

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



№ 4 (53) 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 Ғылым және білім саласындағы бақылау
комитеті ұсынған Ғылыми еңбектің негізгі
нәтижелерін жариялау үшін ұсынатын ғылыми
баспалар тізбесі енгізілген.

Тіркеу нөмірі 5564-Ж.

Журналдың иесі – «А.Н. 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

Баимбетов А.К., Сағатов І.Е., Ергешов К.А., Якупова И.А., Бозшағұлов Т.Т., Абилханов Е.Е.
WPW синдромы бар науқастарды интервенциялық емінің нәтижелері: бір клиниканың тәжірибесі 5

Косаев Дж.В., Тагизаде Г.Т., Будагов И.К.
Лизациялық ишемиялық белгілердегі кешендерді орналастыруға арналған ревакулалы остеотерепания, лазер терапиясы және ұзақ мерзімді есептік блокада 11

Амирасланов А.Т., Панахова А.М.
Этиопатогененцияның негізгі нәтижелері, алғашылық аурулары және қызмет көрінісі 17

Жанжигитова К.Ж., Утеулиев Е.С., Абдиев Н.М.
Рациональді емес антибактериальді терапияның актуальді мәселері 23

Байжаркинова А.Б., Хан О.В., Махамбетчин М.М., Жанильсинов С.Ш., Джаканов М.К., Фаткулин О.И.
Патологиялы тізе буынының артроскопиясы мен реабилитациясының даму алгоритмі. 27

ХИРУРГИЯ

Ш.Р.Новрузов, Б.А.Агаев, И.А.Гасанов, Р.М.Новрузов
Дәнекер тіннің дисплазиясымен ілеспе дамиды венральды жарықтары және де жарықтар қайталанған кезінде жергілікті тіндердің морфо-функционалдық жағжайы негізінде жедел әдісін таңдау 32

С.Б.Имамвердиев, Э.Я.Биннатова
Везико-қынаптық жыланкөзді жою кезінде трансқынаптық қолжетімділігінің артықшылықтары 38

Еримбетов К.Д., Бектурсинов Б.У., Ибраев Ж.А., Аубакиров Е.А.
Кеңейтілген дәріге тұрақты туберкулезбен ауыратын науқастарды кешенді емдеуде эндобронхиальды клапандық бронхоблокацияны қолдану 45

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Баимбетов А.К., Сағатов І.Е., Ергешов К.А., Якупова И.А., Бозшағұлов Т.Т., Абилханов Е.Е.
Результаты интервенционного лечения пациентов с синдромом WPW: опыт одной клиники 5

Косаев Дж.В., Тагизаде Г.Т., Будагов И.К.
Повторная реваскуляризирующая остеотрепанация, лазерная терапия и длительная эпидуральная блокада в комплексном хирургическом лечении больных с критической ишемией конечностей 11

Амирасланов А.Т., Панахова А.М.
Аспекты этиопатогенеза предпосылки, предварительных заболеваний и рака сервиса 17

Жанжигитова К.Ж., Утеулиев Е.С., Абдиев Н.М.
Актуальные проблемы нерациональной антибактериальной терапии. 23

Байжаркинова А.Б., Хан О.В., Махамбетчин М.М., Жанильсинов С.Ш., Джаканов М.К., Фаткулин О.И.
Алгоритм развития артроскопии и реабилитации при патологии коленного сустава 27

ХИРУРГИЯ

Ш.Р.Новрузов, Б.А.Агаев, И.А.Гасанов, Р.М.Новрузов
Вентральные грыжи, сопровождающиеся дисплазиями соединительной ткани и выбор оперативного метода на основе морфо-функционального состояния местных тканей при рецидивах грыж 32

С.Б.Имамвердиев, Э.Я.Биннатова
Преимущества трансвагинального доступа при ликвидации везико-вагинальных фистул 38

Еримбетов К.Д., Бектурсинов Б.У., Ибраев Ж.А., Аубакиров Е.А.
Применение эндобронхиального клапана в лечении больных туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью 45

DIAGNOSTICS AND TREATMENT

Baimbetov A.K., Sagatov I.Ye., Ergeshov K.A., Yakupova I.A., Bozshagulov T.T., Abilkhanov E.E.
Results of interventional treatment of patients with WPW syndrome: experience of single clinic. 5

Kosayev J.V., Tagizade G.T., Budagov I.K.
Evascular osteotrepation, laser therapy and long-term epidural blockade in complex surgical treatment of patients with critical ischemia OF LIMBS 11

Amiraslanov A.T., Panahova A.M.
Aspects of etiopathogenesis of background, precancerous diseases and cancer of the cervix 17

Zhanzhigitova K., Uteuliyev Ye., Abdiyev N.
Topic problems of irrational antibacterial therapy 23

Baizharkinova A.B., Khan O.V., Makhambetchin M.M., Zhanillinov S.Sh., Dzhakanov M.K., Fatkulin O.I.
Algorithm of arthroscopy development and rehabilitation in the patients of the knee 27

SURGERY

Sh.R. Novruzov, B.A. Agayev, I.A. Gasanov, R.M. Novruzov.
Ventral hernia, accompanied by dysplasia of connective tissue and the choice of an operative method based on the morpho-functional state of local tissues with recurrences of hernias 32

S. B. Imamverdiyev, E.Y. Binnatova.
Advantages repair of vesicovaginal fistula by a transvagynal approach 38

Yerimbetov K.D., Bektursinov B.U., Ibrayev J.A., Aubakirov E.A.
Valvular endobronchial blocking in the complex treatment of patients with extensively drug-resistant tuberculosis of the lungs 45

Мадьяров В.М.
Жедел ішек кедергісі кезіндегі қолайсыз нәтижелердің себептері. 49

Мадьяров В.М., Нурсейтов М.М.
Алдыңғы ішперде құысының жағында шұғыл хирургиялық араласқаннан кейін операциядан соң венралдық жарықтың профилактикасы 52

ТӘЖІРИБЕДЕН АЛЫНҒАН ОҚИҒА

Байгусова Д.З., Айтжанова А.А., Примкулова Ф.А., Олжабаева А.К.
Клиникалық жағдай жоғарғы шажырқай венасының тромбозы 56

Ақылбеков М. Ж., Медеубеков Ұ. Ш., Утеулиев Е. С., Сағатов И.Е.
Әлеуметтік медициналық сақтандыру жағдайында медициналық қызмет көрсетушілердің қаржылық-экономикалық басқарудың аспектісі («А. Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы» АҚ мысалында) 59

ОРТАЛЫҚ ТЫНЫСЫ

Ннтервенционды аритмология бойынша мастер класс 65

РЕДАКТОРҒА ХАТ

Донорлық ақзалар пропогандасы: ОҚО тәжірибесі 66

МЕРЕЙТОЙ

Изимбергенов Намаз Изимбергенұлы. 67

Ибадильдин Амангельды Сейтказинович 68

ХИРУРГТЫ ЕСКЕ АЛУ

Қыжыров Жанбай Налтайханұлы 69

Мадьяров В.М.
Причины неблагоприятных исходов при острой кишечной непроходимости 49

Мадьяров В.М., Нурсейтов М.М.
Профилактика послеоперационных вентральных грыж после экстренных оперативных вмешательств на передней брюшной стенке 52

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Байгусова Д.З., Айтжанова А.А., Примкулова Ф.А., Олжабаева А.К.
Клинической случай тромбоза верхней брыжеечной вены, как следствие ятрогенного повреждения. 56

Ақылбеков М.Ж., Медеубеков У.Ш., Утеулиев Е.С., Сағатов И.Е.
Финансово-экономический аспект управления поставщиками медицинских услуг в условиях социального медицинского страхования (на примере АО «Национальный Научный центр хирургии» им. А. Н. Сызганова) 59

СОБЫТИЯ ЦЕНТРА

Мастер-класс по интервенционной аритмологии 65

ПИСЬМО К РЕДАКТОРУ

Пропаганда органного донорства: опыт ЮКО 66

ЮБИЛЕЙ

Изимбергенов Намаз Изимбергенович 67

Ибадильдин Амангельды Сейтказинович 68

ПАМЯТИ ХИРУРГА

Қыжыров Жанбай Налтайханович 69

V.M. Madyarov
Causes of adverse reasons for Acute Intestinal Imponderability 49

Madyarov V.M., Nurseitov M.M.
Preventive measures of postoperative ventral hernia after emergency surgery on anterior abdominal wall 52

CLINICAL CASE

Baiguissova D.Z., Aitzhanova A.A., Primkulova F.A., Olzhabaeva A.K.
A clinical case of thrombosis of the superior mesenteric vein 56

Akylbekov M. Zh., Medeubekov. U. Sh., Uteuliyev E. S., Sagatov I.Ye.
Financially and economic aspects of managing suppliers of medical services in conditions of social health insurance (On the example of JSC “National scientific center of surgery” by A. N. Syzganov) 59

EVENT CENTER

Master Class of Interventional Arrhythmology 65

LETTER TO THE EDITOR

Promotion of organ donation: the experience of SKR 66

ANNIVERSARY

Izimbergenov Namaz Izimbergenovich 67

Ibadildin Amangeldi Seitkazynovich 68

IN MEMORY OF SURGEON

Kyzhyrov Zhanabai Naltaikhanuly 69

РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ WPW: ОПЫТ ОДНОЙ КЛИНИКИ

МРНТИ 76.29.30

**Баимбетов А.К.¹, Сагатов И.Е.^{1,2}, Ергешов К.А.¹, Якупова И.А.¹,
Бозшагулов Т.Т.², Абилханов Е.Е.²**

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

²Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы, Казахстан

Аннотация

В статье представлены основные параметры, механизмы аритмогенеза и классификация синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта. Описаны клинико-электрокардиографические и электрофизиологические особенности атрио-вентрикулярной реципрокной тахикардии при синдроме WPW. Обозначены основные диагностические мероприятия, принципы их правильной интерпретации, а также представлены принципы тактического подхода к ведению и лечению пациентов с синдромом WPW. Обсуждаются показания к электрофизиологическому исследованию и радиочастотной катетерной абляции, физические характеристики радиочастотных воздействий в области оптимального картирования дополнительного атриовентрикулярного соединения.

**WPW синдромы бар науқастарды интервенциялық емінің нәтижелері:
бір клиниканың тәжірбиесі**

**Баимбетов А.К.¹, Сагатов И.Е.^{1,2}, Ергешов К.А.¹, Якупова И.А.¹,
Бозшағұлов Т.Т.², Абилханов Е.Е.²**

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

²Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті, Алматы, Қазақстан

Аңдатпа

Бұл мақалада WPW синдромын емдеу параметрлері, шығу механизмдері, жіктелуі туралы баяндалған. WPW синдромы кезіндегі атриовентрикулярлы реципрокты тахикардияның электрокардиографиялық және электрофизиологиялық ерекшеліктері көрсетілген. WPW синдромы кезіндегі негізгі диагностикалық, дұрыс интерпретациялау және дұрыс емдеу тактикасын таңдау ерекшеліктері талданған. Радиотолқынды абляцияға көрсеткіштер, радиотолқынды абляцияның оптималды параметрлері, қосымша өткізгіштік жолдарды картирлеу ерекшеліктері талданған.

ОБ АВТОРАХ

Баимбетов Адиль Кудайбергенович – заведующий отделением рентгенохирургии и интервенционной кардиологии ННЦХ им. А.Н. Сызганова, PhD., e-mail: kazephys@mail.ru

Сагатов Инкар Ергалиевич – главный научный сотрудник ННЦХ им. А.Н. Сызганова, доцент кафедры кардиохирургии с курсами ангио- и рентгеноэндovasкулярной хирургии КазМУНО, доктор медицинских наук, e-mail: inkar_sagatov@rambler.ru

Ергешов Канат Алдабергенович – интервенционный кардиолог отделения рентгенохирургии и интервенционной кардиологии ННЦХ им. А.Н. Сызганова, kaz.implanter@gmail.com

Якупова Илинара Ахметжановна – Врач-кардиолог отделения рентгенохирургии и интервенционной кардиологии ННЦХ им. А.Н. Сызганова, ilinar.rozy@gmail.com

Бозшагулов Тунгышбек Тугельбайулы – резидент 1 года обучения КазМУНО.

Абилханов Ержан Ерганатович - резидент 1 года обучения КазМУНО.

Ключевые слова

синдром WPW, интервенция, лечение.

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Баимбетов Адиль Кудайбергенович – А.Н. Сызганова атындағы ҰҒХО Рентгенхирургия, интервенционды кардиология және аритмология бөлімшесінің меңгерушісі, PhD., e-mail: kazephys@mail.ru

Сагатов Инкар Ергалиевич – медицина ғылымдарының докторы, e-mail: inkar_sagatov@rambler.ru

Ергешов Канат Алдабергенович – А.Н. Сызганова атындағы ҰҒХО, рентгенохирургия бөлімшесінің интервенциялық кардиологы, e-mail: kaz.implanter@gmail.com

Якупова Илинара Ахметжановна – Рентгенохирургия және интервенциялық кардиология және аритмология бөлімшесінің кардиологы. А.Н. Сызганова, ilinar.rozy@gmail.com

Бозшагулов Тунгышбек Тугельбайулы – Қаз ҰББҰ 2 оқу жылындағы дәрігер резидент.

Абилханов Ержан Ерганатович – Қаз ҰББҰ 2 оқу жылындағы дәрігер резидент.

Түйін сөздер

WPW синдромы, интервенция, емі.

Results of interventional treatment of patients with WPW syndrome: experience of single clinic

ABOUT THE AUTHORS

Baimbetov Adil Kudaibergenovich

- Head of the Department of X-ray and
Interventional Cardiology A.N. Syzganova,
PhD., E-mail: kazephy@mail.ru

Sagatov Inkar Ergalievich - researcher
of the NNChH named after A.N. Syzganova,
associate professor of cardiosurgery with
courses of angio and X-ray endovascular
surgery KazMUNO doctor of medical
sciences,
e-mail: inkar_sagatov@rambler.ru

Ergeshov Kanat Aldabergenovic -
interventional cardiologist of the department
of roentgenosurgery and interventional chief
cardiology NNTsH. A.N. Syzganova,
kaz.implanter@gmail.com

Yakupova Ilinara Ahmetzhanovna -
Cardiologist of the department of roentgeno-
surgery and interventional cardiology of the
NNTsH. A.N. Syzganova,
ilinar.rozy@gmail.com

Bozshagulov Tungyshbek Tugelbayuly
- resident of the 2st year of KazMUNO
training.

Abil Khanov Erzhan Erganatovich is
a resident of the 2st year of KazMUNO
training.

**Baimbetov A.K.¹, Sagatov I.Ye.^{1,2}, Ergeshov K.A.¹, Yakupova I.A.¹,
Bozshagulov T.T.², Abil Khanov E.E.²**

¹National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganova,

²Kazakh Medical University of Continuous Education, Almaty, Kazakhstan

Abstract

Main parameters, mechanisms of arrhythmogenesis and classification of Wolff-Parkinson-White syndrome are presented and clinic-electrocardiographical and electrophysiological peculiarities of atrioventricular reciprocal tachycardia in this syndrome are described in this article. Main diagnostic measures, principles of their correct interpretation are specified and principles of tactical approach to management of patients are presented. Indications to electrophysiological investigation and radiofrequency catheter ablation, physical characteristics of radiofrequency action in regions of optimal mapping of supplementary atrioventricular junction are discussed. Data of analysis of efficacy of pharmacological and interventional approaches to the treatment of patients with WPW syndrome are also presented.

Keywords

WPW syndrome,
intervention, treatment

Введение

Своевременная диагностика и лечение пациентов с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта являются актуальной проблемой современной интервенционной кардиологии, поскольку в большинстве случаев заболевание развивается у пациентов трудоспособного возраста. С годами приступы атриовентрикулярной реципрокной (re-entry) тахикардии приобретают в своем большинстве затяжной характер, становятся трудно купируемыми, что значительно снижает качество жизни этих пациентов. Радиочастотная абляция (РЧА) является «золотым стандартом» интервенционного лечения РЧА дополнительно (аномальному) предсердно-желудочковому соединению ДПЖС.

В настоящее время экономически развитые страны подошли к состоянию полной элиминации взрослого синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта в связи с обширным внедрением методики РЧА дополнительного атриовентрикулярного соединения, в том числе и в педиатрическую практику. Для нашей страны лечение синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта современными методами является актуальной клинической проблемой, а его полная клиническая элиминация - задачей ближайшего десятилетия. Синдром с предвозбуждением желудочков сердца по ДПЖС и наджелудочковой тахикарритмией по механиз-

му re-entry. Встречается у 0,1-0,3% населения в общей популяции, возникающий при наличии дополнительного пучка Кента. Большинство людей при этом не имеют признаков заболевания сердца. У мужчин синдром WPW обнаруживают чаще, чем у женщин.

Цель исследования - представить собственные результаты ННЦХ им. А.Н. Сызганова по радиочастотной абляции пациентов с синдромом WPW.

Материал и методы

Всего интервенционному лечению подвергнуто 187 пациентов с различными формами синдрома WPW. Средний возраст пациентов составил $27,2 \pm 23,8$ лет. Самому младшему пациенту было 3 года, самому старшему - 57 лет (табл. 2). Манифестирующая форма WPW диагностирована у 121 (64,7%) пациента, скрытая форма у 22 (11,8%) пациентов и интермиттирующая форма у 44 (23,5%) пациентов (табл. 2). Сбор анамнеза показал, что приступы тахикардии у исследуемых пациентов длились от 0,5 до 25 лет (в среднем $13,7 \pm 11,5$ года). Большинство пациентов многие годы принимали антиаритмические препараты различных групп с непостоянным эффектом. Частота индуцированной тахикардии в среднем составляла $185,7 \pm 19,4$ уд/мин (165-210 уд/мин).

Возраст, (годы)	Пол			
	Мужской		Женский	
	Абс.	%	Абс.	%
3-10	1	0,5	1	0,5
11-20	18	9,6	9	4,8
21-30	56	29,9	29	15,5
31-40	32	17,1	16	8,5
41-50	10	5,3	5	2,67
51-60	5	2,67	3	1,6
Старше 61	2	1,06	0	0
Всего	124	68,13	63	31,87

Таблица 1.
Распределение больных по полу и возрасту

Виды тахикардий	Абс.	%
WPW. Ортодромная тахикардия	172	92,0
WPW. Антидромная тахикардия	15	8,0
Всего	187	100,0

Таблица 2.
Распределение больных в зависимости от вида тахикардий

Отведений	n=187	Локализация	1	Локализация
I± или – Δ или V1 R≥S	90	Левая свободная стенка	aVR+Δ	левая переднелатеральная локализация левая латеральная локализация
I± или – Δ или V1 R≥S	22	Левая свободная стенка	Δ не + aVR	левая заднесептальная локализация левая заднелатеральная локализация
II - Δ	12	Субэпикардальная локализация		-
V1± или	8	Септальная локализация	aVF-Δ	заднесептальная локализация
V1± или	12	Септальная локализация	aVFγ Δ	правая заднесептальная локализация левая заднесептальная локализация
III R >S	8	переднесептальная локализация	Нет III R >S	среднесептальная локализация
V1+	14	Правая свободная стенка	aVF+Δ	правая передняя локализация правая переднелатеральная локализация
I+	21	правая латеральная локализация	нет I+	правая задняя локализация правая заднелатеральная локализация.

Таблица 3.
Распределение больных по ЭКГ признакам

Внутрисердечное ЭФИ (Prucka CardioLab, GE, USA) началось с пункции левой, правой бедренных вен и левой подключичной вены по методике Сельдингера, через которые в полость сердца проводились электроды для проведения ЭФИ и устанавливались в стандартных позициях. При расположении ДПЖС в левой АВ борозде по методике Сельдингера дополнительно пунктиро-

валась правая бедренная артерия. После установления зоны локализации ДПЖС на внутрисердечном ЭФИ вводился абляционный катетер Medtronic Mariner MCXL 7Fr. Далее проводилась радиочастотная абляция ДПЖС с параметрами: P=44,8±5,2 Вт; T=55,3±2,7°C; I=155,3±32,7 Ohm и длительностью по 50 с. Проведение по ДПЖС прекращалось на 5-10 секунде перво-

го РЧА воздействия. Дополнительно проводили 2-4 контрольных радиочастотных воздействия в близлежащих точках. После воздействия проводили контрольное ЭФИ и методами учащающей и программированной стимуляции пытались индуцировать тахикардию (последняя не индуцировалась). Для исключения ДПЖС вводили аденозинтрифосфат в дозе 0,5 мг/кг.

Результаты

У 15(8,0%) пациентов на следующий день после операции отмечен рецидив тахикардии. Одному пациенту была проведена повторная РЧА с прекращением проведения по ДПЖС. У другого пациента при повторном ЭФИ выявлено парагисальное ДПЖС. Учитывая риск развития АВ-блокады мы применили фокальную РЧА крио-

катетером Medtronic Freezer XTRA 6mm-7F, и после первых же воздействий получили ожидаемые положительные результаты.

Согласно нашим данным, у пациентов с синдромом WPW эффективность процедуры составила без повторного вмешательства 91,8%. У пациентов с рецидивом тахикардии после повторной РЧА ДПЖС было полностью устранено. Значимых периоперационных осложнений не наблюдалось. Всем больным на вторые сутки после операции проведено суточное мониторирование ЭКГ – рецидивов тахикардии не выявлено. Все пациенты были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 4-5 сутки после операции.

В качестве иллюстрации приводим данные ЭКГ пациентки Д., 28-и лет (рис. 1, 2, 3, 4, 5).

Рисунок 1.

