендицита у пожилых и старых людей

Байжаркинова А.Б., Джаканов М.К., Жанильсинов С.Ш., Суиндыков Т.С.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М. Оспанова
Актюбинская железнодорожная больница, город Актюбе, Республика Қазақстан

Аннотация

Диагностика острого аппендицита у пожилых и старых людей очень трудна, в связи с атипичным течением клиники. Это зависит от анатомического расположения аппендикса, от сопутствующих заболеваний и снижение иммунитета. При деструктивных изменениях отростка, осложненных перитонитом, бывают клинические ошибки в диагностике. Пожилые и старые людей с острым аппендицитом при первом обращении направлены в хирургическую клинику, где своевременно проведено оперативное лечение. По данным госпиталь - жд больницы за 2012-2016 годы нет летальных исходов после 184 аппендэктомии пожилых и старых пациентов, хотя были осложненные формы острого аппендицита, что является хорошим показателем работы не только железнодорожной больницы, но и поликлиники и работников скорой помощи нашего города.

Diagnostic aspects of acute appendicitis in older people

Bayzharkinova A.B., Dzhakanov M.K., Zhanil'sinov S.Sh., Suindykov T.S.

West Kazakhstan Marat Ospanov state medical university
Aktobe railway hospital, Aktobe, Republic of Kazakhstan

Abstract

Thus, the diagnosis of acute appendicitis in older people is very difficult, due to the atypical course of the clinic. It depends on the location of the appendix anatomical from concomitant diseases and low immunity. When destructive changes in process, complicated by peritonitis, there are errors in the clinical diagnostic. Poshilye and old people with acute appendicitis during the first call to send a surgical clinic, where you need to conduct the surgery. According to the railway hospital for the years 2012-2016 no deaths after appendectomy 184 older people, which is a good indicator not only of the work of the railway hospital, and clinic and emergency workers of our city. Summary: Thus, the diagnosis of acute appendicitis in older people is very difficult, due to the atypical course of the clinic. It depends on the location of the appendix anatomical from concomitant diseases and low immunity. When destructive changes in process, complicated by peritonitis, there are errors in the clinical diagnostic. Poshilye and old people with acute appendicitis during the first call to send a surgical clinic, where you need to conduct the surgery. According to the railway hospital for the years 2012-2016 no deaths after appendectomy 184 older people, which is a good indicator not only of the work of the railway hospital, and clinic and emergency workers of our city.

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Байжаркинова А.Б. – м.ғ.к PhD, жалпы тәжірибелік дәрігер және оқуорыннан кейін білім көтеру кафедрасының ассистенті,

Джаканов М.К. –

м.ғ.д., доцент, жалпы хирургия кафедрасының жетекшісі,

Жанильсинов С.Ш. – жоғарғы санатты хирург, теміржол ауруханасының бас дәрігері,

Оразбаева К.Б. –

хирургияның интерн-дәрігері,

Суиндыков Т.С. –

хирургия бөлімінің жетекшісі

Түйін сөздер

атипиялық клиника, анатомиялық орналасуы, аппендикстің қабынуы клиникаға сәйкеспейді

ОБ АВТОРАХ

Байжаркинова А.Б. – к.м.н., PhD-ассистент кафедрасының Врач об-щай практики және послевузовского обучения

Джаканов М.К. –

д.м.н., доцент, руководитель кафедры Общей хирургии,

Жанильсинов С.Ш. – хирург высшей категории, Главный врач жд больницы

Оразбаева К.Б. –

врач интерн хирургии.,

Суиндыков Т.С. –

заведующий хирургическим отделением

Ключевые слова

атипия клиники, анатомические расположения, изменения аппендикса не соответствуют клинике

ABOUT THE AUTHORS

Baizharkinova A.B. – PhD- Assistant of the Department of General Practitioner and Post-Graduate Education

Dzhakanov M.K. –

MD, associate professor, Head of the Department of General Surgery

Zhanil'sinov S.Sh. –

surgeon of the highest Category - Chief doctor of the railway hospital

Orazbaeva K.B. –

doctor of intern surgery

Suindykov T.S. –

head of the surgical department

Keywords

atypia of the clinic, anatomical location, changes in the appendix do not correspond to the clinic

Маңыздылығы

Шетелдік әдебиеттің әр түрлі авторларының келтіруі бойынша жалпы жедел аппендицит ауруларының ішінде егде және қарт адамдарда 10% жағдайда кездеседі. Олардың клиникасы атипиялық болуына байланысты ауруханаға дейін, хирургиялық стационарда, емханада т.б. диагностикалық қателер кетіп, ал сол қателер өлімге әкеледі. Егде және қарт емделушілердің жедел аппендицитінің диагностикалық құбылмаларына (аспектілеріне) байланысты уақытында ажырату, емдеу үшін маңызды болып саналады.

Ішқату, жүрек айну және құсық келуіне үлкен жастағы кісілер өте мән бермейді, үйреншікті қоспа ауруларына (қан қысымының жоғарылауына, қант диабеті, тамақтан ұшынғандығына т.б.) байланыстырады, сол себептен дәрігерге кешігіп қаралады.

Егде және қарт науқастардың жедел аппендицитінің тез деструктивтік формасына айналуы түрліше себептерге байланысты, әрине құрт тәрізді соқыр ішектің өсіндісінің шажырқай тамырларының бітелуі, немесе склероздануы. Осы аурулардың жедел аппендициті перитонитпен асқынуы - 22% жергілікті, 6,5% —диффузды, 4%— жайылмалы түрі болып келеді. Клиникалық құбылмалар болуы анатомиялық орналасуына тіреледі.

В.С. Савельевтің келтіруі бойынша ретроцекальді орналасуы 10–12%, кәзіргі мәлімет бойынша соқыр ішектің артына орналасуы орташа есеппен 5-7 % құрастырады, ішпердеден тыс: Пти үшбұрышында 1 % кездесе, әрі бұндай жағдайда диагноз қою қиындыққа әкеледі.

Әдебиет бойынша, әрі хирургиялық тәжірибеде 1:10000 аппендэктомия кезінде соқыр ішектің өсіндісі екі орында болуы мүмкін: жартылай ішперделік, жартылай ретроцекальді немесе ішпердеден тыс, екі өсінді жағдайлар да кездеседі.

Бірақта, анамнезді ұқыпты жинағанда: кіші жамбас қуысында орналасқан қабыну бола тұра, яғни төрттің бірінде ауырсыну эпигастий аймағынан басталып, барлық ішке беріліп бірер сағаттан кейін қуықтың тұсында немесе оң жақ шапқа беріледі. Аппендикстің анатомиялық төмен орналасуына қарай, нәжістің су аралас болып және дизуриялық өзгеріс кездеседі. Жамбас қуысында орналасқанның ерекшелігі сонша, іштің кернеулі және басқа аппендикулярлық симптомдар: құсық жүрек айнуы болмауы мүмкін. Барлық әйгілемелер диффузды перитонит дамығанда ғана шығады. Бұндай жағдайда ректальді немесе әйелдерде вагинальді қарау міндет.

Егде және қарт емделушілерде құрт тәрізді соқыр ішектің өсіндісінің ретроцекальді орналасқан жағдайда бірден Образцов пен Кауп симптомдары көзге көрінбейді. Ректальді және аксиллярлі тә (Кра-

узе симптом) болмайды. Жедел аппендицит (құрт тәрізді соқыр ішектің өсіндісінің бауыр астылық -2-5%) жағдайында жедел холециститтің клиникасындай болады, ал мезоцекальды лаколизация кезінде ішек өткізбеушілігінен немесе ішек инфекциясынан ажырату үшін жалпы рентген зерттеу жасалынған. Құрт тәрізді соқыр ішектің өсіндісінің ұзындығына байланысты ішектерді тітіркендіріп іш өтетін жағдайда кездеседі, түн ішінде инфекционист маманы кеңеске шақырылған. Сонымен, ұқыпті анамнез жинап, Стражеско-Образцов әдісімен сипап қарау және ректальды зеріттеп, әрі УДЗ, іштің шолу R-графиясы арқылы (клизма жасамай-ақ), жедел аппендициттің верифицирлендіруге көмек жасапты. Қан зерттеуінде: лейкопения болады L-цитоздың орнына (мысалы: іш қабынуы барда ең кемінде-12x10⁹/л. болу керек). Дене тә қалыпты кезінде тахикардия мен ентігу болса үлкен жастағы науқастарға - қауіпті симптом, абдоминальды сепсис кесірінен летальность болуы мүмкін, бірақта бұл хирургиялық бөлімде ауыр жағдайлар болғанменен, түбі жақсы аяқталған.

Зерттеу мақсаты

Осы жұмыстың негізгі мақсаты егде және қарт адамдардың жедел аппендицитінің клиникасының атипиялық ерекшелігін анықтау үшін нозология бойынша негізгі әдебиеттік мәліметпен салыстыру, әрі диагностика мен хирургиялық емнің жақсы көрсеткіштерімен бөлісу.

Материалдар мен әдістері

Егде және қарт адамдардың жедел аппендицитінің клиникасының ерекшелігін ретроспективті зерттеу үшін 2012-16 жылдардың теміржол ауруханасының хируриялық бөлімінде осы диагнозбен жатқызылғандардың 2012 ауру тарихы көтерілді, оның ішінде 166 науқасқа ота жасамай басқа диагнозбен шығарылған, ал 1846 науқастардың тарихы бойынша жедел аппендицитпен операциядан кейін жазылып шығыпты. Осылардың ішінде 184 егде және қарт адамдардың (101- ер адам, 83 —әйел) жедел аппендицитпен, жастары 50-79 аралығы ауру тарихтары ұқыпты зерттелді, барлық аппендициттің ішінде олардың саны-184, яғни әдебиеттің санындай 10% құрастырды. Егде және қарт адамдардың 140 —да жедел аппендициттің клиникасы атипиялық болыпты (дәрігерлердің анамнез жазу парағы бойынша) жедел аппендицитпен салыстырғанда емделушілер (бақылау тобы 185 жастау науқастардың ауру тарихын алдық). Үлкен жастағы 138 емделушілердің паталогияанатомиялық зерттеу қорытындысында жедел аппендициттің түрлері флегмонозды және гангренозды деген, оның себебі кештеу қаралғандық, 72 сағаттан кейін келген 2 пациенттің аппендикулярлы инфильтратпен емделген, тек

46 емделушілер 50- жастың шамасындағылар уақытында қаралған болып тұр, бұл адамдарда жедел аппендицит жергілікті перитонитпен асқынған түрі болып шықты.

Нәтижесі мен талқылануы

Барлық 184 егде және қарт жастағы науқастар жедел аппендэктомиядан кейін 182 жақсарып шыққан, 2 емделушілер аппендикулярлық инфилтратпен консервативті емделіп 3-4 айдан кейін ота жасалынған. Барлық емделушілер амбулаторлы емді жалғастыруға шығарылған. Летальность болған жоқ. 184 зерттелген егде және қарт адамдардың ауру тарихтары хирургтармен, бөлім меңгерушісімен, әрі кафедра жетекшілерімен интерндер мен студенттер аралығында талқыланды, госпиталь - аурухананың бас дәрігері мен емдеу жөніндегі орынбасары осы жеткізілген мәліметті қолдады.

Литература

1. Bisharah M., Tulandi T. Laparoscopic surgery in pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2012; 46(1): 92-97.
2. Под ред. В. Михайловича «Острый аппендицит у пожилых и старых людей» 2014г.
3. <http://www.dissercat.com/content/klinika-diagnostika-akusherskaya-i-khirurgicheskaya-taktika-u-bere-mennyykh-s-ostrym-appendits#ixzz3Vxc259uj2017>
4. Архивтің құжаттары: теміржол ауруханасының хирургия бөлімінің статистикалық есебі және аурулар тарихтары.
5. Байжаркинова А.Б. «Емханалық хирургия» 2012 ж, 315 б
6. Байжаркинова А.Б. и др авторы «Хирургические аспекты при аппендикулярном инфилтрате» Медицинский журнал Западного Казахстана. 2009, №4 (24), С87-90
7. Байжаркинова А.Б. и др авторы «Laparoscopic aspect in surgery of complicated appendicitis» Журнал «European Journal Of Natural History». - 2017. - № 2,9

Қорытынды

Сонымен, егде және қарт адамдардың жедел аппендицит ауруын ажырату қиынға соғады, өйткені клиникасы өзгеше келеді, оның себебі аппендикстің анатомиялық орналасуына байланысты, қосымша ауруларына және төтемелелігі төмен болуына байланысты. Перитонитпен асқынған түрлерінде диагностикада қате кетеді. Ең бірінші қаралған егде және қарт адамдарды ауруханаға бағыттап, уақытында сәтті ота жасалғанның арқасында, стационардан жақсы шығарылған. Госпиталь-теміржолдың ауруханасының 2012-2016 жылдары 184 қарт және егде адамдардың аппендэктомиясынан кейін летальды жағдай болмаған, аппендициттің асқину түрлері бола тұрса да, бұл тек біздің теміржол ауруханасының жақсы көрсеткіші емес, қалалық емхананың және жедел жәрдемінің қызметкерлеріне де жатады.

References

1. Bisharah M., Tulandi T. Laparoscopic surgery in pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2012; 46(1): 92-97.
2. Ed. V. Mikhailovich "Acute appendicitis in elderly and old people" 2014.
3. <http://www.dissercat.com/content/klinika-diagnostika-akusherskaya-i-khirurgicheskaya-taktika-u-bere-mennyykh-s-ostrym-appendits#ixzz3Vxc259uj2017>
4. Archive documents: a railway hospital, the statistical report of the department of surgery and disease history.
5. АВ Байжаркинова "Clinical Surgery", 2012, 315 p
6. Baizharkinova A.B. And other authors "Surgical Aspects in Appendicular Infiltrate" Medical Journal of Western Kazakhstan. 2009, №4 (24), P: 87-90
7. Baizharkinova A.B. And other authors «Laparoscopic aspect in surgery of complicated appendicitis» Журнал "European Journal Of Natural History". - 2017. - № 2,9

УДК 617.55-007.43

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В РЕКОНСТРУКЦИИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ГРЫЖЕВЫХ ДЕФЕКТАХ

ОБ АВТОРАХ

Медеубек Улугбек Шалхарович – заместитель Председателя правления по научно-клинической деятельности АО ННЦХ им. А.Н. Сызганова, д.м.н., профессор, e-mail: medeubek@mail.ru

Магеррамов Дильгам – реконструктивно-пластический хирург, доктор философии в области медицины

Медеубек У.Ш.¹, Магеррамов Д.М.²

¹Национальный Научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы

²Научный центр хирургии им. М.А. Топчибашева, Баку

Аннотация

Современные взгляды на проблему патогенеза грыж привели к тому, что основным принципом хирургического лечения становится выполнение пластики апоневроза без натяжения тканей, создавая условия для профилактики вероятности рецидива. Это стало возможным благодаря появлению качественных синтетических материалов, пригодных для имплантации в организм человека. Использование данного подхода к реконструкции передней брюшной стенки позволило еще шире использовать элементы эстетической абдоминопластики. Стремление к проведению более радикальной реконструкции передней брюшной стенки неразрывно связано с необходимостью совершенствования и оптимизации хирургических технологий. Именно поэтому одним из важных направлений реконструктивной абдоминопластики является решение проблем по оптимизации хирургических подходов к абдоминопластике при деформациях и дефектах передней брюшной стенки с учетом анатомо-функциональных особенностей тканей в зоне оперативного вмешательства в комплексной реабилитации у пациентов различных групп.

Ключевые слова

грыжа, брюшная стенка, эстетическая абдоминопластика

Жарық тыртықтары кезінде кеуде қуысы реконструкциясында эстетикалық хирургия элементтерін қолдану

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Медеубек Улықбек Шалқарұлы – А.Н. Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығының басқарма Төрағасының ғылыми-клиникалық қызметтер жөніндегі орынбасары, м.ғ.д., профессор.

Магеррамов Дильгам – реконструктивті-пластикалық хирург, медицина саласындағы философия докторы

Медеубек У.Ш.¹, Магеррамов Д.М.²

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

²М.А. Топчибашев атындағы ғылыми хирургиялық орталық, Әзірбайжан, Баку

Аңдатпа

Жарық патогенезінің проблемасына замануи көзқарастың нәтижесінде аталмыш аурудың хирургиялық емдеуінің негізгі принципі ретінде рецидив (қайталануының) ықтималдығын алдын алу үшін жағдай жасай отыра, тіндерді тартпай-ақ шандырдың пластикасын жасау болып табылатындығы мойындалды. Адам организміне имплантаттау үшін жарамды сапалы синтетикалық материалдардың шығуының арқасында сондай оталар жасау мүмкіндігі болды. Алдыңғы ішперде жағын реконструкциялауда аталмыш тәсілді қолдану эстетикалық абдоминопластикалауды кеңінен қолдануға ықпалын тигізді. Алдыңғы ішперде жағын түбегейлілеу реконструкциялауды жасауға талпыну хирургиялық технологияларды жетілдіру мен оңтайландыруға қажеттілігімен байланысты. Сондықтан реконструктивтік абдоминопластиканың маңызды бағыттарының бірі түрлі топтардағы пациенттерінің кешенді оңалтуында жедел хирургиялық араласулар аймағында тіндердің анатомиялық-функционалдық ерекшеліктерін есепке алуымен алдыңғы ішперде жағының деформациялары мен ақаулықтарына ұшыраған кезінде абдоминопластикадағы хирургиялық тәсілдерінің оңтайландыру бойынша күрделі мәселелердің шешімін табу болып табылады.

Түйін сөздер

жарық, ішперде жағы, эстетикалық абдоминопластика

Use of elements of aesthetic surgery in the reconstruction of the abdominal wall with hernial defects

ABOUT THE AUTHORS

Ulugbek Sh. Medeubekov – Deputy Chairman of the Board of JSC NSCS named after A.N. Syzganov, dr.med., professor. E-mail: medeubek@mail.ru

Mageramov Dilgam – plastic-Reconstructive Surgeon, doctor of Philosophy in Medicine

Medeubekov U.Sh.¹, Mageramov D.M.²

¹National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov, Almaty, Kazakhstan

²Scientific Center of Surgery named after M.A. Topchibashev, Baku, Azerbaijan

Abstract

Modern views on the problem of the pathogenesis of hernias led to the fact that the main principle of surgical treatment is the execution of plastic aponeurosis without tissue tension, creating conditions for the prevention of the probability of relapse. This became possible due to the appearance of high-quality synthetic materials, suitable for implantation in the human body. The use of this approach to the reconstruction of the anterior abdominal wall made it possible to use the elements of aesthetic abdominoplasty even wider. The desire for a more radical reconstruction of the anterior abdominal wall is inextricably linked with the need to improve and optimize surgical technologies. That is why one of the important directions of reconstructive abdominoplasty is the solution of problems on optimization of surgical approaches to abdominoplasty with deformities and defects of the anterior abdominal wall, taking into account the anatomical and functional features of tissues in the zone of operative intervention in complex rehabilitation in patients of different groups.

Keywords

hernia, abdominal wall, aesthetic abdominoplasty.

Актуальность проблемы

Эстетическая абдоминопластика имеет более чем столетнюю историю [1.4]. Первая операция, по данным Stolz, была проведена в 1896 году Pokitansky и заключалась в простом иссечении кожно-жирового фартука [2.11.13]. В дальнейшем было предложено множество различных способов и их модификаций, принципиально отличающихся способом оперативного доступа: горизонтального, вертикального или комбинированного [1.3.4.6.8]. В течение длительного времени техника операций совершенствовалась. Появились новые методики, позволяющие резецировать большие участки измененных тканей через низкий надлобковый доступ с широкой отслойкой кожно-жирового лоскута до реберных дуг и мечевидного отростка [3.5.7.9]. Пациенты с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами составляют особую сложную группу. Поэтому их стали выделять в качестве самостоятельного комплексного заболевания, при котором патология всех слоев брюшной стенки оказывает значительное отрицательное воздействие не только на легкие, но и органы брюшной полости [5.8.9.10]. Частыми причинами послеоперационных грыж являются: значительное повышение внутрибрюшного давления, нагноение раны, ожирение. Известно, что ожирение является одним из наиболее важных факторов, способствующих возникновению послеоперационных грыж [12.14.15.16]. При этом дополнительную нагрузку на линию ушитых швов оказывает выраженный кожно-жировой фартук, как правило, наблюдающийся при ожирении наряду с так называемым «отвислым» животом. Даже в случаях успешного грыжесечения сохраняется деформация живота, которая с годами прогрессирует [11.15.17]. Следует отметить, что особенно при рецидивных вентральных грыжах возникают грубые рубцовые деформации и резкое расслабление мышечно-апоневротических структур брюшной стенки. На этом фоне «кожно-жировой фартук» становится ещё более выраженным. Перечисленное выше стало обозначаться анатомо-функциональной недостаточностью передней брюшной стенки. Это, кроме неудовлетворительного внешнего вида и сложного гигиенического ухода, также ведет к потере трудоспособности [3.13.14.15]. Поэтому по мере становления пластической хирургии, логичным стало выполнение сочетания абдоминопластики и вентрального грыжесечения. Комплексное решение этой проблемы включает и эстетические задачи: создание относительно стройной фигуры, а также более естественных контуров и формы тела. Тем не менее, в специальной литературе нет обобщающих работ о целесообразности и

необходимости одновременного выполнения абдоминопластики и вентрального грыжесечения при больших и гигантских грыжах [6.7.8.9.10].

Материалы и методы исследования

В данной работе представлены результаты оперативного лечения 52 больных, которым с 2014 по 2017 гг выполнялись грыжесечение по поводу послеоперационных вентральных грыж в сочетании с абдоминопластикой. Возраст пациентов составлял от 36 до 67 лет, среди которых были 49 женщин и трое мужчин. При этом 47 (90,4%) больных страдали ожирением. Следует отметить, у 3 пациенток грыжи были рецидивными. Проводилась предоперационная подготовка с учетом сопутствующей патологии. Больные были детально обследованы. Обязательно выполняли ФЭГДС, УЗИ и компьютерную томографию брюшной полости. Все консультированы кардиологом, эндокринологом и гинекологом. Перед операцией первоначально в положении стоя проводилась разметка операционного поля.

Утром бинтовали нижние конечности эластичными бинтами. Варианты разметки кожи и подкожно-жировой клетчатки после доступов выполненных по Thorek, Kelly послеоперационный рубец имеет горизонтальное направление, после



Рис. 1
Этап разметки операционного поля.

Таблица 1.
Размеры дефектов
апоневроза

Размер дефекта	Число пациентов, %
До 5 см	2
От 5 до 10 см	11
От 11 до 15	29
От 16 до 20	7
Более 20	3
Всего	52 (100%)

доступов выполненных по Pick-Barsky-Gonzales-Ulnoa, Flesch-Thebesius-Wheisheimer, Castacares к горизонтальному рубцу добавляется разный по длине вертикальный рубец по срединной линии, после операции по Schepelman остается вертикальный рубец. При наличии растяжения апоневроза и диастаза прямых мышц живота от 2 до 10см, отсутствии избыточного натяжения тканей при наложении швов, показано выполнение дубликатуры апоневроза по срединной линии. При желании пациентки получить более очерченные контуры области талии, отсутствия избыточного натяжения тканей при наложении швов, значительном перерастяжении апоневроза передней брюшной стенки, возможно выполнение дубликатуры апоневроза наружных косых мышц живота в направлении поперечном ходу волокон шириной до 5 см и длиной до 12 см Классическая пластика передней брюшной стенки показана пациентам с распространенными и сочетанными деформациями передней брюшной стенки и включает в себя: иссечение избытка подкожно-жировой клетчатки, укрепление мышечно-апоневротического каркаса, фиксация пупка в новом месте, после его выделения, послойное ушивание раневого дефекта с применением косметических швов.

Под общим обезболиванием, после разреза кожи и подкожной клетчатки по нижней границе разметки, с выполнением тщательного гемостаза производили мобилизацию кожно-жирового лоскута до уровня реберных дуг и передних подмышечных линий по фланкам с выделением пупочного кольца на ножке. У пациентов с выраженной подкожно-жировой клетчаткой приме-

няли технические приемы разделения тканей с наименьшей травматизацией жировой клетчатки при помощи лазерного коагуляционного пинцета с максимальным сохранением сосудистой сети расположенной на границе с апоневрозом и минимальной степенью натяжения при сопоставлении краев раны. Выполняли резекцию избыточного кожно-жирового лоскута согласно предварительной разметки.

Следующими этапами, при наличии показаний, выполняли ушивание диастаза апоневроза прямых мышц живота по белой линии живота путем создания дубликатуры апоневроза, выполняли пликацию наружной косой мышцы при помощи одного или двух рядов одиночных узловых или непрерывных швов. После этого пациентку переводили в положение Троянова-Тренделенбурга до 30° для сопоставления краев кожной раны без натяжения

Выводили пупок через отдельный разрез по срединной линии в 10 – 11см от лонного сочленения и фиксировали одиночными узловыми швами. После установки активных или пассивных дренажных систем выполняли ушивание раны в три ряда. Первый ряд швов накладывали на подкожно-жировую клетчатку на толщину до 5см с захватом глубокого листка поверхностной фасции, второй - на наружный листок поверхностной фасции, третий - внутри кожный. На операционном столе, после обработки операционного поля, при полной миорелаксации дополняли предварительную разметку необходимыми деталями, в данном наблюдении - комбинация вертикального и горизонтального разрезов (модификация Рис №2-5 Этап удаления кожно-жи-

Рис.2
Резекция избыточного
кожно-жирового
лоскута согласно
предварительной
разметки.





Рис.3
Этап удаления кожно-жирового лоскута.

рового лоскута. После удаления части кожно-жирового лоскута выполняли мобилизацию кожи и подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки до уровня реберных дуг и с флангов до передней подмышечной линии, с гемостазом. Следующим этапом определяли степень диастаза прямых мышц живота, выполнили укрепление мышечно-апоневротического каркаса по белой линии от лонного сочленения до мечевидного отростка и наружных косых мышц отдельными узловыми швами.



Рис.4
Эндопротез, по размерам превышающий площадь грыжевых ворот на 5 см, фиксировали отдельными узловыми швами к рубцово-изменённым тканям

Этап укрепления мышечно-апоневротического каркаса по белой линии. Выбор размеров и моделирование эндопротеза проводили интраоперационно в соответствии с величиной дефекта апоневроза. Эндопротез, по размерам превышающий площадь грыжевых ворот на 5 см, фиксировали отдельными узловыми швами к рубцово-изменённым тканям в области грыжевых ворот и непрерывным обвивным швом к апоневрозу передней брюшной стенки по всей площади искусственного материала. Над эндопротезом устанавливали два дренажа (обычно две трубки из-под одноразовых систем) для вакуумной аспирации с целью удаления скапливающейся тканевой жидкости. После ушивания раны обязательно использовали компрессионное белье. В течение суток все пациенты находились в отделении интенсивной терапии. На вторые сутки осуществляли активизацию пациентов и проведение лечебной физкультуры с первоначальной нагрузкой на верхние и нижние конечности. Бин-

тование нижних конечностей продолжалось не менее 7 суток. Обязательно проводили антибактериальную терапию в течение 5 суток. При первичном заживлении раны больные выписывались на амбулаторное наблюдение на 11-13 сутки.

Грыжевые ворота около 20 см в диаметре (20 на 9 см). После выделения грыжевых ворот, установлено, что окружающие мышечно-апоневротические ткани резко истончены, атрофированы и имеют три небольшие (до 2 см) дополнительные дефекты. Грыжевой мешок вскрыт и обработан. Затем выполнили герниопластику полипропиленовыми сетчатыми эндопротезами. Выбор размеров и моделирование эндопротеза проводили интраоперационно в соответствии с величиной дефекта апоневроза. Над эндопротезом были установлены две дренажные трубки из-под одноразовых систем

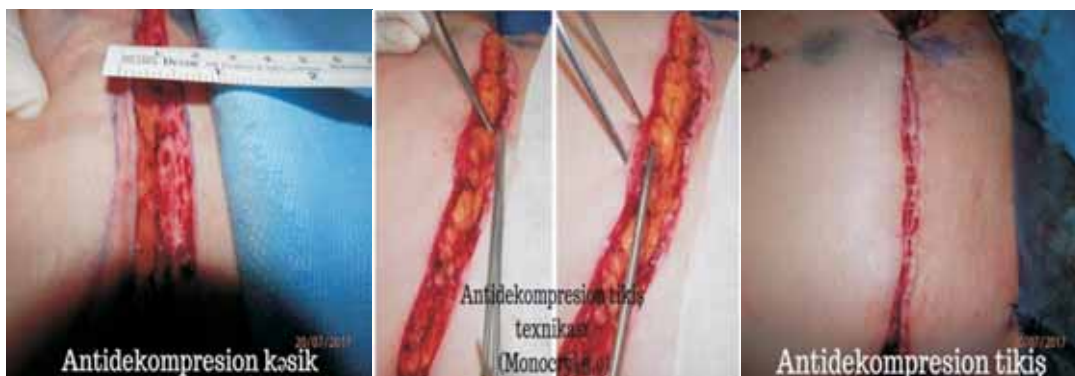


Рис.5
Антидекомпрессионный разрез и ушивание раны

Осмотр пациентки
через 18 месяцев



Таблица 2

Осложнения
послеоперационного
периода у пациентов с
вентральными грыжами

Осложнение	Число пациентов, (%)
Серома	2 (3,8%)
Инфильтрат брюшной стенки	1- (1,9%)
Краевой некроз раны	- (%)
Деформация послеоперационного рубца	1 (1,9%)
Всего	4 (7.7%)

После ушивания раны косметическим швом использовали компрессионное белье. В течение суток больные находились в отделении интенсивной терапии. На вторые сутки пациентки переводились в хирургическое отделение, где проводилась лечебная физкультура. Бинты с нижних конечностей снимались через неделю. Антибактериальная терапия продолжалась в течение 5 суток. На 10-е сутки снимались швы.

Заживление раны первичным натяжением. Осложнений в послеоперационном периоде не было. При выписке даны рекомендации по профилактике рецидива грыжи. Осмотр через 6, 12 и 18 месяцев. Рецидива грыжи нет. В результате рационального питания и физических упражнений масса тела снизилась на 19 кг. Согласно классификации результат операции признан хорошим. В послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: серома - 2, инфильтрат брюшной стенки – 1, деформация послеоперационного рубца - 1. Серома и инфильтрат брюшной стенки излечены с помощью консервативных мероприятий.

Таким образом, на основании проведенного нами исследования, считаем целесообразным применения технологии эстетической абдоминопластики не только по эстетическим, но и по медицинским показаниям при всех формах анатомо-функциональной недостаточности передней брюшной стенки.

Данная технология может стать методом выбора особенно при выраженных диастазах прямых мышц живота, растяжении мышечно-апоневротического слоя и наличии послеоперационных больших и гигантских грыж передней брюшной стенки.

При применении техники абдоминопластики наиболее полно иссекается избыток кожно-жирового лоскута, и зона пластики на апоневрозе укрывается неизменной кожей и клетчаткой. Расположение послеоперационного рубца по линии бикини также наиболее благоприятно по эстетическим соображениям. Восстановление фасциального корсета улучшает функцию внутренних органов, нормализует дыхание и сердечную деятельность.

Абдоминопластика у большинства больных ожирением способствует улучшению качества их жизни в отдаленном послеоперационном периоде, обеспечивает их социальную адаптацию, которая во многом зависит от внешнего вида и формы тела пациента.

В целом абдоминопластика позволяет восстановить анатомо-физиологические параметры, достичь лучших функциональных и эстетических результатов, сокращая при этом количество послеоперационных осложнений и, доведя число рецидивов послеоперационных грыж, до минимума.

Литература

1. Ганиев Н.Н., Ходжамурадов Г.М., Бободжанов Д.Н. Абдоминопластика при послеоперационных вентральных грыжах // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* - 2004. - № 4. - С. 60.
2. Гейбуллаев А.А. Наш опыт по ведению больных с пластическими операциями передней брюшной стенки (абдоминопластики) // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* - 2004. - № 4. - С. 62-63.
3. Айдемиров А.Н. Комплексный подход в лечении больших и гигантских вентральных грыж / А.Н. Айдемиров, Г.С. Чемянов / *Вестник герниологии.* М. 2008. Вып.

- III. – С. 5-11.
4. Клиновицкий И.Ю. Аллопластика как метод выбора при операциях по поводу грыж передней брюшной стенки / И.Ю. Клиновицкий, М.А. Максимов, Н.В. Мерзликин, В.Н. Сало // *Герниология*. 2008. - №1. - С. 19-20.
 5. Кожемяцкий В.М. Абдоминопластика при вентральном грыжесечении у больных с ожирением / В.М. Кожемяцкий // *Герниология*. 2006. - №2. - С. 23-24.
 6. Алексеева О.П. Метаболический синдром: современное понятие, факторы риска; и некоторые: ассоциированные заболевания / О.П.; Алексеева; А.А. Востокова, М.А. Курешева. И-Новгород: НижГМА, 2009. - Г. 17-25.
 7. Богдан В.Г. Обширные и гигантские послеоперационные грыжи: пути повышения эффективности корригирующих операций. / В.Г.Богдан // *Герниология*. 2008. - №4. - С. 32-33.
 8. Богдан В.Г. Способ аллопластики передней брюшной стенки у пациентов с морбидным ожирением / В.Г. Богдан, Н.Н. Дорох, Ю.М. Гамп // *Герниология*. 2008. - №4. - С. 31-32.
 9. Винник Ю.С. Результаты лечения послеоперационных вентральных грыж с применением синтетических материалов. / Ю.С. Винник, С.И. Петрушенко, Н.М: Маркелова, Ю.А. Назарьянц, А.В.- Яковлев // *Герниология*. 2008. - №4. - С. 38-39.
 10. Галимов О.В. Некоторые аспекты хирургических абдоминальных вмешательств на фоне ожирения / О.В. Галимов, Ф.С. Галлеев, В.О: Ханов, А.Р. Мухаметов, П.П. Андреев, Л.П. Муслимова, Л.Н. Аминова // *Хирургия*. 2008. - №12. - С. 44-46.
 11. Гогия Б.Ш. Местные осложнения после пластики брюшной стенки у больных послеоперационными вентральными грыжами с использованием эндопротезов / Б.Ш. Гогия, Р.Р. Аляутдинов. // *Герниология*. 2008. - №4. - С. 45-46.
 12. Дарвин В.В. Особенности течения послеоперационного периода у больных с обширными и гигантскими послеоперационными грыжами / В.В. Дарвин, В.В. Ждановский, А.В. Шпичка // *Герниология*. 2006. - №3. - С. 13-14.
 13. Стойко Ю.М. Современные возможности хирургического лечения гигантских послеоперационных вентральных грыж / Ю.М. Стойко, А.А. Знаменский, А.В. Попов, В.А. Назаров, Л.Б. Кукушкина // *Вестник герниологии*. М., 2008. - Вып. III. - С. 120.
 14. Лелянов-А.Д. Выбор метода пластики брюшной стенки-у больных с большими послеоперационными вентральными грыжами и ожирением / А.Д. Лелянов, С.А. Касумьян, В.Н. Журавлев, И.З. Вайсбейн, А.Л. Шор., А.А.Нестеров // *Герниология*. 2008. - №3. - С. 26-27.
 15. Лубянский В.Г. Патогенез и профилактика венозных тромбозэмболических осложнений при больших вентральных грыжах / В.Г. Лубянский, О.И. Колобова, В.В. Оношкин, Ю.П. Костина // *Хирургия*. 2008. - №1. - С. 30-32.
 16. Любых Е.Н. Концепция функциональной герниопластики в лечении грыж брюшной стенки / Е.Н. Любых, Э.Г. Быков, Г.И. Зимарин, О.В. Стыргин, Г.В. Полубокова, Г.Н. Михайлова, Н.А. Лебедянцева // *Герниология*. 2008. - №2. - С. 3-6.

References

1. Ganiev H.H., Khodzhamuradov GM, Bobodzhonov D.N. Abdominoplasty in postoperative ventral hernias // *Annals of plastic, reconstructive and aesthetic surgery*. - 2004. - No. 4. - P. 60.
2. Geibullaev A.A. Our experience in managing patients with plastic surgery of the anterior abdominal wall (abdominoplasty) // *Annals of plastic, reconstructive and aesthetic surgery*. - 2004. - No. 4. - P. 62-63.
3. Aydemirov A.N. Complex approach in the treatment of large and giant ventral hernias / A.N. Aydemirov, G.S. Chemjanov / *Bulletin of herniology*. M. 2008. Issue. III. - P. 5-11.
4. Klinovitsky I.Yu. Alloplasty as a method of choice for surgery for a hernia of the anterior abdominal wall / I.Yu. Klinovitsky, M.A. Maksimov, N.V. Merzlikin, V.N. Salo // *Gerniology*. 2008. - №1. -FROM. 19-20.
5. Kozhemyatsky V.M. Abdominoplasty with ventral hernia repair in patients with obesity. Kozhemyatsky // *Gerniology*. 2006.-No.2-C. 23-24.
6. Alekseeva OP Metabolic: syndrome: modern concept, risk factors; and some: Associated diseases / OP; Alekseeva; A.A. Vostokova, M.A. Kuryshev. Ii-Novgorod: NizhGMA, 2009. - G. 17-25.
7. Bogdan V.G. Extensive and giant postoperative hernia: ways to improve the effectiveness of corrective operations. / VG Bogdan // *Gerniology*. 2008. № 4. - P. 32-33.
8. Bogdan V.G. Method of alloplasty of the anterior abdominal wall in patients with morbid obesity / V.G. Bogdan, H.H. Dorokh, Yu.M. Gump // *Gerniology*. 2008. - № 4. - P. 31-32.
9. Vinnik Yu.S. Results of treatment of postoperative ventral hernias with the use of: synthetic materials. / Yu.S. Vinnik, S.I. Petrusenko, NM: Markelova, Yu.A. Nazaryants, A.V.- Yakovlev // *Gerniology*. 2008. № 4. - P. 38-39.
10. Galimov O.V. Some aspects of surgical abdominal interventions against obesity. Galimov, F.S. Galleyev, VO: Khanov, A.R. Mukhametov, P.P. Andreev, JI.P. Muslimova, L.N. Aminova // *Surgery*. 2008. № 12. - P. 44-46.
11. Gogia B.Sh. Local complications after abdominal wall plasty in patients with postoperative ventral hernia using endoprotheses / B.Sh. Gogia, P.P. Alyautdinov. // *Gerniology*. 2008. № 4. - P. 45-46.
12. Darwin V.V. Features of the course of the postoperative period in patients with extensive and giant postoperative hernias. Darwin, V.V. Zhdanovsky, A.B. Shpichka // *Gerniology*. 2006. - No. 3. - P. 13-14.
13. Stoyko Yu.M. Modern possibilities of surgical treatment of giant postoperative ventral hernias / Yu.M. Stoyko, A.A. Znamensky, A.B. Popov, V.A. Nazarov, L.B. Kukushkina // *Herald of herniology*. M., 2008. - Issue. III. - P. 120.
14. Lelyanov-A.D. The choice of the method of abdominal wall plasty-in patients with large postoperative ventral hernias and obesity / A.D. Lelyanov, S.A. Kasumyan, V.N. Zhuravlev, I.Z. Weisbein, A.L. Shor., AA Nesterov // *Gerniology*. 2008.-№3. - P. 26-27.
15. Lubyansky V.G. Pathogenesis and prophylaxis of venous thromboembolic complications with large ventral hernias / V.G. Lubyansky, O.I. Kolobova, V.V. Onoshkin, Yu.P. Kostina // *Surgery*. 2008. - №1. - P. 30-32.
16. Any E.H. The concept of functional hernioplasty in the treatment of hernia of the abdominal wall / E.H. Any, E.G. Bykov, G.I. Zimarín, O.V. Strygin, G.V. Polubokova, G.N. Mikhailova, H.A. Lebedyantsev // *Gerniology*. 2008. - №2. - P. 3-6.

УДК 616.311.03

ПРИМЕНЕНИЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ

ОБ АВТОРАХ

Саулен Нурбек Сауленулы –
врач-хирург городской детской больницы
№2, г. Астана, Казахстан.
Контакты: saulen.n.s@mail.ru

Есембекова Акмарал Муратбековна –
резидент АО «ННЦХ им. А.Н. Сызганова»,
Алматы

Саулен Н.С.¹, Есембекова А.А.²

¹ГКП на ПХВ «ГДБ №2 г. Астана»

²АО «ННЦХ им. А.Н. Сызганова» Алматы

Ключевые слова
склеротерапия,
гемангиома, тромбоз

Аннотация

В работе выполнен анализ эффективности применения склерозирующей терапии с препаратом «Этоксисклерол» при гемангиомах у детей.

Для достижения поставленной цели, в период с 2011 по 2016 гг, проведено лечение 500 пациентов с гемангиомами в возрасте 1 года, обратившихся в хирургическое отделение ГКП на ПХВ «Городская детская больница №2 г.Астаны».

Балардағы туа-біткен гемангиома ісігіндегі склерозды терапияның қолданылуы

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Саулен Нурбек Сауленулы –
врач-хирург городской детской больницы
№2, г. Астана, Казахстан. Контакты:
saulen.n.s@mail.ru

Есембекова Акмарал Муратбековна –
АҚ «ҰҒХО А.Н. Сызганов» резиденті

Саулен Н.С.¹, Есембекова А.А.²

¹ШЖҚ МКК «ҚБА №2 Астана»

²АҚ «ҰҒХО А.Н. Сызганов», Алматы

Түйін сөздер
склеротерапия,
гемангиома, тромбоз

Аңдатпа

Бұл жұмыста «Этоксисклерол» препаратының балардағы гемангиома ісігіндегі склерозды терапиясындағы қолдану тиімділігі бойынша талдау жүргізілген.

Жобаны іске асыру мақсатында, 2011- 2016 жылдар аралығында, гемангиома ісігімен 1 жасқа дейінгі 500 науқас бала №2 Қалалық балалар ауруханасында ем алған.

Application of sclerosing therapy in congenital hemangiomas in children

ABOUT THE AUTHORS

Saulen Nurbek Saulenuly –
doctor-surgeon of city children's hospital
№2, Astana, Kazakhstan. Contacts:
saulen.n.s@mail.ru

Esembekova Akmaral Muratbekovna –
resident of the JSC «NSCS named after A.N.
Syzganov» Almaty

Saulen N.S.¹, Esembekova A.A.²

¹GCE on LOEA «CCH №2 Astana»

²JSC «NSCS named after A.N. Syzganov» Almaty

Keywords
sclerotherapy,
hemangioma, thrombosis.

Abstract

The efficacy of sclerosing therapy with "Ethoxysclerol" in hemangiomas in children has been analyzed.

To achieve this goal, in the period from 2011 to 2016, were treated 500 patients with hemangiomas at the age of 1 year applied to the surgical department City Children's Hospital №2 of Astana.

Введение

Гемангиомы – наиболее распространенные сосудистые доброкачественные сосудистые опухоли, встречающиеся от 2 до 5,5% случаев у всех хирургических больных детского возраста и достигающиеся максимума – 10,5% – в группе новорожденных недоношенных детей [1].

Лечение гемангиом, традиционно считающееся прерогативой врачей-хирургов, в настоящее время претерпевает изменения, лидирующие позиции в тактике занимают нехирургические методики [2].

В последние годы новые технологии широко внедряются в лечение детей именно на амбулаторном звене, что позволяет снизить затраты и сократить сроки лечения и реабилитации пациентов [3].

В лечении гемангиом существуют различные направления лечебной тактики. Во многих случаях предсказать возможность спонтанной регрессии трудно, в то время как раннее начало лечения может обеспечить лучшие косметические результаты. Необходимо понимание того, что первым звеном лечебно-диагностической цепочки является участковый врач-педиатр, который принимает важные тактические решения. Процесс принятия решения о необходимости лечения пациента с гемангиомой по сей день остается неточным, мало зависящим от клинической картины и динамики каждого пациента.

В 90-х гг. Ю.Ф. Исаков писал, что пороки развитая периферических кровеносных сосудов относятся к мало изученным разделам детской ангиологии. Несмотря на существенный прогресс в этой области, многие аспекты этой проблемы сохранили свою актуальность. [9]

В отношении гемангиом небольшого размера наиболее приемлемые результаты достигаются с применением лазерной энергии [10]. Эстетические результаты лазерного лечения зачастую оказывается неудовлетворительными, не оправдывая ожидания родителей пациентов. Внутритканевое введение гормональных препаратов также показало свою эффективность, но сопровождается рядом побочных эффектов.

Повсеместно в клиническую практику активно внедряются медикаментозные способы лечения гемангиом, в частности пропранолол-терапия [6; 8]. При этом не разработана единая тактика ведения пациентов с учётом индивидуальной особенности переносимости препарата [2].

В настоящее время для лечения этого порока развития сосудов в большинстве случаев применяется хирургический метод лечения, хотя использование не всегда целесообразно, особенно в случаях сложной анатомической локализации [9; 10].

До настоящего времени нет единого мнения как в отношении лечебной тактики и выборе метода лечения гемангиомы у детей, так и в необходимости, и сроках его проведения.

С момента появления методики склеротерапии и вплоть до настоящего времени склерозирование сосудистых образований у детей производилось с помощью введения 96% этилового спирта, а позднее с помощью препарата «Тромбовар», «Фивро-Вейн», возможности которых безусловно шире, чем у спирта, однако большое количество побочных эффектов и осложнений ставит под вопрос целесообразность его применения у детей [11].