Пациентка Д., 28 л., Д-з:
Манифест синдрома
WPW: ЭКГ до операции

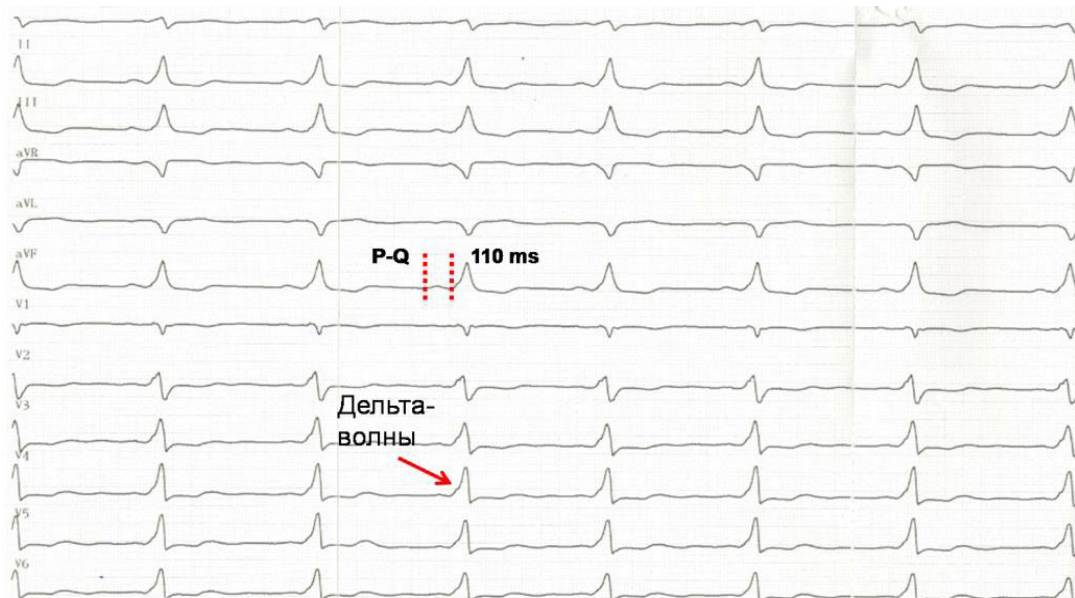


Рисунок 2.

Пациентка Д., 28 л., Д-з:
Манифест синдрома
WPW: ЭКГ до операции.
Ортодромная тахикардия
с ЧСС 160 уд/мин



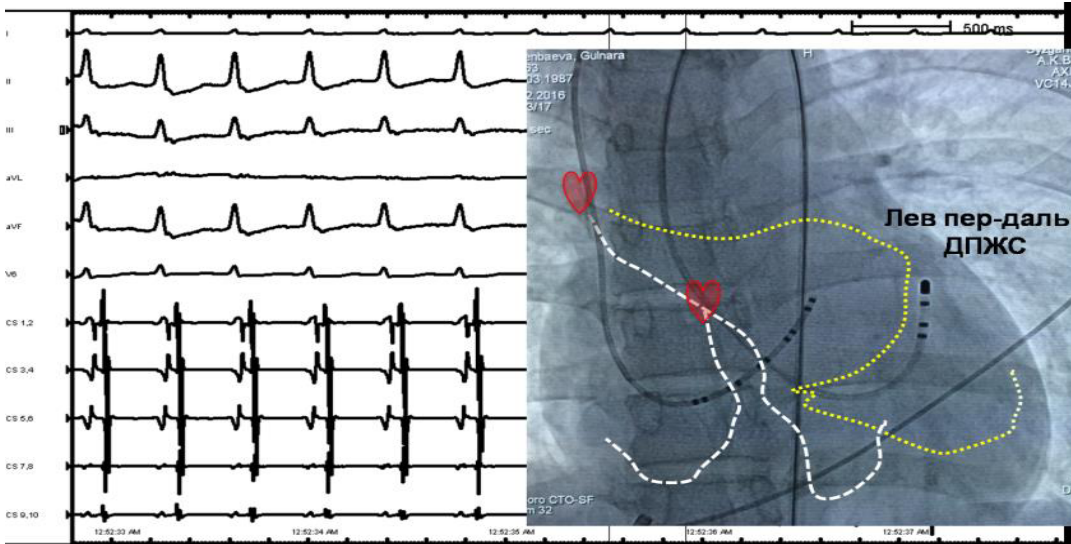


Рисунок 3.
Пациентка Д., 28 л., Д-з:
Манифест синдрома
WPW. Локализация очага
ДПЖС

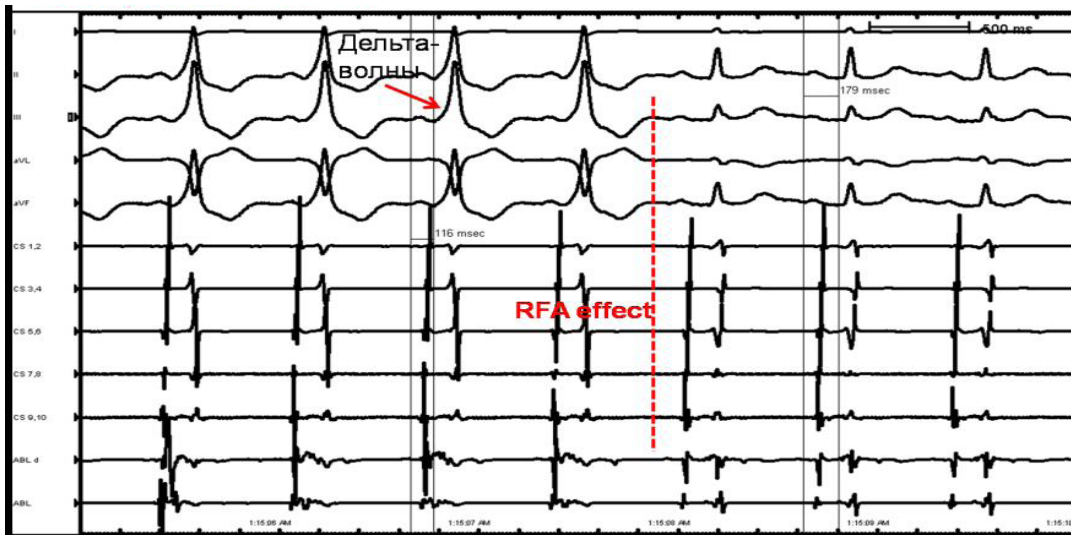


Рисунок 4.
Пациентка Д., 28 л., Д-з:
Манифест синдрома
WPW.
ЭКГ после РЧА: эффек-
тивность РЧА

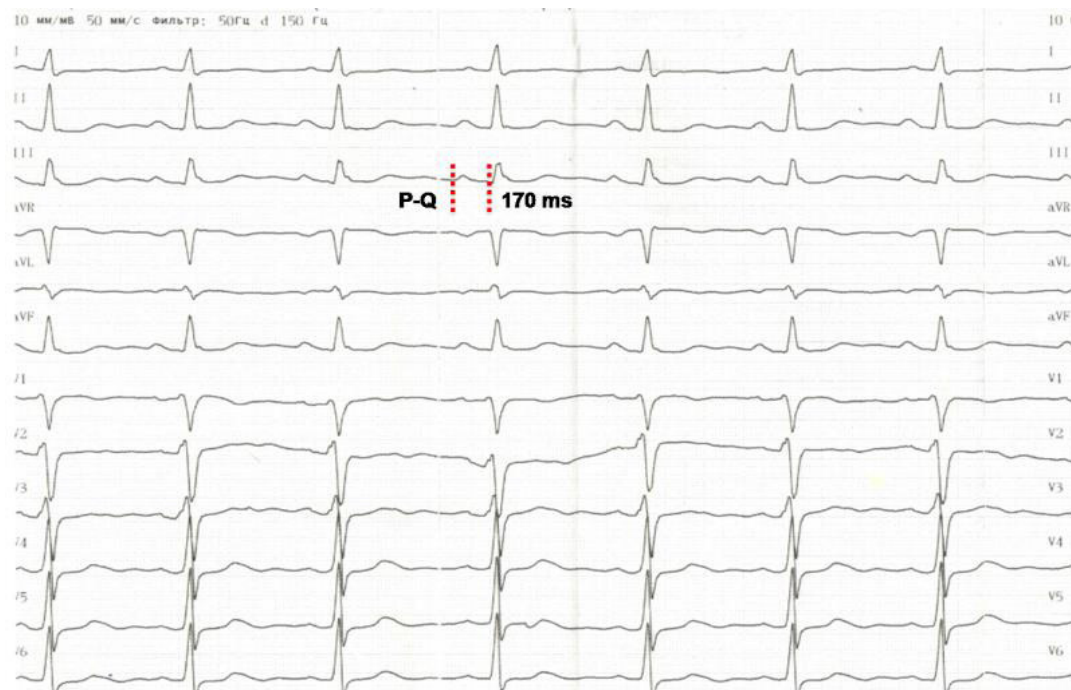


Рисунок 5.
Пациентка Д., 28 л., Д-з:
Манифест синдром WPW.
ЭКГ после операции

Обсуждение

В настоящее время в повседневной практике используются показания к РЧА ДПЖС у больных с синдромом WPW.

Класс I (РЧА абсолютно показана):

1. Пациентам с симптоматической АВРТ, устойчивой к антиаритмическим препаратам, а также при непереносимости препаратов пациентом или его нежелании продолжать длительную лекарственную терапию.

2. Пациентам с ФП (или другой предсердной тахикардией) и быстрым желудочковым ответом, связанным с антероградным проведением импульса по ДПЖС, если тахикардия устойчива к действию антиаритмических препаратов, а также при непереносимости препаратов пациентом или его нежелании продолжать длительную ААТ.

Класс II (РЧА относительно показана)

1. Пациентам с АВРТ или ФП с высокой частотой сокращений желудочков, верифицированной в ходе проведения ЭФИ.

2. В отсутствие симптомов пациентам с предвозбуждением желудочков, если их профессиональная деятельность, страховые возможности, душевный комфорт или интересы общественной безопасности будут нарушены в результате возникновения спонтанных тахикардий.

3. Пациентам с указаниями в анамнезе на ФП и признаками предвозбуждения на поверхностной ЭКГ.

4. Пациентам с признаками предвозбуждения и семейным анамнезом внезапной сердечной смерти. Класс III (РЧА не показана): Пациентам, у которых аритмии, связанные с проведением по ДПЖС, эффективно контролируются проводимой ААТ, легко переносятся, или пациент предпочитает медикаментозную терапию проведению РЧА.

Список литературы

1. Ардашев В.Н., Ардашев А.В., Стеклов В.И. Лечение нарушенного сердечного ритма. М: Медпрактика-М 2005; 240с.
2. Кушаковский М.С. Аритмии сердца. СПб: Фолиант 2017; 640с.
3. Fuster V., Ryden L.E., Asinger R.W. et al. ACC/AHA/ESC Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: Executive Summary A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines and Policy Conferences (Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation) Developed in Collaboration With the North American Society of Pacing and Electrophysiology. *Circulation* 2001;104:2118-2150.
4. Ардашев А.В., Ардашев В.Н., Желяков Е.Г. и др. Эффективность лечения больных синдромом WPW методом РЧА дополнительного атриовентрикулярного соединения. *Анналы аритмологии* 2007;3:36.
5. Желяков Е.Г., Шаваров А.А., Ардашев А.В. АВУРТ: классификация, клинические проявления, диагностика и лечение. В кн: Клиническая аритмология. Под ред. проф. А.В. Ардашева. М: Медпрактика-М 2009; 742–796.

В большинстве случаев первичная эффективность РЧА при синдроме WPW составляет 95%. Повторные сессии РЧА, как правило, позволяют достигнуть показателей абсолютной эффективности при лечении этого заболевания. Методика РЧА ДПЖС. Определение области интереса для нанесения эффективной РЧА-аппликации происходит на основании данных активационного картирования. При достижении оптимального позиционирования и стабилизации абляционного электрода в точке интереса в ходе РЧ-воздействия отмечается элиминация проведения по ДПЖС. При использовании конвенционного абляционного электрода применяются следующие параметры РЧА: средняя мощность - 45 ± 5 Вт, средняя температура - 50 ± 5 °С. В ряде случаев, если указанные действия не приводят к эффективной РЧА ДПЖС, целесообразно использование орошаемых электродов. Их применение особенно актуально для абляции задне-септальных и правых ДПЖС, локализованных в свободной стенке. Мы, как правило, используем средние параметры мощности - 40 Вт и средние параметры температуры - 45°С со скоростью орошения 17 мл/мин. Для проведения РЧА левосторонних ДПЖС применяется трансортальный (ретроградный) доступ или транссептальный доступ.

Заключение

Эффективность РЧА операции достигает до 98% и позволяет больным синдромом WPW избавиться от пожизненного приема антиаритмических препаратов. Катетерные технологии являются малоинвазивной и менее травматичной методикой лечения с низким показателем пери- и послеоперационных осложнений.

References

1. Ardashev V.N., Ardashev A.V., Steklou V.I. Lechenie narushenij serdechnogo ritma. M: Medpraktika-M 2005; 240s.
2. Kushakovskij M.S. Aritmii serdca. St-Petrburg: Foliant 2017; 640s.
3. Fuster V., Ryden L.E., Asinger R.W. et al. ACC/AHA/ESC Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: Executive Summary A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines and Policy Conferences (Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation) Developed in Collaboration With the North American Society of Pacing and Electrophysiology. *Circulation* 2001;104:2118-2150.
4. Ardashev A.V., Ardashev V.N., Zheljakov E.G. i dr. Jefektivnost' lechenija bol'nyh sindromom WPW metodom RChA dopolnitel'nogo atrioventrikuljarnogo soedinenija. *Annaly aritmologii* 2007;3:36.
5. Zheljakov E.G., Shavarov A.A., Ardashev A.V. AVURT: klassifikacija, klinicheskie projavlenija, diagnostika i lechenie. V kn: Klinicheskaja aritmologija. Pod red. prof. A.V. Ardasheva. M: Medpraktika-M 2009; 742–796.

ПОВТОРНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩАЯ ОСТЕОТРЕПАНАЦИЯ, ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ И ДЛИТЕЛЬНАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ БЛОКАДА В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Косаев Дж.В., Тагизаде Г.Т., Будагов И.К.
Научный Центр Хирургии им.акад. М.А.Топчубашева, г.Баку

Аннотация

Целью исследования явилась оценка результатов комплексного хирургического лечения больных КИК с дистальной формой поражения артерий, включающего повторную РОТ, ЛТ и ДЭБ. **Материал и методы исследования.** Исследования проводились у 14 больных с повторной критической ишемией конечностей (хроническая ишемия III – IV степени по Фонтейну-Покровскому). Причиной КИК явилась хроническая окклюзия артерий бедренно-подколенно-берцевого сегмента и обеих артерий предплечья. **Результаты.** Применение ЛТ и ДЭБ в предоперационном периоде способствовало уменьшению боли, отека конечности, стиханию воспалительного процесса, потеплению конечности, улучшению сна, что свидетельствуют о мобилизации регионарной микроциркуляции. Включение лазерного облучения в комплекс хирургического лечения больных в течение 2-3 дней приводило к уменьшению интенсивности боли, статического отека, нормализации сна больного, стиханию воспалительной реакции и ограничению некротического процесса, что позволило в более ранние сроки выполнить операции на нижних конечностях. **Заключение.** Использование внутривенного ЛТ и ДЭБ в до и послеоперационном периоде, внутрикостного лазерного облучения после повторной РОТ в комплексном лечении больных с КИК оказывает корригирующее действие на вышеуказанные патофизиологические механизмы, наряду с улучшением клинического течения заболевания уменьшает содержание медиаторов системной воспалительной реакции, улучшает коагулологические и реологические показатели крови.

ОБ АВТОРАХ

Косаев Дж.В. - к.м.н., снс, отд. хирургии сосудов Научного центра хирургии им.М.А. Топчубашева Баку.
тел. +994518911434
E-mail JvKosayev@mail.ru

Тагизаде Г.Т. - к.м.н, с.н.с., отд. хирургии сосудов+994-50- 332-83- 86

Будагов И.К. - врач, ординатор отд. хирургии сосудов+994503619119

Ключевые слова

остеотрепанация, лазерная терапия, ишемия конечности.

Лизациялық ишемиялық белгілердегі кешендерді орналастыруға арналған рева-
скулары остеотерепания, лазер терапиясы және ұзақ мерзімді есептік блокада

Косаев Дж.В., Тагизаде Г.Т., Будагов И.К.
М.А. Топчубашев атындағы хирургия ғылыми орталығы, Баку

Аңдатпа

Зерттеу мақсаты қайталама реваскуляризелген остеотрепанациялау (РОТ) , аяқ-қолының күрт асқыну ишемиясы (АҚКА) аурулары кіретін артериялары зақымдануының детальды түрімен аяқ-қолының күрт асқыну ишемиясына шалдыққан ауруларды кешенді хирургиялық емдеу нәтижелерінің бағасы болып табылады. **Зерттеудің материалы мен әдістері.** Қайталама аяқ-қолының күрт асқыну ишемиясына шалдыққан (Фонтейн-Покровский бойынша III – IV дәрежедегі созылмалы ишемиясы) 14 ауруға зерттеулер жүргізілді. АҚКА себебі сандық- тізеасты –жіліншік сегментінің және білектің қос артерияларының созылмалы окклюзиясы болып табылады. **Нәтижелері.** Операцияға дейін лазер арқылы емді және ұзақ мерзімді эпидуралдық бөгелестеуді (ҰЭБ) қолдану аяқ-қолының аурушандығы азаюына, қабыну процесінің басылуы, аяқ-қолының жылуы, ұйқысы жақсаруына ықпалын тигізеді, ондай жайт регионарлық микроциркуляциялауының жұмылдыруын дәлелдейді. Ауруларды 2-3 күн ішінде хирургиялық емдеу кешеніне лазер арқылы сәулелендіруді қосу аурушандықтың жиілігін, статистикалық ісінуін азайтқан, аурудың ұйқысы қалпына келгенін, қабыну реакциясы басылғандығын, некроз (өліеттену) процесінің шектелуіне ықпалын тигізеді, ондай жайт аяқтарына ерте мерзімде ота жасауға мүмкіндік береді. **Қорытынды.** Отаға дейін және отадан кейінгі мерзімде тамырішіне лазер арқылы емдеуді қолдану және ұзақ мерзімді эпидуралдық бөгелестеуді (ҰЭБ), аяқ-қолының күрт асқыну ишемиясына шалдыққан ауруларды кешенді емдеуде сүйек ішіне лазер арқылы сәулеленуді қолдану, қайталама РОТ әдісіне кейін АҚКА шалдыққан ауруларды кешенді емдеуінде аталмыш патофизиологиялық тетіктерге орнына келтіру әсерін тигізеді, сонымен қатар аурудың клиникалық ағымын жақсаруымен асқыну реакциясында жүйелі қабыну реакциясының медиаторларын азайтады, қанның коагулологиялық пен реологиялық көрсеткіштерін азайтады.

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Косаев Дж.В. - м.ф.к., ағқ, М.А. Топчубашев атындағы хирургия ғылыми орталығы қан тамырлар хирургиясы бөлімшесі, Баку, тел. +994518911434, E-mail JvKosayev@mail.ru

Тагизаде Г.Т. м.ф.к., ағқ, қан тамырлар хирургиясы бөлімшесі, +994-50-332-83-86

Будагов И.К. - қан тамырлар хирургиясы бөлімшесі дәрігер ординаторы +994503619119

Түйін сөздер

остеотрепанациялау, лазер арқылы емдеу (терапия), аяқ-қолының ишемиясы.

Revascular osteotripanation, laser therapy and long-term epidural blockade in complex surgical treatment of patients with critical ischemia of limbs

ABOUT THE AUTHORS

Kosaev Dj. V. – Candidate of Medical Sciences, senior research assistant, department of angiosurgery of Scientific center of surgery named after M.A. Topchibashev. Baku. Telephone +994518911434 E-mail: jvkosaev@mail.ru

Tagizade G. T. Candidate of Medical Sciences, senior research assistant, department of angiosurgery Telephone +994-50-332-83- 86

Budagov I. K. – medical doctor of department of angiosurgery Telephone +994503619119

Kosayev JV, Tagizade GT, Budagov I.K.

Scientific Center of Surgery named after. M.A. Topchubasheva, Baku

Abstract

The purpose of the study is evaluation of the results of patient's complex surgical treatment with critical limb ischemia with distal form of arterial involvement, including repeated revascularized osteo-trepanation, laser therapy and long-term epidural block. **Materials and methods of study.** In 14 of patients with repeated critical limb ischemia (III-IV stages of chronic ischemia by Fontaine's classification) the research has been. The reason of CLI was chronic arterial occlusive disease of femoral-popliteal-thoracic segment and both arteries of the forearm. **Results.** In postoperative period LT and LEB administration has helped to reduce the pain, extremities swelling, decrement of inflammatory process, better sleep, which be illustrated of mobilization of regional microcirculation. During 2-3 days laser therapy was included into surgical treatment complex of patients, which lead to a decrease of pain intensity, static swelling, normalization of the patient's sleep, subsidence of the inflammatory reaction and restriction of the necrotic process, which made it possible to perform operations on the lower limbs at an earlier time. **Conclusion.** In the complex treatment of patients with critical limb ischemia The use of intravenous LT and LEB in pre- and postoperative period and intraosseous laser illumination after repeated revascularized osteotripanation has a corrective effect on the above pathophysiological mechanisms, along with the improvement of the clinical course of the disease reduces the mediators of the systemic inflammatory reaction, improves coagulological and rheological blood parameters.

Keywords

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

Введение.