Актуальность и практическое значение разработки вопросов хирургической коррекции врождённых гемангиом у детей определяется не только высокой частотой их встречаемости, но и определенными трудностями при выборе оптимального способа их устранения. Эта проблема заключается в том, что на сегодняшний день не существует универсальных методов, которые могли бы осуществить лечение этих больных, а использование всего современного арсенала средств, что имеется на вооружении в детской хирургии, порой не дают желаемого результата.

С появлением нового поколения склерозирующих препаратов мы вновь обратились к исследованию возможностей склерозирующей терапии у детей. Именно новым препаратам склеротерапия обязана и эффективностью, и безопасностью. Современные склерозанты эффективны, гипоаллергенны, безопасны при правильном использовании обладают исключительно местным действием. При попадании небольшого количества препарата в венозную систему происходит его быстрое растворение без местного и общего повреждающего действия, в основе метода склеротерапии лежит принцип асептического воспаления и тромбирования, возникающего в очаге поражения в результате введения химического вещества-склерозанта. В результате этого сосудистое образование в последующем запусает и рубцуется.

Цель исследования

Определение эффективности применение склерозирующей терапии с препаратом «Этоксисклерол» при гемангиомах у детей.

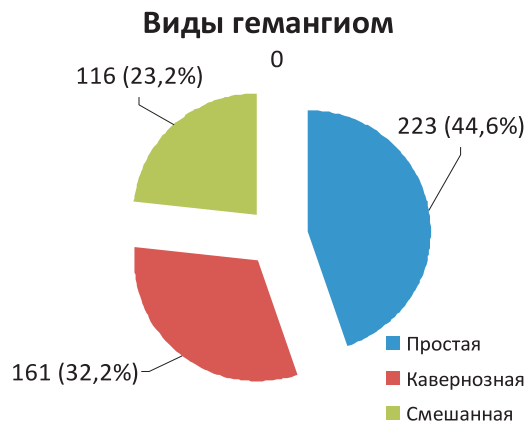
Материалы и методы

Для достижения поставленной цели, в период с 2011 по 2016 гг, нами проведено лечение 500 пациентов с гемангиомами в возрасте 1 года, обратившихся в хирургическое отделение ГKKП на ПХВ «Городская детская больница №2 г. Астаны».

Таблица 1.
Распределение детей
по возрасту и полу

Возраст/пол	Мальчики		Девочки		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10 дней-1 месяц	25	5	72	14,4	97	19,4
2-4 месяцев	31	6,2	95	19	126	25,2
5-7 месяцев	42	8,4	110	22	152	30,4
8 – 12 месяцев	37	7,4	88	17,6	125	25
Итого	135	27	365	73	500	100

Рис. 1.
Распределение пациен-
тов по виду гемангиомы



Возраст детей варьировал от 10 дней до 12 месяцев. Мальчиков было 135 (27 % случаев), девочек – 365 детей (73% случаев). Распределение пациентов по возрасту и полу представлено в таблице 1.

По виду гемангиом пациенты распределились на следующие нозологические формы: (рисунок 1).

Размеры гемангиом колебались от 0.5 до 3.0 см: простая форма от 0.5 до 3.0 см, кавернозная гемангиома от 0.7 до 2.0 см, смешанная 1 до 2.5 см.

Перед началом лечения проводилась оценка размеров гемангиом, при выборе тактики лечения, большее значение имела высота и глубина прорастания гемангиомы.

Для лечения гемангиом местно применен современный склерозирующий препарат Этоксисклерол 3% (Kreussler Pharma, Германия).

Результаты

Результаты лечения оценивались по внешнему виду пролеченного участка кожи. Хорошим результатом считался отсутствие видимых следов на коже после излечения, удовлетворительным – наличие нормотрофического рубца, не нуждающегося в дополнительной хирургической коррекции. Неудовлетворительным результатом считался неполный регресс гемангиомы и (или) образование гипертрофического рубца.

При лечении простых и кавернозных форм гемангиомы у детей в возрасте до 1 года методом склеротерапии препаратом этоксисклерол 3% получены хорошие результаты (полное выздоровление) у 93% пациентов (рисунки 2 А и 2Б).

При лечении смешанных форм гемангиом у 3 пациентов отмечался повторный рост сосудистой опухоли. Регресс гемангиомы наступал на 10-14 дни после 1 введения 3% этоксисклерола. У большинства детей гемангиома исчезала бесследно, у некоторых из них – остался нормотрофический рубец. Каких-либо осложнений во время лечения этоксисклеролом и после его отмены мы не наблюдали.

Предложенная методика и практические результаты статьи внедрены в клиническую деятельность и применяются во многих научных, лечебных и лечебно-профилактических учреждениях: в плановых хирургических отделениях ГДБ №2 г. Астана, в городской детской клинической больнице скорой медицинской помощи №3 г. Бишкек.

Рис.2
А – до склеротерапии
Б – после склеротерапии



Выводы

1) Таким образом, своевременная диагностика, вовремя начатое консервативное лечение гемангиом, а также грамотное лечение склеротерапией, является эффективным, малоинвазивным и современным методом лечения, легко применимым в амбулаторных условиях и на базе однодневных стационаров.

2) Использование метода склеротерапии в лечении детей с гемангиомами и комбинированными гемангиомами сложной анатомической локализации привело к улучшению косметических и функциональных результатов, позволило значительно сократить длительность лечения и избежать оперативного метода лечения. Косметические вмешательства, если ребенок в таковых будет нуждаться, можно выполнять в более старшем возрасте.

Литература

1. Кожевников Е.В., Маркина Н.В., Кожевников В.А. Диагностика и лечение обширных комбинированных гемангиом и гемангиом сложной анатомической локализации у детей // Детская хирургия. – 2009. – № 6. – С. 31-34.
2. Holcomb G.W. Ashkraft's Pediatric Surgery. – Philadelphia: saunderselsevier. – 2010. – 1101 p.
3. Aresman Robert M. Pediatric surgery // Landesbioscience. – 2000. – Georgetown, Texas U.S.A. – 464p.
4. Зозуля Ю.А., Верхоглядова Т.П., Слынько Е.И. Кавернозные мальформации позвоночника и спинного мозга // Украшський медичний часопис. -2001.- №2.-С.92-100.
5. Изменение содержания биогенных аминов в крови при воздействии низкоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного диапазона /Поважная Е.С., Сокрут В.Н., Лыков А.А., Поважная С.В., Пеклун И.В.-Кліпчнахірургі. 2000. - №8. - С.42-43.
6. Стойко Ю.М., Шайданов Е.В., Ершов Н.А. Комплексное лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей в стадии трофических расстройств Сосудистая хирургия. -2003. №2 - 3.- С.74 - 75.
7. Шалимов С.А., Федоренко З.П., Гулак Л.О. Структура заболеваемости населения Украишзлочащественшми новообразованиями // Онкологія. -2001. Т.3. - №2 - 3.- С.91 - 95.
8. Шафранов В.В., Резницкий В.А., Цыганов Д.И., Таганов А.В. Некоторые теоретические аспекты криохирургии // Достижения криомедицины. С-Пб.: «Наука». -2001. - С.124.
9. Щадящая криохирургия кожи у детей / Под. Ред. В.К.Федотова. М.: «Медицинская книга», Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2001. - 56 с.
10. Детская хирургия. Национальное Руководство. Москва 2014. Раздел VIII. Пороки развития сосудов и доброкачественные опухоли. А.В. Гераскин, В.В. Шафранов С – 1052-1057с
11. Д.Д. Мельник, В.Э. Гюнтер, Г.Ц. Дамбаев, П.Г. Сысолятин, Е.В. Чугуй, Е.Н. Титова. Гемангиомы и их лечение Томск 2006. С. – 57-63.

References

1. Kozhevnikov E.V., Markina N.V., Kozhevnikov V.A. Diagnostika i lechenie obshirnyh kombinirovannyh gemangiom i gemangiom slozhnoj anatomicheskoy lokalizacii u detej // Detskaja hirurgija. – 2009. – № 6. – С. 31-34.
2. Holcomb G.W. Ashkraft's Pediatric Surgery. – Philadelphia: saunderselsevier. – 2010. – 1101 p.
3. Aresman Robert M. Pediatric surgery // Landesbioscience. – 2000. – Georgetown, Texas U.S.A. – 464p.
4. Zozulja Ju.A., Verhogljadova T.P., Slynko E.I. Kavernozyne malformacii pozvonocznika i spinnogo mozga // Ukrashskijmedichnijchasopis. -2001.- №2.- S.92- 100.
5. Zmnenie sodержanija biogennyh aminov v krovi pri vozdejstvii nizkointensivnogo lazernogo izluchenija infrakrasnogo diapazona /Povazhnaja E.S., Sokrut V.N., Lykov A.A., Povazhnaja S.V., Peclun I.V.-Klпchnaxipyрn. 2000. - №8. - S.42-43.
6. Stojko Ju.M., Shajdanov E.V., Ershov N.A. Kompleksnoe lechenie hronicheskoy venoznoj nedostatocznosti nizhnih konechnostej v stadii troficheskikh rasstrojstv Sosudistaja hirurgija. - 2003. №2 - 3.- S.74 - 75.
7. Shalimov S.A., Fedorenko Z.P., Gulak L.O. Struktura zaboлеваemosti naselenija Ukraishzlochachestvenshmi novoobrazovanijami // Onkologija. -2001. T.Z. - №2 - 3.- S.91 - 95.
8. Shafranov V.V., Reznickij V.A., Cyganov D.I., Taganov A.V. Nekotorye teoreticheskie aspekty kriohirurgii // Dostizhenija kriome-diciny. S-Pb.: «Nauka». -2001. - S.124.
9. Shhadjashhaja kriohirurgija kozhi u detej / Pod. Red. V.K.Fedotova. M.: «Medicinskaja kniga», N.Novgorod: Izd-vo NGMA, 2001. - 56 s.
10. Detskaja hirurgija. Nacionalnoe Rukovodstvo. Moskva 2014. Razdel VIII. Poroki razvitija sudov i dobrokachestvennye opuholi. A.V. Geraskin, V.V. Shafranov S – 1052-1057s
11. D.D. Melnik, V.Je. Gjunter, G.C. Dambaev, P.G. Sysoljatin, E.V. Chuguj, E.N. Titova. Gemangiomy i ih lechenie Tomsk 2006. S. – 57-63.

УДК 616-001.4-039.22

ДЕРМАТОМНАЯ АУТОДЕРМОПЛАСТИКА ПРИ ОБШИРНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ РАНАХ С ПРИМЕНЕНИЕМ 0,05%-РАСТВОРА ОКТЕНИДИН ДИГИДРОХЛОРИДА

ОБ АВТОРАХ

Жамашев Дармен Куатович – врач-комбустиолог больницы скорой и неотложной помощи г. Алматы, кандидат медицинских наук, e-mail: dr.darmen@mail.ru

Сагатов Инкар Ергалиевич – главный научный сотрудник Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова, доктор медицинских наук, e-mail: inkar_sagatov@rambler.ru

Сейдуманов М.Т., Алимжанов А.К., Головня М.А., Жамашев Д.К., Сагатов И.Е.

Больница скорой и неотложной помощи, Алматы, Казахстан

Аннотация

При травматических дефектах кожи и мягких тканей, с последующими гнойно-некротическими осложнениями, усугубляющими первичное повреждение, необходимо: 1) после первичной хирургической обработки раны госпитализировать в отделение хирургической инфекции в виду высокой вероятности гнойных осложнений; 2) 0,05%-раствора октенидин дигидрохлорида является антисептиком выбора при гнойно-некротических процессах; 3) свободную пересадку кожи следует считать методом выбора, а строгое и последовательное соблюдение принципов хирургического лечения позволяет добиваться хороших функциональных и косметических результатов лечения у большинства пострадавших.

Ключевые слова

дерматомная аутодермопластика, 0,05%-раствор октенидин дигидрохлорида.

Дерматомды аутодермопластикны көлемді жарақаттан кейінгі іріңді некрозды жараларда октенидин дигидрохлоридтің 0,05-тік ерітіндісін қолдану

Сейдуманов М.Т., Алимжанов А.Қ., Головня М.А., Жамашев Д.Қ., Сагатов И.Е.

Алматы қаласы ҚШККА, Қазақстан

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Жамашев Дармен Куатулы – Алматы қаласы жедел шұғыл көмек көрсету ауруханасының дәрігері, медицина ғылымдарының кандидаты

Сагатов Инкар Ергалиулы – А.Н.Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығының аға ғылыми қызметкері, медицина ғылымдарының докторы

Аңдатпа

Жарақаттан кейінгі жұмсақ тіннің кемшілігінде іріңді-некрозды жарамен асқынғанда келесі шараларды қолдану керек: 1) Жараны біріншілік хирургиялық өңдеуден кейін науқасты хирургиялық инфекция бөлімшесіне жатқызу; 2) Октенидин дигидрохлорид 0,05%-тік ерітіндісін іріңді-некротикалық үрдісте негізгі антисептик болып табылады; 3) Теріні көшіріп орналастырып хирургиялық емдеу, зардап шеккен науқастардың тез жаылып жақсы функционалдық косметикалық нәтижеге жетуге мүмкіншілік береді.

Түйін сөздер

дерматомды аутодермопластика, октенидин дигидрохлоридтің 0,05-тік ерітіндісі.

Dermatome autodermoplasty in extensive posttraumatic purulent-necrotic wounds with the use of a 0,05% solution of octenidine dihydrochloride

Seidumanov M.T., Alimzhanov A.K., Golovnya M.A., Zhamashev D.K., Sagatov I.Ye.

Emergency Hospital of Almaty, Kazakhstan

Summary

In traumatic defects of the skin and soft tissues with following purulent-necrotic complications, aggravating the primary injury it is necessary: 1) to hospitalize into the department of the surgical infection after primary surgical processing of a wound in view of high probability of the purulent complications. 2) 0,05% solution of the octenidine dihydrochloride is an antiseptic of the choice in purulent-necrotic processes. 3) a free skin transplantations should be considered to be a method of the choice, and strict and consecutive keeping the principles of the surgical treatment allows to reach good functional and cosmetic results of a treatment in majority of victims.

ABOUT THE AUTHORS

Zhamashev Darman Kuatovitch – MD of hospital of a fast emergency aid of Almaty, Candidate of Medical Sciences

Sagatov Inkar Yergalievitch – Chief researcher of National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov, Doctor of Medical Sciences

Keywords:

dermatome autodermoplasty, 0,05% solution of the octenidine dihydrochloride

Введение

Оценка эффективности аутодермопластики, регрессивные метаморфозы кожных трансплантатов, свободная аутодермопластика расщеплёнными кожными лоскутами занимает центральное место в комплексе мероприятий, направленных на стабилизацию состояния пациента с обширными глубокими гнойно-некротическими поражениями кожи и мягких тканей после травм и ожогов, и на сокращение сроков госпитализации у пациентов с ограниченными глубокими поражениями [1-8]. Многочисленность операций при закрытии обширных кожных дефектов считается неотъемлемой принадлежностью хирургии при гнойно-некротических процессах и ожогах. Косметические дефекты и деформации в местах гнойно-некротических повреждений длительно заживающих ран, самостоятельной эпителизации и рубцевания ожогов III Б-IV степени имеет место в 100% случаев. Существенно уменьшить эти отрицательные моменты и увеличить вероятность выздоровления пациента с критическим поражением можно, если гнойно-хирургическое лечение своевременно, адекватно и эффективно, что всё ещё остаётся основной проблемой современной отечественной гнойной хирургии. Вопросы своевременности и адекватности решаются совместно с реанимационной и анестезиологической службами, эффективность операции - прерогатива хирургической службы.

Материалы и методы

Дерматомная кожная пластика является основным оперативным пособием при травматических дефектах кожи и мягких тканей. К настоящему времени техника дерматомной пересадки кожи в основном усилиями специалистов – комбустиологов доведена до совершенства. Возможно, поэтому пострадавшие вследствие гнойно-некротических процессов дефектами кожи и мягких тканей довольно часто лечатся в отделениях хирургических инфекций и ожоговых стационарах. Имея 5-летний опыт оперативного лечения подобных пациентов в условиях отделения хирургических инфекций и термических поражений больницы скорой и неотложной помощи (БСНП) г. Алматы мы смогли выявить ряд особенностей дерматомной пересадки кожи. Свободная пересадка кожи на травматические дефекты была выполнена 50 пациентам (из них 28 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 15 до 84 лет. Наиболее часто были поражены нижние (35 пациентов) и верхние (15 пациентов) конечности. Бытовая травма имела место у 49 (98,0%) пациентов, производственная - у 1 (2,0%). Площадь травматических дефектов составляла от 10 до

1200 см². Свободные пересадки кожи у всех 50 пациентов выполнялись на гранулирующие раны в сроки от 16 до 50 суток с момента травмы. Подготовка ран к пластическому закрытию осуществлялась частой сменой повязок с различными лекарственными препаратами в зависимости от состояния раневого ложа. Остатки нежизнеспособных тканей удалялись механически после проведенного химического некролиза, ежедневной сменой повязок с 0,05%-раствором октенидин дигидрохлорида. 0,05%-раствор октенидин дигидрохлорида хорошо зарекомендовал активным адсорбированием гнойного отделяемого, способствовал уменьшению интоксикации и тем самым улучшению общего состояния пациентов при обширных дефектах. Для подавления патогенной микрофлоры при использовании 0,05%-раствора октенидин дигидрохлорида нет необходимости использовать антисептические растворы (фурацилин, хлоргексидин, йодовидон, повидон-йод, диоксидин и др.). Наряду с удобством применения, малой травматичностью при смене повязок у всех пациентов отмечалось уменьшение гнойного отделяемого с раневой поверхности уже после 7 перевязок, снижение уровня бактериальной обсемененности раны, улучшение характера грануляционной ткани. При избыточных грануляциях, появляющихся в поздние сроки после травмы, для их оздоровления успешно применяли мази, содержащие гидрокортизон. Подобные препараты способствовали уплотнению и оседанию грануляций, сглаживанию грубой зернистости, исчезновению отека. К удалению грануляций прибегаем крайне редко, так как почти всегда удается добиться их хорошего состояния консервативными методами.

Степень готовности раневого ложа к восприятию кожного лоскута оценивалась визуально, противопоказанием для аутодермопластики считали наличие в ране б-гемолитического стрептококка и большую обсемененность ран микрофлорой. У подавляющего числа пациентов (98%) применяли сплошные кожные аутооттрансплантаты. При тяжелом состоянии пациента, вызванном обширным дефектом кожи и сопутствующей патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем, использовали сетчатые трансплантаты. Большое значение для получения хороших функциональных и косметических результатов лечения имеет правильный выбор толщины срезаемого кожного лоскута. Если для закрытия ран функционально пассивных областей вполне достаточен лоскут толщиной 0,3-0,4 мм, то для закрытия области суставов используем лоскуты толщиной 0,5-0,6 мм, а на опорных и постоянно подвергающихся механическому воздействию поверхностях (стопы, ладонная поверхность

кистей, культы бедер и голеней) использовали аутотрансплантаты толщиной 0,7-0,8 мм. Сроки заживления донорских ран после срезания лоскутов такой толщины увеличиваются до 33,5 недель вместо 1,52 недель при срезании более тонких трансплантатов. В связи с большей подверженностью толстого трансплантата инфекции для профилактики нагноения в послеоперационном периоде трансплантаты защищаем наложением повязок с антисептическими растворами или антибиотиками. Косметический и функциональный результат зависит также от сроков проведения аутодермопластики: чем раньше выполнено пластическое закрытие раневого дефекта, тем лучше результат лечения. Проиллюстрировать вышесказанное можно следующими клиническими примерами.

Пример: Пациент Т., 15 лет, доставлен БСНП бригадой скорой медицинской помощи.

Известно, что пациент попал в дорожно-транспортное происшествие, был сбит автомашиной. Диагноз: Сочетанная травма, обширная рвано-ушибленная рана левого бедра, ягодицы и промежности с размозжением наружной порции 4-х головной мышцы (5% поверхности тела). Закрытый перелом седалищной кости слева без смещения. Закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга Ушиб мягких тканей лица. Постгеморрагическая анемия, тяжелой степени. Травматический шок 2-3ст. При осмотре выявлено отсутствие кожи по наружно-задней поверхности левого бедра. Дном раны являлись подкожно-жировая клетчатка, мышцы, фасция, бедра. Произведена хирургическая обработка раны и наложена повязка с 0,05%-раствором октенидин дигидрохлорида (рис. 1). Проведены противошоковые мероприятия. На 3-и сутки у пациента развилась гнилостная анаэробная

Рис. 1.

Хирургическая обработка раны и повязка с 0,05%-раствором октенидин дигидрохлорида



Рис. 2.

На 15-е сутки: очищение ран от гнойно-некротических масс с появлением участков грануляций



флегмона левого бедра с некрозом кожи латеральной поверхности бедра с распространением гнойного процесса на переднюю брюшную стенку, спину. В условиях операционной под внутривенным наркозом произведено вскрытие и дренирование гнилостной флегмоны левого бедра, ягодица, поясничной области, передней брюшной стенки.

В дальнейшем ежедневно проводились расширенные перевязки под в/в наркозом с иссечением гнойно-некротических тканей, с нанесением контрапертурных разрезов гнойных затеков, с дальнейшим постоянным орошением ран растворами антисептиков, перевязки с октенидином. Озонотерапия, гипербарическая оксигенация. На 15-е сутки у пациента отмечалось очищение ран от гнойно-некротических масс с появлением участков грануляций (рис. 2). На 40-е сутки произведена дерматомная пересадка кожи. Раны полностью закрыты сплошными транспланта-

тами. Достигнуто полное приживление кожных лоскутов. Наблюдался в течение 2 лет. Движения в тазобедренном суставе практически в полном объеме. Кожные покровы в хорошем состоянии.

Таким образом, при травматических дефектах кожи и мягких тканей с последующими гнойно-некротическими осложнениями, усугубляющими первичное повреждение, необходимо: 1) после первичной хирургической обработки раны госпитализировать в отделение хирургических инфекций в виду высокой вероятности гнойных осложнений; 2) 0,05%-раствор октенидин дигидрохлорида является антисептиком выбора при гнойно-некротических процессах; 3) свободную пересадку кожи следует считать методом выбора, а строгое и последовательное соблюдение принципов хирургического лечения позволяет добиваться хороших функциональных и косметических результатов лечения у большинства пострадавших.

Литература

1. Барыкина Н. В. Хирургия – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007.
2. Гришкевич В.М., Морозов В.Ю. Устранение обширных дефектов мягких тканей – Москва - 2010г.
3. Худяков, В.В. Хирургическая обработка гранулирующих ожоговых ран. Автореф. дис. ... к. м. н. – Москва - 2005 - 26с.
4. Столяров Е.А., Грачев Б.Д. Термическая травма: учебное пособие. Самара. СГМУ – 1995.
5. Уракова, Д.С. Морфологическое и бактериологическое обоснование выбора способа некрэктомии в клинике и эксперименте. Дис. ... к.м.н. –Москва - 2010 – 96 с.
6. Юрова, Ю.В. Диагностика готовности гранулирующих ожоговых ран к свободной аутодермопластике. Автореф. дис. ... к.м.н. – С–Петербург 2014 – 24с.
7. Artz C.P. Early grafting of the Burn Patient. J med Ass Georgia – 1960. –V. 49. – Т. 3. – P.95–98.
8. Hautier A. Surgical treatment of acute burns and post burn skin contractures. J Annals of Physical & Rehabilitation Medicine – 2014 – V. 57. – P.212–214.

References

1. Barykina N. V. Hirurgija – Rostov-na- Donu: Feniks, 2007.
2. Grishkevich V.M., Morozov V.Ju. Ustranenie obshirnyh defektov mjagkih tkanej – Moskva - 2010g.
3. Hudjakov, V.V. Hirurgicheskaja obrabotka granulirujushhih ozhogovyh ran. Avtoref. dis. ...k. m. n. – Moskva - 2005 - 26s.
4. Stoljarov E.A., Grachev B.D. Termicheskaja travma: uchebnoe posobie. Samara. SGMU – 1995.
5. Urakova, D.S. Morfologicheskoe i bakteriologicheskoe obosnovanie vybora sposoba nekrjektomii v klinike i jeksperimente. Dis. ... k.m.n. –Moskva-2010 – 96 s.
6. Jurova, Ju.V. Diagnostika gotovnosti granulirujushhih ozhogovyh ran k svobodnoj autodermoplastike. Avtoref. dis. ... k.m.n. – S–Peterburg 2014 – 24s.
7. Artz C.P. Early grafting of the Burn Patient. J med Ass Georgia – 1960. –V. 49. – Т. 3. –P.95–98.
8. Hautier A. Surgical treatment of acute burns and post burn skin contractures. J Annals of Physical & Rehabilitation Medicine – 2014 – V. 57. – P.212–214.

УДК 616.831-005

ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТТЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ (ӘДИБИЕТТІК ШОЛУ)

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Қуандықов Т.К. –
м.ғ.к., анестезиология және реаниматология бөлімшесінің меңгерушісі,
E-mail: tleuberdy@mail.ru

Мутагиров В.В. –
м.ғ.к., дәрігер-анестезиолог

Қуандықов Т.К., Мутагиров В.В., Данияров А.Ж., Мереев Н.М.

«А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы» АҚ

Түйін сөздер
ишемиялық инсульт, қауіп факторы, ми қанайналымының бұзылысы.

Аңдатпа

Қазіргі кездегі неврологияның ең өзекті мәселесі - өлім-жітімнің негізгі себептерінің бірі ретінде цереброваскулярлы патология. Көптеген эпидемиологиялық зерттеулерге сүйенсек, соңғы жылдары бүкіл әлем бойынша миокард инфарктісі мен өлім-жітімнің жоғарылауы жоғары және Орталық және Шығыс Еуропаның бірқатар елдерінде өлім-жітім көрсеткіштері нашарлайды. Өкінішке орай, келешекте инсульттан өлімнің одан әрі артуы болжанады.

Факторы риска ишемического инсульта (литературный обзор)

ОБ АВТОРАХ

Қуандықов Тлеуберди Кенесбаевич,
к.м.н., заведующий отделением анестезиологии и реаниматологии Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова, главный внештатный специалист Департамента здравоохранения г. Алматы.
tleuberdy@mail.ru

Мутагиров Владимир Владимирович,
к.м.н., старший ординатор отделения анестезиологии и реаниматологии Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова. mutagirov@gmail.com

Қуандықов Т.К., Мутагиров В.В., Данияров А.Ж., Мереев Н.М.

АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова»

Ключевые слова
ишемический инсульт, факторы риска, нарушение мозгового кровообращения

Аннотация

В обзоре даны анализ и оценка существующих базисных факторов риска возникновения цереброваскулярной патологии, способствующих развитию гетерогенных ишемических инсультов (атеросклероз, критические, симптомные и асимптомные стенозы сонных артерий, дислипидемия, патология сердца и др.), обосновываются новые факторы риска, способствующие острому нарушению мозгового кровообращения и хроническим нарушениям мозгового кровообращения. Приводятся критерии клинической и параclinical диагностики в целях выявления подобных факторов риска и возможности их коррекции.

Dermatome autodermoplasty in extensive posttraumatic purulent-necrotic wounds with the use of a 0,05% solution of octenidine dihydrochloride

ABOUT THE AUTHORS

Tleuberdi Kuandykov –
PhD, Head of Department of Anesthesiology and Intensive Care.
E-mail: tleuberdy@mail.ru

Vladimir Mutagirov –
PhD, doctor of Department
Anesthesiology and Intensive Care.

Seidumanov M.T., Alimzhanov A.K., Golovnya M.A., Zhamashev D.K., Sagatov I.Ye.

Emergency Hospital of Almaty, Kazakhstan

Summary

The article deals with the analysis and evaluation of existing baseline risk factors for cerebrovascular disease, contributing to the emergence of heterogeneous ischemic strokes (atherosclerosis, critical, symptomatic and asymptomatic carotid artery stenosis, dyslipidemia, cardiac disease, etc.), settles new risk factors that contribute to acute cerebrovascular accidents and chronic cerebrovascular diseases. Criteria of clinical and paraclinical diagnostics are provided to identify such risk factors and their possible correction.

Keywords:
ischemic stroke, risk factors, impaired cerebral circulation.

Бүгінде дәлелденген тиімділігі бар қан тамырлары ауруларымен күресудің жалғыз шарасы қауіп факторларын түзету болып табылады. MONICA зерттеуіне сәйкес, еуропалық елдерде жүректің ишемиялық ауруларынан болатын өлім-жітімнің 2/3-ке төмендеуі белгілі қауіп факторларын түзетуге байланысты және тек 1/3 - терапевтік тәсілдерді жетілдіруге байланысты. Дәстүр бойынша, цереброваскулярлы үшін қауіп-қатер факторлары гипертония, атеросклероз, гиперхолестеринемия, диабет, дене белсенділігі, темекіні, және т.б. Бірнеше авторлардың пікірінше, осы негізгі факторлардың әсері ишемиялық инсульттің барлық жағдайларда 60%-ын жатқызуға болады.

Соңғы онжылдықта өткізілген көптеген эпидемиологиялық зерттеулер инсульттің себептері мен оның гетерогенділігін диагностикалауда табысқа әкелді. Бұл жағдайда инсульттің басталуына әсер ететін негізгі қауіп факторлары артериялық гипертонияны, алдын-ала және интрасеребральді тамырлардың атеросклерозын, дислипидемияны қамтиды.

Артериялық гипертония

Артериялық гипертония (АГ) және гипертониялық аурулар кез келген жастағы цереброваскулярлы патологияның жетекші қауіп факторлары ретінде өзекті болып келеді. Артериялық гипертония халықтың 15-25% құрайды. Шамамен 54%-ы АГ бар болуымен байланысты болуы мүмкін. Артерия гипертониясы кезінде геморрагиялық инсульттан басқа, лакунар және атеротромботикалық инсульттер жиі дамиды. АГ аневризма және артериовенозды морфологияның (АВМ) жарылыстарына ықпал етеді, бұл субарахноидальды-паренхималық қан кетуіне әкеледі. Артериальды қысымның (АҚ) және инсульттің даму қаупі арақатынасы арасындағы тікелей байланыс бар. Диастололық қан қысымын 7,5 мм.рт.ст. жоғарылату. 70-ден 110 мм.рт.ст. инсульт тәуекелін 2 есеге арттырады. Артериялық қан қысымы 12 мм.рт.ст. артады, диастоликалық артериялық қысым 5 мм.рт.ст. қайталанатын инсульт тәуекелін 34%-ға арттырады.

Сонымен бірге, жақында ми қан айналымы бұзылыстарын (ЖМҚБ) дамытуда артериялық гипертонияның рөлі анықталды. Бүгінгі күні гипертонияның морфологиялық субстратына - гипертониялық артериопатияға ерекше көңіл бөлінеді. Гипертониялық артериопатияда tunica media гипертрофиясы, трансмуральды тасымалдауды азайту, лизосомдық ферменттердің белсенділігі бар.

АГ түзету - кез-келген жастағы ЖМҚБ-ның алдын алудың тиімді шарасы. Сонымен қатар

белгілі бір жас топтарында антигипертензивті препараттардың кез-келген класындағы пайда табу үшін жеткілікті дәлел жоқ.

Интрацеребральды қантамырлардың атеросклерозы

Ірі қан тамырлардың атеросклерозы тамырлы апаттарды дамытудың жетекші факторларының бірі болып табылады. Инсультке әкелетін негізгі механизмдер церебральды атеросклерозда артериоартеральды эмболия және гемодинамикалық бұзылулар болып табылады. Эмболизмдер жиі атеросклеротикалық табақшаларда тромбоциттердің агрегаты немесе тромбасы болып табылады, ал жиі бұзылған табақшалар мен холестерол кристалдарының бөліктері.

Әртүрлі авторлардың пікірінше, инсульт немесе ТИА уақытша ишемиялық шабуыл зардап шегетін науқастардың 25-50%-ында прецеребральды тамырлардың стенозы асимптоматикалық (тамырлы жазатайым оқиға пайда болғанға дейін) болады. Сонымен бірге бүгінгі күні «симптомдық» стенозға қатысты критерийлер мәселесі ашық болып қала береді. ACAS мультиорталық клиникалық зерттеуінде алынған деректерге сәйкес, «асимптоматикалық» стенозды қанайналымда уақытша немесе тұрақты фокальды неврологиялық симптомдар болмаған ұйқы артериясының стенозы ретінде түсіну керек, ал пациент созылмалы цереброваскулярлық жеткіліксіздіктің тәнсіз көріністеріне ие болуы мүмкін. Дегенмен, бұл әдіс церебральды және прецеребральды тамырлардың атеросклеротикалық зақымдалуы бар науқастарда жиі радиологиялық табылуы болып табылатын «дыбыссыз» церебральды инфаркттардың болуын ескермейді.

Соңғы деректер бойынша, бұл интрацеребральды микро және макростеноз рөлін инсульт кезінде қалыптастыру. Сонымен қатар, қосымша немесе интрацеребральды қан тамырларының патологиясының басым болуы айтарлықтай популяция аралық (нәсілдік) айырмашылыққа ие және бұл әлі көрсетілмеген факторлардың әсерінен туындайды.

Дислипидемия

Атеросклерозды дамытуға арналған ең көп зерттелген қауіп факторы - дислипидемия. Көптеген клиникалық зерттеулер инсульт қаупін азайтуда статиндердің тиімділігін растайды. 26 000-нан астам пациенттерді қамтитын 26 зерттеудің метаанализі инсульт қаупінің 3,4% -дан 2,7% -ға дейін, өлімге әкелмейтін инсульт 2,7-ден 2,1% -ға дейін төмендегенін көрсетті. Дегенмен, липопротеиндердің әртүрлі

фракцияларының ашылуынан кейін жүргізілген көптеген халық зерттеулері қайшы нәтижелерді көрсетеді. 61 зерттеудің метаанализі жалпы холестерин деңгейі мен инсульттан өлімнің сенімді бірлестігін анықтаған жоқ. Бірқатар зерттеулер ЛПНП тығыздығы төмен жоғарғы липопротеидтер мен инсульт қаупі арасындағы статистикалық тұрғыдан маңызды әлсіреуді ғана көрсетті.

Атеросклероз қалыптасқан тақтадағы терапевтік түзетуге емес, атеросклерозды назарға ала отырып, бүгінгі күні атеросклероздың дамуына ықпал ететін жаңа факторлардың түзілуіне ерекше көңіл бөлінеді, сондықтан дислипидемияның барынша ақпараттық танымалдықтарын іздеу жалғасуда. Плазмадағы аполипопротеина–В (АроВ) мазмұны VLDL және LDL деңгейімен байланысады, өйткені осы липопротеиндердің әрқайсысында бір АроВ молекуласы бар. Бірқатар зерттеулер көрсеткендей, АроВ жоғары деңгейі – ОНМК ЖМҚБ және ЖИА предикторы. ТИА тарихында 286 пациенттің кейінгі зерттеуін қамтитын тағы бір зерттеу АроВ / АроА1 коэффициентінің артуы ісемдік инсульттің (ИИ) тәуелсіз, жоғары ақпараттылықты болжаушысы болып табылады, бұл дәстүрлі липидограмманы зерттеуден маңызды. Әртүрлі холестерин фракциялары бойынша таңдаулы әрекеттер жасайтын дәрілерді дамыту перспективалы деп есептеледі. Атеро және атеросклерозис дамуының патогенезі туралы жаңа деректер ангионеврологиядағы клиникалық бағыттың пайда болуына себеп болды, атап айтқанда, цереброваскулярлық патология және инсульт үшін жаңа қауіп факторларын іздеу.

Дүние жүзіндегі 21 елде жүргізілген кең ауқымды ДДҰ МОНИКА зерттеуі белгілі тәуекел факторлары инсульттің дамуын түсіндіре алмайды, әсіресе жас аралығында. Бүгінгі күні диагноз қою әдістерін жетілдіру перинаталды кезеңнен бері жастар мен балалардағы инсультты анықтау мен емдеуді жақсартты. Дегенмен, бірқатар зерттеулер «дәстүрлі» қауіпті факторларсыз жас адамдардың «дыбыссыз» соққыларының рөлін күшейтеді. «Дыбыссыз» инсульттың шағын қан тамырлары ауруының, метаболикалық бұзылулардың (қант диабеті, MELAS синдромы және басқалары), кардиохирургияның, каротидтік стеноздың ықтимал болуының көрсеткіші ретінде клиникалық маңызға ие. Бірқатар зерттеулерге сәйкес, «дыбыссыз» инсульттың таралуы клиникалық көріністерге қарағанда 5 есе жоғары. Сонымен қатар «дыбыссыз» соққыларға қатысты тәуекел факторлары мәселесі жеткіліксіз зерттелуде.

Осылайша, бүгінгі күні тек белгілі қауіп факторларының болуы цереброваскулярлық

патологияның барлық спектрін, әсіресе жастар мен балаларға түсіндіре алмайды. Тамыр патологиясы мен оларды түзету әдістеріне жаңа тәуекел факторларын іздеу қажет.

Генетикалық бейімділік

ЖМҚБ-лы отбасылық жағдайларының болуы инсульттің дәлелденген қатерлі факторы болып табылады, бірақ инсультке бейімділік тұқым қуалайтын механизмдері анық емес. Бұл жағдайда классикалық Менделеев мұра түрі сирек кездеседі және инсульттің 1% -нан азырағымен байланысты.

Инсульті бар 58 мыңнан астам пациенттерді қамтитын 120 зерттеудің мета-анализі инсультке бейімділік кезінде ең маңызды 4 генді анықтады: гиперхомоцитеинемияны тудыратын, ингибилеуге ангиотензинді түрлендіретін ферменттер генінде, Лейден факторы V, протромбин генінде жою және метилтетрагидрофолат редукция генінің полиморфизмі (MTHFR).

Инфекциялық агенттер

Көптеген байқаушы зерттеулер жасырын инфекциялардың ишемиялық инсульттің болжаушылары болуы мүмкін екендігін көрсетеді. 1970-жылдардан бастап *Varicilla zoster* васкулопатияларының әдебиетінде көптеген кездесулер орын алды, бұл кезде ишемиялық инсульт пен жиі геморрагиялық көрініс бар [28]. *Varicilla-zoster* (VZV - церебральды артерияларда репликациялауға қабілетті, жалғыз вирус. Қазіргі идеяларға сәйкес, VZV – макроvasкулопатия және VZV – байланыстырылған ұсақ тамыр аурулары бар. Макроваскулопатия вирустық грануломатозды ангиитті дамытқан кезде жиі инсультпен көрінеді. VZV -мен байланыстырылған ұсақ тамыр ауруларында мигрен, конвульсия, паралич, когнитивтік тапшылық (лакундық қалыптасуымен жүретін - VZV-қалыптастырылған энцефалит деп аталатын) сияқты ерекше емес көріністер бар [20]. 1997-2001 жж. аралығында *Herpes zoster* -мен арналған 7760 пациентті қамтитын зерттеу VZV - инфекциясы инсульт тәуекелін едәуір арттырды, әсіресе бала және жас ересектер кезінде [21]. VZV байланысты васкулопатиялар үшін тиімді алдын алу шараларын іздеу жүріп жатыр. Бірқатар зерттеулер эндотелиалдық дисфункция мен тұрақты цитомегаловирус инфекциясы арасындағы байланыстарды анықтады, бұл әсіресе жас ересектерде инсульт дамытуда вирустың рөлін көрсетуі мүмкін [48].

Жоғары сезімтал с-реактивті белок

20-дан астам перспективалық эпидемиологиялық зерттеулер жоғары сезімтал Среактивті протеиннің жоғары деңгейінің іс жүзінде сау

адамдарда инсульттің, миокард инфарктісінің және қан тамырларының өлімінің тәуелсіз предикторы екенін көрсетеді. Framingham зерттеуіне қатысқан 1462 науқастың ішінде зерттеудің басында реакциялық ақуыздың плазма концентрациясының әрбір кварталді ұлғаюы ишемиялық инсульт пен өтпелі ишемиялық шабуылдың ерлерде 1.25 (95% CI 1.00-1.54) жоғарылауымен байланысты болды 12 жастан 14 жасқа дейінгі жастағы әйелдерде 1.29 (95% CI 1.07-1.55). [41].

Жүрек ақауы және жұқпалы емес (ашық) овалды терезе (PFO — patent foramen ovale)

Жүректің инвазивті емес әдістерін кеңінен енгізу (ЭхоКГ, холтер–ЭКГ) жаңа трендтің қалыптасуына - кардионеврологияға әкелді. Бүгінгі күні жүректің ишемиялық ауруы, жүрек аритмиясы (жүрекшеаралық фибрилляция, АВ блокада), инсульттің қауіпі сияқты белгілі факторлардың әсері күмән туғызады. Сонымен қатар, соңғы деректерде жас ересектер мен балалардағы кардиоэмболиялық инсульттің генезисіндегі ашық овал терезесінің ерекше рөлін көрсетеді. Ашық сопақша терезесі (АСТ) — қақпақша тесігімен екінші жүрекше аралық пердеде — ұрықтың қанайналымына басты рөл атқарады, қысымның төмендеуімен жұмыс істемейтін кіші қан айналымдағы және қосымша қан ағымындағы брахиоцефальды жүйені қамтамасыз етеді. АСТ 4-ші апта жүктілігінің аяғында қалыптастырып жіне туыла салысымен қалыптады жабылады. Сонымен қатар, әр түрлі авторлардың деректері бойынша, ересек тұрғындардың 30%-да жүрекше аралық қақпашаның ақауы болады. Дәстүр бойынша әдебитте пікір бар, шағын алаңды ескере отырып және қақпақшаның қол жетімділігіне қарай гемодинамикалық бұзылуларға әкелмейді, себебі «шамалы гемодинамика» жиі түсіндіріледі. Дегенмен, жақында жүргізілген зерттеулер сенімге дәлелдейді, АСТ-ның қолжетімділігі бұл микроэмболиямен жүруі мүмкін, бұл уақытша шабуылдар, инсульттар (соның ішінде «дыбыссыз»), мигреннің аурасымен және өтпелі жаһандық амнезия эпизодтары арқылы көрінеді [44]. Қазіргі идеяларға сәйкес, веноздық жүйедегі эмболияның «проводнигі» бола алады, сондай-ақ, АСТ-да тромбтар тікелей in situ құра алады деп саналады.

Бұған қоса, АОТ-мен науқастарда жүрекшеішілік өткізілуін бұзу туралы куәліктер бар, бұл қосымша қан жинау көзі болып табылады. Әдеби мәліметтерді талдау көрсеткендей, ми қан айналымының бұзылуы бар науқастарды парадок-

сальды эмболия арқылы АОТ-мен, қайталанған эмболия қауіпімен байланысты (науқастардың 14% -ына дейін). Қайталанбалы ишемиялық инсульт кезінде АОТ-ны транскатетерлік жабу мақсатында, алдын алу шарты ретінде МНО 2-Заралықтағы деңгейінде Варфаринді қабылдау ұсынылады. Криптогенді инсульт, ТИШ, мигреньмен ауратын барлық науқастарға шартты түрде ЭХО КГ тағайындалады. Қазіргі таңда ерте аралас кардионеврологиялық патологиялардың биохимиялық маркерларын анықтау маңызды. Бірқатар зерттеулер көрсеткендей, мидың натрийуретикалық пептиді (МНП) деңгейінің жоғарылауы жүрек жеткіліксіздігінің көрсеткіші және инсульттің болжаушысы болып табылады. Ми натрийуретикалық пептид жүрек бұлшықетінің жасушаларының шамадан тыс созылуына байланысты кардиомиоциттермен жасалады. МНП-ның физиологиялық әсер етуі вазодилатацияда, миокардтағы жүктемені төмендетіп коллатеральді қан ағымын белсендіру. 10902 айтарлықтай дені сау науқастар қатысумен өткізілген үлкен ауқымды ғылыми зерттеу ARIC (Atherosclerosis Riskin Communities) кезінде, кардиоэмболиялық инсульт және де оның басқада лакунарлық емес подтиптерін анықтауда В-типті МНП-ның көп көлемде болуы жоғары информативті екенін көрсетті.

Пероральды контрацептивтерді қабылдау

Орта жастағы әйелдерде ИИ-ң пайда болуына, пероральды контрацептивтерді қабылдау әсіресе оларды темекі тартумен араласуы аса үлкен қауіп факторы болатынын соңғы кездері өткізілген, бірнеше плацебо— бақылауында клиникалық зерттеулер көрсетті. Эстрогендердің бауырда қан ұю факторын ынталандыруы және интрацеребральды қан тамырларға әсері нәтижесінде қан ұюының жоғарылауымен байланысырады. Бетке ұстар Британдық және біздің зерттеулер қорытындысы бойынша контрацептивті препараттарды қолданатын адамдарда, жиі терең және беткей көктамырдың тромбозы, өкпе артериясының эмболиясы, коронарлық артериялар ауруы және ми қан айналым бұзылысы жиі кездеседі. АОК қолданатын және темекі шегетін әйелдерде мигрень түрінде бастың ауыруы тромботикалық инсульттің пайда болу мүмкіндігін 35%-ға дейін жоғарылауын, геморрагиялық инсульттің пайда болуының 25%-ке дейін жоғарылауын дәлелдеді.