Современными успехами сосудистой хирургии еще не решены проблемы лечения больных с критической ишемией конечностей (КИК) и многие вопросы остаются актуальными и дискуссионными. Особые трудности возникают при лечении больных с «дистальным типом» поражения артерий конечностей. Отсутствие путей оттока при окклюзии дистальных артерий является основной причиной невозможности выполнения прямой ревазуляризации (шунтирование, стентирование, баллонной дилатации) из-за высокого периферического сопротивления (7, 17).

В таких ситуациях особое значение приобретают не прямые методы ревазуляризации ишемизированной конечности, приводящие к стойкой рефлекторной дилатации микроциркуляторного русла и стимуляции коллатерального регионарного кровообращения. К таким операциям относятся грудная, поясничная и паравазальная симпатэктомии, ревазуляризирующая остеотрипанация (4, 5, 12, 15). Зусманович Ф.И. (1994) ревазуляризирующую остеотрипанацию (РОТ) считает альтернативой ампутации (6). О хорошем клиническом эффекте поясничной симпатэктомии, ревазуляризирующей остеотрипанации в отдельности и в сочетании сообщают Кротовский Г.С. и Зудин А.М. (2005), Шульц А.А. (1998) (11, 16).

Включение внутривенной лазерной терапии в комплекс хирургического лечения больных с КИК приводит к улучшению результатов прямой и не прямой ревазуляризации конечности. Имеются сообщения о влиянии лазерной терапии (ЛТ), длительной эпидуральной блокады

(ДЭБ) на регионарную макрогемодинамику и микроциркуляцию, гомеостаз у больных с КИК (2, 3, 8, 9, 10, 12, 14) Разработка новых способов не прямой ревазуляризации и тактики консервативных методов лечения значительно расширила возможности лечения больных с окклюзионными заболеваниями артерий конечностей. Оптимальная коррекция гемокоагуляционных, биохимических, иммунологических сдвигов улучшает результаты комплексного лечения (1, 13).

Целью исследования являлась оценка результатов комплексного хирургического лечения больных КИК с дистальной формой поражения артерий, включающего повторную РОТ, ЛТ и ДЭБ.

Материал и методы исследования.

Исследования проводились у 14 больных с повторной критической ишемией конечностей (хроническая ишемия III – IV степени по Фонтейну-Покровскому). Причиной КИК являлась хроническая окклюзия артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента и обеих артерий предплечья. Этиологическим фактором КИК у 4 больных являлся облитерирующий тромбангит, а у 10 больных - облитерирующий атеросклероз, причем у 6 больных с сопутствующим сахарным диабетом. 8 больным при первичной критической ишемии конечностей была выполнена поясничная симпатэктомия+ РОТ большеберцовой кости, 6 больным - РОТ большеберцовой кости. РОТ была выполнена на 19 нижних конечностях. У 4 больных с тромбангиитом одновременно была выполнена РОТ локтевого и лучевого костей обеих верхних конечностей.

Длительность повторной критической ишемии составляла от 6 мес. до 1,5 года. Повторная КИК развивалась в сроки 3-5 лет после первичной РОТ. Для мобилизации коллатерального кровотока у всех больных проводили повторную РОТ большеберцовой кости в одной или обеих нижних конечностях (19 конечностей) и повторную РОТ локтевого и лучевого костей в обеих верхних конечностях (8 конечностей). Операции на нижних конечностях проводились под эпидуральной анестезией с последующим продолжением блокады, а в верхних конечностях - под интубационным наркозом.

Для улучшения реологии крови, стимуляции клеточного и гуморального иммунитета одновременно с РОТ проводили внутривенное и внутрикостное лазерное облучение. Лазерное облучение проводилось аппаратом «Мустанг 2000». Длина волны лазерного излучения - 0,63 мкм; мощность излучения в конце кварцевого световода - 5 мВт при внутривенном облучении и 1,5 мВт при внутрикостном облучении; экспозиция при внутривенном облучении составила 30 мин.; а при внутрикостном облучении - 10 мин., число сеансов - 10-12. ДЭБ проводилась следующим образом: после клинко-лабораторного обследования больных между III-IV или IV - V поясничными позвонками производили катетеризацию эпидурального пространства и каждые 6 часов 6,0 мл 2% раствора лидокаина вводили в эпидуральное пространство в течение 8-10 дней.

У больных собран детальный анамнез, проанализированы результаты исследований при первом поступлении в клинику, проводились клиническое, ангиографическое, реовазографическое, доплерографическое (с измерением лодыжечно-плечевого индекса), в динамике определена сатурация кожи кислородом, изучены липидный состав крови, состояние гемостаза и системной воспалительной реакции. Полученные лабораторные показатели сравнивались с аналогичными данными 34 практически здоровых лиц. Исследована периферическая кровь из локтевой вены при поступлении больных в клинику и по завершению лечения. Цифровые данные обработаны методами параметрической и непараметрической статистики.

Результаты исследования и обсуждение.

Подробно собранным анамнезом выявлено, что больные в течение 2,5 - 3 лет регулярно являлись на повторную консультацию к врачу, прекратили курение, следили за уровнем сахара, липидного спектра крови, принимали рекомендованные препараты (антиагреганты, гиполипидемические, спазмолитики, метаболики и др.).

Но в дальнейшем прекратили прием препаратов, продолжили курение, не явились на консультацию к врачу по разным мотивам. В сроки от 6 мес до 1 года постепенно у больных появилась перемежающаяся хромота с дальнейшим развитием КИК, образовалась язва на стопе и кисти. При повторной КТ-периферической ангиографии выявлено прогрессирование стено-окклюзионного процесса в проксимальных сегментах артерий, уменьшение коллатеральной сети в дистальной части конечности

Применение ЛТ и ДЭБ в предоперационном периоде способствовало уменьшению боли, отека конечности, стиханию воспалительного процесса, потеплению конечности, улучшению сна, что свидетельствует о мобилизации регионарной микроциркуляции. С этим создавалась определенная положительная предпосылка для сокращения предоперационного периода. Эффективность повторной РОТ в хирургическом лечении КИК с применением ЛТ и ДЭБ оценивали по динамике безболевого ходьбы или максимально переносимой дистанции ходьбы, по наличию и выраженности «боли покоя». Учитывали время, необходимое для прекращения ишемической боли, заставляющей больного останавливаться, выраженность этой боли, изменение реографического индекса, сатурации кожи кислородом, течение раневого процесса (очищение от некротической ткани, появление грануляции и эпителизации), кровоточивости раневой поверхности во время операции, наличие осложнений в послеоперационном периоде.

Включение лазерного облучения в комплекс хирургического лечения больных в течение 2-3 дней приводило к уменьшению интенсивности боли, статического отека, нормализации сна больного, стиханию воспалительной реакции и ограничению некротического процесса, что позволило в более ранние сроки выполнить операции на нижних конечностях. В ходе лечения уменьшилась потребность в инъекциях наркотических анальгетиков. К концу комбинированного лечения отмечалось потепление кожного покрова, усиление наполнения подкожных вен. Дистанция безболевого ходьбы увеличилась на 140-180%. РОТ выполнена всего в 19 нижних конечностях. В 8 случаях некротическая рана на стопе зажила, в 6 случаях произвели малые ампутации (ампутация или экзартикуляция пальцев), в 4 случаях - метатарсальную ампутацию стопы, в 1 случае - ампутацию на уровне голени. В 8 верхних конечностях также выполнена РОТ. В 5 случаях некротическая рана на кисти зажила, в 3 случаях произвели ампутацию дистальной части пальцев. У больных резко сократилось количество послеоперационных осложнений (нагное-

Таблица 1.
Динамика показателей гемостаза и гемореологии

Показатели	Группа больных	Группа сравнения (n = 34)	Группа исследования (n = 14)	
			До лечения	После лечения
Фибриноген (мг)		12,50 ± 0,34	17,32 ± 0,34	15,24 ± 0,33
Фибринолитическая активность (%)		114 ± 0,2	7,9 ± 0,3	11,9 ± 0,2
Толерантность плазмы к гепарину (сек)		450,6 ± 5,4	378,3 ± 3,8	438,6 ± 6,4
АДФ индуцированная агрегация тромбоцитов(сек)		23,8 ± 0,2	22,3 ± 0,2	24,2 ± 0,3
Деформабельность эри троцитов (%)		1,89 ± 0,17	1,32 ± 0,16	174,3 ± 4,6
Фактор Виллебранда (%)		113,2 ± 2,3	134,5 ± 2,4	117,6 ± 3,9

ние раны, некроз мягких тканей, лимфангаит и др.). Реовазографическими исследованиями установлено, что реографический индекс повысился на 18,6%(p < 0,05). Лодыжечно-плечевой индекс также достоверно (p < 0,05) повысился с 0,32±0,004 до 0,52±0,005. Показатель сатурации кожи кислородом повысился с 52,7±0,38% до 71,4±0,43%.

Для выяснения патофизиологического механизма действия повторной РОТ, ЛТ и ДЭБ в комплексном лечении больных КИК в динамике изучены гемореологические, биохимические показатели и медиаторы системной воспалительной реакции. По сравнению с практически здоровыми лицами при поступлении в клинику выявлены гиперкоагуляция и ухудшение показателей реологии крови (табл.№ 1).

Отмечалось повышение уровня фибриногена фактора Виллебранда, повышение толерантности плазмы к гепарину, уменьшение фибринолитической активности и деформабельности эритроцитов, увеличение АДФ индуцированной агрегации тромбоцитов.

По завершению проводимого курса лечения у больных параллельно с улучшением клинического течения критической ишемии наблюдали достоверное нивелирование гемореологических показателей крови. Включение внутривенного и внутрикостного лазерного облучения и ДЭБ в комплекс хирургического лечения уменьшило агрегацию тромбоцитов (p < 0,05), толерантность

плазмы к гепарину(p < 0,05), количество фибриногена (p < 0,05), фактор Виллебранда (p < 0,05), повисило деформабельность эритроцитов (p < 0,05), фибринолитическую активность (p < 0,05).

Нарушению микроциркуляции и в результате снижению уровня перфузии тканей способствуют уменьшение деформационной способности эритроцитов в микрососудах, сокращение микрососудов, агрегация эритроцитов и тромбоцитов, повышение уровня фибриногена и активности лейкоцитов. В результате повреждения клеток эндотелия происходит стимуляция адгезии лейкоцитов, выработки продукции медиаторов воспалительной реакции, адгезии тромбоцитов, активации тромбоцитов и повышение сосудистого сопротивления. Улучшение состояний, связанных с повышенной свертываемостью крови, предполагает снижение агрегации и адгезии тромбоцитов, снижение фибриногена, фактора Виллебранда, повышение уровня активатора плазминогена и плазмина (10, 13).

Липидный обмен при поступлении в клинику характеризовался выраженной дислипидемией у больных критической ишемией, выражающаяся значительным повышением содержания общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов очень низкой плотности(ЛПОНП) и липопротеидов низкой плотности(ЛПНП) и снижением содержания липопротеидов высокой плотности(ЛПВП) по сравнению с показателями липидного обмена у практически здоровых лиц (табл.2).

Таблица 2
Динамика показателей липидного обмена и перекисного окисления липидов

Показатели липидного обмена	Группа больных	Группа сравнения (n = 34)	Группа исследования (n = 14)	
			До лечения	После лечения
Общий холестерин (ммол/л)		3,69 ± 0,28	5,62 ± 0,27	4,54 ± 0,34
Триглицериды (ммол/л)		1,48 ± 0,36	3,22 ± 0,29	2,12 ± 0,21
ЛПОНП (ммол/л)		0,48 ± 0,06	1,19 ± 0,04	0,69 ± 0,06
ЛННП (ммол/л)		2,66 ± 0,34	4,23 ± 0,34	3,04 ± 0,28
ЛПВП (ммол/л)		1,54 ± 0,18	0,91 ± 0,06	1,38 ± 0,04
МД (опт. ед.)		0,45 ± 0,02	0,94 ± 0,04	0,51 ± 0,05
ДК (опт. ед)		0,36 ± 0,05	0,89 ± 0,06	0,48 ± 0,04

Так же отмечено повышение продуктов перекисного окисления липидов – малонового диальдегида (МД) и диеновых конъюгатов (ДК). Полученные нами данные о повышении содержания атерогенных и уменьшении содержания антиатерогенных фракций липопротеидов у больных с атеросклеротическим поражением коронарных и периферических сосудов совпадают с результатами других авторов (18,19,21).

Анализируя литературные и собственные данные о выраженной дислипидемии у больных КИК мы пришли к мнению о том, что в комплексном лечении этой категории пациентов к коррекции нарушенного липидного обмена должно придаваться огромное значение. В обследованной группе больных наблюдали снижение уровня ХС ($p < 0,05$), ТГ ($p < 0,05$), ЛПОНП ($p < 0,01$), ЛПНП ($p < 0,05$) - атерогенных фракций липопротеидов и повышение содержания ЛПВП ($p < 0,01$) – антиатерогенной фракции липопротеидов. Если учесть, что нарушение катаболизма богатых ТГ липопротеидов может возникать в результате снижения активности липопротеинлипазы - эндотелиального фермента, который осуществляет

гидролиз ТГ, ЛПОНП, приводящий к образованию жирных кислот, используемых как источник энергии мышечной тканью (20), то уменьшение уровня ТГ при использовании лазерного облучения можно объяснить восстановлением активности липопротеинлипазы. Коррекция дислипидемии снижает повреждающее действие ТГ, ЛПОНП и ЛПНП на эндотелий и способствует интенсификации транспорта ХС из атеросклеротически измененного участка сосуда с ЛПВП и регрессии атеросклеротической бляшки. Уменьшение ЛПНП у больных, по нашему мнению, можно объяснить восстановлением рецепторов клеток под воздействием лазерного облучения и утилизацией ЛПНП через них.

При поступлении в клинику у больных с тяжелой клинической картиной выявлена высокая активность воспалительных медиаторов: циркулирующего иммунного комплекса, серомукоидов и сиаловой кислоты (табл.3).

По завершению лечения достоверно уменьшилось содержание ЦИК, ($p < 0,05$), сиаловой кислоты ($p < 0,05$) и серомукоидов ($p < 0,05$), СРБ оставался положительным у 2 больных.

Воспалительные медиаторы	Группа больных	Группа сравнения (n = 34)	Группа исследования (n = 14)	
			до лечения	после лечения
Циркулирующий иммунный комплекс (%)		84,8 ± 4,2	118,8 ± 5,2	94,3 ± 5,1
Сиаловые кислоты (ед)		226,4 ± 5,7	286,7 ± 4,1	251,8 ± 4,8
Серомукоиды (ед)		224,4 ± 6,1	282,6 ± 6,2	256,4 ± 5,8
С-реактивный белок		Отриц.	У 14 б-х положит.	У 2 б-х положит.

Таблица 3
Динамика медиаторов системной воспалительной реакции

Список литературы

- Агаев Б.А., Косаев Дж.В., Намазов И.Л. и др. Влияние внутривенного лазерного облучения крови и длительной эпидуральной блокады на системную воспалительную реакцию у больных критической ишемией нижних конечностей // Лазерная медицина. - 2014. - №4. - с. 13.
- Агаев Б.А., Косаев Дж.В., Намазов И.Л., Будагов И.К. Влияние внутривенного лазерного облучения крови и длительной эпидуральной блокады на результаты реконструктивных операций у больных критической ишемией нижних конечностей. // Лазерная медицина. - 2016. - №2. - с. 13-16
- Азизов Г.А., Козлов В.И. Внутривенное лазерное облучение крови в комплексном лечении заболеваний сосудов нижних конечностей // Пособие для врачей. - М.: НПЛЦ «Техника», 2003. - 23 с.
- Ашуров Б.М., Асланов А.Р., Ахвердиева Т.Г. и др. Ближайшие и отдаленные результаты поясничных симпатектомий при облитерирующем эндартериите и атеросклеротических окклюзий голенных сегментов // Вопросы хирургической патологии периферических сосудов. Баку, 1982. - с. 111-113.
- Буров Ю. А., Москаленко А.Н., Гаврилов В.А. Комбинированные реваскуляризации нижних конечностей у больных с критической ишемией // Ангиология сосудистая хирургия. - 2000. - Т. 6. - №4. - с. 86-89.
- Зусманович, Ф. И. Реваскуляризирующая остеотрепанация в лечении больных облитерирующими заболеваниями конечностей / Ф. И. Усманович. - Курган; Изд-во Курганского мед. ин-та, 1996. - 92 с.
- Константинов Б. А. Хирургическое лечение хронической критической ишемии нижних конечностей при несостоятельности дистального сосудистого русла // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2001. - М3. - с. 58-63.
- Косаев Дж.В. Влияние непрямого ревуляризации, длительной эпидуральной блокады и лазерной терапии на результаты лечения критической ишемии у больных облитерирующим тромбангиотом. // Вестник хирургии Казахстана, 2011, №4. Стр. 10-13
- Косаев Дж.В. Внутрикостномозговое лазерное облучение в комплексном хирургическом лечении больных с критической ишемией нижних конечностей // Центрально-Азиатский медицинский журнал. - 2011. -; 3-4. - стр 213-216
- Косаев Д.В. Реваскуляризирующая остеотрепанация и лазерное облучение в комплексном лечении больных с критической ишемией нижних конечностей. //

- Вестник хирургии Казахстана.1012.-№1.-стр.46-49.
11. Кротовский Г.С.,Зудин А.М. Тактика лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей. -М.,2005.- 160 с.
 12. Рзаев Н.М.,Кахраманова Г.Ш.,Самарская Э.В. и др. О механизме терапевтического эффекта поясничной симпатэктомии и поясничной перидуральной блокады при облитерирующем эндартериите нижних конечностей.//Хирургическая патология периферических сосудов. Баку,1982, с.135-138.
 13. Родин А.Н. Коррекция нарушений гемостаза при регионарном введении мексидола в комплексном лечении осложненных форм диабетической стопы.// Автореф. дисс. ... к.м.н.- Саранск,2005.- 17 с.
 14. Сеидов В.Д.,Гусейнов Х.М.,Шамсаддинский А.А. Поясничная перидуральная блокада в комплексном лечении окклюзионных поражений артерий нижних конечностей. // Хирургическая патология периферических сосудов. Баку,1982, с.141- 144.
 15. Трынкин, А. В. Симпатэктомия в хирургическом лечении критической ишемии нижних конечностей // Анналы хирургии. 2003. - №4. - с. 24-26.
 16. Шульц А.А. Роль и место реваскуляризирующей остеотрепанации в лечении больных облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей// Автореф. ... дисс. к.м.н. Нижний Новгород,1998.- 20 с.
 17. Dormandy J.,Heck L.,Vig S. Peripheral arterial occlusive disease.Clinical data for decision making// Semin.Vask.Surg.-1999.-V.12. - № 2. P.93-162.
 18. Feingold K., Grunfeld C.,Pang M. Et al. LDL subclass phenotypes and triglyceride metabolism in non-insulin-dependent diabetes.// Arterioscler.Tromb.1992; 12:1496 – 1502.
 19. Laakso M. Epidemiology of Diabetic Dyslipidemia // Diabetes Rev ,1995; 3: 408-422.
 20. Steinbrecher U.P.,Witztum J.L.,Kesaniemi Y.A et al. Comparison of glucosylated LDL with methylated or cyclohexanedione-treated LDL in the measurement of receptor independent LDL catabolism//J.Clin.Inwest.,1983; 71: 950-955.
 21. Taskinen M.R.Quantitative and qualitative lipoprotein abnormalities in diabetes mellitus.//Diabetes,1992; 41:Suppl 2: 12- 17.

References

1. Agaev B.A.,Kosaev Dzh.V., Namazov I.L. i dr.Vlijanie vnutrivennogo lazernogo obluchenija krovj i dlitel'noj jepidural'noj blokady na sistemnuju vospalitel'nuju reakciju u bol'nyh kriticheskoj ishemiej nizhnih konechnostej.//Lazernaja medicina.-2014.-№4.-s.13.
2. Agaev B.A.,Kosaev Dzh.V.,Namazov I.L.,Budagov I.K. Vlijanie vnutrivennogo lazernogo obluchenija krovj i dlitel'noj jepidural'noj blokady na rezul'taty rekonstruktivnyh operacij u bol'nyh kriticheskoj ishemii nizhnih konechnostej.// Lazernaja medicina.-2016.-№2.-s. 13-16
3. Azizov G.A.,Kozlov V.I. Vnutrivennoe lazernoe obluchenie krovj v kompleksnom lechenii zabolevanij osudov nizhnih konechnostej//Posobie dlja vrachej.-M.:NPLC «Tehnika»,2003.- 23 s.
4. Ashurov B.M., Aslanov A.R.,Ahverdieva T.G. i dr. Blizhajshie i otdalennye rezul'taty pojasnichnyh simpatektomij pri obliterirujushhem jendarteriite i ateroskleroticheskikh olkluzij golennyh segmentov// Voprosy hirurgheskoj patologii perifericheskikh osudov.Baku,1982.- s.111-113.
5. Burov Ju. A., Moskalenko A.N.,Gavrilov V.A. Kombinirovannye revaskuljarizacii nizhnih konechnostej u bol'nyh s kriticheskoj ishemiej //Angiologija sosudistaja hirurgija. - 2000. - T. 6. - №4.- s. 86-89.
6. Zusanovich, F. I. Revaskuljarizirujushhaja osteotrepnacija v lechenii bol'nyh obliterirujushhimi zabolevanijami konechnostej / F. I. Usmanovich. - Kurgan; Izd-vo Kurganskogo med. in-ta, 1996. - 92 s.
7. Konstantinov B. A. Hirurgheskoe lechenie hronicheskoi kriticheskoj ishemii nizhnih konechnostej pri nesostojatel'nosti distal'nogo sosudistogo rusla // Grudnaja i serdechno-sosudistaja hirurgija. - 2001. - MZ. - s. 58-63.
8. Kosaev Dzh.V. Vlijanie neprjamoj realkuljarizacii,dlitel'noj jepidural'noj blokady i lazernoj terapii na rezul'taty lechenija kriticheskoj ishemii u bol'nyh obliterirujushhim trombangiitom.// Vestnik hirurgii Kazahstana,2011,№4. Str.10-13
9. Kosaev Dzh.V. Vnutrikostnomozgovoe lazernoe obluchenie v kompleksnom hirurgheskom lechenii bol'nyh s kriticheskoj ishemiej nizhnih konechnostej//Central'no-Aziatskij medicinskij zhurnal.-2011.-; 3-4.-str213-216
10. Kosaev D.V. Revaskuljarizirujushhaja osteotrepnacija i lazernoe obluchenie v kompleksnom lechenii bol'nyh s kriticheskoj ishemiej nizhnih konechnostej.//Vestnik hirurgii Kazahstana.1012.-№1.-стр.46-49.
11. Krotovskij G. S., Zudin A.M. Taktika lechenija pacientov s kriticheskoj ishemiej nizhnih konechnostej. -M.,2005.- 160 s.
12. Rzaev N.M.,Kahramanova G.Sh.,Samarskaja Je.V. i dr. O mehanizme terapevticheskogo jeffekta pojasnichnoj simpatektomii i pojasnichnoj peridural'noj blokady pri obliterirujushhem jendarteriite nizhnih konechnostej.// Hirurgheskaja patologija perifericheskikh osudov. Baku,1982, s.135-138.
13. Rodin A.N. Korrekcija narushenij gemostaza pri regionalnom vvedenii meksidola v kompleksnom lechenii oslozhnennyh form diabeticeskoi stopy.// Avtoref. diss. ... k.m.n.- Saransk, 2005.- 17 s.
14. Seidov V.D., Gusejnov H.M.,Shamsaddinskij A.A. Pojasnichnaja peridural'naja blokada v kompleksnom lechenii okkluzionnyh porazhenij arterij nizhnih konechnostej. // Hirurgheskaia patologija perifericheskikh osudov. Baku,1982, s.141- 144.
15. Trynkin, A. V. Simpatjektivnaja v hirurgheskom lechenii kriticheskoj ishemii nizhnih konechnostej //Annaly hirurgii. 2003. - №4. - s. 24-26.
16. Shul'c A.A. Rol' i mesto revaskuljarizirujushhej osteotrepnaciji v lechenii bol'nyh obliterirujushhimi zabolevanijami osudov nizhnih konechnostej// Avtoref. ... diss. k.m.n. Nizhnij Novgorod,1998.- 20 s.
17. Dormandy J.,Heck L.,Vig S. Peripheral arterial occlusive disease.Clinical data for decision making// Semin.Vask. Surg.-1999.-V.12. - № 2.P.93-162.
18. Feingold K., Grunfeld C.,Pang M. Et al. LDL subclass phenotypes and triglyceride metabolism in non-insulin-dependent diabetes.//Arterioscler.Tromb.,1992; 12:1496 – 1502.
19. Laakso M. Epidemiology of Diabetic Dyslipidemia // Diabetes Rev ,1995; 3: 408-422.
20. Steinbrecher U.P.,Witztum J.L.,Kesaniemi Y.A et al. Comparison of glucosylated LDL with methylated or cyclohexanedione-treated LDL in the measurement of receptor independent LDL catabolism//J.Clin.Inwest.,1983; 71: 950-955.
21. Taskinen M.R.Quantitative and qualitative lipoprotein abnormalities in diabetes mellitus.//Diabetes,1992; 41:Suppl 2: 12- 17.

ASPECTS OF ETIOPATHOGENESIS OF BACKGROUND, PRECANCEROUS DISEASES AND CANCER OF THE CERVIX

МРПТИ 76.29.48

Amiraslanov A.T., Panahova A.M.

Azerbaijan Medical University, Department of Oncology, Baku, Azerbaijan

ABOUT THE AUTHORS

Amiraslanov A.T. member of the Academy of Sciences, head of a department of carciniology of Azerbaijan Medical University.

Panahova A.M. junior research assistant, academic department of carciniology of Azerbaijan Medical University. E-mail aynur.panahova@yahoo.com Telephone +994552113803

Abstract

Contemporary aspects of etiopathogenesis pre-malignant condition and cervix cancer were presented in the article. From the point of view of systematic review of modern literature the most likely etiological factors of these diseases were discussed by authors.

Keywords

cervix, cancer, HPV

Жатыр мойны қатерлі ісігінің және қатерлі ісік алды ауруларының шығу этиопатогенетикалық аспектілері

Амирасланов А.Т., Панахова А.М.

Әзірбайжан Медициналық Университеті, Онкология бөлімі, Әзірбайжан, Баку

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Амирасланов А.Т. – академик, Әзірбайжан Медицина Университетінің онкология кафедрасының меңгерушісі

Панахова А.М. - к.ғ.к., Әзірбайжан Медицина Университетінің онкология кафедрасы: E-mail aynur.panahova@yahoo.com тел+994552113803

Аңдатпа

Мақалада жатыр мойны қатерлі ісігінің этиопатогенезінің қазіргі заманғы аспектілері қарастырылған. Авторлар осы аурулардың ең ықтимал этиологиялық факторларын қазіргі заманғы әдебиеттерді үнемі қарап шығу ұстанымымен талқылады.

Түйін сөздер

жатыр мойны, ісік, HPV.

Этиопатогенетические аспекты происхождения, предраковых заболеваний и рака шейки матки

Амирасланов А.Т., Панахова А.М.

Азербайджанский медицинский университет, отдел онкологии, Баку, Азербайджан

ОБ АВТОРАХ

Амирасланов А.Т. академик, зав. кафедрой онкологии АМУ, Баку

Панахова А.М. м.н.с. Кафедра онкологии Азербайджанского медицинского Университета E-mail aynur.panahova@yahoo.com тел+994552113803

Аннотация

В статье представлены современные аспекты этиопатогенеза предраковых заболеваний и рака шейки матки. Авторами обсуждены наиболее вероятные этиологические факторы этих заболеваний с позиции систематического обзора современной литературы.

Ключевые слова

шейка матки, опухоль, HPV

The first investigations devoted to the epidemiology of cervical cancer was published as far back as in nineteenth century. Rigoni-Stern in 1842, he published the results of a study of the causes of death in 1760-1830 in Verona. He noted that cervical cancer was more common in married women and widows, while nuns and virgins practically did not occur. This fact allowed to the scientist to come to the conclusion that cervical cancer could be of infectious origin. Later, F. Gagnon (1950), studying medical records in Montreal and Quebec, discovered that nuns almost did not have cervical cancer. F. Gagnon connected this fact with a low level of inflammation of the cervix in nuns (4,8,9,16).

In virgins histopathological proven cervical cancer is extremely rare. A lot of epidemiological studies dedicate to the role in the development of cervical cancer, the early onset of sexual activity, early pregnancy, frequent replacement of sexual partners, infectious diseases transmitted sexually. The patients with cervical cancer compared to the control group begin sexual activity earlier (2, ,7,12).

Frequently change of sexual partners and first childbirth at the young age play negative role in the occurrence of cervical cancer (12,14,16).

The number of epidemiological and clinical-statistical investigations demonstrate the role of a poor socioeconomic status and a low level of education (8,11, 13) On the contrary, other authors believe that the formation of cervical cancer, the level of education and the economic situation do not matter (6,14,15,16).

The carcinogenic effect of abortion conclude in the mechanical trauma of the endocervix with subsequent development of infection (8,14).

Injury of the cervix and its further deformation is the cause of damage to the physiological barrier. Cervical mucus in the canal is not retained, which is accompanied by a decrease in the local immunity and further infection (7,9,10,14) Precancerous lesions, representing a high risk of cervical cancer, is often formed on the background of scar cervical strain and ectropion. To the violation of the innervations, reception and tropism of the cervix leads to birth (abortion) injury (8).

Oral contraception, especially in the presence of cervical infection, correlate with cervical ectopia (6,7,10,11). This is increase risk of adenocarcinoma of the endocervix. In international studies have found that women with similar risk factors for cervical dysplasia often found in those who are infected with human immunodeficiency virus. Injuries of the cervix are in etiological factor in the metaplastic processes of the cervix. Cervical injury, do not by themselves and subsequently occurring chronic infection is the etiological factor carcinomas. 83% of cervical lesions accompanied by inflammatory pro-

cesses in the preparations is found metaplasia. In the pathogenesis of cervical cancer is very important infective process after injury (5,6,12).

Appleby P. and others believe that the use of hormonal contraceptives do not affect the development of dysplastic processes and cervical cancer. There is a correlation between hormonal, immunosuppressive therapy and cervical cancer. (13,15,16).

The influence of tobacco smoking the risk of malignant neoplasms have been studied thoroughly. The results of epidemiological and experimental studies are recognized that smoking tobacco is a carcinogenic factor for a person, having the negative effect on the body, and it is a risk factor for the occurrence of cancer of any location (10).

The dependence of cervical cancer and intraepithelial neoplasia with smoking has been revealed. Smoking plays the role of a promoter of carcinogenesis in the epithelium of the cervix, infected with HPV, especially for squamous cell carcinoma (11). Intensive smoking reduces the immune defenses and nicotine plays a co-carcinogenic role in facilitating the implementation of the carcinogenic effects of a viral infection in case of CIN and cervical cancer. In the mucous membrane of the cervix, according to research, nicotine and its derivatives have been discovered, and smoking-related damage to the DNA of the cervical epithelium has been established (11,12,14,16) Appleby P. et al. (2006), Gadducci A. et al. (2011) believe that nicotine acts as a co-carcinogenic factor (11,14). In urogenital chlamydia occurs desquamation squamous epithelium of the cervix to form a true or pseudo erosion expressed edema, swelling of mucosa abundant blood supply, looseness of tissues, that is, favorable conditions for infection with HPV, associated dysplasia and cervical cancer (1,5,8,9,10). Chl. Trachomatis a obligate intracellular parasite, has a tropism to the cylindrical epithelium, forming a primary lesion in the mucous membrane of the cervix, where it can persist for a long time, causing various pathological changes (10,15).

Urogenital trichomoniasis causes a slow inflammatory process in the mucous membrane of the cervix. The toxic effect of trichomonads on epithelial cells, which provokes the disruption in the maturation of the epithelium, and its partial destruction. Chronic erosions of the cervix of the trichomonas of the etiology in the presence of additional risk factors are capable of malignant transformation (12).

The role of HPV as a carcinogen factor in the intraepithelial neoplastic processes. Viral etiology of neoplasia is the most difficult questions of modern oncology. The most cases, neoplasias cannot be associated with carcinogenic factors. The viral etiology of cervical cancer is closely related to studies

of condylomas of different locations. The first time Rigoni-Stern in 1842 suggested a theory of the infectious origin of cervical cancer. In the first time in 1903 Borrel and Bosc advanced the theory of the viral origin of tumors, Rous, Kidd (1938), Friedewald (1941) believe that viruses enhance the effect of carcinogenic factors.

The data of experimental virilology studies obtained for the first time by L.A. Zilber (1945), and then Horsfall (1963) and Southam (1964) suggested that viruses are acting on the gen of normal cells turning cells into cancer cells. The role of viruses in cancertransformation differrent from the role of viruses in the occurrence of infection. After transformation of the normal cells into tumor, viruses do not affect the reproduction and growth of the tumor (9, 12,13,16). The central etiological factor of intraepithelial cancer and precancerous neoplastic lesions of the cervix is the HPV with high carcinogenic risk (6,7,8,9). HPV is the group of viruses for which confirm their inducing role in the formation of tumors in humans in vivo (11,16).

For dysplasia and cervical cancer, the genetic material of HPV is detected in 90-95% of the samples. Currently, more than 79 types of HPV are known, have its own specific properties (13,14) More than 30 types can infect the genital tract (11, 12) All HPV types associated with neoplasias can be conditionally divided into 2 groups: "high risk", which is detected in malignant tumors, and "low risk", detected in benign lesions of the cervix and rarely in invasive cancer. High-risk viruses are HPV-16,18,31,33, which increase the risk of developing cervical cancer by 20-150 times, and HPV-6,11 (13,14)and "low-risk".

Persistent HPV-KR-mediated infection increases the risk of developing cervical cancer (cervical cancer) by 10-20 times, and the initiation of severe intraepithelial neoplasia of the cervix is 100 times that of uninfected women (6,8,14,15). A number of studies indicate that in women infected with oncogen types of HPV, the risk of progression of pre-existing low-grade intraepithelial dysplasia (LSIL) to severe (HSIL) increases (1,4,6 12,13). According to Guan P. (2012), Daily L.R. (2014), LSIL and HSIL are significant markers of infection with oncogen stamms HPV (5,6,7). At the same time, the validity of the diagnosis of precancer and cervical cancer in HPV-positive patients requires additional extensive examination (10, 11).

The risk of infection with HPV during life varies in the range of 50-90% (9). Infection occurs in the most cases shortly after sexual debut (1) the peak of which is recorded in women under the age of 25 (4)However, with the integration of episomal HPV most of the patients this age happen elimination of virus (7). Progress of persistent infection to

malignant neoplasm through a series of intermediate stages usually takes 10 to 20 years (10,12). The primary role of HPV in the development of cervical neoplasia and the high prevalence of this infection among the population, screening for HPV is an important area of early diagnosis of socially significant diseases of the cervix (8, 9, 10, 13). The wide detection of HPV in the population without regard to the nature of the course of infection leads to over diagnosis and determines the excessively aggressive medical and surgical tactics of the gynecologist and oncologist (4,5).

Of particular importance is the various retro- and prospective research, which aims to identify the importance of, and the correlative relationship of new risk factors affecting the persistence of HPV (2,4,5). According to Afanasyev M.S. (2004), papillomavirus infection in the form of mixed associations occurs in 71% of cases. The most frequently accompanied are bacterial vaginosis (26.6%), vulvovaginal candidiasis (32%), herpes virus (18.4%), mycoplasma (18.1%), and chlamydia (18%) infections affecting to the genital tract causes the background of changes in the vaginal microflora, characterized by a decrease in the frequency of allocation and the number of obligate representatives and excessive growth of opportunistic microorganisms of the vaginal biocenosis (10,12).

For approval the theory "the virus is an etiological factor" several factors should be together:

- 1) in tumor cells detected continuously integrated or episomal form DNT virus;
- 2) in vitro cloned viral genes can be capable of degenerating malignant tumors;
- 3) in the tumor cells, the regular expression of the viral gene;
- 4) in nature, similar viruses that cause tumors should also be detected;
- 5) epidemiological studies need to prove the relationship between the tumor process and the identified genetic material of the virus (1,3,4,5).

In cervical cancer cells is very important active of transcription of the viral genome in the cells, and the persistence of the viral genome has an important role in the proliferation of cervical cancer cells (15).

The process of replication of HPV and the subsequent transformation of cells, induced by it, are connected in a certain way with the process of differentiation of the epithelium. Release of cellular growth factor stimulating the expression of E6 and E7 genes and epithelial proliferation. Differentiation and maturation of flat epithelial cells absent due to the suppression of the synthesis of native cellular proteins; The cellular renewal of the epithelial layer disrupted and a dysplasia occurs at the subsequent

stage of the infection, which is based on the proliferation and structural rearrangement of the epithelial cells, at the beginning of the basal and parabasal layers (2,5,9,14). Modern molecular genetic investigations using the PCR method 95-100% of cases of cervical cancer cages are detected by the virus genome (5,6,8,9). Currently it identified more than 100 types of HPV, more than 70 of them studied in detail and described. It was found that some types of HPV virus infect only certain types of epithelium, causing characteristic changes. Many works devoted to the identification of various variants of genotypes of the virus and malignant transformation of cervical warts (2,6).

Of all types of HPV virus, only 34 affect the anogenital zone. HPV affects the basal layer of the squamous epithelium (mainly affects the transition zone of the flat epithelium into the cylindric epithelium).

Kurz (1993) and Schiffman (1994), the pathomorphological change to caused by the papilloma virus classify 1) benign atypia; 2) LSIL (Low-grade Squamous Intraepithelial Lesions) or CIN-I (Cervical Intraepithelial Neoplasia) - easy dysplasia of flat epithelium with no signs of coilocytosis; 3) HSIL (High-grade Squamous Intraepithelial Lesions) or CIN-II-medium dysplasia; 4) severe dysplasia or intraepithelial cancer (in situ) - CIN-III (1,5,6,7) Discussions of the classification of dysplastic and preinvasive cancers continue to this day. Dysplasia in terms of severity divide into three degrees and intraepithelial cancers isolate into a separate group [10]. Groups of dysplasias based on virological and pathomorphological criteria are heterogeneous. There is no certainty that different degrees of dysplasia is consecutive stages of carcinogenesis (16).

The oncogenic potential of various different types of HPV in their ability to cause dysplastic processes and cervical cancer HPV types are divided into groups with respect to low and high risk. Depending on the capacity of the transformation of cancer types HPV 6,11, 42, 43, 44 are low, while 16, 18, 48, 56 types of high-risk group. HPV types 6 and 11 contribute to the occurrence of genital warts with mild to moderate dysplasia, is very rarely found in cervical cancer. In cancer of the cervix, HPV types 16 and 18 are mostly detected, with HPV 16 50-70%, HPV18 10-20%, other types of HPV are extremely rare (2,4,6,8) HPV 16 type 21% of cases occurs with CIN-I, 57% of cases with CIN-II-III. HPV 16 and 18 types 67-93% of cases are associated with cervical cancers, type 18 occurs 2 times more often than type 16 (11,13) HPV 18 associated with the occurrence of adenocarcinoma, has a high oncogenic potential, the tumor rapidly progresses and usually the tumor differentiation is low, the prognosis is usually poor (11,13). HPV is widespread and has

a high oncogenic potential (11). A group of authors believe that the only effect of the papilloma virus in the cell is insufficient for the development of cancer. When dependent HPV carcinogenesis requires the presence of additional cofactors. Such factors as immortalization and transformation that ensure cell division and differentiation are also involved in the process of carcinogenesis (1,4,6) A number of authors believe that HPV viruses increase the proliferative activity of the cervix, damage the mechanism of apoptosis, change the genetic code of the epithelium and are an additional carcinogen of the carcinogenesis of the cervix (4,7,8) Risk factors are not an etiological factor in the development of cancer, together with a number of other factors increase the risk of cancer. In order for the carcinogenic factor to act, the effects of additional exogenous and endogenous factors are necessary (2,6,7).

Infection with the HPV virus and dysplastic processes of the cervix is interrelated with the sexual life, degree of education and the effectiveness of screening programs (1,11,16). Thus, all risk factors can be divided into two groups - managed and uncontrolled risk factors (9,12).

Controlled risk factors include: early onset of sexual activity (up to 17-18 years), frequently change of sexual partner and multiple sexual partners (3 or more) (4,6) promiscuous sexual relations increase the risk of infection and dysplastic processes, thereby risking the occurrence of cervical cancer increases 5-7.5 times (11,12). Dysplastic processes arise mainly in married women, especially re-born. Uncontrolled risk factors include genetic changes.

Morphological basis of oncological pathologies of the cervix. Numerous clinical studies confirm that in the transformation of the normal epithelium of the cervix into cancer it is possible to diagnose beforehand with special methods. Only 2-11% of cases of cancer occur in the unchanged epithelium (2, 6, 10).

To understand the essence of the pathological processes of processes, it is necessary to know the normal histological structure of the endo and ecto-cervix.

Normally, the mucous membrane of the cervix consists of a covering epithelium and a stroma. The vaginal part of the cervix of women of reproductive age consists of a non-horny, highly differentiated squamous epithelium with complex functional features. Multilayer coating cervical squamous epithelium has 4 layers: superficial, intermediate, parabasal and basal (1,5,7).

The cells of the surface layer are polygonal with clear contours. The diameter of the cells is 35-50 μm, the edges of the cytoplasm are sometimes curved. Small size of nucleus are decomposed centrally, with colored cytoplasm. Cells of the surface layer are easily desquamated (7,8).

The cells of the intermediate layer are round and oval in shape, smaller than the surface layer cells (20-35 μm), the cytoplasm is, on the contrary, larger than the surface layer cells, more basic than their cells. The nucleus of cells is larger than the surface layer cells. Nuclei is found in the nuclei. Cells are mostly found singly, sometimes in single layers.

Parabasal cells 15-18 μm in size, with clear boundaries, in cytological preparations are detected in the pre- and postmenopausal period. The cytoplasm of cells as a thin rim of basophilic, intensely stained. The nucleus of cells is located in the center. Cells are mostly located singly, very rarely in groups.

Cells of the basal layer are 15-20 μm in size, mostly rounded sometimes oval shaped cells. Cell nuclei is large, intensely colored, surrounded by a thin border basophilous stained cytoplasm (4,5,6,8). The ratio of the cells of the epithelial layer change depending on the age, phase of the menstrual cycle of the woman. The women in pre and postmenopausal periods are mainly found the cells of the intermediate, parabasal and basal layers. In smears can also be found the scraps of the squamous epithelium, erythrocytes, leukocytes and single neutrophils. Occasionally, epithelial cells of the upper parts (endometrium, fallopian tubes) of the genital organ, epithelial cells, various bacterial flora, spermatozoa (3,5,8).

In smears obtained from the cervical canal is found the cells of the cylindrical epithelium. In pathocytological smears the cells of the cylindrical epithelium are of rounded shape and are located in complexes. The appearance of the epithelium depends on the projection of the cell in the cytological smears. Epithelial cells of the cervical canal in the lateral projection of a quadrangular shape with irregular margins. The nuclei of cells are round or oval, basophilic. The cytoplasm of cells in the form of a thin rim is located at the base of the cells. When examining a single-layer formation on top or bottom of the cell closely adjoining each other, resemble a honeycomb. The nucleus of cells is located in the center of cells (6,7,9).