Интра және прецеребралды тамырлардың ақауы

Заманауи нейровизуализация технологиясының дамуы арқасында, қазіргі уақытта

ишемиялық инсульттің бұрын-соңды белгісіз болжаушыларын анықтауға болады, атап айтқанда, бүгінгі күні прецеребральдық тамырлардың макро-аномалиясының рөліне үлкен көңіл бөлінеді. Брахицефалиялық тамырлардың дамуындағы ауытқулардың ең көп саны - бұл ұйқы артериясының және омыртқалы артериялардың, гипоплазияның немесе омыртқалы артериялардың біреуінің қисықсыздығы мен өршуі. Бірқатар авторлардың айтуы бойынша, ұйқы артерияларының қисаюуы клиникалық сау адамдарда 38% құрайды.

Ұйқы артерияларының ауытқулары кез-келген жаста, оның ішінде балаларда анықталуы мүмкін. Каротид бассейнінің туа біткен және жүре пайда болған аномалиялары ерекшеленеді.

Іштегі дамудың үшінші триместрінде жүректің кеуде торына қарай төмен түсуі болады (descensus cordis) және кез-келген қаңқаның және супраорталдық тамырлардың даму жылдамдығының кез-келген сәйкессіздігі ұйқы артериясының ақауына алып келуі мүмкін. Коллаген және икемді талшықтардың кеме қабырғасындағы негізгі қаңқа функциясы екендігін ескере отырып, коллаген метаболизмін бұзумен жүретін ауруларда, атап айтқанда - қосылыс тінінің туа біткен әлсіздігімен патологиялық қылқындылық көрсетіледі. Жүре пайда болған қантамырлардың иілуі мен қисаюын артериальды гипертензиямен церебральды қантамырлардың атеросклерозымен байланыстырады.

Көптеген зерттеулердің қорытындысы бойынша патологиялық қисаюу созылмалы церебральды ишемияның басты себебі болып табылады және компенсаторлы механизмнің бұзылуы нәтижесінде ишемиялық инсультке алып келуі мүмкін. Жас балаларда және жасөспірімдерде инсульттың дамуына патологиялық қисаюудың ұйқы артериясының гипо және аплозиясының үлкен рөлі бар екенін дәлелденді.

Прецеребралды және брахицефалды тамырлардың диссекциясы

Әдебиеттің мәліметтері бойынша, прецеребралды артериялардың (ПА) диссекциясы - ерте жастағы ишемиялық инсульттың негізгі себептерінің бірі [13]. Диссекция брахицефалды бассейнінің кез-келген артериясында пайда болуы мүмкін, әсіресе жиі ішкі ұйқы артерияларының экстракраниалды бөлімдері, сирек - омыртқа артерияларының экстракраниалды бөлімдері зақымдалады. ПА диссекциясымен ауыратын адамдардың орта жасы - 40 жас, ұйқы артериясының - 47 жас. Әйелдерде бұл дерт ер адамдарға қарағанда 3 есе жиі кездеседі.

Церебралды артериялардың қабырғаларының ажыралуы ішкі қабатының жыртылуымен және оның астында пайда болған, артерия бойымен тамыр қабырғасының қабаттары арасымен әртүрлі ұзындыққа созылатын гематомамен түзіледі. Церебралды артериялардың диссекциясы жарақаттың нәтижесінде не кенеттен пайда болуы мүмкін. Кенеттен болған диссекция белгісіз себептерден пайда болуы мүмкін. Кенеттен болған диссекцияның дамуында маңызды орынды фибромускулярлы дисплазия, тамырлардың ирелену және майысуының ақырғы дәрежесі, дәнекер тіннің аурулары, соның ішінде Марфан және Элерс-Данлос синдромдары, қабырғаның арнайы аутоиммунды қабынуы немесе қабырғасы маңында арнайы емес қабыну үрдісі сияқты бейім себептер алады. Сонымен қоса, кенеттен болған диссекциямен науқастарда анамнезінде жиі мұрыннан қан кету, артериалды қан қысымының жоғарылауы, бас сақинасы сияқты бас аурулары кездеседі [9].

Метаболизмнің туа және жүре пайда болған бұзылыстары

Көптеген аурулардың (соның ішінде цереброваскулярлы) дамуын шақыратын себеп ретінде метаболикалық бұзылыстардың концепциясы 1908 жылы өзінің алкаптонуриямен науқастарды бақылаулары негізінде «бір ген – бір энзим» гипотезасын құрастырған Archibald Garrodтың классикалық жұмыстарынан бастау алады. Биохимия мен генетиканың жетілдірілуімен концепция одан әрі дамыды. Бүгін метаболикалық бұзылыстар спектріне тұқымқуалайтын аурулар (гликогеноздар, MELAS–синдромы, Кернс–Сейр синдромы, Lesch – Nyhan синдромы, SUSAC, Фабри ауруы және т.б.) да, тұқымқуалауға бейім жүре пайда болған жағдайлар (қант диабеті, метаболикалық синдром, гипергомоцистеинемия және гипергомоцистеинурия, гипо– және гипертиреоз, паранеопластикалық синдромдар және т.б.) да жатады [15]. Көптеген тұқымқуалайтын дисметаболикалық синдромдар қан мен жұлын сұйықтығында лактат және пируваттың жоғарылауымен қабаттасатынын ескеру керек. Позитронды-эмиссионды томографияны қолданудың соңғы уақытта алынған мәліметтері алғашында есептелген инсульттың дамуындағы метаболикалық бұзылыстардың ролі әсіресе ерте жастағы адамдарда және балаларда маңыздырақ екені объективті түрде дәлелденді [27]. Әр түрлі авторлардың зерттеуіне сәйкес, криптогенді инсульттың (ишемиялық инсульттың жалпы популяциясындағы жиілігі 12-25 % аралығында) этиологиясын анықтау метаболикалық бұзылыстарды сенімді диагностика арқылы оның кездестірілуінің азаюына алып келеді [13].

Метаболикалық синдром

Метаболикалық синдром висцералды май салмағының көбеюі, шеткі тіндердің инсулинге сезімталдығының төмендеуі және гиперинсулинемия, сонымен қоса артериалды гипертензиядан құралған симптомдар жиынтығы болып табылады. Метаболикалық синдром кезіндегі дерттік өзгерістердің нақты тетігі анықталмаған. Қазіргі заманғы көзқарастарға сәйкес, адипоциттер эндотелиалды дисфункцияның пайда болуына алып келетін альфа ісік өліттенуінің факторы мен басқа да проқабыну субстанцияларының қандағы мөлшерінің көбеюіне жәрдемдеседі. Көпсандық клиникалық зерттеулер метаболикалық синдромның барлық жас топтарында ишемиялық инсульттың тұрақты тәуелсіз қауіп факторы болып табылатынын дәлелдейді [13]. Бірқатар зерттеулер метаболикалық синдром мен гипергомоцистеинемия арасындағы корреляциялық байланысты анықтады, ол бұл жағдайлардың патогенезінің жалпы компоненттері туралы айғақтайды [24].

Гипергомоцистеинемия және MTHFR—-ТТ—-генотип

Дәстүрлі түрде метаболикалық бұзылыстарды көмірсулардың, аминқышқылдарының, органикалық қосындылардың алмасуының бұзылысы мен жиынтықтық лизосомалды аурулар және т.б. деп жіктейді. Алайда соңғы уақытта алынған мәліметтер күкіртқұрамды қышқылдар алмасуы дертінің ерекше ролі туралы көрсетеді. Соның ішінде, ишемиялық инсульттың дамуында маңызды орын алатын антикоагулянтты жүйенің супрессиясы мен эндотелиалды дисфункция дамуына гомоцистеиннің жоғары деңгейінің әсері туралы сенімді мәліметтер бар [20,47].

Гомоцистеин метиониннан эндогенді синтезделетін күкіртқұрамды аминқышқылы болып табылады. Гомоцистеин дәрумен емес және адам организмінің ақуыздар құрамына кірмейді. Гомоцистеиннің алмасуы реметилдену және транссульфирлену сияқты екі биохимиялық тұрақтыларға негізделген, дәл осы екі тетіктердің арасындағы тепе-теңдік оның деңгейін анықтайды. Екі жолдың қызмет атқаруы үшін реметилдену және транссульфирлену реакцияларында коферменттер ретінде қолданылатын В1, В6, В12 дәрумендері мен фолий қышқылының жеткілікті концентрациясы қажет. Гомоцистеиннің биохимиялық маңыздылығы метилирлену реакцияларында тез жұмсалатын метионинның эндогендік қорын сақтауына, сонымен қатар трикарбон қышқылының кезеңі үшін қажетті компоненттер - цистеин мен а-кетобутират сингенезінің мүмкіндігіне негізделген [30].

Гомоцистеиннің дерттік жинақталуына жоғары аталған реакцияларға қатысатын ферменттердің генетикалық детерминирленген кемістіктері де, ас мәзірінде В1, В6, В12 дәрумендері мен фолий қышқылының жеткіліксіздігі де алып келуі мүмкін [22]. Метилентетрагидрофолатредуктаза (MTHFR) гені бойынша полиморфизмді зерттеуде ТТ нұсқасы бойынша гомозиготалық популяцияның 10–16 %-нде байқалатыны анықталды, бұл нұсқаны тасымалдаушылар гомоцистеиннің жоғары мөлшерлілігімен сипатталады [46]. В топ дәрумендерінің жеткіліксіздігі дамыған және дамып келе жатқан елдерде, сонымен қатар Украинада, едәуір кең тараған көрініс болып табылады [7]. Осылайша популяцияда гипергомоцистеинемияның кең таралуының алғышарттары құрастырылады.

Қазіргі заманғы көзқарастарға сәйкес, физиологиялық қызметінен бөлек гомоцистеин көпкомпонентті патогенетикалық әрекетке ие. Ол цитокиндер, циклиндер және қабынудың басқа медиаторларының босатылуын бастама етіп, артериялардың тіндік құрылымдарын зақымдайды. Оның жиналуы артерия қабырғаларының борпылдақтануын, эндотелийдегі жергілікті кемістіктердің түзілуін шақырады, бұл өз алдына тамыр қабырғасына холестерин мен кальцийдің шөгуіне алып келеді [22]. Гомоцистеин антитромбин III, С протеинін баяулату мен V және XII факторларды белсендіру мүмкіндігі арқасында әлеуетті прокоагулянт болып табылады, бұның атеротромботикалық және кардиогендік ишемиялық инсульттардың дамуында аса маңыздылығы бар [24].

Жүргізілген клиникалық зерттеулерде гомоцистеиннің цереброваскулярлы аурулардың тәуелсіз жоғарымәліметті предикторы болып табылатыны дәйекті түрде дәлелдеген. Гомоцистеин деңгейінің 12 мкмоль/л-ден аса жоғарылауы (қалыпты мөлшерде 4,6–9,9 мкмоль/л) қантамырлық зілзалалар қаупінің 2 есеге көтерілуімен байланысты [22]. Гомоцистеин деңгейінің төмендеуі инсульт дамуының қаупін айтарлықтай азайтатынын көрсететін ақпараттар бар [33].

Гипергомоцистеинемия анықталған адамдарға В тобының дәрумендеріне (жасыл түсті жемістер, бұршақ, майлы емес ет, балық, аз мөлшерде сүзбе) бай емдем, көктем-күз мезгілдерінде бір ай ішінде В топ дәрумендері мен фолий қышқылының таблетка түрін қабылдау, сонымен қоса гомоцистеин деңгейін, коагулограмма, липидограмманы жылына 2 рет тексеру тағайындалады.

Ишемиялық инсульттың жедел және жеделасты кезеңдерінде гипергомоцистеинемия анықталған уақытта көпшілік мақұлдаған емге В

топ дәрумендерінің жоғары мөлшерінен тұратын препараттар мен фолья қышқылын қабылдау тағайындалған, бұл инсульттың екіншілік алдыналу шарасының компоненті болып табылады [11].

Метаболизмнің жасушалық бағыттарын түсінудегі жетістіктер инсультқа алып келуі мүмкін зат алмасудың тұқым қуалауға бейім ауруларын сәйкестендіруге алып келді. Оларға әуелі Фабри ауруы, MELAS—синдромы және т.б. жатады.

MELAS—синдромы және гиперлактатемия

MELAS—синдромы митохондриялды миопатия, энцефалопатия, лактат—ацидоз және инсульттәрізді кезеңдердің жиынтығынан тұрады. MELAS—синдромымен 80 %-тен астам науқастарда митохондриялды ДНК-да 3243 нуклеотидінде адениннің гуанинге алмасуы болады, алайда мутацияның басқа нұсқалары да кездеседі. Әр елдегі таралуы 7,59 : 100 000-дан 236 : 100 000-ға дейін жағдайды құрайды [35].

MELAS—синдромы кезіндегі инсульттардың пайда болу тетігі толық анық емес. Қазіргі замағы көзқарасқа сәйкес, генетикалық ақаудың салдарынан РНҚ тасымалдануының бұзылысы тотықтырғыш фосфорилденудің шамасыздығына, АТФ қорының азаюы мен энергетикалық тапшылыққа алып келеді [44]. Аталған үрдіс лактат-ацидозбен, лактатқа қарай лактат/пируват тепе-теңдігінің жылжуымен және қан мен жұлын сұйықтығында лактат деңгейінің өсуімен қоса жүреді.

MELAS—синдромының тән клиникалық көріністеріне бала және ерте жаста қайталанатын метаболикалық инсульттар, сақинатәрізді бас аурулары, тырыспа пароксизмдері, күштемеге толеранттылықтың төмендеуі жатады. Q10 коэнзимі, креатин, L—карнитин, L—аргинин және жөке қышқылын қолданумен ем үлгісі нәтижелі болып саналады [40].

Лактат және пируват алмасуын түзету тек MELAS—синдромы шеңберінде ғана аса маңызды бола қоймайды. Жедел ми қанайналымының бұзылысында дәлелденген, бірақ сонымен қоса толық зерттелмеген тетіктердің бірі — тотықтырғыш күйзеліс. Аталған үрдіс босрадикалды тотығудың гиперактивтілігін тудыратын антиоксиданттық жүйелердің біртіндеп әлсіреуі болып табылады. Ишемиялық пенумбра дамуында лактат және пируват деңгейінің мәнісі аса зор. Соңғы уақытта плазма лактатының деңгейі мен ишемиялық инсульт ауырлығының корреляциясы туралы мәліметтер алынды. Лактаттың жоғары деңгейі миокард инфарктісінің тәуелсіз қауіп факторы болып табылатынын көптеген зерттеулер көрсетті [32]. Алайда бізге қолжетімді

әдебиетте ишемиялық инсульттың қауіп факторы ретінде лактаттың ролі туралы ақпараттарды біз анықтай алмадық. Бұған қарамастан плазма лактаты деңгейінің жоғарылауы бар митохондриялды дисфункция туралы айғақтай да алады, қорғаныстық күйзеліс реакциясын көрсетуі де мүмкін, оны инсульт дамуының қауіпін бағалауда есепке алу керек [12].

Ұсақ қантамырлардың ауруы

Қазіргі таңда ұсақ қантамырлардың ақауы ретінде ангионеврологияда кең тараған патоморфологиялық уақыт, инсульттың пайда болуының басты көзі болып есептелінеді. ҰҚА-ның басты фенотипі болып лакуналық ми инфарты, ақ заттың зақымдалуы, сонымен қатар мидың микроқан құюлары есептеледі. Қазіргі таңда «ұсақ қантамыр ауруы» термині клиникалық, радиологиялық немесе патологиялық өзгерістердің көрінісі болады, бас миының терең құрылымдарын қанмен қаматсыздандыратын, перифериялық ұсақ артерия және артериолалардың патологиясымен негізделген.

Қазіргі таңда ұсақ қантамыр ауруларына көп назар аударылып жатыр, соның негізінде клиникалық ангионеврология бағытының пайда болуына негіз болды. Ұсақ қантамырлар ауруы көп тармақты, соның ішінде CADASIL—синдромы, Фабри ауруы, Susac синдромы, Чарг — Строс васкулиті, антифосфолипидті синдром т.б. Ұсақ қантамырлардың ауруларының көрінісі көбінесе қайталанбалы лакунарлы инфаркт және үдемелі когнитивті дефицитпен негізделеді.

Фабри ауруы

Фабри ауруы А а-галактозидосын дефицитімен шақырылатын Х-тіркелген сфинголипидоз. Атап өтілген лизосомальды энзимнің ақауы көптеген органдардың жасушалық лизасомасында жиналатын, әсіресе бүйректе және церебральді қантамырларда жиналып оларды артериопатияға алып келетін гликофинголипидтердің алмасуының бузылысымен негізделеді. Фабри ауруының таралуы 1 : 40 000 [36].

Фабри ауруы кезінде инсульттердің дамуы бірнеше патофизиологиялық механизмдермен байланысты. Гликофинголипидтердің эндотелий және қантамырлардың бұлшық етті қабатында үдемелі жиналуы артериолардың стенозы мен окклюзиясына алып келеді. Сондай ақ үлкен қантамырлар дилатацияланады, соның себебінен артерия артериялды эмболия және көктамырлық тромбоздардың даму қатері жоғарылайды. Одан басқа Фабри аурумен ауы-

ратын науқастарға инсульттың дәстүрлі қауіп факторлары қақпақшалар ақауы және сол жүрекшенің гипертензиясы үлкен маңызға ие. Бірнеше зерттеулер қорытындысы бойынша негізгі артерияның диаметрінің өзгеруі бұл аурудың негізгі маркері болып табылады. Фабри аурумен ауыратын науқастарда атеросклероздың ерте дамуы және гемоцистеиннің жоғары деңгейде болуы жайлы ақпараттар бар.

И.С. Евтушенконың еңбектеріндегі көрсетілімі бойынша, көбінесе бала кезден анықталатын дермато–кардио–сомато–неврологиялық көріністерімен, ангиокератидтің дамуын, бүйректің, көздің зақымдануын, жүректің (стенокардия, сол қарыншаның гипертрофиясы) ауру сезімді парестезиялар, қызбаны, жүктемеге толеранттылықтың төмендеуін қамтиды. А-а-галактозидазаның ферментінің белсенділік деңгейіне бұл ауру көптеген жылдар бойында үдеуі мүмкін. Спецификалық емі жоқ рекомбинантты а-галактозидазаның 1 мг/кг әр 2 апта сайын инфузиясы мен орын басушы терапия негізгі болып табылады.

CADASIL—синдромы

Инсультпен көрінетін көптеген тұқым қуалайтын аурулардың бірі CADASIL синдромы болып табылады. Соңғы деректерге сүйене отырып, оның таралуы 1:100000 құрайды. CADASIL—СИНДРОМЫ церебральды аутосомды доминантты артериопатиямен, субкортикальды және лейкоэнцефалопатиямен көрінетін лейкоцистрофиялар тобына жатады.

Когнитивті бұзылыстармен, ТИШ және инсульттармен, жиі мигренозды пароксизм көріністерімен жас кезде пайда болады. Бұл аура псевдобульварлы синдром және деменция деңгейіне дейін үдейді.

CADASIL синдромының патогенетикалық субстраты – NOTCH3 генінде мутация, бұл мембранадағы NOTCH-3 протеинінің патологиялық жинақталуына және церебральді және қосымша құбылыстардың тегіс бұлшықет жасушаларының цитоплазмасына себепші болады, кейіннен бұл қабырғадағы бұлшықет

жасушаларының прогрессивті деградациясы болады.

MPT-зерттеу бөлімінде T1 режиміндегі гипертониялық фокустар және T2 режиміндегі гиперинтенсивті ошақтар, негізінен перивентрикулярлы локализация және базальдық ганглия аймағында анықталады.

Диагноздың ең дұрыс әдісі - NOTCH3 генін зерттеу, алайда зерттеудің қымбатшылығына байланысты тірек-қимыл аппаратының биопсиясы кеңінен таралған. Ерекше емдеу тәсілі жоқ. CADASIL синдромында жиі кездесетін гиперхолестеринемия, гипергомоцеинемия және артериялық гипертензияның агрессивті терапиясы қажет. Аспиринді, дипиридамолды немесе клопидогрелді қабылдау ұсынылады. Когнитивтік құнсыздану оң болған кезде, әсері донепезилмен байқалды.

Қорытынды

Соңғы онжылдықта жүргізілген көптеген зерттеулер цереброваскулярлық және жүректамыр патологиясының дамуында әртүрлі қауіп факторларының рөлін анықтауға және негіздеуге мүмкіндік берді, әсіресе ЖИА және инсульт. Бүгінгі таңда артериалды гипертония, алдынала және интрасеребральды тамырлардың атеросклерозы, дислипидемия сияқты негізгі факторлардың маңыздылығы туралы ешқандай күмән жоқ. Зерттеу барысында алынған нәтижелерге сүйене отырып, цереброваскулярлы патологияның жиілігін азайтуға мүмкіндік беретін гипертонияның, атеросклероздың, семіздіктің алдын алу және емдеуге арналған бағдарламалар мен хаттамалар әзірленді. Сонымен бірге, жас кезінде тамырлы аурулардың мәселесі өзекті болып отыр. Дәріс негізгі факторлармен біріктіріліп жасалған (гипергомоцистеинемия, тұрақты герпесвирус инфекциясы, ашық сопақша терезесі және т.б.) анықталған жаңа негізгі факторлары клиникада науқасқа жеке индивидуальді факторларын анықтауға және цереброваскулярлық патологияның алғашқы алдын-алудың тиімді бағдарламасын жасауға мүмкіндік береді.