Type of the invasive cancer is squamous squamous keratinizing cancer, squamous non-keratinizing cancer, adenocarcinoma, dimorph squamous cell carcinoma and undifferentiated cancer (4,5,7).

Background diseases creating a background for the development of cancer contribute to the development of the process. Precancerous diseases in many, untreated cases turn into cancer (3,5,7).

According to many authors, the process of malignant epithelium of the cervix passes several successive stages-dysplasia, cancer in situ, invasive cancer. In some cases, with dysplasia without progressing to the stage of cancer in situ, invasive cancer develops (3).

References

1. Alemany L., de Sanjose S., Tous S., Quint W. et al. Time trends of human papillomavirus types in invasive cervical cancer, from 1940 to 2007. *International Journal of Cancer*. 2014. Vol. 135 (1). P. 88-95.
2. Bahmanyar R.E., Paavonen, J., Naud P. et al. Prevalence and risk factors for cervical HPV infection and abnormalities in young adult women at enrolment in the multinational PATRICIA trial/ *Gynecologic Oncology*. 2012. Vol. 127 (3). P. 440-450.
3. Bosch F.X., de Sanjose S. The epidemiology of human papillomavirus infections and cervical cancer. *Disease Markers*. 2007. Vol.23, №4. P. 213-227.
4. Bray F., Lortet-Tieulent J., Znaor A., Brotons M. et al. Patterns and trends in human papillomavirus-related diseases in Central and Eastern Europe and Central Asia. *Vaccine*. 2013. Vol. 31. P. 32-45.
5. Bruni L., Diaz M., Castellsague X., Ferrer E. et al. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *Journal Infections Diseases*. 2010. Vol. 202 (12). P. 1789-1799.
6. Burd E. Human papillomavirus and cervical cancer. *Clinical Microbiology Reviews*. 2003. Vol. 16. P. 1-17.
7. Castellsague X., Pawlita M., Roura E., MarqaiIN. Prospective seroepidemiologic study on the role of human papillomavirus and other infections in cervical carcinogenesis: evidence from the cohort. *International Journal of Cancer*. 2014. Vol. 135 (2). P. 440-452.
8. Castellsague X., Naud P., Chow S.N., Wheeler C.M. et al. Risk of newly detected infections and cervical abnormalities in women seropositive for naturally acquired human papillomavirus type 16/18 antibodies: analysis of the control arm of PATRICIA. *Journal Infections Disease*. 9.Vol. 210 94. P. 517-534.
9. Castle P.E., Stoler M.H., Wright Jr T.C., Sharma A. et al. Performance of carcinogenic human papillomavirus (HPV) testing and HPV 16 or HPV 18 genotyping for cervical screening of women

- aged 25 years and older: a subanalysis of the ATHENA study. *Lancet Oncology*. 2011. №12. P. 880-890.
10. Chen A.A., Heideman D.A., Boon D., Gheit T. et al. Human papillomavirus 45 genetic variation and cervical cancer risk worldwide. *Journal of Virology*. 2014. Vol. 88 (8). P. 4514-4521.
 11. Dane S. Screening properties of human papillomavirus testing for predicting cervical intraepithelial neoplasia in atypical squamous cells of undetermined significance and low-grade squamous intraepithelial lesion smears: a prospective study. *Annals Diagnostic Pathology*. 2009. Vol. 13, №2. P. 73-77.
 12. Denny L.A., Wetten S., Woodhall S.C., Peters L. et al. Human papillomavirus, human immunodeficiency virus and immunosuppression. *Vaccine*. 2012. Vol. 30. Suppl. 5. P. 168-174.
 13. De Kok I.M., van Rosmalen J., Dillner J., Arbyn M. et al. Primary screening for human papillomavirus compared with cytology screening for cervical cancer in European settings: cost effectiveness analysis based on a Dutch microsimulation model. *British Medical Journal*. 2012. Vol. 344. P. 670.
 14. Dinkelspiel H., Fetterman B., Poitras N., Kinney W. et al. Cervical cancer rates after the transition from annual Pap to 3-year HPV and Pap. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 2014. Vol. 18 (1). P. 57-60.
 15. Guan P., Howell-Jones R., Li N. et al. Human papillomavirus types in 115 HPV-positive women: a meta-analysis from cervical infection to cancer. *International Journal of Cancer*. 2012. Vol. 131 (10). P. 2349-2359.
 16. HPV and disease prevention. *ICO/WHO Monograph. Vaccine*. 2012. Vol.30. Suppl. 5. P. 55.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НЕРАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

МРНТИ 76.31.29

Жанжигитова К.Ж.¹, Утеулиев Е.С.¹, Абдиев Н.М.²

¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы, Казахстан

²АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова», г. Алматы, Казахстан

ОБ АВТОРАХ

Жанжигитова К.Ж. – Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы, Казахстан, e-mail: doctor_g86@bk.ru

Утеулиев Е.С. – к.м.н., Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы, Казахстан,

Абдиев Н.М. – АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова», г. Алматы, Казахстан.

Аннотация

В данной статье рассмотрена проблема нерациональной антибактериальной терапии. Проанализированы характерные особенности антибактериальной терапии, существующие проблемы нерационального применения антимикробных средств, меры принятые и разработанные стратегии для сдерживания антибиотикорезистентности. Рассмотрены пути решения, а именно повышение уровня знаний врачей по вопросам рационального использования антимикробных средств основанной на доказательной медицине, необходимость принятия комплекса мер по повышению «лекарственной» грамотности населения, внедрение действенных механизмов повышению осведомленности населения в отношении применения антибактериальных средств.

Ключевые слова

антибактериальные средства, нерациональное применение, антибиотикорезистентность, доказательная медицина, программы сдерживания, повышение уровня знаний врачей и населения.

Рациональді емес антибактериальді терапиянің актуальді мәселерлері

Жанжигитова К.Ж.¹, Утеулиев Е.С.¹, Абдиев Н.М.²

¹Қазақстан медициналық университет «ВШОЗ», Алматы, Қазақстан,

²АҚ «Сызғанов А.Н. атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы», Алматы, Қазақстан.

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Жанжигитова К.Ж. – Қазақстан медициналық университет «ВШОЗ», Алматы, Қазақстан, e-mail: doctor_g86@bk.ru

Утеулиев Е.С. – м.ғ.к., Қазақстан медициналық университет «ВШОЗ», Алматы, Қазақстан,

Абдиев Н.М. – АҚ «Сызғанов А.Н. атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы», Алматы, Қазақстан.

Аңдатпа

Бұл мақалада антибиотиктердің рациональді емес қолдану тақырыбы көтеріледі. Антибиотиктұрақтылығын алдын алу шаралары, қазіргі таңда антибактериальді дәрілердің қолдану мәселелері және ерекшелерінің талдауы жүргізілді. Дәлелдемеге негізделген медицинаға сүйене отырып, антимикробты дәрілерді рациональді тағайындау жайлы дәрігерлердің білімін арттыру, халықтың дәрілік хабарын арттырудың тиімді механизмдерін енгізу үшін кешенді шаралар ұсынылып отыр.

Түйін сөздер

антибактериальді дәрілер, рациональді емес қолдану, антибиотиктұрақтылық, дәлелдемелі медицина, ұстау бағдарламасы, дәрігерлердің және халықтың білімін арттыру.

Topic problems of irrational antibacterial therapy

Zhanzhigitova K.¹, Uteuliyev Ye.¹, Abdiyev N.²

¹Kazakhstan medical university «KSPH», Almaty, Kazakhstan,

²JSC «National scientific center of surgery named after A.N. Syzganov»

ABOUT THE AUTHORS

Zhanzhigitova K. – Kazakhstan medical university «KSPH», Almaty, Kazakhstan, e-mail: doctor_g86@bk.ru

Uteuliyev Ye. – Kazakhstan medical university «KSPH», Almaty, Kazakhstan

Abdiyev N. – JSC «National scientific center of surgery named after A.N. Syzganov».

Abstract

This article considers the problem of irrational antibiotic therapy. The features of antibacterial therapy, existing problems of non-rational using of antimicrobial agents, measures taken and developed strategies for containing antibiotic resistance have been analyzed. The ways of the improvement were suggested, precisely, the increasing the knowledge of doctors' about rational using of drugs based on evidence-based medicine, the necessity for establish of measures to raise the "medicinal" literacy of the population, and the building of effective mechanisms to increase public awareness of the using of antibacterial agents.

Keywords

antibacterial agents, irrational use, antibiotic resistance, containment programs, evidence-based medicine, increase of literacy of doctors and population

Антибактериальная терапия считается одним из основных методов лекарственной терапии при инфекционно-воспалительных процессах. Антибактериальная терапия проводится в комплексном лечении для получения наилучшего терапевтического эффекта при тяжелых заболеваниях, таких как пневмония, остеомиелит, менингит от эффективности, которой зависит исход заболеваний. Антибиотикопрофилактика представляет собой раннее, перед разрезом кожи назначение оперируемому больному антимикробных средств с тем, чтобы бактерицидная концентрация антибиотика в тканях и полостях, имеющих риск развития послеоперационной инфекции. Антибиотикопрофилактика не преследует цель полной «стерилизации» тканей и жидкостей организма посредством применения массивных доз антибиотиков широкого спектра действия. Ее цель: посредством применения безопасных терапевтических доз антимикробных средств снизить бактериальную обсемененность хирургической раны до уровня, при котором становятся эффективными собственные защитные силы организма. Антибиотикопрофилактика показана при чистых операциях и в осложненных условиях (глубокая депрессия иммунитета, тяжелые переживания, сахарный диабет, хронический алкоголизм, большая длительность и высокая травматичность операции, тяжелая кровопотеря, массивная гемотрансфузия, нейтропения, несовершенство операционного и послеоперационного обезболивания, пожилой возраст пациента, и др.). Выбор антибиотика для антибиотикопрофилактики зависит от вида операции. В оптимальном варианте профилактически назначаемый антибиотик должен обладать высокой способностью к проникновению в ткани и полости, в которых вероятно развитие инфекции; иметь при однократном введении период полувыведения, достаточный для поддержания своей бактерицидной концентрации в крови и тканях в течение всего времени операции; не иметь выраженного неблагоприятного взаимодействия с препаратами для анестезии (в первую очередь, с миорелаксантами). Необходимо применять антибиотики с широким спектром активности, воздействующим в зоне хирургического вмешательства на всех вероятных возбудителей. Это стандарт оказания медицинской помощи хирургическим больным, позволяющий улучшить клинические результаты лечения и снизить стоимость эффективного лечения.

Не смотря, на уникальность данной группы препаратов нерациональное их применение привело к новой проблеме - антибиотикорезистентности. Антибиотикорезистентность – феномен устойчивости штамма возбудителей инфекции

к действию одного или нескольких антимикробных препаратов, устойчивость или невосприимчивость культуры микроорганизмов к действию лекарственного вещества. Устойчивость микроорганизмов к антимикробным препаратам может быть природной и приобретенной. Природная устойчивость характеризуется отсутствием у микроорганизмов мишени действия антибиотика или недоступности мишени вследствие первично низкой проницаемости или ферментативной инактивации. При природной устойчивости антибиотика клинически неэффективны. Природная резистентность является постоянным видовым признаком микроорганизмов и легко прогнозируется. Приобретенная устойчивость является свойством отдельных штаммов бактерий сохранять жизнеспособность при тех концентрациях антимикробных препаратов, которые подавляют основную часть микробной популяции. Появление у бактерий приобретенной резистентности не обязательно сопровождается снижением клинической эффективности антибиотика. Формирование резистентности во всех случаях обусловлено генетически: приобретением новой генетической информации или изменением уровня экспрессии собственных генов [1].

Всемирной организацией здравоохранения устойчивость микроорганизмов к антимикробным препаратам названа одной из глобальных угроз человечеству на сегодняшний день. Устойчивые формы заболеваний, не поддаются стандартным схемам лечения, что в свою очередь приводит к затяжному течению заболеваний, а также увеличению расходов здравоохранения и повышению риску к осложнениям, в некоторых случаях вплоть до летальных исходов [2]. Без эффективных противомикробных средств медицинские процедуры как трансплантация органов, химиотерапия при онкологических заболеваниях, а также хирургические операции (кесарево сечение, замена тазобедренного сустава и т.д.) станут рискованными [3].

Формирование устойчивости результат коллективной работы, как медицинских работников, так и населения. Основная ее причина – нерациональное применение антимикробных препаратов в тех случаях, когда она была не показана. Частая ошибка медицинских работников назначение антибактериальных средств при ОРВИ, а также препаратов резервного ряда (цефалоспорины III-IV поколений, карбопенемы) для лечения не сложных воспалительных состояний, а также проведения терапии в случаях, когда возможно ограничиться проведением антибиотикопрофилактики. При назначении лекарственной терапии медицинские работники должны помнить и строго придерживаться пяти правил назначения ле-

карственных средств: правильный пациент, правильное лекарственное средство, правильная доза, правильный способ применения, и правильное время[4]. Не малую роль играет доступность антимикробных средств населению, широкое распространение самолечения, пациенты могут самостоятельно покупать антимикробные средства по совету фармацевтов. Отсутствие знаний фармакокинетики и фармакодинамики, приводит к не соблюдению определенных правил, а именно: режима приема, интервала между приемами и продолжительности терапии. Неадекватное применение антимикробных препаратов, недостаточный контроль потребления, нерегулируемый отпуск антимикробных препаратов без рецепта в аптеках приводит к увеличению опасности для здоровья населения, связанной с антибиотикорезистентностью.

В настоящее время в нашей стране существует около 200 антибиотиков 12-ти фармакологических групп, из них зарегистрировано около 809 антибактериальных препаратов (более 10% всех зарегистрированных лекарств), несмотря на этот огромный арсенал лекарственных средств данной группы, пациенты могут погибнуть от инфекционных заболеваний в следствии, как неправильного применения антибиотиков, так и развития резистентности микроорганизмов. Для того чтобы сохранить противомикробные препараты, как класс жизненно важных, необходимы системы по контролю и анализу за антимикробной резистентностью, а также потреблению противомикробных препаратов с использованием международно-признанных технологий и методологий.

Всемирная организация здравоохранения 27 февраля 2017 г в Женеве составила список устойчивых «приоритетных микроорганизмов», представляющих наибольшую опасность для здоровья человека. [5]. Данный список был разработан в рамках деятельности по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам и разработок в области создания новых антибиотиков. Список состоит из 12 видов бактерий, которые разделены на три группы по уровню потребности в создании новых антибиотиков, а именно: крайне приоритетные, высокоприоритетные и среднеприоритетные. К крайне приоритетной группе относятся бактерии с множественной лекарственной устойчивостью, которые представляют особенно серьезную опасность для пациентов отделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии и лечебно-реабилитационных центров, так как для лечения пациентов данные учреждения могут требовать применение таких медицинских устройств, как аппараты искусственной вентиля-

ции легких, венозные катетеры и т.д. В эту группу входят Acinetobacter, Pseudomonas различные виды семейства Enterobacteriaceae (включая Klebsiella, E. coli, Serratia и Proteus). Они могут вызывать тяжелые и часто смертельные виды инфекционно-воспалительных процессов, у них сформирована устойчивость к действию широкого ряда антибиотиков, включая цефалоспорины III-IV поколений и карбапенемы. Вторая и третья группы – категории с высоким и средним уровнем приоритетных – включают другие бактерии с растущей лекарственной устойчивостью. Ко 2 группе приоритетных относятся бактерии: Enterococcus faecium, устойчивы к ванкомицину, Staphylococcus aureus, устойчивы к метициллину, умеренно чувствительны или устойчивы к ванкомицину, Helicobacter pylori, устойчивы к кларитромицину, Campylobacter spp., устойчивы к фторхинолонам, Salmonellae, устойчивы к фторхинолонам, Neisseria gonorrhoeae, устойчивы к цефалоспорином, фторхинолонам. 3 группа приоритетных микроорганизмов включает в себя: Streptococcus pneumoniae, не чувствительны к пенициллину, Haemophilus influenzae, устойчивы к ампициллину, Shigella spp., устойчивы к фторхинолонам.

Таким образом, понимание угроз, связанных с усилением резистентности к противомикробным препаратам и разработка действенных комплексных мероприятий по борьбе с ней является задачей медицинских работников всех уровней здравоохранения.

В 2015 году в Казахстане Лекарственно – информационно аналитический центр РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» провел исследование использования антибиотиков на амбулаторном и стационарном уровнях. Во время исследования было выявлено что каждый третий пациент получал антибактериальную терапию, это было выявлено в более 30 % врачебных назначениях, хотя по рекомендациям Всемирной организации здравоохранения допускается не более 20%. Во время исследования амбулаторного уровня было выявлено, что в 11% случаев назначение антимикробных средств широкого спектра действия (31%). При исследовании стационарных случаев, для лечения пневмонии: среднее количество, назначенных лекарственных средств 1-му пациенту составило 7,3. В 436 случаев с диагнозом «Внебольничная пневмония» было назначено 3223 лекарственных средств, из них 830 (25%) антибиотиков. В среднем на каждого больного было назначено по 2 антибиотика, только 241 (7%) пациентам из 3223 пациентов проводилось микробиологи-

ческое исследование и анализ на чувствительность к антибиотикам для подбора прицельной противомикробной терапии. Наличие руководств по использованию антибиотиков составило 43%, лишь в 6% также было наличие Перечня антибиотиков ограниченного использования [6].

Для улучшения данной ситуации необходимо разработать стратегию рационального использования антимикробных средств, которая включит несколько задач, а именно, повышение информированности населения об антибиотиках, и о важности соблюдения правил антибактериальной терапии, ограничение доступности населения к

антибиотикам, повышение уровня знаний практикующих врачей по вопросам рационального использования антимикробных средств основываясь на доказательной медицине. Для этого необходимо изучение существующей проблемы, стремление к рациональному использованию антибиотиков при лечении ведения пациентов с различными инфекциями, с учетом локальных данных чувствительности и резистентности, а также совершенствование существующих методов использования антимикробных средств во всех уровнях здравоохранения, что в свою очередь позволит снизить резистентные формы заболеваний.

Список литературы

1. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии// под редакцией Стречунского Л.С., Белоусова Ю.Б., Козлова С.Н., Москва 2002, 380с
2. ВОЗ 2014г, Устойчивость к противомикробным препаратам, №194 (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/ru/)
3. Устойчивость к антибиотикам, Информационный бюллетень, Октябрь 2017 г. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/antibiotic-resistance/ru/>)
4. Contemporary pediatrics, November 01, 2017, (<http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contemporary-pediatrics/news/personalized-medicine-right-drug-right-patient-right-time>)
5. ВОЗ 2017г, [http://cold-\(chain.ru/news/voz_publikuet_spisok_bakteriy_dlya_borby_s_kotorymi_srochno_trebuetsya_sozdanie_novyh_antibiotikov/](http://cold-(chain.ru/news/voz_publikuet_spisok_bakteriy_dlya_borby_s_kotorymi_srochno_trebuetsya_sozdanie_novyh_antibiotikov/))
6. Лекарственный бюллетень для врачей, Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Лекарственный информационно-аналитический центр 2015 год Выпуск 9, (<http://www.druginfo.kz/docs/%D0%9B%D0%91-9.pdf>)

References

1. Practical guideline for antibacterial drug therapy // edited by Strachunski L.S., Belousova Yu.B., Kozlova S.N., Moscow 2002.
2. WHO 2014, Antimicrobial resistance, №194 (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/ru/)
3. Resistance to antibiotics, Fact sheet, October 2017. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/antibiotic-resistance/ru/>)
4. Contemporary pediatrics, November 01, 2017, (<http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contemporary-pediatrics/news/personalized-medicine-right-drug-right-patient-right-time>)
5. WHO 2017, [http://cold-\(chain.ru/news/voz_publikuet_spisok_bakteriy_dlya_borby_s_kotorymi_srochno_trebuetsya_sozdanie_novyh_antibiotikov/](http://cold-(chain.ru/news/voz_publikuet_spisok_bakteriy_dlya_borby_s_kotorymi_srochno_trebuetsya_sozdanie_novyh_antibiotikov/))
6. Pharmaceutical Bulletin for Physicians, Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan RSE on PHV “Republican Center for Health Development” Medicinal Information and Analytical Center 2015 Issue 9, (<http://www.druginfo.kz/docs/%D0%9B%D0%91-9.pdf>)

ПАТОЛОГИЯЛЫ ТІЗЕ БУЫНЫНЫҢ АРТРОСКОПИЯСЫ МЕН РЕАБИЛИТАЦИЯСЫНЫҢ ДАМУ АЛГОРИТМІ

**Байжаркинова А.Б., Хан О.В., Махамбетчин М.М.,
Жанильсинов С.Ш., Джаканов М.К., Фаткулин О.И.**
Марат Оспанов атындағы БҚММУ, госпиталь-теміржол ауруханасы, Ақтөбе қаласы, Қ.Р.

Аңдатпа

Бұл мақалада патологиялық тізе буынның емдеу артротомиясы мен реабилитациясының алгоритмі, оның көрсеткіштері мен қарсы көрсеткіштері, әдебиет тарих мәліметтері келтірілген. Теміржол ауруханасының травматология бөлімінде соңғы 2015-2017жж 54 науқасқа тізе буындарының түрліше патологиясына (аурулары мен жарақаттарына) байланысты бұрын болмаған зерттеу және емдеу артротомия әдісі оңды нәтижемен орындалғаны, әрі реабилитацияның кезеңдері көрсетілген.

Алгоритм развития артротомии и реабилитации при патологии коленного сустава

**Байжаркинова А.Б., Хан О.В., Махамбетчин М.М.,
Жанильсинов С.Ш., Джаканов М.К., Фаткулин О.И.**

НИИ травматологии и ортопедии РК г. Астана,
ЗКГМУ имени Марата Оспанова, железнодорожная больница - госпиталь, г.Актобе РК

Аннотация

В данной статье приведены: алгоритм развития артротомии и реабилитации коленного сустава при лечении патологии коленного сустава, показания и противопоказания, литературные исторические данные артротомии. Приведены впервые проведенные артротомические исследования и оперативное лечение с положительными результатами 54-м больным с разными патологиями (заболеваниями и травмами) коленных суставов в травматологическом отделении железнодорожной больницы за 2015-2017гг, и фазы реабилитации.

Algorithm of arthroscopy development and rehabilitation in the patients of the knee

**Baizharkinova AB, Khan OV, Makhambetchin M.M.,
Zhanillinov S.Sh., Dzhakanov MK, Fatkulin O.I.**

Research Institute of Traumatology and Orthopedics of the Republic of Kazakhstan, Astana, ZKGMU
Named after Marat Ospanov, railway hospital-hospital, Aktobe, Kazakhstan

Abstract

In this article are given: the algorithm for the development of arthroscopy and rehabilitation of the knee joint in the treatment of pathology (disease and trauma) of the knee joint, indications and contraindications, literary historical data of arthroscopy. The first performed arthroscopic examinations and surgical treatment with positive results for 54 patients with various pathologies (diseases and traumas) of knee joints in the traumatological department of the railway hospital for 2015-2017, and the phase rehabilitation.

МРНТИ 76.29.41

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Байжаркинова А.Б. – жоғары санаттағы хирург, м.ғ.к PhD, профессор, хирург-саралшы, РАЕ сараптамалық кеңесінің мүшесі

Хан О.В. – травматолог-артроскопист Махамбетчин М.М. - м.ғ.к., ҚР травматология және ортопедия ҒЗИ аға ғылыми қызметкері, жоғары санатты хирург

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

Джаканов М.К. – доцент, жалпы хирургия кафедрасының меңгерушісі

Фаткулин О.И. – жоғары дәрежелі травматолог, травматология бөлімінің меңгерушісі

Түйін сөздер

артротомия, инвазивті хирургиялық әдіс, визуальді зерттеу, диагностикалық жоғары дәрежесі, реабилитацияның кезеңдері

ОБ АВТОРАХ

Байжаркинова А.Б. - хирург высшей категории, к.м.н, PhD, профессор, хирург-эксперт, член экспертного совета РАЕ
Хан О.В. - травматолог-артроскопист
Махамбетчин М.М. - к.м.н, старший научный сотрудник НИИ травматологии и ортопедии РК, хирург высшей категории
Жанильсинов С.Ш. - хирург высшей категории, лапароскопист, главный врач жд клинической больницы
Джаканов М.К. - д.м.н., доцент, руководитель кафедры общей хирургии
Фаткулин О.И. - травматолог высшей категории, зав травматологическим отделением

Ключевые слова

артротомия, инвазивный хирургический метод, визуальное обследование, высокая диагностическая эффективность, фазы реабилитации.

ABOUT THE AUTHORS

Baizharkinova A.B. - hirurg vysshej kategorii, k.m.n, PhD, professor, hirurg-jekspert, chlen jekspertnogo soveta RAE
Han O.V. - travmatolog - artroskopist
Makhambetchin M.M. - k.m.n, starshij nauchnyj sotrudnik NII travmatologii i ortopedii RK, hirurg vysshej kategorii
Zhanil'sinov S.Sh. - hirurg vysshej kategorii, laparoskopist, glavnyj vrach zhd klinicheskoy bol'nicy
Dzhakanov M.K. - d.m.n., docent, rukovoditel' kafedry obshhej hirurgii
Fatkulin O.I. - tavmatolog vysshej kategorii, zav travmatologicheskim otdeleniem

Keywords

arthroscopy, invasive surgical method, visual examination, high diagnostic efficiency, rehabilitation phase

Кіріспе

Дүние жүзінде артроскопиялық әдіс тізе буынға енгізген уақыты 100 жылдан асқаны белгілі. Бұл инвазивтік әдіс неше түрлі патологиялық (аурулар мен зақымдалған) тізе қоспасына қолданып келеді.

Мына авторлар: Орлянский В., Головаха М.Л. Миронов С. П., Орлецкий А. К., Цыкунов М. Б. Михаэль Штробель артроскопиялық әдіс ХХ ғасырдың басында енгізілді деп хабарлады. Мысалы: 1912 жылы Дания елінің докторы Северин Нордентофт (Severin Nordentoft) 41-ші хирургтердің Германдық Конгрессінде Берлин қаласында : «On the Endoscopy of Closed Cavities Using My Troascar Endoscope» баяндамасында артроскоппен ота жасауға болады деп, әрі ол өз тәжірибесін ортаға салыпты. Ең алғашқы «артроскопия колена» деген терминді Severin Nordentoft тарихқа енгізген. Өзінің баяндамасында буын қоспасын қарау үшін сұйықтық (тұзды су немесе бор қышқыл) ерітіндісін пайдалану керек деген. «Тізе буын жарақаты немесе ауырған кезде сыртай қарағанда сұйықтық жиналған болса (тізе буынның тобығы «қалқып» тұрады), ол оның зақымдалған немесе ауытқулықтың белгісі болып көрсетеді»-деген Severin Nordentoft .

Шетел әдебиетінің әр түрлі авторларының мәліметі бойынша ең алдымен (1919 ж.) негізгі артроскопия техникасын шығару, әрі қолдану Жапония елінде басталған.

Дүние жүзіндегі көптеген клиникаларда артроскопия әдісі бастағанымен, ХХ ғасырдың 20-30-жылдары кейбір мамандар ғана артроскопті қолдаған, көпшілігі бас тартқан, өйткені оптиканың жарығы нашарлығына және құрылымның (аппараттың) зарарсындыру кемістігіне байланысы дәлелденген.

Токио қаласынан кейін артроскопия әдісімен зерттеу жұмыстары келесі елдерде бір қатар басталған: Швейцария, АҚШ, Францияда. Мысалы үшін:1921 ж. Кантона Арау госпиталінің Е. BIRCHER ең бірінші буыншілік айна тәрізді көрмені (бликация) шығарылған десек, ХХ ғасырдың 30-шы жылы Нью-Йоркте публикация «BURMAN, FINKELSTEIN және MEYER» шыққан анығы бар, ол жазбада 1920-жылы артроскопия арқылы менискке диагностикалық зерттеу жүргізген Швейцарияның Ойген Бирхер (Bircher) – хирургі.

Осы айтылған оқымыстыларға байланыс емес ретінде жапондық профессор Кoji Takagi 1918 ж алдымен жануардың (иттің) тізе буынларын қарап, кейін адам буынына (мәйітіне) цистоскопты қолданыпты. Қуық қуысын қарайтын құрылым (цистоскоп) тізе буынға ыңғайсыздығын байқап, 1920 жылы жапондық профессор Кoji Takagi бірінші рет емделушінің тізе буынына өзі құрастырған

артроскопті қолданған екен, ол құрылымның жуандығы 7 мм., кейін 1931ж. жиішке 3 мм. (диаметрлі) артроскопті шығарған. Koji Takagi «токиялық артроскопиялық мектеп» ашты, оның шәкірттері де дүние жүзіне белгілі болды. Мысалы: 1931ж. алғашқы шәкірті жапондық профессор Масаки Ватанабэ (Watanabe) тізенің менискісіне бірінші рет ота жасағаны белгілі. Ол 1932ж тізе буынның синовиальді қабатынан биопсия алыпты, әрі тізе буын ішінде артроскоп арқылы алғашқы қарапайым фото жасап, ал, 1936 ж түрлі түсті суретін шығарыпты. Техниканың дамуына орай тізе буыншілік видео көрсетіле бастаған. Профессор Takagi 1939 ж табан-жіліншік пен иық буындарына қолданған артроскопия әдісін жариялаған, бірақта, бұл әдісті диагностика мен емдеу үшін көбіне тізе буынына қолданған.

Келесі шәкірті 1940 ж. жапондық профессор Мика тізе буынды қарау үшін жылы изотоникалық хлорид натрийдің ерітіндісін қолданған.

ХХ-ғасырдың 50-шы жылы «токиялық мектеп» артроскопия қолдану туралы атлас шығарды. Артроскопия үшін үлкен жетістік енгізген Масаки Ватанабэ (Watanabe) 1955 ж тізе буынның жоғарғы шеміршектік ксантоматоздық обырын алған, ал, 1962 ж парциальдық менискэктомия жасапты. Артроскопияны дамытып 1960ж жапондық профессор Масаки Ватанабэ. (Watanabe) бірінші артроскопті “Watanabe №21” атағымен көбейтумен бірге, басқа елдерге таратылған. Ол аппараттың ерекшелігі: буын ішбетін жақсы көрсетуі, әрі тіндерді қыздырмайтын болыпты. 1957 ж Масаки Ватанабэ (Watanabe) жетекшілігімен жапондық мектеп артроскопиялық жұмысын атласында көрсетіпті, ол 1969 ж қосымша жаңартыпты. Сонымен, ХХ-ғасырдың 70-жылдары артроскопия әдісі көп, әрі асқынусыз қолдануы әдебиетте мәліметтейді.

Ал, жалпы артроскопия әдісінің кеңінен тарауы ХХІ-ші ғасырдың басында демек, оның себебі шөлмекталшықты оптиканың дамуына байланысты екені анық: буыншілік тіндерді қыздырмайтыны мен өте жарық жағдай туғызатыны, әрі оталық уақытты созу мүмкіншілік беретіні “Watanabe №21” артроскоп-болды.

Кейінірек Еуропада ГФР елінде талшықты-жүйесімен артроскоп “Richard Wolf” деген шықты. Оптика дамыған сайын жалпақбұрышты “Hopkins” артроскоп шықты. Ұсақ буындарды қарау үшін ине жуандығындай артроскоптар да шығуда.

Алғашқы рет кресттәрізді жалғамаға 1976 ж Dendy D. артроскопиялық пластика жасаған.

Американдық ортопед Jackson, 1000 артроскопиялық операцияларын қорытындап: соавторы D. Dandly екеуі “Артроскопия коленного сустава” атты монография шығарды. Ол

кітапта авторлар артроскопияны жалпы жансыздандыру арқылы орындау керек дейді, өйткені релаксациясы толық болмаса буын іші ашылмайды леп дәлелдейді. Осы кітапта буынға сұйықтық құйылып және тізе буынның төменгі латеральды жақтан түтікті енгізу керек деп нұсқаған. АҚШ елінде 1978 ж Whipple жетекшісімен ғалымдардың айтуын келтірсек: «тізе буынды бірнеше жерден қарау мүмкіншілігі негіздеген». Бұл авторлардың постулат сөздері: «Артроскопия әдісінде буынға инструмент артық болмайды, әрі зияндық әкелмейді» деген бүгінгі күнде де айғақ.

Германия елінде 1978 ж травматолог-ортопедтер (Pick, Gling, Henche, Ruckstiche, Wruhs, Follinger) материалдарын қорытындап (3714 артроскопиялық отадан кейін), ғылыми жұмыстарындағы қателер мен асқынуларды, артроскоптің кемшілігі мен артықшылығын атап өткен. Француздік артроскопиялық қоғам (Societe Francaise d'Arthroscopie, SFA) 1994 ж. алдыңғы кресттәрізді жалғамалардың реконструкциясын 68% жағдайларда орындаған екен, ал 2000 жылы артроскопиялық ота көрсеткіші 100% дейін өскен.

Кеңес уақытында 1962 ж Свердлов (кәзіргі Екатеринбург) қаласында травматолог пен ортопедиялық ғылыми-зерттеу институтінде өткен сессиясында Н.А. Поляк 60-қа жуық диагностикалық артроскопияны (балалар цистоскопімен) жасағандығын баяндапты. Цистоскоппен артроскопия 60 адамға жасаған кезінде қойылған диагноз артромиадан кейін дәл келген. 1964 ж С.Л. Хмелевская – 5 артро-сокопия жасапты. 1964 ж И.Г. Герцен – 1-ғана операция орындаған. Ал, 1965 ж В.И. Кирсанов докторлық диссертация жасаған тұсында: 32 артроскопияны эксперимент ретінде мәйітке (трупке) және 12 ота емделушілерге жасағаннан кейін кездескен қиындаққа қарай, бұл артро-скопия әдісі тәжірибе түрде хирург арасында көп қолдану қауіпті екен. Ал, 1969 ж В.Ф. Вагнер – 7 эксперименттік ота жасаған, 1976 ж О.А. Ушакова “Watanabe №24”-аппаратымен 12 артроскопиялық эксперимент ретінде мәйітке және 7 отаны емделушіге жасапты. Ал, 1976 ж З. С. Миронова мен Ф. Фалех атындағы «спорт және балет- ЦИТО» клиникасында артроскопия әдісімен емдеген.

Ал, 1979 ж Киев қаласында мемлекеттік институтінің дәрігерлер білім жоғарылату клиникаларында В. Н. Левенц, В В Пляцко, Я В Линько профессорлар артроскопия әдісін енгізген екен. 1982 ж “Медицина” баспасында З.С.Миронова мен Ф.Фалех авторлар монография шығарыпты Кеңес үкіметі кезінде артроскопия туралы ол бірінші кітап болды. Монографияда артроскопияның қарсы көрсеткіштері: артро-

фиброз, контрактура тағы басқа ауытқулықтар көрсетілген.

Бүкіл дүние бойынша бүгінгі таңда тізе буынның патологиясына (аурулары мен жарақатқа) байланысты 250 түрлі артроскопиялық оталардың әдісі әдебиетте жазылған. Бірнеше түрлі артроскопиялық әдістердің ішіндегі негіздерін айтсақ: менискіні резекциялау, үзілген жалғамаларға тігіс салып бүтіндеу, немесе оларға пластика жасау, латеральды және медиальды менискіні тігу, хондромаларды алып тастау, гонартроз болса (аутохондропластика) жасау, ойнамалы тізе буын тобығына пластика орындау т.б. оталар.

Тізе буынның хирургиясы баяғыдан белгілі принциппен дамыған «Үлкен хирург – үлкен тілік» деген. Әсіресе, буынның алдыңғы бетінен ішін ашу (артротомия) үшін үлкен доға тәрізді тілікпен жасап, («суставную мышь»)–сияқты патологиясын алып тастағанын бірнеше рет көргенбіз. Оны, дүние жүзіне атағы шыққан С.И.Спасокукоцкийдің соңғы шәкірті профессор Т.П. Макаренко (Мәскеудегі теміржол жүйесінің ЦКБ-дағы «Жалпы хирургия» кафедрасының) жасағанын көрдік. Ал, оған қарағанда, артроскопиялық әдіс-бұл жаңалық-инвазивтік және көп жарақатсыз (үш тесік арқылы) жасалатын оталардың бірі болғандықтан, кәзіргі уақытта оған емделушілер де ықыласты назар аударады.

Заманауи жүйесінде буынішілік неше түрлі патологияның артроскопия арқылы диагностикасы мен ем-шарасы жалпы эндоскопиялық әдістерден алынбайтын бір бөлшегі болып саналады. Бұл әдісті қолданғаннан кейін емделушілер бұрынғы жұмысына және спортқа да бірден қосыла береді. Тізе буын қоспасының патологиясына зерттеу мен емдеу үшін қолданатын артроскопия әдісі басқа да ірі буындарға жасалады, біраққа, көбірек қолданатын жер-ол тізе буын қоспасы.

Зерттеу мақсаты

Медициналық әдебиетте артроскопиялық хирургия туралы мәліметтер қазақ тілінде жоқ, әрі артроскопия әдісі тізе буын патологияларына қолданған тәжірибе біздің теміржол клиникалық ауруханада болғандықтан, осы баяндаманы жазуға мақсаттандық. Ал біздің де Еліміздің мамандары – артроскопистері тізе буынға ену арқылы жақсы ота жасауды игергенін көрсету, әрі тәжірибемен бөлісу негізгі басты мақсатымыз болды.

Материалдар мен әдістер

Артроскопия өткізу үшін көрсеткіштері мен қарсы көрсеткіштерін жақсы білу қажет,

себебі ол инвазивтік ота бола тұрсада наркозбен өткізіледі. Артроскопияның көрсеткіштері: мениск пен шеміршек немесе жалғамалардың үзілуі, созылмалы тізе буынның қабынуы, оның сіңірлерінің дегенеративті дистрофикалық аурулары (гоноартроздар). Егерде буын қоспасында бөгде заттарды жуу әдісімен тазарту болған жағдайда, адамға (тізе буыны тазарып) жеңілдік әкеледі. Қарсы көрсеткіштерге жатаын: аллергия, инфекция аурулары мен жедел ревматикалық артриттері, тізе буынның контрактурасы бар және оның 60°-бұрыштан артық тізе бүгілмейтін адамдарға артроскопиялық зерттеу немесе емдеу шарасын өткізуге болмайды. Әдебиет бойынша артроскопиялық емдеу тек жалпы жансыздандырумен өткізу қажет, кейде сәттілік жағдайда аймақтық немесе арқа жұлын арқылы, немесе өткізгіш жансыздандырумен өткізетін: бір мақсаты науқастың есін сақтау болады. Артроскопия операциясы қысқаша айтқанда: қарапайым жеңіл операцияға жатпайды. Ол хирургтің шеберлігіне және отаның сәтті өтуіне байланысты. Барлық тізе буынына қатысты шеміршектері, сіңір жалғамдары, нервтері, тізе астылық қызыл және көк тамырлары жарақатталмау ықтималын іздеу, өйткені тар жер, сол себептен өте сирек болса да ондай жағдайда тромбоземболиямен асқынуы мүмкін. Операцияның алдында: сұрастырғандағы шағымдарын ескеріп, көзбен-қолымен дәрігер қарағандағы белгілілерін анықтағаннан кейін рентгенография, КТ немесе МРТ-мен аурудың түрі верифицирленуі дұрыс, ЭКГ, толық анализдерін жасату керек, анестезиолог пен терапевт, емдеуші әйел болса, гинекологке қарату керек.

Негізгі операция жасайтын бөлмеде асептиканың жалпы ережесін сақтай отырып, ота атқаратын алгоритм жобасын қысқаша келтіріп отырымыз: 1) тізе буынның сыртқы латеральды нүктеден (4-5 мм тілік арқылы) енгізген түтік арқылы ішіне стерильді ирригациялық арнайы сұйықтық жіберіледі; 2) (4-5 мм) тесік арқылы енгізілген сұйықтық артроскоптің линзасына үлкейткіш мүмкіншілік береді, буын қоспасының ауру себебін анықтау үшін жалғанған монитор арқылы экранға түсіреді, сол кезде қорытынды диагноз қойылады: немесе шеміршектің зақымдалуы, оның көне түрі буынның ішінде («суставную мышь»)- секілді өзгеріске айналуы мүмкін, кресттәрізді жалғамалардың үзілуі, менисктің айырлуы т.б. 3) Осы өзгерістерге қарай ота жасау үшін тағы бір тіліктен (4-5 мм) тесік арқылы (тізенің медиальды жағынан) микрохирургиялық инструмент енгізіледі, сол негізгі құрылыммен ота жасалады.

Артроскопиялық отадан кейін маңыздысы реабилитация болу керек. Ол екі кезеңнен тұрады: бірінші кезеңі отадан кейінгі реабилитация уақыты, әрі ол отаның мөлшеріне байланысты орта есеппен 2-3 тәулікке созылады. Сол кезеңде емделуші стационарда жатады; ауырсынуды басатын және қабынуға қарсы дәрілер енгізіледі, байлап-таңу, тізеге эластикалық бинт қолдану, салқындық басу. Екінші кезеңі: тізе буынды функционалды жағдайға қалыптастыру үшін, тізе буынға бірте-бірте мөлшерлі салмақ түсіріп, қозғалту, ол үшін арнайы жаттығу – ЛФК (лечебная физкультура) бағдарламасы бойынша өткізіледі. Ол төрт фазадан тұрады: Фаза I -ші – жаттығу аз жүктеу бойынша өткізу, ол үшін аяқтың тізе буынын созу: санның алдыңғы төрбасты бұлшық етін жиылдыру, яғни аяқты жазу; Фаза II -ші – 4 тәулікке созылады, салмақ түсіруді көбейту тізе буынды бұғу және жазу, әрі жамбастық-сан буынға да жаттықтыру жасалады, бұл емханалық жағдайда өтеді; Фаза III -ші – 20 тәулікке созылады, тізенің қозғалуы 30°-бұрышқа дейін өсіреді; Фаза IV -ші – артроскопия жасалған аяқтың 30-80° бұрышқа бүгіп тұруымен екінші сау аяқты айналдыру кезінде, ота жасалған тізе буынына салмақ көбірек түседі. Негізгі ЛФК-ің мақсаты бүккіш пен жазғыш бұлшық еттерді жұмыстандыру- жаттықтыру. Күніне 15 мин жаяу жүру керек, немесе спортзалда 10 минут велосипед тебу қажет. Бұл 6 аптадай болу қажет.