Әдибиеттер тізімі

1. Дзяк Л.А. Инсульт у пациентов молодого возраста / Л.А. Дзяк, Е.С. Цуркаленко // Практическая ангионеврология. – 2010. – № 2. – С. 9–14.
2. Евтушенко С.К., Лисовский Е.В., Евтушенко О.С. Дисплазия соединительной ткани в неврологии и педиатрии (клиника, диагностика, лечение): Руководство для врачей. – Донецк, 2009. – 372 с.
3. Евтушенко С.К. Гормональные контрацептивные средства как фактор риска ишемического инсульта у женщин молодого возраста / С.К. Евтушенко, М.Ф. Иванова, С.В. Налетов, И.С. Евтушенко, Я.Ю. Галаева // Международный неврологический журнал. – 2008. – № 3(18). – С. 72–76.
4. Евтушенко С.К. Патологическая роль гемодинамически незначимого открытого овального окна в развитии кардиоэмболического инсульта / С.К. Евтушенко, Е.В. Шепотинник, Г.В. Фадеева, Т.В. Чумарина, В.В. Пономарев // Международный не-

- врологический журнал. – 2008. – № 1(17). – С. 36–39.
5. Евтушенко И.С. Дермато–нефро–цереброкардиальные проявления болезни Фабри / И.С. Евтушенко // Украинский медицинский часопис. – VII/VIII 2013. – № 4(96).
 6. Евтушенко С.К., Евтушенко И.С. Мигрень и лакунарные инсульты как базисное проявление церебральной аутосомно–доминантной артериопатии с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией (CADASIL–синдром) // МНЖ. – 2011. – № 8(46). – С. 40–42.
 7. Мищенко Т.С. Факторы риска и клинические особенности у больных с различными подтипами ишемического инсульта / Т.С. Мищенко, Н.В. Овсянникова, В.В. Лебединец // Международный медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 27–32.
 8. Симонян В.А. Инсульт в молодом возрасте вследствие диссекции позвоночной артерии / Симонян В.А., Винокурова О.Н., Блиндарук С.Г., Воропаева Т.Ю. // Международный неврологический журнал. – 2012. – № 5(51). – С. 56–58.
 9. Федин А.И. Гипергомоцистеинемия как фактор риска инсульта / А.И. Федин, В.С. Ефимов, А.З. Кашежева, М.А. Кромм // Журнал неврологии и психиатрии. – Прил. «Инсульт». – 2002. – № 6. – С. 24–28.
 10. Филимонов Д.А. Гипергомоцистеинемия как прокоагулянтный фактор риска у пациентов с атеротромботическим ишемическим инсультом и возможности лечебной коррекции // Нейронауки: теоретические и клинические аспекты. – 2012. – № 8(2). – С. 204–208.
 11. Шатова О.П., Трунова О.А., Зинкович И.И. Влияние лактата на миграционную активность лейкоцитов периферической крови // Университетская клиника. – 2010. – Т. 6, № 1–2. – С. 49–51.
 12. Bassetti C. et al. Recurrence of Cervical Artery Dissection: A Prospective Study of 81 Patients // Stroke. – 1996. – Vol. 27. – P. 1804.
 13. Boden–Albala B. Metabolic syndrome and ischemic stroke risk: Northern Manhattan Study / Boden–Albala B., Sacco R.L., Lee H.S., Grahame–Clarke C., Rundek T. et al // Stroke. – 2008 Jan. – 39(1). – 30–5. – Epub 2007 Dec 6.
 14. Clarke J.T.R. A Clinical Guide to Inherited Metabolic Diseases (3rd ed.). – Cambridge: Cambridge University Press, 2005. – P. 358.
 15. Demuth K., Germain D.P. Endothelial markers and homocysteine in patients with classic Fabry disease // Acta Paediatr.Suppl. – 2002. – 91(439). – 57–61.
 16. Donnan G.A. Stroke / Geoffrey A. Donnan, Marc Fisher, Malcolm Macleod, Stephen M. Davis // The Lancet. – 2008. – № 371. – P. 1612–1623.
 17. Fellgiebel A., Keller I., Marin D. et al. Diagnostic utility of different MRI and MR angiography measures in Fabry disease // Neurology. – 2009. – 72(1). – 63–68.
 18. Fried L.P., Borhani N.O., Enright P., Furberg C.D., Gardin J.M., Kronmal R.A., Kuller L.H., Manolio T.A. et al. The Cardiovascular Health Study: Design and rationale // Annals of epidemiology. – 1991. – 1(3). – 263–76.
 19. Gilden D.H., Cohrs R.J., Mahalingam R. Clinical and molecular pathogenesis of varicella virus infection // Viral. Immunol. – 2003. – 16. – 243–258.
 20. Gilden D.H. Varicella zoster virus vasculopathy and disseminated encephalomyelitis // J. Neurol. Sci. – 2002. – 195. – 99–101.
 21. Goldstein L.B., Bushnell C.D., Adams R.J., Appel L.J., Braun L.T., Chaturvedi S., Creager M.A., Culebras A., Eckel R.H., Hart R.G., Hinchey J.A., Howard V.J., Jauch E.C., Levine S.R., Meschia J.F., Moore W.S., Nixon J.V., Pearson T.A. Guidelines for the primary prevention of stroke. A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association // Stroke. – 2010 Dec 6.
 22. Grayston J.T., Kronmal R.A., Jackson L.A., Parisi A.F., Muhlestein J.B., Cohen J.D., Rogers W.J., Crouse J.R., Borrowdale S.L., Schron E., Knirsch C. ACES Investigators. Azithromycin for the secondary prevention of coronary events // N. Engl. J. Med. – 2005. – 352. – 1637–1645.
 23. Hajer G.R. Levels of homocysteine are increased in metabolic syndrome patients but are not associated with an increased cardiovascular risk, in contrast to patients without the metabolic syndrome. / Hajer G.R., van der Graaf Y., Olijhoek J.K., Verhaar M.C., Visseren F.L. SMART Study Group // Heart. – 2007 Feb. – 93(2). – 216–20. – Epub 2006 Sep 4.
 24. Hoffmann B., Beck M., Sunder–Plassmann G., Borsini W., Ricci R., Mehta A. FOS European Investigators, Nature and prevalence of pain in Fabry disease and its response to enzyme replacement therapy: a retrospective analysis from the Fabry Outcome Survey // Clin. J. Pain. – 2007. – 23(6). – 535–542.
 25. Illuminati G. Revascularization of the internal carotid artery for isolated, stenotic, and symptomatic kinking / Illuminati G., Calio' F.G., Papaspyropoulos V., Montesano G., D'Urso A. // Arch. Surg. – 2003 Feb. – 138(2). – 192–7.
 26. Jacobs B.S., Boden–Albala B., Lin I.F., Sacco R.L. Stroke in the young in the northern Manhattan stroke study // Stroke. – 2002. – 33(12). – 2789–2793.
 27. Jiunn–Horng Kang. Increased Risk of Stroke After a Herpes Zoster Attack. A Population–Based Follow–Up Study / Jiunn–Horng Kang, Jau–Der Ho, Yi–Hua Chen, Heng–Ching Lin // Stroke. – 2009. – 40. – 3443–3448.
 28. Kernagis D.N. Evolving role of biomarkers in acute cerebrovascular disease / Kernagis D.N., Laskowitz D.T. // Ann. Neurol. – 2012. – № 71(3) – P. 289–303.
 29. Kilmer S. McCully. Chemical Pathology of Homocysteine. IV. Excitotoxicity, Oxidative Stress, Endothelial Dysfunction, and Inflammation / Kilmer S. McCully // Ann. Clin. Lab. Sci. – 2009. – Vol. 39, № 3. – P. 219–232.
 30. Kloska S.P., Schlegel P.M., Strater R., Niederstadt T.U. Causality of pediatric brainstem infarction and basilar artery fenestration? // Pediatr. Neurol. – 2006. – 35. – 436.
 31. Kunihiro Matsushita. The Association of Plasma Lactate With Incident Cardiovascular Outcomes. The ARIC Study / Kunihiro Matsushita, Emma K. Williams, Morgana L. Mongraw–Chaffin, Josef Coresh et al. // Am. J. Epidemiol. – 2013.

32. Lonn E. Homocysteine Lowering with Folic Acid and B Vitamins in Vascular Disease / E. Lonn, S. Yusuf, M.J. Arnold et al. // *The New England Journal of Medicine*. – 2006. – № 354(15). – P. 1567–1577.
33. Luepker R.V. WHO MONICA project: what have we learned and where to go from here? / R.V. Luepker // *Public Health Reviews*. – 2011. – № 33. – P. 373–396.
34. Manwaring N., Jones M.M., Wang J.J. et al. Population prevalence of the MELAS A3243G mutation // *Mitochondrion*. – 2007. – 7(3). – 230–233.
35. Meikle P.J., Hopwood J.J., Clague A.E., Carey W.F. Prevalence of lysosomal storage disorders // *JAMA*. – 1999. – 281(3). – 249–254.
36. Miniño A.M. Deaths: Final data for 2008 / A.M. Miniño, S.L. Murphy, J. Xu, K.D. Kochanek // *National Vital Statistics Reports*. – 2011. – № 8(7). – P. 9–11.
37. Moore D.F., Kaneski C.R., Askari H., Schiffmann R. The cerebral vasculopathy of Fabry disease // *J. Neurol. Sci.* – 2007. – 257(1–2). – 258–263.
38. Ramos-Fernandez M. Matrix metalloproteinase-9 as a marker for acute ischemic stroke: a systematic review / Ramos-Fernandez M., Bellolio M.F., Stead L.G. // *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* – 2011 Jan–Feb. – 20(1). – 47–54.
39. 40. Rodriguez M.C., MacDonald J.R., Mahoney D.J., Parise G., Beal M.F., Tarnopolsky M.A. Beneficial effects of creatine, CoQ10, and lipoic acid in mitochondrial disorders // *Muscle Nerve*. – 2007. – 35(2). – 235–242.
40. Rost N.S., Wolf P.A., Kase C.S., Kelly-Hayes M., Silbershatz H., Massaro J.M., D'Agostino R.B., Franzblau C., Wilson P.W. Plasma concentration of C-reactive protein and risk of ischemic stroke and transient ischemic attack: the Framingham Study // *Stroke*. – 2001. – 32. – 2575–2579.
41. Rost N.S. Brain natriuretic peptide predicts functional outcome in ischemic stroke / Rost N.S., Biffi A., Cloonan L., Chorba J., Kelly P., Greer D., Ellinor P., Furie K.L. // *Stroke*. – 2012 Feb. – 43(2). – 441–5.
42. Sniderman A.D., Furberg C.D., Keech A., Roeters van Lennep J.E., Frohlich J., Jungner I., Walldius G. Apolipoproteins versus lipids as indices of coronary risk and as targets for statin treatment // *Lancet*. – 2003. – 361. – 777–780.
43. Takahashi N., Shimada T., Murakami Y. et al. Vascular involvement in a patient with mitochondrial myopathy, encephalopathy, lactic acidosis, and stroke-like episodes // *Am. J. Med. Sci.* – 2005. – 329(5). – 265–266.
44. Taylor-Robinson D., Thomas B.J. Chlamydia pneumoniae in arteries: the facts, their interpretation, and future studies // *J. Clin. Pathol.* – 1998. – 51. – 793–797.
45. Trabetti E. Homocysteine, MTHFR gene polymorphisms, and cardio-cerebrovascular risk / E. Trabetti // *Journal of applied genetics*. – 2008. – № 49(3). – P. 26–282.
46. Vermeer S.E., Koudstaal P.J., Oudkerk M., Hofman A., Breteler M.M. Prevalence and risk factors of silent brain infarcts in the population-based Rotterdam Scan Study // *Stroke; a journal of cerebral circulation*. – 2002. – 33(1). – 21–5.
47. Viktorija Kenina. Cytomegalovirus chronic infection as a risk factor for stroke: a prospective study / Viktorija Kenina, Pauls Auce, Zanda Priede et al. // *Proceedings of the latvian academy of sciences*. – 2010. – Section b. – Vol. 64, № 3/4 (668/669). – P. 133–136.

References

1. Dzyak L.A. Stroke in young patients / LA. Dzyak, E.S. Tsurkalenko // *Practical angioneurology*. - 2010. - No. 2. - P. 914.
2. Evtushenko SK, Lisovskiy EV, Evtushenko O.S. Dysplasia of connective tissue in neurology and pediatrics (clinic, diagnosis, treatment): A guide for physicians. - Donetsk, 2009. - 372 with.
3. Evtushenko S.K. Hormonal contraceptives as a risk factor for ischemic stroke in young women / S.K. Evtushenko, M.F. Ivanova, S.V. Naletov, I.S. Yevtushenko, Y.Yu. Galaeva // *International Neurological Journal*. - 2008. - No. 3 (18). - P. 7276.
4. Evtushenko S.K. Pathological role of the hemodynamically insignificant open oval window in the development of cardioembolic stroke / S.K. Evtushenko, E.V. Shepotinnik, G.V. Fadeeva, T.V. Chumarin, V.V. Ponomarev // *International Neurological Journal*. - 2008. - No. 1 (17). - P. 3639.
5. Evtushenko IS Dermatonephrosocerebrocardial manifestations of the disease Fabry / IS. Evtushenko // *Ukrainian medical chasopis*. - VII / VIII 2013. - No. 4 (96).
6. Evtushenko SK, Evtushenko IS Migraine and lacunar strokes as a basic manifestation of cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy (CADASIL syndrome) // *MNJ*. - 2011. - No. 8 (46). - P. 4042.
7. Mischenko TS Risk Factors and Clinical Features in Patients with Various Subtypes of Ischemic Stroke. Mishchenko, N.V. Ovsyannikova, V.V. Swan // *International Medical Journal*. - 2011. - No. 3. - P. 2732.
8. Simonyan V.A. Stroke at a young age due to dissection of the vertebral artery / Simonyan VA, Vinokurova ON, Blindaruk SG, Voropaeva T.Yu. // *International Neurological Journal*. - 2012. - No. 5 (51). - P. 5658.
9. Fedin A.I. Hyperhomocysteinemia as a risk factor for stroke / AI. Fedin, V.S. Efimov, A.Z. Kachezhev, M.A. Cromme // *Journal of Neurology and Psychiatry*. - Attached. "Stroke". - 2002. - No. 6. - P. 2428.
10. Filimonov D.A. Hyperhomocysteinemia as a procoagulant risk factor in patients with atherothrombotic ischemic stroke and the possibility of therapeutic correction // *Neurosciences: theoretical and clinical aspects*. - 2012. - No. 8 (2). - P. 204208.
11. Shatova OP, Trunova OA, Zinkovich II Influence of lactate on the migration activity of peripheral blood leukocytes // *University Clinic*. - 2010. - T. 6, No. 1-2. - P. 4951.

12. Bassetti C. et al. Recurrence of Cervical Artery Dissection: A Prospective Study of 81 Patients // *Stroke*. – 1996. – Vol. 27. – P. 1804.
13. Boden-Albala B. Metabolic syndrome and ischemic stroke risk: Northern Manhattan Study / Boden-Albala B., Sacco R.L., Lee H.S., Grahame-Clarke C., Rundek T. et al // *Stroke*. – 2008 Jan. – 39(1). – 30–5. – Epub 2007 Dec 6.
14. Clarke J.T.R. A Clinical Guide to Inherited Metabolic Diseases (3rd ed.). – Cambridge: Cambridge University Press, 2005. – P. 358.
15. Demuth K., Germain D.P. Endothelial markers and homocysteine in patients with classic Fabry disease // *Acta Paediatr. Suppl.* – 2002. – 91(439). – 57–61.
16. Donnan G.A. Stroke / Geoffrey A. Donnan, Marc Fisher, Malcolm Macleod, Stephen M. Davis // *The Lancet*. – 2008. – № 371. – P. 1612–1623.
17. Fellgiebel A., Keller I., Marin D. et al. Diagnostic utility of different MRI and MR angiography measures in Fabry disease // *Neurology*. – 2009. – 72(1). – 63–68.
18. Fried L.P., Borhani N.O., Enright P., Furberg C.D., Gardin J.M., Kronmal R.A., Kuller L.H., Manolio T.A. et al. The Cardiovascular Health Study: Design and rationale // *Annals of epidemiology*. – 1991. – 1(3). – 263–76.
19. Gilden D.H., Cohrs R.J., Mahalingam R. Clinical and molecular pathogenesis of varicella virus infection // *Viral Immunol.* – 2003. – 16. – 243–258.
20. Gilden D.H. Varicella zoster virus vasculopathy and disseminated encephalomyelitis // *J. Neurol. Sci.* – 2002. – 195. – 99–101.
21. Goldstein L.B., Bushnell C.D., Adams R.J., Appel L.J., Braun L.T., Chaturvedi S., Creager M.A., Culebras A., Eckel R.H., Hart R.G., Hinchey J.A., Howard V.J., Jauch E.C., Levine S.R., Meschia J.F., Moore W.S., Nixon J.V., Pearson T.A. Guidelines for the primary prevention of stroke. A guideline for health care professionals from the American Heart Association/American Stroke Association // *Stroke*. – 2010 Dec 6.
22. Grayston J.T., Kronmal R.A., Jackson L.A., Parisi A.F., Muhlestein J.B., Cohen J.D., Rogers W.J., Crouse J.R., Borrowdale S.L., Schron E., Knirsch C. ACES Investigators. Azithromycin for the secondary prevention of coronary events // *N. Engl. J. Med.* – 2005. – 352. – 1637–1645.
23. Hajer G.R. Levels of homocysteine are increased in metabolic syndrome patients but are not associated with an increased cardiovascular risk, in contrast to patients without the metabolic syndrome. / Hajer G.R., van der Graaf Y., Olijhoek J.K., Verhaar M.C., Visseren F.L. SMART Study Group // *Heart*. – 2007 Feb. – 93(2). – 216–20. – Epub 2006 Sep 4.
24. Hoffmann B., Beck M., Sunder-Plassmann G., Borsini W., Ricci R., Mehta A. FOS European Investigators, Nature and prevalence of pain in Fabry disease and its response to enzyme replacement therapy: a retrospective analysis from the Fabry Outcome Survey // *Clin. J. Pain.* – 2007. – 23(6). – 535–542.
25. Illuminati G. Revascularization of the internal carotid artery for isolated, stenotic, and symptomatic kinking / Illuminati G., Calio' F.G., Papaspyropoulos V., Montesano G., D'Urso A. // *Arch. Surg.* – 2003 Feb. – 138(2). – 192–7.
26. Jacobs B.S., Boden-Albala B., Lin I.F., Sacco R.L. Stroke in the young in the northern Manhattan stroke study // *Stroke*. – 2002. – 33(12). – 2789–2793.
27. Jiunn-Horng Kang. Increased Risk of Stroke After a Herpes Zoster Attack. A Population-Based Follow-Up Study / Jiunn-Horng Kang, Jau-Der Ho, Yi-Hua Chen, Heng-Ching Lin // *Stroke*. – 2009. – 40. – 3443–3448.
28. Kernagis D.N. Evolving role of biomarkers in acute cerebrovascular disease / Kernagis D.N., Laskowitz D.T. // *Ann. Neurol.* – 2012. – № 71(3) – P. 289–303.
29. Kilmer S. McCully. Chemical Pathology of Homocysteine. IV. Excitotoxicity, Oxidative Stress, Endothelial Dysfunction, and Inflammation / Kilmer S. McCully // *Ann. Clin. Lab. Sci.* – 2009. – Vol. 39, № 3. – P. 219–232.
30. Kloska S.P., Schlegel P.M., Strater R., Niederstadt T.U. Causality of pediatric brainstem infarction and basilar artery fenestration? // *Pediatr. Neurol.* – 2006. – 35. – 436.
31. Kunihiro Matsushita. The Association of Plasma Lactate With Incident Cardiovascular Outcomes. The ARIC Study / Kunihiro Matsushita, Emma K. Williams, Morgana L. Mongraw-Chaffin, Josef Coresh et al. // *Am. J. Epidemiol.* – 2013.
32. Lonn E. Homocysteine Lowering with Folic Acid and B Vitamins in Vascular Disease / E. Lonn, S. Yusuf, M.J. Arnold et al. // *The New England Journal of Medicine*. – 2006. – № 354(15). – P. 1567–1577.
33. Luepker R.V. WHO MONICA project: what have we learned and where to go from here? / R.V. Luepker // *Public Health Reviews*. – 2011. – № 33. – P. 373–396.
34. Manwaring N., Jones M.M., Wang J.J. et al. Population prevalence of the MELAS A3243G mutation // *Mitochondrion*. – 2007. – 7(3). – 230–233.
35. Meikle P.J., Hopwood J.J., Clague A.E., Carey W.F. Prevalence of lysosomal storage disorders // *JAMA*. – 1999. – 281(3). – 249–254.
36. Mini'no A.M. Deaths: Final data for 2008 / A.M. Mini'no, S.L. Murphy, J. Xu, K.D. Kochanek // *National Vital Statistics Reports*. – 2011. – № 8(7). – P. 9–11.
37. Moore D.F., Kaneski C.R., Askari H., Schiffmann R. The cerebral vasculopathy of Fabry disease // *J. Neurol. Sci.* – 2007. – 257(1–2). – 258–263.
38. Ramos-Fernandez M. Matrix metalloproteinase-9 as a marker for acute ischemic stroke: a systematic review / Ramos-Fernandez M., Bellolio M.F., Stead L.G. // *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* – 2011 Jan–Feb. – 20(1). – 47–54.
39. Rodriguez M.C., MacDonald J.R., Mahoney D.J., Parise G., Beal M.F., Tarnopolsky M.A. Beneficial effects of creatine, CoQ10, and lipoic acid in mitochondrial disorders // *Muscle Nerve*. – 2007. – 35(2). – 235–242.
40. Rost N.S., Wolf P.A., Kase C.S., Kelly-Hayes M., Silbershatz H., Massaro J.M., D'Agostino R.B., Franzblau C., Wilson P.W. Plasma concentration of C-reactive protein and risk of ischemic stroke and transient ischemic attack: the Framingham Study // *Stroke*. – 2001. – 32. – 2575–2579.

41. Rost N.S. Brain natriuretic peptide predicts functional outcome in ischemic stroke / Rost N.S., Biffi A., Cloonan L., Chorba J., Kelly P., Greer D., Ellinor P., Furie K.L. // *Stroke*. – 2012 Feb. – 43(2). – 441–5.
42. Sniderman A.D., Furberg C.D., Keech A., Roeters van Lennep J.E., Frohlich J., Jungner I., Walldius G. Apolipoproteins versus lipids as indices of coronary risk and as targets for statin treatment // *Lancet*. – 2003. – 361. – 777–780.
43. Takahashi N., Shimada T., Murakami Y. et al. Vascular involvement in a patient with mitochondrial myopathy, encephalopathy, lactic acidosis, and stroke-like episodes // *Am. J. Med. Sci.* – 2005. – 329(5). – 265–266.
44. Taylor–Robinson D., Thomas B.J. Chlamydia pneumoniae in arteries: the facts, their interpretation, and future studies // *J. Clin. Pathol.* – 1998. – 51. – 793–797.
45. Trabetti E. Homocysteine, MTHFR gene polymorphisms, and cardio–cerebrovascular risk / E. Trabetti // *Journal of applied genetics*. – 2008. – № 49(3). – P. 26–282.
46. Vermeer S.E., Koudstaal P.J., Oudkerk M., Hofman A., Breteler M.M. Prevalence and risk factors of silent brain infarcts in the population–based Rotterdam Scan Study // *Stroke; a journal of cerebral circulation*. – 2002. – 33(1). – 21–5.
47. Viktorija Kenina. Cytomegalovirus chronic infection as a risk factor for stroke: a prospective study / Viktorija Kenina, Pauls Auce, Zanda Priede et al. // *Proceedings of the latvian academy of sciences*. – 2010. – Section b. – Vol. 64, № 3/4 (668/669). – P. 133–136.