Зерттеу нәтижесі мен талқылауы

Біздің де Елімізде ауруханаларда артроскоп инвазивтік әдісімен диагностикалық немесе емдеу шаралары кеңінен қолданып жатыр. Оның бірі, Ақтөбе қаласының теміржол ауруханасында травматология бөлімінде 2015-2017 жылдары 54 артроскопиялық оталарды (Karl Storz) аппаратымен орындалған. Ретроспективті зерттеуге емделушілердің ауру тарихтары көтерілді, 60 адам тізе буынның ауытқулығымен келген екен, 6 адамға консервативті ем қолданған, себебі олардың түрліше қарсы көрсеткіштері бар болғандықтан. Соңғы үш жылдың операциялық журналдары тексерілгенде: 50 емделушіге менискэктомия жасалынған, 4 адамға диагностикалық артроскопия орындалған, рентген мен КТ, МРТ бір біріне сәйкеспейтін диагноздар болған себептерге байланысты. Отадан кейін асқынушылық болмаған, үш жыл бойы отадан кейінгі емханада «Д» бақылауда болғандары да шағым айтқан.

Осы зерттеу жұмысы хирургтер және травматологтармен, бөлім меңгерушілерімен, жалпы хирургия кафедрасының жетекшісінің, әрі емдеу жөніндегі бас дәрігердің орынбасарының қатысуымен баяндама жасалып, талқыланды.

Қорытынды

Дүние жүзінде артроскопия әдісі 100 жылдан астам уақыт қолданып келеді, ең бірінші 1912 жылы Дания елінің докторі Северин Нордентофт (Severin Nordentoft) 41-ші хирургтердің Германдық Конгрессінде Берлин қаласында: «On the Endoscopy of Closed Cavities Using My Trocar Endoscope» баяндама жасағанда артроскоппен ота жасауға болатындығын, әрі өз тәжірибесін ортаға салыпты. Алғашқы артроскопияны енгізген XX ғасырдың 20-30-жылдары тізе немесе басқа буынның неше түрлі аурулары мен зақымдалғанына Жапондық елінде профессор Koji Takagi қолданыпты, әрі «токиялық

артроскопиялық мектеп» ашыпты. Оның шәкірттері жұмысын жалғастырып дүние жүзіне белгілі мектеп атағын шығарды, онан кейін Швейцария, АҚШ, Франция, Германия, т.б елдерінде артроскопия енгізілген. Ресейде 1962 жылдан бастап артроскопия әдісі, қиындыққа қарамай, енгізілген. Біздің Қазақ Елімізде осы әдіс кеңінен енгізілді, оның бірі Ақтөбе теміржол ауруханасында травматология бөлімінде соңғы үш жылда (2015-2017) 54 артроскопиялық оталар орындалып, оның ішінде 50 емделушіге менискэктомия жасалынған, 4 адамға диагностикалық артроскопия орындалған, онан кейін асқынушылық болмаған.

Список литературы

1. Автор: Миронов С. П., Орлецкий А. К., Цыкунов М. Б. Травматология 1999
2. Автор: Орлянский В., Головаха М.Л. Травматология 2007
3. Михаэль Штробель «Руководство по артроскопической хирургии». Том 2; 2011г344с
4. Практическое руководство Диагностической артроскопии коленного сустава - Трачук А.П., В.М. Шаповалов, Р.М. Тихилов -: 2000
5. <http://medbe.ru/materials/artroskopiya-kolennogo-sustava/istoriya-razvitiya-artroskopii-kolennogo-sustava/2017>

References

1. Avtor: Mironov S. P., Orleckij A. K., Cykunov M. B. Travmatologija 1999
2. Avtor: Orljanskij V., Golovaha M. L. Travmatologija 2007
3. Mihajel' Shtrobel' «Rukovodstvo po artroskopičeskoj hirurgii». Tom 2; 2011g344s
4. Praktičeskoe rukovodstvo Diagnostičeskoj artroskopii kolennogo sustava - Trachuk A.P., V.M. Shapovalov, R.M. Tihilov -: 2000
5. <http://medbe.ru/materials/artroskopiya-kolennogo-sustava/istoriya-razvitiya-artroskopii-kolennogo-sustava/2017>

МРНТИ 76.29.40

ВЕНТРАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ДИСПЛАЗИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО МЕТОДА НА ОСНОВЕ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МЕСТНЫХ ТКАНЕЙ ПРИ РЕЦИДИВАХ ГРЫЖ

ОБ АВТОРАХ

Новрузов Р. д.м.н.зав.отд.хирургии клиники «Shefket», тел. +994507461919.

Новрузов Ш. врач ординатор хирургического отделения клиники «Shefket» тел. +994558657700. Сумгаит E-mail sevilm@rambler.ru

Ш.Р.Новрузов, Б.А.Агаев, И.А.Гасанов, Р.М.Новрузов.

Клиника «Shefket», г. Баку, Азербайджан

Аннотация

Исследованы морфо-функциональные изменения местных тканей у части пациентов (19 больных) из 43 больных с вентральными грыжами и их рецидивами, сопровождающиеся дисплазиями соединительной ткани, получивших лечение с 2000 по 2017 годы в хирургическом отделении больницы № 4 города Сумгаита, из них у 22 больных, входящих в сравнительную группу, исследовано существующее состояние строения соединительной ткани механически фиксирующего характера и проявления аномального характера и проведено сравнение с морфо-гистологической картиной. Из 43 (100%) больных, входящих в основную группу, у 31 (72,1%) отмечены вентральные грыжи, сопровождавшиеся алиментарным ожирением и их повторные рецидивы. У 12 (27,9%) больных выявлен абдоминальный спланхноптоз с вентральными грыжами и их повторными рецидивами. У 31 больного с алиментарным ожирением оценены морфо-функциональные изменения местных тканей и после липодермэктомии во всех случаях операции по герниопластике завершены наложением синтетических материалов. В 1-м (4%) случае из этих больных через год выявлен рецидив. У 10 из 12 больных с абдоминальным спланхноптозом при герниопластике выполнена дубликация апоневроза. При 2 случаях с широкими грыжевыми воротами ($W > 15$ см), на широком пространстве прикреплена на поверхность апоневроза аллопластическая сетка и в течении 2-15 лет не наблюдались рецидивы.

Ключевые слова

вентральная грыжа, ожирение, рецидив

Дәнекер тіннің дисплазиясымен ілеспе дамитын вентральды жарықтары және де жарықтар қайталанған кезінде жергілікті тіндердің морфо-функционалдық жағжайы негізінде жедел әдісін таңдау

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Новрузов Р. – м.ғ.д., «Shefket» клиникасының хирургия бөлімшесінің меңгерушісі, тел. +994507461919.

Новрузов Ш. - «Shefket» клиникасының хирургия бөлімшесінің дерігер-ординаторы, тел. +994558657700. Сумгаит E-mail sevilm@rambler.ru

Ш.Р.Новрузов, Б.А.Агаев, И.А.Гасанов, Р.М.Новрузов

«Shefket» клиникасы, Баку қ. Әзірбайжан.

Аңдатпа

Сумгаит қаласындағы № 4 ауруханасының хирургиялық бөлімшесінде 2000 жылдан бастап 2017 жылға дейін ем алып шыққан, дәнекер тіннің дисплазиясымен ілеспе дамитын вентральды жарық ауруына шалдыққан және олардың қайталамаларымен 43 аурудан (19ауру) пациенттердің бір бөлігінен жергілікті тіндерінің морфо-функционалдық өзгерістері зерттелгендердің ішінен салыстырма тобына кіретін 22 ауруда механикалық тұрғыдан тіркейтін сипатындағы дәнекер тіннің құрылысы орын алған жағдайы және олардың ауытқу тұрғыдан құбылыстары зерттеліп, морфо-гистологиялық көріністерімен салыстырма жүргізілген. Соның ішінен аурулардың негізгі топқа жататын 43 (100%) 31 (72,1%) алиментарлық семіруіне шалдыққандарда вентралды жарықтары барлары және олардың қайталама рецидивтері барлары кездеседі. Аурулардың 12 (27,9%) вентралды жарықтарымен, абдоминалды спланхноптозымен және олардың қайталама рецидивтері анықталған. Алиментарлы семіруімен 31аууында жергілікті тіндерінің морфо-функционалдық өзгерістері бағаланып, липодермэктомиядан кейін герниопластика бойынша аталардың барлық оқиғалары кезінде синтетикалық материалдарды салумен аяқталған. Аталмыш оқиғалардың 1-ші ауруында (4%) бір жылдан кейін қайталанған жағдай орын алған. Гекрнопластика кезіндегі абдоминалды спланхноптозоына шалдыққан 12 аурудан 10 ауруында апоневроздың дубликациялануы орындалған. Кең жарық қақпаларымен ($W > 15$ см) 2 оқиғада кең аумағында апоневроздың бетінде аллопластикалық тор тіркелген және де 2-15 жылдар ішінде қайталама жағдайлары болмаған.

Түйін сөздер

жарық, ішперде жағы, эстетикалық абдоминопластика

Ventral hernia, accompanied by dysplasia of connective tissue and the choice of an operative method based on the morpho-functional state of local tissues with recurrences of hernias

Sh.R. Novruzov, B.A. Agayev, I.A. Gasanov, R.M. Novruzov

Clinica «Shefket», Baku city, Azerbaijan

Abstract

Morphological and functional changes in local tissues were studied in a number of patients (19 patients) from 43 patients with ventral hernias and their relapses, accompanied by connective tissue dysplasias treated from 2000 to 2017 in the surgical department of Sumgait Hospital No. 4, of them in 22 patients, included in the comparative group, the existing state of the structure of the connective tissue of a mechanically fixing nature and the manifestation of an abnormal character were investigated and a comparison with a morpho-histological picture was made. Of the 43 (100%) patients included in the main group, 31 (72.1%) had ventral hernias accompanied by alimentary obesity and their recurrences. In 12 (27.9%) patients, abdominal splenchnoptosis with ventral hernias and their repeated relapses was revealed. In 31 patients with alimentary obesity, morpho-functional changes in local tissues were evaluated and after lipodermectomy in all cases, hernioplasty operations were completed by the imposition of synthetic materials. In the 1st (4%) case of these patients a year later, a relapse occurred. In 10 of 12 patients with abdominal splenchnoptosis, duplication of aponeurosis was performed in hernioplasty. In 2 cases with a wide hernial portal ($W > 15$ cm), an alloplastic net was attached to the aponeurosis surface in a wide space and no relapses were observed within 2-15 years.

ABOUT THE AUTHORS

Novruzov R. doctor of Medical Sciences, head of a department of surgery of «Shefket» Telephone. +994507461919

Novruzov R. Medical doctor of a surgery department of «Shefket» Telephone. +994558657700. Sumgait E-mail: sevilm@rambler.ru

Keywords

ventral hernia, obesity, relapse

Актуальность проблемы

Несмотря на всестороннее исследование этиологии герниогенеза, возможностей современного научно-технического прогресса, применения новых герниопластических материалов, существование множественных оперативных методов (более 350-ти) появление послеоперационных грыж и их рецидивов остается одной из актуальных проблем хирургии [1-4]. Результаты последних научно-исследовательских работ показали, что уровень послеоперационных грыж составляет 3-15% [2,5]. По сведениям большинства авторов во второй половине прошлого века грыжи 12-25% случаев дают рецидивы [2,3]. В исследованиях некоторых авторов рецидивы составляют 20-32% [2,4,5]. Немало мнений о том, что после пластики гигантских и ущемленных грыж рецидивы встречаются в 50% [6,7]. По сведениям М.С.Дерюгина после гинекологических операций эти показатели повышаются даже до 53,8% [6]. При рассмотрении периодической литературы в эпизодических случаях можно встретить источники отражающие повторение рецидивов грыж в 60% случаях [2,5]. Уже доказано, что при увеличении попыток оперативного лечения рецидивов повышается процент повторного рецидивирования [2]. По мере увеличения числа рецидивов послеоперационных грыж объем ее бывает больше объема прежней грыжи [8,9]. Существует прямое соотношение между длиной лапаротомных разрезов и повторением рецидивов послеоперационных грыж [10].

По мнению многих авторов основная причина возникновения послеоперационных грыж и их рецидивов, это- натяжение тканей при нало-

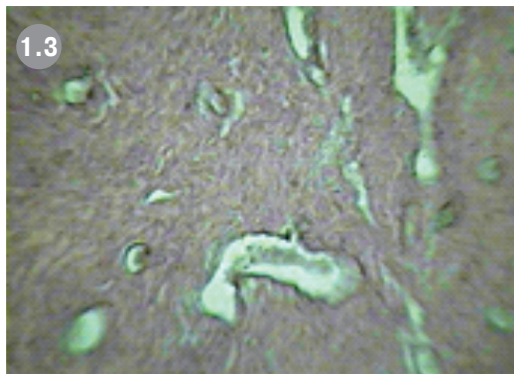
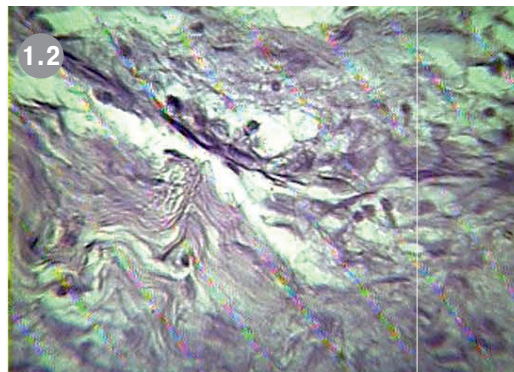
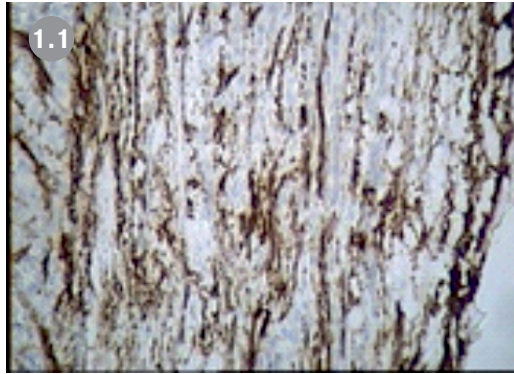
жении швов во время аутопластики [2, 3,8,10]. Но натяжение тканей при наложении швов во время аутопластики не может быть единственной причиной возникновения рецидивирующих грыж [2,3,5,11].

Во время различных хирургических операций нарушение целостности передней брюшной стенки создает анатомическую предпосылку для появления рецидивов грыж [1-8]. На месте операции нормальная ткань заменяется с морфо-функциональной точки зрения спаечной тканью [2,3,5,11]. При использовании местных тканей, как пластического материала, при пластике рецидивирующих грыж нормальная гистологическая картина и анатомическое строение подвергается различным изменениям. При повторении рецидивов морфо-функциональное состояние местных тканей бывает более аномального характера. А это заканчивается постепенной атрофией тканей, у которых нарушена иннервация, васкуляризация и создает предпосылку для появления рецидивов [2,5,12].

Помимо вышеуказанного в литературе есть еще множество причин возникновения рецидивирующих грыж передней брюшной стенки [1-5,12,13,]. Отеки различных тканей, образующих переднюю брюшную стенку, воспалительные инфильтрации, локальные или разлитые нагноения, гранулемы вокруг лигатур, нарушение общей картины активности фибробласта - синтеза коллагенов, замена нормальной ткани спаечной тканью – роль этих факторов возникновения рецидивирующих грыж неоспоримо [2,5,13]. В.В.Жебровский и Мохамед Том Эльбашир в своих исследованиях показали, что

Рис. 1.1.–1.3.

Сравнительная группа.
Микроскопическая картина плотноволкнистых соединительнотканых структур механически-фиксированного характера:
1.1 сетчатый слой дермы,
1.2 нормально фиброзный – васкулярный тип васкуляризации,
1.3 микроскопическая картина апоневроза передней брюшной стенки: план сохранённого пучкового строения, клеточный состав. Отсутствие гипоплазии, атрофии. Волнообразный ход пучков. Относительно интактная сосудистая сеть. Полные морфологические комплексы пучков с сосудистой сетью (ангио-апоневротические комплексы).



во время формирования послеоперационных спаек передней брюшной стенки в этих тканях неоднократно происходит замена хронического воспаления деструктивными поражениями и регенерацией. Этот «порочный круг» повторяется даже через 7-8 лет после операции[2]. Частота вышеуказанных факторов при различных проявлениях дисплазии соединительной ткани (ДСТ) бывает более высокой. Алиментарное ожирение и абдоминальный спланхнопоз считается одной из форм ДСТ [2,5].

Как видно из анализа литературы, несмотря на исследования этиопатогенеза грыж передней брюшной стенки и появления их рецидивов, мало изучены и оценены морфо-функциональные нарушения в местных тканях для выбора более оптимального оперативного метода вмешательства при повторных операциях и их роль при выборе лечебной тактики. Помимо этого, существующее

состояние строения соединительной ткани механически-фиксирующего характера и изучение характера изменений аномального характера носит эпизодический характер.

Цель исследования

Целью исследования является достижение надёжной герниопластики, оценивая морфо-функциональные нарушения в местных тканях для выбора более оптимальной оперативной лечебной тактики при вентральных грыжах и их рецидивах, сопровождающихся соединительноткаными дисплазиями.

Материал и методы

С 2000 по 2017 годы в хирургическом отделении больницы № 4 города Сумгаита для выбора более оптимального оперативного хирургического вмешательства обследованы морфо-функциональные изменения местных тканей у 43 больных (100%) с вентральными грыжами и их рецидивами, сопровождающиеся некоторыми вариантами дисплазии соединительной ткани, из них у части пациентов (22 больных – 100%), входящих в сравнительную группу, исследованы существующие состояния строения соединительной ткани механически-фиксирующего характера и проявления аномального характера и проведено сравнение с морфо-гистологической картиной. В сравнительную группу вошли больные (22 больных – 100%) без грыжи передней стенки живота, но с послеоперационными спайками. Из 43 (100%) больных, входящих в основную группу, у 31 (72,1%) отмечены вентральные грыжи в форме «фартука», сопровождавшиеся алиментарным ожирением и их повторные рецидивы. У 12 (27,9%) больных выявлена другая форма отвисания передней брюшной стенки в виде «фартука» - абдоминальный спланхнопоз с вентральными грыжами и их повторными рецидивами. У части больных взяты мелкие тканевые образцы – в местных тканях для изучения существующего состояния и аномального характера тканевых соединительных структур механически-фиксированного свойства у 19 больных (44,2%). У больных с рецидивирующими грыжами из 27 рецидивы повторялись 2-6 раз.

Обсуждение и результаты.

В сравнительной группе без грыжи передней стенки живота, но с послеоперационными спайками у 22 больных, не наблюдались серьезные аномальные проявления в морфо-функциональном состоянии тканевых образцов, взятых из дермы и апоневроза, а так же из спаечных тканей. И так, в слоях дермы ближе к послеоперационным спайкам передней брюшной стенки преобладали низкого типа механически-фикси-

рованного характера коллагеновый слой – плотно-волокнистые соединительные элементы. Векторы между пучками хаотичны. Несмотря на то, что картина васкуляризации средней интенсивности, локально она предрасположена к редукции и тесно взаимосвязана невоспалительными субстантами. Но в этих субстантах нет тяжелой дистрофии сетчатого слоя дермы местных тканей, векторной хаотичности, картины грубого фибросклероза.

Так же не определены серьезные аномальные изменения в морфологической картине апоневроза передней брюшной стенки в сравнительной группе. Так как, плотно-волокнистый сформированный перегородочный тип соединительной ткани механически-фиксированного характера имеет более выраженное морфологическое описание. Плотно-волокнистые сформированные соединительно-тканые субстанты фуксинофильны в высокой степени. Количество и позитивность коллагеновых волокон намного выше эластиновых волокон.

Это выражено проявляется в результатах иммуногистохимических реакций и количество коллагеновых волокон (белков) I типа преобладает. Несмотря, что для коллагеновых белков II типа характерны высокопозитивные показатели, степень иммуногистохимической позитивности, характерный для III типа коллагенов, носит эпизодический характер. В сравнении микроскопической картиной дермального слоя кожи плотность клеточных элементов и частота встречаемости внутри соединительнотканых слоев апоневроза ниже. Помимо этого сеть микроциркуляции и иннервации внутри слоёв апоневроза в сравнении с дермой относительно слабее, но не остро аномального характера. Не было выявлена острая редукция, хаотичность васкулярной сети ни в дерме, ни в апоневрозе и огрубение, фрагментация межслойных нервных волокон не было в выраженном уровне (рисунок 1.1-1.3).

И так, во время морфологического исследования образцов дермальных и апоневротических слоёв передней брюшной стенки у больных сравнительной группы не была выявлена выраженная гистологическая картина, указывающая на острую гипоплазию коллагенового каркаса соединительной ткани механически-фиксированной функции.

У больных основной группы оценены морфо-функциональные изменения в мелких тканевых образцах, взятых из идентичных мест, исследованы существующие состояния строения соединительной ткани механически-фиксирующего характера и свойства аномального характера и проведено сравнение с морфо-гистологической картиной. Выполнен комплексный

гистологический анализ дерма-гиподерма-апоневротических структур передней брюшной стенки. Выявлено, что алиментарное ожирение тоже обуславливает морфо-функциональную недостаточность механически-фиксирующих тканей передней брюшной стенки. Но здесь выявлено немного отличающееся состояние. Так как, у этих больных определена и дисплазия соединительной ткани - 1-й тип ДСТ (гипоплазия коллагенового каркаса, слабость фибропластической активности, изменения сосудисто-нервного аппарата), а так же другого рода комплексных гистологических изменений. 2-го типа гистологические изменения (различающаяся от ДСТ тип) мы назвали «жировой трансформацией механически-фиксирующих структур передней брюшной стенки» и определили липогенетический тип васкуляризации (рис. 2).