РАХМЕТОВ НУРЛАН РАХМЕТОВИЧ (К 60 ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ)



Рахметов Нурлан Рахметович родился 16 апреля 1957 года, в Зайсанском районе, Восточно – Казахстанской области, в семье партийно – советского работника. В 1974 году золотой медалью окончил среднюю школу им. М. Ауэзова, г. Зайсан. С 1974 по 1980 годы обучался на лечебном факультете Семипалатинского Государственного медицинского института. За годы учебы неоднократно выезжал бойцом студенческого строительного отряда, членом комитета комсомола института, со второго курса Ленинским стипендиатом. За отличную учебу и активную общественную деятельность был награжден нагрудным знаком ЦК ВЛКСМ и поездкой по Ленинским местам. После окончания интернатуры по хирургии в областной больнице города Усть-Каменогорска работал хирургом областного онкологического диспансера. С 1985 года в научно – педагогической работе. В 1989 году защитил кандидатскую диссертацию во Втором Ордена Ленина Московском медицинском институте по проблеме эндолимфатической и лимфатропной антибиотикотерапии при перитонитах. В дальнейшем работал ассистентом, доцентом кафедры госпитальной хирургии СГМИ, заместителем декана лечебного факультета. В 1996 году в ННЦХ им. А.Н. Сызганова под руководством академика Алиева М.А. защитил докторскую диссертацию по проблеме реконструктивно – восстановительных вмешательств при механической желтухе, в этом же году избран заведующим кафедры госпитальной хирургии и руководителем университетской клиники. В 1997 году утвержден ВАК РК в званий

профессора. За годы руководства кафедрой и клиникой Нурлан Рахметович смог создать сплоченный коллектив единомышленников, подготовил 16 кандидатов медицинских наук, 4 докторов медицинских наук. Выпустил 8 монографий, опубликованы более 500 статьи и 40 изобретений. Наладил научные связи с ведущими хирургическими центрами

России - Новосибирск, Томск, Барнаул, Москва, Казань, а также с центрами дальнего зарубежья – Анкара, Каунас, Минск.

Профессор Рахметов Н.Р. много внимания уделял организации хирургической службы – Председатель Ассоциации хирургов Семипалатинского региона, заместитель председателя аттестационной комиссии при обл. управлении здравоохранения ВКО.

За заслуги перед отечеством присвоено звание «Основатель школы хирургической гастроэнтерологии и сосудистой хирургии», отличника здравоохранения Республики Казахстан, а также почетной грамотой министерство образования РК.

Профессор Рахметов Н.Р. высококвалифицированным специалистом в области хирургии печени, желудочно-кишечного тракта, магистральных сосудов.

С 2014 года работает на кафедре интернатуры и резидентуры по хирургии КазНМУ им С.Д. Асфендиярова на должности профессора, одновременно является консультантом - профессором Военно- клинического госпиталя регионального командования «ЮГ». Много оперирует, охотно передает клинический опыт интернам и молодым хирургам. Подготовил двух магистров по хирургии. Активен и полон творческих идей.

*Коллектив Научного Центра Хирургии им А.Н. Сызганова,
Кафедры интернатуры и резидентуры по хирургии КазНМУ им С.Д. Асфендиярова,
Коллектив Государственного медицинского университета города Семей,
Областное общество хирургов Восточно–Казахстанской области*

**Сердечно поздравляет юбиляра и желает крепкого
здоровья и творческого долголетия!**

К 85–ЛЕТИЮ ДОЦЕНТА УРАШЕВА С.Т.



Урашев Сапар Темирбаевич родился 2 июля 1933 года в поселке Чапаево Западно-Казахстанской области.

После окончания Уральской фельдшерско-акушерской школы поступил в Алма-Атинский государственный медицинский институт.

В 1958 году с отличием закончил АГМИ и был оставлен аспирантом кафедры госпитальной хирургии, возглавляемой профессором М.И. Брякиным. В 1961 году – по конкурсу на ученом Совете избран должность ассистента кафедры госпитальной хирургии.

Урашев С.Т. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Особенности изменения гемодинамики и оксигенации крови при право- и левосторонних чресплевральных операциях».

Будучи ассистентом кафедры госпитальной хирургии лечебного факультета АГМИ, с 1961 года по 1967 год заведовал общим хирургическим отделением больницы скорой медицинской помощи г.Алма-Аты, совмещая учебно – педагогическую деятельность с работой в системе практического здравоохранения.

Урашев С.Т. в 1967 году по конкурсу избирается на должность доцента родной кафедры. Сапар Темирбаевич – автор 57 печатных трудов, 35 из них посвящены экспериментальным клиническим исследованиям по сравнительной оценке лечения терминальных состояний методом аутореинфузии с внутриартериальным нагнетанием и вспомогательным искусственным кровообращением аппаратами ИСЛ-2 и ИСЛ-3, остальные научные работы посвящены актуальным вопросам торакальной и абдоминальной неотложной и плановой хирургии.

Доцент Урашев С.Т. был хирургом широкого диапазона, владеющим оперативными вмешательствами на органах грудной и брюшной полости. Выполнял операции при сочетанной черепно-мозговой и спинальной травме, травмах магистральных сосудов, при переломах конечностей.

Несмотря на большую занятость клинической и учебно-педагогической работой, он выполнял и значимую общественно-политическую работу в институте. Благодаря природному организаторскому таланту и высоким моральным качествам,

гуманизму 11 лет избирался председателем профсоюзного комитета АГМИ. Урашев С.Т. в течении многих лет работал секретарем первичной партийной организации лечебного факультета.

При создании подготовительного отделения при АГМИ, для поступления в ме-

дицинский вуз, первым деканом был доцент - Урашев С.Т. Он, вместе со своим учителем профессором Брякиным М.И., участвовал в организации и проведении съездов хирургов Казахстана и Средней Азии, Пленумов правления Республиканского общества, где выступал с основными докладами, в прениях по программным докладам

Сапар Темирбаевич был высококвалифицированным педагогом, лекции и практические занятия проводил на высоком учебно-методическом уровне с демонстрацией больных по теме занятий.

С 1982 года доцент Урашев С.Т. работал на кафедре хирургических болезней лечебного, стоматологического факультетов, возглавляемой профессором Ш.Н.Абдуллаевым. Параллельно с педагогической работой, клиническая работа занимала значительную часть его времени: консультировал службу экстренной хирургии ЦГКБ, являлся наставником молодых хирургов.

Доцент Урашев С.Т. заслуженно пользовался авторитетом и уважением среди студентов, сотрудников кафедры и больницы, любовью пациентов.

За заслуги в профессиональной и научно-педагогической деятельности С.Т.Урашев награжден медалью «За доблестный труд», государственным знаком «Отличник здравоохранения», почетными грамотами, имеет ряд благодарностей от правительства Республики, руководства медицинского университета.

Умер Сапар Темирбаевич 18 февраля 2004 года.

Дело его жизни продолжают дети и внуки. Память о благородном человеке, рыцаре медицины навсегда сохранится в сердцах его сподвижников, коллег и учеников.

**Каз НМУ им. С.Д.Асфендиярова зав. каф.
«Хирургия №2» проф. Ибадильдин А.С.,
доцент кафедры «Общая хирургия» М.Н.Кушекбаев.**

К 115-ЛЕТИЮ ЗАСЛУЖЕННОГО ДЕЯТЕЛЯ НАУКИ КАЗ ССР, ПРОФЕССОРА БРЯКИНА М.И.



Брякин М.И. родился 18 ноября 1902 г. в с. Долганка Алтайского края, в 1921 г. закончил среднюю школу, в 1921-22 гг. работал учителем. В 1922 - 1927 гг. - студент медицинского факультета Томского государственного университета РФ. По окончании вуза в 1927-1934 гг. работал заведующим районной больницы, а затем 5 лет - ординатором хирургического отде-

ления областной больницы г. Петропавловска. Брякин М.И. с 1934 г. работает в г. Алма-Ате в системе Казминздрава, а в 1935-1941 гг. совмещает с работой ассистента - хирургической кафедры Алма-Атинского государственного медицинского института.

С началом Великой Отечественной войны Брякин М.И. призван в ряды Советской армии, где прослужил в должности начальника хирургического отделения до 1947 г., демобилизован в звании майора медицинской службы. В годы войны он становится поливалентным военно-полевым хирургом.

Во время службы в рядах Советской Армии защитил кандидатскую диссертацию на тему «О стимулирующем действии 2 % раствора молочной кислоты на регенерацию костной ткани» С 1947 г. начинается педагогическая деятельность в стенах АГМИ, в должности доцента на кафедре факультетской хирургии. Докторская диссертация была успешно защищена в 1953 г. на тему «О некоторых последствиях перерезки блуждающих нервов в эксперименте и при хирургических вмешательствах в клинике» С 1954-1958 гг. заведует кафедрой факультетской хирургии, а в 1959-1980 гг. кафедрой госпитальной хирургии. В течении 10 лет с 1954-1964 гг., Брякин М.И., по совместительству, главный хирург МЗ КазССР. Звание профессора получил в 1955 г. За заслуги в подготовке практических хирургов и научно-педагогических кадров Брякину М.И. в 1947 г. присвоено звание - «Заслуженный врач», в 1957 г. - «Заслуженный деятель науки» КазССР.

Научная и практическая деятельность профессора Брякина М.И. была многогранной. Он основоположник хирургии пищевода в Казахстане, одним из первых в республике начал выполнять резекции легких при раке и бронхоэктатической болезни, много сделал для развития фтизиохирургии, сосудистой хирургии, впервые в республике наложил спленоренальный анастомоз при портальной гипертензии. Профессор Брякин

М.И., в Казахстане одним из первых стал, выполнять митральную комиссуротомию и оперировать больных с незарастанием Боталлова протока. Под его руководством разрабатывались вопросы анестезиологии и реаниматологии, внедрялись в практику современные виды общей анестезии, потенцированной спинномозговой анестезии, много внимания уделялось вопросам травматологии.

Под руководством Брякина М.И. защищено 34 кандидатских и докторских диссертации. Ученики профессора Брякина М.И. - акад. НАН РК Ормантаев К.С., профессора - Денягина Т.П., Забозлаев С.С., Кукеев Т. Г., Андреев Г.Н., Кушекбаев М.Н., Ибадильдин А.С., доценты - Маткаримов М.Т., Заморская Е.В., Симонянс Э.С., Трипольская Г.И., Бердавлетов Б.А. возглавляли, продолжают руководить кафедрами, работать в научно-практических и научно-исследовательских учреждениях Республики Казахстан, и, практически, во всех странах СНГ. Брякин М.И. проделал большую работу по организации специализированной хирургической помощи в Казахстане. 26 лет он был председателем и членом правления республиканского, городского и областного научных хирургических обществ. Его участие в организации и проведении Пленумов, съездов, заседаний хирургических обществ, выступления с программными докладами по актуальным вопросам хирургии привлекало внимание практических врачей, ученых-медиков. В 1957-1959 гг. он участвовал в работе международного Конгресса онкологов (Лондон) и сердечно - сосудистых хирургов (Мюнхен). Профессор Брякин М.И. был человеком большого врачебного долга, опытным клиницистом, прекрасным диагностом, в совершенстве владел хирургическим мастерством. Он был принципиальным и требовательным педагогом, прекрасным лектором. Его милосердие к больным, доброжелательность к ученикам и коллегам снискали ему заслуженный авторитет у широкой медицинской общественности и населения.

Сын, профессора Брякина М.И., Юрий Михайлович Брякин, продолжил дело отца, и, был в числе первых кардиохирургов РК, работал в институте хирургии

Научные публикации - более 120 печатных трудов, 3 монографий, множество учебных и учебно-методических пособий.

Врачебная, педагогическая и общественная деятельность Брякина М.И. была высоко оценена, присвоены почетные звания - «Заслуженный врач», «Заслуженный деятель науки КазССР», боевой орденом «Красной Звезды», награды мирного времени, два ордена «Трудового Красного Знамени» и орден «Знак почета», медали и Почетные грамоты Верховного Совета, Министерства здравоохранения РК.

Годы жизни профессора Брякина М.И. 1902-1985 гг

**Каз НМУ им. С.Д. Асфендиярова
зав. каф. «Хирургия №2»
проф. Ибадильдин А.С.**

АВТОРЛАР ҮШІН АҚПАРАТ

«Вестник хирургии Казахстана» журналы кардиохирургия, ангиохирургия, абдоминалды хирургия, онкология, урология, анестезиология-реаниматология, оториноларингология, травматология, трансплантология, микрохирургия, пластикалық хирургия сияқты медицина салаларында ғылыми ақпаратпен алмасу үшін форумы болып табылады. Өтініш, журналға өз мақалаңызды ұсынарға дейін төменде көрсетілген нұсқауды толық оқыңыз. Журналда клиникалық және\немесе эксперименталдық зерттеулер бойынша, бірегей мақалалар, әдебиет шолулары, бірегей суреттерімен медицина ғылымдар саласында ілімнің дамуына бағытталған ерекше синдромдарымен және ауруларымен клиникалық оқиғалардың сипаттамалары, қысқа хабарламалар, сондай ақ редакторға хаттары басылып шығады. Материалды басып шығару туралы түпкілікті шешімді редакция алқасымен және кем дегенде екі тәуелсіз пікір беруші тұлғалар қабылдайды. Басып шығару бойынша қабылданған мақалалардың авторлық құқықтары журналдың редакциясына тиеселі. Журнал жылына төрт рет (тоқсан сайын) шығып тұрады. Журнал шығатын тілдері: ағылшын, қазақ және\немесе орыс. Журналда ұсынылатын қолжазбалары бұрын басылып шықпаған болуы керек және\немесе басқа журнал баспасында қаралуда болмауы керек (ғылыми конференцияларда материал бойынша ауызша немесе стенд арқылы баяндама жасаған жағдайда, автор ол жайлы хабарлауы қажет). Мақала үшін толық жауапкершілік (этикалық, ғылыми, құқықтық тұрғысынан және т.б.) авторға тағылады. Көрсетілген талаптарға сәйкес келмейтін қолжазбалары қаралмайды.

«Вестник хирургии Казахстана» журналының мәселелеріне қатысты барлық хаттамасы (мақаланы беру, бақылау, пікір берушілердің пікірлері, файлдарды қарап шығу, толтырылған нысандарын беру және т.б.) онлайн-режимінде іске асырылуы қажет. Қолжазбалары туралы ережелері төменде ұсынылған.

РЭСІМДЕУ БОЙЫНША НҰСҚАУЛАР

Қолжазбалары Microsoft Word бағдарламасын қолдануымен жазылуы тиіс. Барлық қолжазбалар, суреттер және фотосуреттер электронды түрде, интернет-парақша арқылы ұсынуымен WORD және PDF форматтарында тапсырылады. Авторлар зерттеу өткізілген авторлар қандау тұлға екендігі және мекемесі жайлы ақпараты болмауында сенімді болуы керек (бас парағынан басқа).

Барлық қолжазбалар келесі дәйектілікте ұсынылуы керек:

1. Бас парақ
2. Қазақ және орыс тілдеріндегі абстракт
3. Ағылшын тіліндегі абстракт
4. Мақаланың мәтіні
5. Әдебиеттердің тізімі
6. Кесте (лер)
7. Суреттерге түсіндірме
8. Суреттер мен иллюстрациялар

Шолу мақалаларында атауы мен абстракты қазақ, орыс және ағылшын тілдерінде болуы керек. Шолу мақаладағы абстракттың сөздер саны 300 аспауы керек. Шолу мақалаларындағы кестелер мен суреттердің (немесе фотосуреттердің) саны 6 аспауы керек. Тезистер абзац түрінде

жазылуы керек. Қолжазбаны авторлар рәсімдеген кезінде үлгіні қолдануына болады.

Бірегей мақалаларында атауы мен абстракты қазақ, орыс және ағылшын тілдерінде ұсынылуы керек. Бірегей мақаласындағы сөздер саны мақаланың мәтіні үшін 4000 аспауы керек (абстракттан, қолданылған әдебиеттердің тізімінен, кестелерден, суреттерден және түсіндірмелерден басқа) және де абстракттар үшін 300 аспауы керек. Қолданылған әдебиеттердің саны 40 аспауы керек, ал сондай ақ кестелер мен суреттер үшін 10 дейін шектеледі. Абстрактқа келесі тармақтар: мақсаты, әдістері, нәтижелер, қорытынды және түйін сөздер рәсімделуі керек. Қолжазбаны рәсімдеу үшін авторлар түбегейлі мақаланың үлгісін қолдана алады.

Клиникалық оқиғалардың сипаттамаларында мақаланың атауы мен абстракты қазақ, орыс және ағылшын тілдерінде ұсынылуы керек. Клиникалық оқиғалардың сипаттамалары келесі ретпен жазылуы тиіс: кіріспе, оқиға тұсау кесер, талқылау және қолданылған әдебиеттердің тізімі. Машина арқылы жазылған беттер саны 8 беттен және 3 иллюстрациядан аспауы керек. Абстракттағы сөздер саны – 200 аспауы керек, бір абзац ретінде жазу қажет. Қолжазбаны рәсімдеу үшін авторлар клиникалық оқиғаның сипаттау үлгісін қолдана алады.

Редакторға жолданған хаттары, медицина ғылымы саласындағы қысқа хабарламалары, баяндамалары, жетістіктері туралы ақпараты машина арқылы жазылған 2 беттен аспауы керек. (50 сөзден аспауы керек).

ҚОЛЖАЗБАНЫҢ РЭСІМДЕЛУІ

Зерттеудің және қолжазба форматтарының барлық бөлімшелерін рәсімдеуге қойылатын жалпы талаптары Медицина журналдары редакторларының Халықаралық комитеттерінің нұсқауларына сәйкес келуі керек.

Бас парағы

Бірегейлі мақалаларының атауы 100 нышанынан аспауы керек, ал клиникалық оқиғалардың сипаттамаларында 80 нышанына дейін ұсынылуы мүмкін. Атауы қазақ, орыс және ағылшын тілдерінде жазылуы керек. Авторлары ретінде белгіленген барлық қатысушыларының есімдері мен тектері, сондай ақ зерттеу жүргізілген мекеменің мекен-жайы нақты және анық жазылуы керек. Егерде зерттеу қандай да болса ғылыми конференцияның жұмысында бұрын ұсынылған болса, онда аталмыш іс-шараның атауы және өткізу датасын (күнін, айын, жылын) көрсету керек. Редакциямен жұмыс істеу үшін автордың аты жөні, сондай-ақ пошталық мекенжайы, телефон мен факс нөмірлері бас бетінің төмен жағында көрсетілуі керек. Авторларға бас парақты рәсімдеу үшін осы үлгіні қолдануға болады.

Тезистер (Абстракт)

Тезистер жеке парақтарда ұсынылуы қажет. Қолжазбаның атауы қазақ, орыс және ағылшын тілдерінде жазылуы керек. Түбегейлі мақалалар үшін тезистердің көлемі 300 сөзден, ал клиникалық оқиғаны сипаттау үшін 200 сөзден аспауы керек. Түйін сөздер түбегейлі мақалалардағы абстракттың төменгі жағында қазақ, орыс және ағылшын тілдерінде ұсынылуы керек және де 5 сөзден аспауы қажет. Түйін сөздерді таңдау кезінде авторлар (MeSH) медициналық салалар айдарлар-

ды және IndexMedicus тізімін қатаң сақтау керек. Абстрактта қысқартылған сөздер болмау керек.

Мәтін

Мақаланың мәтіні келесі бөлімдерден тұрады: «кіріспе», «материалдар мен әдістер», «нәтижелер» және «талқылау» деген бөлімді жеке орналастыру керек.

Кіріспеде зерттеудің мәні мен мақсаты анық көрсетілуі тиіс, бұл бөлім зерттеу үшін алғышартты қамтамасыз етуі керек. Зерттеудің нақты мақсаттарын және болжамды негіздеу немесе көрсету керек. Кіріспеде дереккөзі қолжазбасының тікелей тиісті тақырыбында дәйексөздерді келтіру керек. Басылып шықпаған материалдарға және есеп хабарламаларына сілтеме жасауға болмайды.

Материалдар мен әдістер: онда жұмыста қолданылатын зерттеудің датасы, дизайны, қатысушылардың сипаттамалары немесе материалдың түрі, барлық өткізілген іс-шаралардың сипаттамалары және статистикалық талдау түрі көрсетілуі керек. Тексерілетін тұлғаларды және эксперименталды қатысушылардың қосылу критерийлерін нақты сипаттаңыз (адамдардың немесе пациенттердің денсаулығын, соның ішінде болдырмау критерийлері мен популяцияның сипаттамасын). Зерттеудің бастапқы және қайталама нәтижелерін көрсетіңіздер. Әдістерді, жабдықтарды сипаттаңыздар (жақшаның ішінде өндіріліп шыққан елін және мекенжайын көрсетіңіздер. Сондай ақ кез келген басқа зерттеуші нәтижелерін көре алатын, өткізілген емшараларды барынша толық сипаттаңыздар. Статистикалық терминдерге, аббревиатураларға және нышандарға анықтама беру керек. Бағдарламалық қамтамасыз етудің статистикалық пакетін және қолданылған болжауды көрсетіңіз. Статистикалық әдістерді соншалықты егжей тегжейлі және түсінікті сипаттаңыз, оқырманның аталмыш зерттеу үшін олардың жарамдылығы жайлы нәтижелеріне қарай баға беру мүмкіндігі болу керек. Зерттеу барысында алынған барлық ақпарат «Нәтижелер» деген бөлігінде көрсетілуі тиіс.

Нәтижелер: бұл бөлімде статистикалық талдаудың алынған деректері мен нәтижелері баяндалады. Нәтижелер, біріншіден, негізгі немесе ең маңызды қорытындылар арқылы мәтін, кестелер және суреттер сияқты қисын дәйектілігі ретінде ұсынылуы қажет. Мәтіннің мазмұнында кестелерде және/немесе суреттерде ұсынылған деректерді қайталамаңыздар; тек ең маңызды нәтижелерге назар аудартып, қорытындылаңыздар. «Материал және әдістер» деген бөлімінде ұсынылған зерттеудің бастапқы және түпкілікті межел нәтижелерінің деректерін көрсетіңіз. Жас мөлшері мен жынысы, ілеспе аурулары және өзге де ақпарат сияқты демографиялық көрсеткіштері бойынша деректерді сипаттау - зерттеу тобымен немесе қосалқы топпен салыстырғанда міндетті түрде көрсетілуі тиіс.

Талқылау: аталмыш бөлімде зерттеу нәтижелерінің тұжырымдамасы кіреді. Бұл деректерді әдебиеттерде көрсетілген өзге зерттеулер нәтижелерінің контекстінде талқылау қажет. Мәтін мазмұны грамматика мен тыныс белгілерінің ережелеріне сәйкес рәсімделуі керек. Үздік нақты деректерінің барлық жиынтығының контекстінен шығатын сіздің зерттеуіңіздің және қорытындыларыңызды, жаңа және маңызды аспектілердің астын сызып қойыңыз. Бұл бөлімде қолжазбаның басқа бөлімдерінде көрсетілген ақпаратты (мысалы, кіріспедегі және нәтижелер бөліміндегі) қайталауға болмайды. Мүмкіндігінше қысқартылған сөздерді қолданбаңыз. Егер сіз қысқартылған

сөздерді қолдансаңыз, ол сөздің қысқартылған нұсқасын мәтінде алғаш кездескен жерде жақша ішінде көрсету керек. Сілтемелер, суреттер, кестелер және иллюстрациялар мәтінде көрсетілген ретте нөмірленуі тиіс. Мақала мәтінде кездесетін барлық өлшем бірліктері халықаралық өлшем бірліктер стандартына сәйкестендіріліп көрсетілуі тиіс. Тұжырымдарды зерттеу мақсаттарымен байланыстыруға болады, бірақ сіз алған дерек көзімен нақтыланбаған, квалификацияланбаған тұжырым және нәтижелерді қолданбауға. Жұмыстың толық бітпеуін және оның ары қарай зерттелуі керектігін негізге ала отырып «қорытындылар» бөлімінде шүбәсіз мәліметтерді хабарламауға тырысыңыз.

Алғыс: Авторлық критерийлерге жауап бермейтін барлық зерттеу мүшелері «Алғыс» бөлімінде көрсетілуі керек.

Әдебиеттер тізімі

Әдебиеттер тізімі екілік интервалмен бөлек парақта келтірілуі керек. Пайдаланылған әдебиеттер мәтінде алғаш пайдаланылған ретімен араб цифрларымен [тік жақшаларда] нөмірленуі керек. Сілтеме нөмірі сөйлем соңында нүктенің алдында орналасуы керек. Сілтемелердің бірнеше қолданылған нөмірлері болған жағдайда ",," олардың арасында және ",," 3 немесе оданда көп сілтемелер қолданылған жағдайда (мысалы, [1,2], [1-3]) нөмірлердің арасына қойылуы қажет. Журналға сілтеме келесі ақпараттарды қамтуы тиіс: жыл, том, мақаланың бірінші және соңғы беттері. Кітапқа сілтемеде тек жыл, мақаланың бірінші және соңғы беттері болуы керек. Сілтемеде авторлардың дәйексөздерін олардың тегі және аты мен әкесінің атын көрсете отырып келтіру керек. Журналдың аты Index Medicus жүйесіне сәйкес қысқартылуы қажет. Әдебиеттер тізіміне барлық авторлар, егерде қосалқы авторлардың саны 4 аспайтын болса, бірақ саны 5 немесе одан да көп болса, онда бірінші тұрған 3 автордың аты-жөні, соңында «және басқалары» деп жазылады. Немесе, ГОСТ 7.0.5-2008 стилі үшін ұсыныстарды сақтаңыз. ГОСТ стилі дәйексөздерді басқару үшін бағдарламалық қамтамасыз етуде қолжетімді (мысалы, EndNote, Biblatex және Zotero).

Журналға сілтемелері:

Гайпов АЭ, Ноғайбаева АТ, Айтметова Х.С. және басқалары. Оценки резервных возможностей почечной гемодинамики у больных с хронической болезнью почек с применением ультразвуковой доплерографии и фармакологической пробы // «Клиническая медицина Казахстана» журналы. – 2013. – Т. 1. - №27. – б. 11-19

Solak Y., Yilmaz M. I., Saglam M., et al. Mean corpuscular volume is associated with endothelial dysfunction and predicts composite cardiovascular events in patients with chronic kidney disease // Nephrology (Carlton). – 2013. – Vol. 18. – N.11. – P. 728-735.

Кітапқа сілтеме:

Handbook of Kidney Transplantation // Danovitch GM. ed. Little, Brown and Company (Inc.). Boston. 1996. – P. 323-328

Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях // Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Морион. Киев. 2002. –б.125-160.

Кітаптың тарауларына сілтемелері:

Novick A.C. Alternative bypass techniques in renal revascularization // In: Renal Vascular Disease / Novick A.C., Scoble J., Hamilton G. eds. W.B. Sanders. London. 1995. –P. 497-509

Davison AM, Cameron JS, Gr̃nfeld JP, Kerr DNS, Ritz E, Winerals CG. Mesengiocapillary glomerulonephritis // In: Oxford Textbook of Clinical Nephrology / Williams G, ed. Oxford University Press. New York. 1998. –P. 591-613

Кестелер

Кестелер жеке парақта екілік интервалмен басылуы керек. Әр кесте мәтінде алғашқыда қалай көрсетілсе, солай аталуы және нөмірленуі керек. Кестеде қолданылған барлық қысқартулар алфавит тәртібінде әр кестеге түсіндірмесімен көрсетілуі тиіс (мысалы, ӨАТ – өкпе артериясының тарылуы; ҚАТА– қарыншааралық талданың ақаулығы).

Суреттер мен иллюстрациялар

Суреттер мен иллюстрациялар да аталуы және нөмірленуі керек. Суреттер JPEG форматында бір дюймге 300 нүктеден құрылуы керек. Суреттер онлайн-ұсыну кезінде сайтында жеке болуы керек. Мақалаға қоса берілген суреттер мен иллюстрациялар қабылданбайды. Егерде автор түрлі түсті суретті басып шығаруға қосымша төлейтін болса, түрлі түсті суреттерін басып шығарамыз, ал егерде аталмыш шарт орындалмаса, барлық иллюстрациялар ақ қара түсте басылып шығарылады. Суреттер мен иллюстрацияларда қолданылатын барлық қысқартулар алфавит ретінде, суреттерге түсіндірмесімен бірге ұсынылуы қажет. Микрофотографиялар үшін орындау техникасы мен көбейту коэффициенті (мысалы, микроскопиялық иллюстрациялар) көрсетілуі тиіс. Редакция материалда ұсынылған ғылыми деректердің құндылығын жоғалтатын жағдайда, мақалаға кез келген өзгертулерді енгізуге құқылы.

Пікір берілгеннен кейін қайта қарау

Авторлар тиісті онлайн жүйесінде және жүктемесі асып кеткен қосымша файлдарында сараптамашының қарауынан кейін барлық ескертулерге тармақтары бойынша түзетулерді енгізуі қажет. Одан да басқа, авторлар қолжазбаға қажетті өзгертулерді енгізуі керек, оларды онлайн жүйесінде ұсынуы қажет. Авторлар бұл үлгіні автор жауабының бір нысаны ретінде қолдана алады.

Түпкілікті тексеру

1. Мәтіннің барлық беттері ең басынан бастап нөмірленуі керек.
2. Авторлар құқықтарын беру нысаны толтырылу керек және тиісті түрде қолтаңбалары қойылуы керек.
3. Түбегейлі мақалалар үшін абстракттың көлемі 300 сөзден, ал клиникалық оқиғаны сипаттау үшін 200 сөзден аспауы керек.

4. Мақаланың атауын қазақ, орыс және ағылшын тілдерінде ұсыну қажет.
5. Әдебиеттердің тізімін тиісті нұсқауға сәйкес рәсімдеу керек.
6. Кестелерде, суреттерде және иллюстрацияларда қолданылатын барлық қысқартулар нақты түсіндірмесімен көрсетілуі тиіс.

ОНЛАЙН ҚАДАМДАР

Журналдың онлайн- беру бетінде:

- жаңа мақаланы беру:

Мақаланың түрі *

Мақаланың ататуы ағылшын тілінде *

Мақаланың ататуы қазақ\орыс тілінде *

Колонтитул *

Қолжазбаның түйіндемесі ағылшын тілінде *

Қолжазбаның түйіндемесі қазақ\орыс тілінде *

Түйін сөздер ағылшын тілінде *

Түйін сөздер қазақ\орыс тілінде *

Редакторға ескертулер

Пікір берушілер бойынша автордың ұсыныстары

Келесі кезеңге ауысу *

Соңғы кезеңде 5 файл енгізілуі керек: бас парақ, мақаланың файлы, PDF форматындағы мақала файлы, автор құқықтарын беру нысаны (олар негізгі файлдарға енгізілген *) және қосымша файлдар (суреттер, фотосуреттер және графикалар).

* - Толтыру үшін міндетті орындар

Плагиаттыққа тексеру саясаты: Плагиат пен көшіру басып шығаруға рұқсат берілмейді, олар басып шығару этикасы бойынша комитетінің басшылыққа алатын принциптеріне сәйкес қаралады.

Журналдың өкілеттіктері: материалдарды басып шығаруға қатысты барлық мәселелерді «Вестник Хирургии Казахстана» журналына жолдау қажет.

«А.Н.Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы» АҚ, Алматы қ., Желтоқсан көш., 62,

Пошталық әріпсаны: 050004, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

Электронды пошта: kaz.vestnik@mail.ru

тел:+7 778 6690021

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Журнал «Вестник хирургии Казахстана», является форумом для обмена научной информацией в таких областях, как кардиохирургия, ангиохирургия, абдоминальная хирургия, онкология, урология, анестезиология-реаниматология, оториноларингология, травматология, трансплантология, микрохирургия, пластическая хирургия. Пожалуйста, перед подачей своей статьи в журнал полностью прочитайте нижеприведенную инструкцию. Журнал публикует оригинальные статьи по клиническим и/или экспериментальным исследованиям, литературные обзоры, описания клинических случаев с необычными синдромами и заболеваниями, краткие сообщения, направленные на развитие знаний в области медицинских наук с оригинальными изображениями, а также письма редактору. Окончательное решение об опубликовании принимается редакционной коллегией и по меньшей мере двумя независимыми рецензентами. Авторские права статей, принятых к публикации принадлежат редакции журнала. Журнал издается четыре раза в год (ежеквартально). Язык журнала – английский, казахский и/или русский. Рукописи, представляемые в журнал, не должны быть ранее опубликованы и/или не должны находиться на рассмотрении в другом журнале (в случае предыдущего устного или стендового доклада материала на научных конференциях, автор должен сообщить об этом). Полная ответственность за статью (этическая, научная, правовая стороны и др.) опубликованной в журнале, принадлежат автору. Рукописи, несоответствующие указанным требованиям, рассматриваться не будут.

Вся переписка (подача статьи, контроль, отзывы рецензентов, просмотр файлов, подача заполненных форм и т.д.), касающаяся вопросов журнала «Вестник Хирургии Казахстана» должна проводиться в онлайн-режиме. Правила о рукописях представлены ниже.

ИНСТРУКЦИЯ ПО ОФОРМЛЕНИЮ

Рукописи должны быть написаны с использованием программы Microsoft Word. Все рукописи, рисунки и фотографии должны быть представлены в электронном виде, в форматах WORD и PDF через интернет-страницу подачи. Авторы должны убедиться, что рукописи не содержат информацию, подсказывающую о личности авторов и учреждения, где проводилось исследование (кроме титульного листа).

Все рукописи должны быть представлены в следующей последовательности:

1. Титульный лист
2. Абстракт на казахском и русском языках
3. Абстракт на английском языке
4. Текст статьи
5. Список литературы
6. Таблица (ы)
7. Пояснения к рисункам
8. Рисунки и иллюстрации

В обзорных статьях название и абстракт должны быть представлены на казахском, русском и английском языках. Количество слов в абстракте обзорной статьи не должно превышать 300. Количество таблиц и рисунков (или фотографии) в обзорных статьях не должно превышать 6. Тезисы должны быть написаны в виде абзаца. При оформлении рукописи авторы могут использовать шаблон для обзорной статьи.

В оригинальных статьях название и абстракт должны быть представлены на казахском, русском и английском языках. Количество слов в оригинальной статье не должно превышать 4000 для текста статьи (кроме абстракта, списка использованной литературы, таблиц, рисунков и пояснений) и не более 300 для абстракта. Количество использованной литературы не более 40, а так же ограничение для таблиц и рисунков до 10. Абстракт должен быть оформлен, включая следующие пункты: цель, методы, результаты, заключение и ключевые слова. Для оформления рукописи авторы могут использовать шаблон оригинальной статьи.

В описаниях клинических случаев название и абстракт должны быть представлены на казахском, русском и английском языках. Описания клинических случаев должны быть написаны по следующей последовательности: введение, случай-презентация, обсуждение и список использованной литературы. Количество машинописных страниц не должно превышать 8 страниц и не более 3-х иллюстраций. В абстракте количество слов – не более 200, необходимо написать в виде одного абзаца. Для оформления рукописи авторы могут использовать шаблон описания клинического случая.

Письма редактору, краткие сообщения, доклады, информация о достижениях в области медицинских наук не должны превышать 2 машинописных страниц. Они также должны включать название и абстракт должны быть представлены на казахском, русском и английском языках (не более 50 слов).

ОФОРМЛЕНИЕ РУКОПИСИ

Общие требования к оформлению всех разделов исследования и рукописных форматов должны соответствовать с рекомендациями Международного комитета редакторов медицинских журналов.

Титульный лист

Название оригинальных статей не должно превышать 100 символов, а в описаниях клинических случаев до 80 символов. Название должно быть написано на английском и казахском / русском языках. Имена и фамилии всех участников обозначенных в качестве авторов, а также адрес учреждения, в котором проводилось исследование, должны быть написаны четко и ясно. Если исследование ранее было представлено в работе какой-либо научной конференции, необходимо указать название и дату проведения (день-месяц-год) этого мероприятия. Имя автора для работы с редакцией, а также почтовый адрес, номер телефона и факса, адрес электронной почты должны быть приведены в нижней части титульного листа. Авторы могут использовать этот шаблон для оформления титульного листа.

Тезисы (Абстракт)

Тезисы должны быть представлены на отдельных листах. Название рукописи должно быть представлено на казахском, русском и английском языках. Объем тезисов не должен превышать 300 слов для оригинальных статей и 200 слов описания клинического случая. Ключевые слова также должны быть представлены на казахском, русском и английском языках в нижней части абстракта оригинальных статей и не должны превышать 5-ти слов. При выборе ключевых слов, авторы должны строго использовать Медицинские предметные рубрики (MeSH) и

список IndexMedicus. В абстракте не должны использоваться сокращенные слова.

Текст

Текст статьи должен включать в себя следующие разделы: «введение», «материалы и методы», «результаты» и отдельно раздел «обсуждение».

Во введении суть и цель исследования должны быть четко определены, этот раздел должен обеспечить предпосылки для исследования. Необходимо обосновать или указать конкретные цели или же гипотезу исследования. Во введении необходимо цитировать только непосредственно соответствующие теме рукописи источники. Нельзя ссылаться на неопубликованные материалы и отчетные сообщения.

Материалы и методы: они должны включать в себя дату и дизайн исследования, описание участников или типа материала, используемых в работе, описание всех проведенных мероприятий и вид статистического анализа. Четко опишите критерии включения обследуемых или экспериментальных участников (здоровых людей или пациентов, в том числе контрольную группу), в том числе критериев исключения и описание популяции. Укажите первичные и вторичные результаты исследования. Опишите методы, оборудования (в скобках напишите название производителя и адрес). Также достаточно подробно опишите проведенные процедуры, чтобы любой другой исследователь смог воспроизвести результаты. Необходимо дать определение статистическим терминам, аббревиатурам и символам. Укажите статистический пакет программного обеспечения и использованную версию. Опишите статистические методы настолько детально и доступно, чтобы у читателя была возможность по исходным данным судить об их пригодности для данного исследования и проверки количественных данных по результатам. Вся информация, полученная в ходе исследования, должны быть указаны в разделе «Результаты».

Результаты: в этом разделе должны быть изложены полученные данные и результаты статистического анализа. Результаты должны быть представлены в логической последовательности в виде текста, таблиц и рисунков, давая основные или наиболее важные выводы в первую очередь. Не повторяйте в самом тексте статьи данные, представленные в таблицах и/или рисунках; подчеркните и обобщите только самые важные результаты. Представьте данные результатов первичных и конечных точек исследования, выдвинутых в разделе «Материал и методы». Описания данных по демографическим показателям, такие как возраст и пол, сопутствующие заболевания и другие информации в сравнении с группой или подгруппой исследования должны быть указаны обязательно.

Обсуждение: Данный раздел должен включать в себя интерпретацию результатов исследования. Эти данные необходимо обсуждать в контексте результатов других исследований, описанных в литературе. Текстовое содержание должно быть оформлено согласно правилам грамматики и пунктуации. Подчеркните новые и важные аспекты вашего исследования и выводы, которые из них вытекают в контексте всей совокупности имеющихся наилучших фактических данных. В этом разделе не следует повторять в деталях данные или другую информацию, приведенную в других разделах рукописи, (например, во введении или в разделе результатов). По возможности избегайте сокращений слов. Если вы все же использовали сокращенное

слово, то необходимо указать сокращенный вариант в скобках в тексте, где данное слово встречается впервые. Ссылки, рисунки, таблицы и иллюстрации должны быть последовательно пронумерованы в том порядке, в котором они были упомянуты в тексте. Все единицы измерения, встречающиеся в тексте статьи, должны быть представлены в соответствии с международными стандартами для единиц измерения. Можно связать выводы с целями исследования, но избегайте некачественных утверждений и выводы, которые не подтверждены полученными вами данными. Избегайте от заявления в разделе «выводы» по недостоверным данным вашего исследования, ссылаясь на то, что работа еще не завершена и требует дальнейшего изучения.

Благодарность: Все участники исследования, которые не отвечают критериям авторства, должны быть перечислены в разделе «Благодарность».

Список литературы.

Список литературы должен быть приведен на отдельном листе с двойным интервалом. Использованная литература должна быть последовательно пронумерована арабскими цифрами [в квадратных скобках] в том порядке, в котором она впервые упоминается в тексте. Номер ссылки должен быть размещен в конце предложения перед точкой. При наличии нескольких использованных номеров ссылки “;” между ними и “-” должны быть вставлены между цифрами, когда используются 3 или более последовательных ссылок (например, [1,2], [1-3]). Ссылка на журнал должна содержать следующую информацию: год, том, первая и последняя страницы статьи. Ссылки на книгу должны включать в себя только год, первую и последнюю страницы статьи. Авторы следует цитировать в ссылках с указанием фамилий и инициалов. Название журнала должны быть сокращены в соответствии с системой Index Medicus. Список литературы должен включать всех авторов, когда количество соавторов не более 4, но когда есть 5 или более авторов, то пишется фамилии первых 3-х авторов, а затем “и др.” Или же, следуйте рекомендациям для стиля ГОСТ 7.0.5-2008. Стиль ГОСТ доступен в программных обеспечениях для управления цитатами (например, EndNote, Biblatex и Zotero).

Ссылки на журнал:

Гайпов АЭ, Ногайбаева АТ, Айтметова ХС и др. Оценки резервных возможностей почечной гемодинамики у больных с хронической болезнью почек с применением ультразвуковой доплерографии и фармакологической пробы // Журнал клиническая медицина Казахстана. – 2013. – Т. 1. - №27. – С. 11-19

Solak Y., Yilmaz M. I., Saglam M., et al. Mean corpuscular volume is associated with endothelial dysfunction and predicts composite cardiovascular events in patients with chronic kidney disease // Nephrology (Carlton). – 2013. – Vol. 18. – N.11. – P. 728-735.

Ссылка на книгу

Handbook of Kidney Transplantation // Danovitch GM. ed. Little, Brown and Company (Inc.). Boston. 1996. – P. 323-328

Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях // Лапач СН, Чубенко АВ, Бабич ПН. Морион. Киев. 2002. –С.125-160.

Ссылки на главы книг:

Novick A.C. Alternative bypass techniques in renal revascularization // In: Renal Vascular Disease / Novick A.C.,

Scobble J., Hamilton G. eds. W.B. Sanders. London. 1995. –P. 497-509

Davison AM, Cameron JS, Gr̃nfeld JP, Kerr DNS, Ritz E, Winerals CG. Mesengiocapillary glomerulonephritis // In: Oxford Textbook of Clinical Nephrology / Williams G, ed. Oxford University Press. New York. 1998. –P. 591-613

Таблицы

Таблицы должны быть напечатаны на отдельном листе с двойным интервалом. Каждая таблица должна содержать название и нумерацию таблицы в том порядке, в котором она впервые упоминается в тексте. Все сокращения, используемые в таблице, следует в алфавитном порядке представить в пояснении к таблице (например, СЛА - стеноз легочной артерии; ДМЖП - дефект межжелудочковой перегородки).

Рисунки и иллюстрации

Рисунки и иллюстрации также должны иметь название и нумерацию. Рисунки должны быть четкие и представлены как минимум 300 точек на дюйм (DPI) в формате JPEG. Рисунки должны быть отдельно представлены на сайте во время онлайн-подачи. Встроенные в статью рисунки и иллюстрации не будут приняты. Если автор готов внести дополнительную плату за публикацию цветного рисунка, мы распечатываем цветные рисунки; в противном случае все иллюстрации будут опубликованы в черно-белом цвете. Все сокращения, используемые в рисунках и иллюстрациях, следует в алфавитном порядке представить в пояснении к рисунку. Техника исполнения и коэффициент увеличения для микрофотографий (например: микроскопические иллюстраций) должны быть указаны. Редакция имеет право вносить любые изменения в статью, если такие изменения умоляют ценность научных данных, представленных в материале.

Пересмотр после рецензии

Авторы должны ответить по пунктам на все замечания, которые могут быть представлены после рассмотрения эксперта в соответствующем поле онлайн-системы и в загруженных дополнительных файлах. Кроме того, авторы должны сделать необходимые изменения в рукопись, выделить их и представить в онлайн-системе. Авторы могут использовать этот шаблон как форму ответа автора.

Окончательная проверка

1. Все страницы должны быть пронумерованы, начиная с первой страницы текста.

2. Форма передачи авторских прав должна быть заполнена и подписана надлежащим образом.
3. Объем абстракта не должен превышать 300 слов для оригинальных статей и 200 слов для описания клинического случая.
4. Название статьи необходимо предоставить на казахском, русском и английском языках.
5. Список литературы необходимо оформить в соответствии с инструкциями.
6. Все сокращения, используемые в таблицах, рисунках и иллюстрациях должны быть определены.

ОНЛАЙН ШАГИ

На странице онлайн-подачи журнала:

- Подать новую статью:

Тип статьи *

Название статьи на английском языке *

Название статьи на казахском/русском языке *

Колонтитул *

Резюме рукописи на английском *

Резюме на казахском/русском языке *

Ключевые слова на английском языке *

Ключевые слова на казахском/русском *

Замечания для редактора

Авторские предложения по рецензентам

Перейти к следующему этапу *

В последнем этапе должны быть загружены 5 файлов: Титульный лист, файл статьи, файл статьи в формате PDF, форма передачи авторских прав (они загружены в основных файлах*) и дополнительные файлы (рисунки, фотографии и графики).

* - Обязательные места для заполнения

Политика проверки на плагиат: Плагиат и дублирования не допускаются к публикации, они будут рассматриваться в соответствии с руководящими принципами Комитета по этике публикаций.

Полномочия журнала: Все вопросы, касающиеся публикации материалов следует направлять в редакцию журнала «Вестник Хирургии Казахстана».

АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова», Желтоқсан, 62,

Почтовый индекс 050004, г. Алматы, Республика Казахстан

Электронная почта: kaz.vestnik@mail.ru

Тел: +7 778 6690021