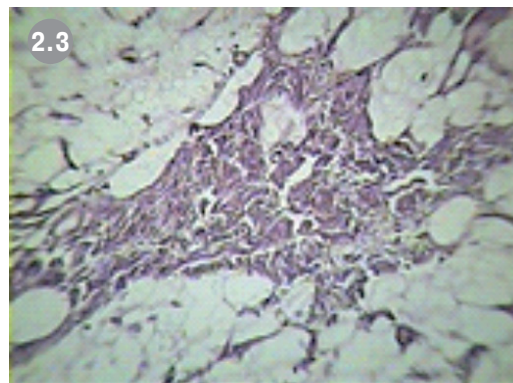
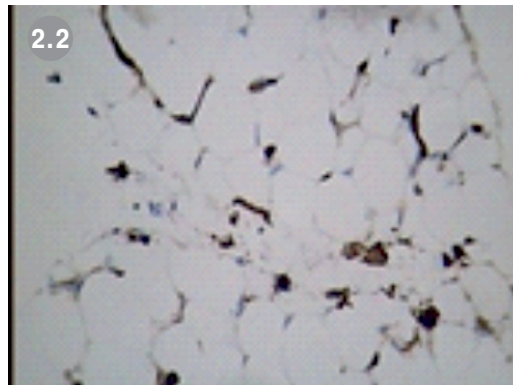
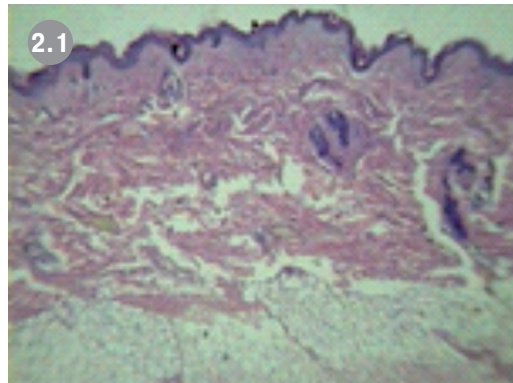
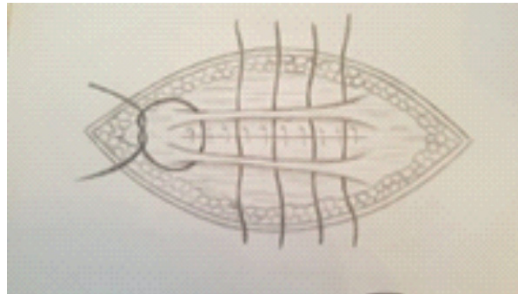
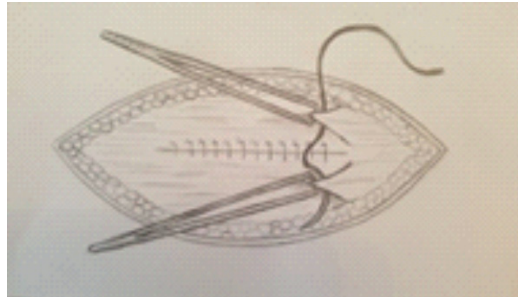


Рисунок 2.

Микроскопический рисунок передней брюшной стенки.

- 2.1 Гипоплазия коллагенового каркаса.
- 2.2 Липогенетический тип васкуляризации.
- 2.3 Жировая дегенерация апоневроза (замена жировой тканью аномального характера). Дезорганизация пучков апоневроза и выраженный отёк стромы. Нарушение ангио-апоневротических комплексов, отёк вокруг сосудов и проявления отделения пучков.



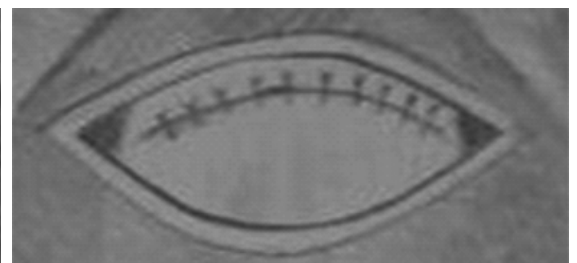
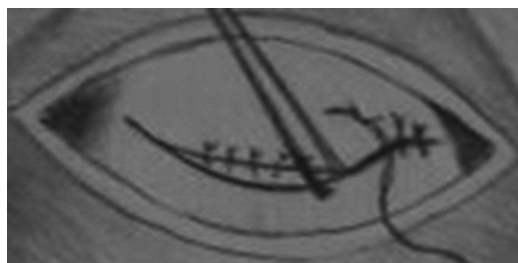
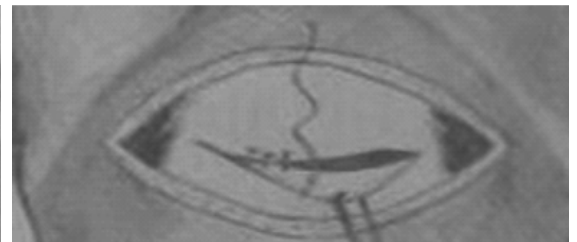
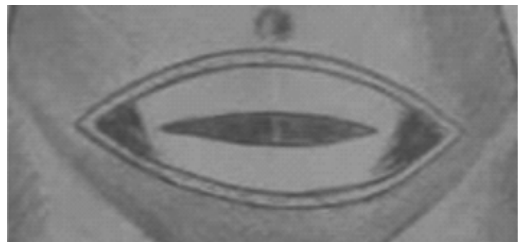
Систематизированы проявления синдрома «дисплазии соединительной ткани (ДСТ)» передней брюшной стенки с помощью гистологических, иммуногистохимических и морфометрических анализов дерма-гиподерма-апоневротических структур у больных с абдоминальным спланхноптозом. Доказано, что между «спланхноптозом» и нижеуказанным комплексом морфологических проявлений существует корреляционно-статистическая надежная связь.

Гистологическая сущность этого типа изменений систематизирована следующим образом:

- наряду с «аномально-высокополипластической активностью» гипоплазия (недостаточность) коллагенового каркасамеханически-фиксирующих тканей передней брюшной стенки;
- накопление жира между пучками апоневроза (в апоневротической строме) аномального характера;
- исчезновение вектора апоневротических пучков;
- замена «фиброзно-васкулярного» типа васкуляризации и иннервации механически-фиксирующих структур «липогенетическим» типом васкуляризации.
- низкий уровень фибропластической активности.

Для надёжного лечения вентральных грыж и их рецидивов, сопровождающихся алиментарным ожирением, с нашей стороны предпочтательнее дано следующей тактике. Во время герниопластики сначала выполняли липодермэктомию, то есть ликвидацию лишней массы кожно-подкожной ткани. У этих больных во время герниопластики использовали синтетическую сетку.

Несмотря на признаки, указывающие на неживость апоневротического слоя у больных с абдоминальным спланхноптозом и рецидивирующими вентральными грыжами, во всех случаях сопровождалась гипермобильность этого слоя. При лишней жировой массе после липодермэктомии грыжевой мешок обработан следующим образом: целостность апоневроза восстановлена непрерывным швом. В зависимости от гипермобильности апоневроза, часть ниже шовной линии зашивается узловыми швами части выше линии шва. Швы второй линии как бы напоминают герниопластику по методу Ру. В итоге первая шовная линия закрывается за



счет дубликатуры апоневроза. На самом деле над грыжевыми воротами формируется тройной слой из апоневроза. (Рисунок 3)

При большом размере ворот ventральных грыж ($W > 10\text{см}$), сопровождающихся спланхноптозом абдоминальной формы, учитывая гипермобильность апоневроза, ликвидация грыжи выполняется следующим образом: проксимальный край апоневроза зашивается узловыми швами книзу его дистальной части - ближе к симфизу. Часть дистального края апоневроза, берущий начало с костей таза, бывает более живым и крепким. Свободная часть дистального края апоневроза зашивается на проксимальный слой. В результате получается дублика-

тура, как противоположный вариант классического метода Мейо. Рисунок-2.

У 34 больных с явной степени недостаточностью апоневроза при герниопластике использованы синтетические материалы.

Итог

И так, при лечении ventральных грыж и их рецидивов, сопровождающихся формами проявления соединительнотканной дисплазии, перед выполнением герниопластики оценено морфо-функциональное состояние местных тканей и учитывая изменения в этих тканях, выбран более надёжный метод герниопластики.

References

1. Abramov V.A. Silica suture for the prevention of treatment of postoperative ventral hernias Dis. Can. medical science. Nizhny Novgorod, 2009, 93s.
2. Zhebrovsky V.V. Event and complex postoperative ventral hernia: etiology, pathogenesis, clinic, prevention and treatment: (experimental and clinical research): Dis. Dr. med.nauk. Simferopol, 1984, 320 p.
3. Egiev V.N. Nenyazhnaya gernioplastika / under the editorship, VNEgiev. M., Med-Practice M, 2002, 148 p.
4. Anthony T., Bergen P.C., Kim L.T., Henderson M., Fahey T., Rege R.V., Turnage R.H. // Factors affecting recurrence following incisional herniorrhaphy // World J Surg. 2000. - v.24, №1. - P.95-100
5. Belokonev, VI Pathogenesis and surgical treatment of postoperative ventral hernias. Samara: State Enterprise "Perspective", 2005. 208 p.
6. Deriugina M.S. The method of plasty of extensive defects in the days of the abdominal wall. // Surgery. 2001. - №3. - P. 52-54.
7. Korenkov M. [et al.] Classification and surgical treatment of incisional hernia. Langenbeck's Arch. Surg., 2001, V. 386, p. 65-73.
8. Littman I. Abdominal surgery.-Budapest, 1970.- 576 p.
9. Polyansky V.A. Surgical treatment of postoperative ventral hernias with multiple abdominal wall defects. Surgery. -1984.-No.12.-p. 109-113.
10. Nyhus L.M., Condon R.E. Hernia // J.B. Lipponcott Company, Philadelphia, 1995, 615 p.
11. Bauer J.J., Salky B.A., Gelernt L.M., KreeI I. Repair of large abdominal wall defects with expanded polytetrafluoroethylene (PTFE). // Ann. Surg. 1987, V. 206. No. 6, P. 765-769.
12. Dwyer, P.J. Factors involved in abdominal wall closure and subsequent incisional hernia / P.J. Dwyer, C.A. Courtney // Surgeon.- 2003.- Vol.1.- No.1. P.17-22. 307. Santora, TA. Incisional hernia / T.A.Santora, J.J. Roslyn // Surg. Clin. North. Am.-1993, -Bu1.73.-No.3, -P.557-570.

ПРЕИМУЩЕСТВА ТРАНСВАГИНАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ВЕЗИКО-ВАГИНАЛЬНЫХ ФИСТУЛ

ОБ АВТОРАХ

Проф. С. Имамвердиев – заведующий кафедрой Урологии - 0503133088

Эльза Биннатова – докторант кафедры Урологии АМУ - 0506339303 elzabinnetova@gmail.com

С.Б.Имамвердиев, Э.Я.Биннатова

Азербайджанский медицинский университет, кафедра урологии, Баку, Азербайджан

Аннотация

Для принятия решения и трансвагинального подхода при оперативном лечении больных с везико-вагинальной фистулой необходимо проводить цистоскопию с целью точной верификации размера, локализации и числа фистул.

У больных, которым проведена фистулопластика, минимальный период между операцией ставшей причиной фистулы и фистулопластикой было 3 месяца. У 32 больных с субтригональным расположением фистулы, было проведена операция трансвагинальной фистулопластики. У больных отмечалось 100% выздоровление.

Ключевые слова

гинекологические травмы, везико-вагинальные фистулы, трансвагинальная фистулопластика.

Везико-қынаптық жыланкөзді жою кезінде трансқынаптық қолжетімділігінің артықшылықтары

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Проф. С. Имамвердиев – Урология кафедрасының меңгерушісі - 0503133088

Эльза Биннатова – ӘМУ Урология кафедрасының докторанты - 0506339303 elzabinnetova@gmail.com

С.Б.Имамвердиев, Э.Я.Биннатова

Әзірбайжан медицина университеті, урология кафедрасы, Баку, Әзірбайжан

Аңдатпа

Везико-қынаптық жыланкөз ауруына шалдыққан ауруларды жедел түрде емдеу кезінде шешім қабылдау және трансқынаптық тәсілдер қолдану үшін жыланкөздің көлемін нақты верификациялау, олардың орналасқан орындарын және санын анықтау мақсатында, цистоскопияны жүргізу қажет.

Фистулопластикалау (жыланкөзді пластикалау) тәсілі жасалған аурулардың жыланкөз шығуының және жыланкөзді пластикалау отасын жасауының себебі болған оталар жасау ең аз мерзімі 3 айды құраған. Жыланкөздің субтригональды орналасуымен 32 ауруында жыланкөзді трансқынаптық пластикалау бойынша ота жасалған. Аталмыш аурулардың 100% сауығып кеткендігі белгілі болды.

Түйін сөздер

гинекологиялық жарақаттар, везико-қынаптық жыланкөз, трансқынаптық жыланкөзді пластикалау

Advantages repair of vesicovaginal fistula by a transvaginal approach

ABOUT THE AUTHORS

Prof. S. Imamverdiyev – Head of the Department of Urology - 0503133088

Elsa Binnatova – doctoral student of Urology Department of AMU -0506339303 elzabinnetova@gmail.com

S.B. Imamverdiyev, E.Y. Binnatova.

Azerbaijan Medical University, Department of Urology, Baku, Azerbaijan

Abstract

We did cystoscopy for determination of possibility transvaginal approach and tried to determine the localization, amount and the size of the fistulas in patients who had vesicovaginal fistul.

We noticed that the period of first operation and transvesical fistuloplasty were at least 3 month. For 32 patients whose fistula was located subtrygonaly we executed transvesical fistuloplasty. Patients were 100% recovered.

Keywords

gynecological injuries, vesicovaginal fistulas, repair of vesicovaginal fistulae, transvaginal approach

Актуальность проблемы

Везико-вагинальные фистулы (ВВФ) являются одним из видов урогенитальных фистул. ВВФ проявляются образованием фистулы между мочевым пузырем и вагиной и постоянным оттоком мочи через вагину. ВВФ остается глобальной проблемой, серьезно влияющей на психологическое состояние, семейную жизнь и работу женщин. Гистерэктомия, кесарево сечение, повреждение мочевого пузыря при хирургических вмешательствах в малом тазу, неправильное наложение швов между задней стенкой мочевого пузыря и вагиной, некроз тканей в результате ущемления передней стенки вагины и мочевого пузыря между головкой плода и симфизом пубиса при продолжительных и трудных родах, травматичные половые сношения, повреждения инородными телами, опухоли малого таза и проведенная лучевая терапия при этом являются факторами, способствующими образованию везико-вагинальных фистул (ВВФ).

Обычно больные обращаются с жалобой протекания мочи из вагины через 5-10 дней после акушерско-гинекологических операций. Но у больных, получающих лучевое лечение, ВВФ может формироваться через длительное время. Диагноз ВВФ ставится с помощью ригидного или flexibl цистоскопа, при этом увидев отверстие фистулы, определяют ее размеры, отношение к мочеточникам, то есть ее точную локализацию. При невозможности выполнения цистоскопии выполняется цистография, вагинальный осмотр и введение метиленового синего в мочевой пузырь и ставится диагноз ВВФ. При предположении уретерального повреждения у 10-15% больных с ВВФ, при помощи экскреторной урографии или ретроградной пиелографии оценивают верхние мочевые пути, а цистоскопией и уретероскопией уточняется повреждение мочеточников швами [1].

Лечение возможно консервативным и хирургическим методами. Если после гинекологической операции в течении 3-х дней поставлен диагноз фистулы и ее размер меньше 3,5 мм, путем уретрального или надпубального дренирования мочевого пузыря может консервативно излечиться в течении 30 дней. В нашей практике таких наблюдений не было и надо отметить, что через 3 дня после операции процесс определения объема фистулы, как серьезная манипуляция, может приводить к побочным осложнениям.

Имеются сведения, что при фистулах размером меньше 3 мм для закрытия отверстия фистулы использование фибринового клея отдельно или вместе со свиным коллагеном, коагуляция отверстия фистулы трансвагинально или трансуретрально дает хорошие результаты. Но надо

учитывать, что коагуляция может увеличить размер фистулы. Мы не применяли два последних метода и считаем их сомнительными.

Известно, что лечение ВВФ возможно трансабдоминальным (экстраперитонеально трансвезикально, трансперитонеально), трансвагинальным и комбинированными методами [2,3]. В случаях расположения фистулы на 3-3,5 мм выше просвета мочеточников, супратригонально ближе к вершине мочевого пузыря, очень близко к уретрам, при связи с соседними органами, в том числе уретрой, при малом объеме мочевого пузыря, при необходимости аугментации, узкой вагине, при невозможности установления гинекологического положения – трансабдоминально, при расположении ближе к шейке мочевого пузыря, вокруг тригона или субтригонально – трансвагинально, при размерах больше 4 см и у больных, которым несмотря на выполнение безрезультатной операции по восстановлению фистулы, считается целесообразным отдавать предпочтение комбинированному методу – трансабдоминальному, трансвагинальному подходу. В литературе рекомендуется использование перитонеального лоскута при проксимально расположенных сложных фистулах, а при дистально расположенных сложных незаживающих фистулах Матриус лоскута [4,5,6]. Надо отметить, на кафедре урологии Азербайджанского Медицинского Университета, где в течении долгих лет применяются операции по восстановлению фистул, при сложных ВВФ, продолжающихся от треугольной зоны до везикального дна, успешно используется экстраперитонеальная фистулопластика без какого-либо лоскута, предложенная проф.С. Имамвердиевым [9].

Первый раз в 1838 году Sims J.M провел хирургическое лечение трансвагинальным доступом при везико-вагинальных фистулах. Из 261 больных у 83-х причиной фистул была компрессия мочевого пузыря в результате несоответствия головки плода и таза, в результате появившийся некроз тканей, а других больных – ятрогенные травмы при отделении мочевого пузыря во время хирургических операций в малом тазу. Sims отмечал, что при коррекции ВВФ, чтобы получить хороший результат, края фистулы должны резецироваться тщательно, малотравматично для тканей и мочевые пути должны адекватно дренированы. Еще в те времена Sims отмечал, что коагуляция аргентиум нитратом может быть эффективным только при мелких фистулах [7,8].

При восстановлении везико-вагинальных фистул трансвагинальный доступ имеет много преимуществ. Во время этого доступа кровотечение отмечается меньше, операция занимает меньше времени, не бывает необходимости обширно-

го вскрытия просвета мочевого пузыря, прежде выполненная операция не является фактором риска, такие операции, как анти-инконтинанс и пролапсус могут выполняться одновременно, в больнице пациент остается короче, в послеоперационном периоде болей бывает меньше и период реабилитации занимает намного меньше времени. При неудачном результате операции и формировании рецидивной фистулы, планирующаяся другая операция не считается рискованной [5].

Недостатками трансвагинального доступа считаются риск сужения и укорочения вагины, невозможность применения этого метода при высоких фистулах, в то же время при необходимости невозможность применения аугментации, цистопластики, уретероцистонеостомии одновременно. Существуют различные мнения о времени выполнения операций по ликвидации фистулы трансвагинальным доступом. Ликвидация фистул, возникших после продолжительных родов осуществляется через 3-6 месяцев, а при фистулах, появившихся в результате лучевой терапии, воздержание 6-12 месяцев считается принятым правилом. При неосложненных и появившихся во время абдоминальных вмешательств фистулах операция восстановления может быть выполнена сразу после установления диагноза. Во время этих операций ткани получают относительно меньше травмы. Несмотря на это, время выполнения хирургического вмешательства определяется хирургом после оценки тканей, которые подлежат диссекции. В зависимости от эпителизации фистулы, рассасывания некротических тканей и появления устойчивой рубцовой ткани, это время принято самое меньше 3 месяца, при распространенных воспалительных процессах 4-6 месяцев [9].

Во время лечения везико-вагинальных фистул основной целью является наряду с препятствием оттоку мочи восстановление функции моче-половых органов. Основным принципом всех операций по поводу фистул являются создание условий для восстановления нормального кровотока в тканях с удалением канала фистулы, обеспечение водонепроницаемости наложением швов на мочевой пузырь и на вагину, избежание попадания швов друг на друга, предотвратив вращение слизистой оболочки мочевого пузыря обеспечение их покрытия швами, наложенными на подслизистый и мышечные слои и создание области без риска инфицирования. Но наложение швов на слои не однозначно. Результаты операций с трансвагинальным доступом показывают, что процент выздоровления по данным различных авторов меняется. Hadley H.R (2002) 90%, а Milicevic S.(2013) 50% случаев добились

выздоровления на операциях трансвагинальным доступом. Eilber KS (2003) используя интерпозицию тканей после трансвагинальной фистулографии у 207 больных получил различные результаты. Так как, используя перитонеальный лоскут в 90%, используя лоскут Matrius в 97%, используя лоскут Labial в 33% добились выздоровления.

Авторы считают, что использование перитонеального лоскута менее травматично и считается более целесообразным при рецидивных фистулах. Evans D.H.(2001) в 63% случаях не проводя интерпозицию тканей добился выздоровления при фистулах гинекологического генеза. В послеоперационном периоде обеспечение дренирования мочевого пузыря является одним из самых важных условий [9,11].

Классический подход при ликвидации трансвагинальным путем фистул подразумевает полное удаление фистулы и рубцовой ткани вокруг нее. По этому мнению, после ликвидации фистулы первый слой составляет живая ткань, имеющая хорошее кровоснабжение. После завершения диссекции фистулы, обновление краев достаточно. Потому что грубое удаление фистулы без защиты тканей усугубляет недостаток тканей, способствует появлению гиперактивного мочевого пузыря, создает трудности при восстановлении целостности вагины, может стать причиной кровотечения, в это время использование электрокоагулятора приводит к некрозу тканей. В результате отмечается рост количества рецидивных фистул. Если уретры находятся в близком расстоянии от фистулы, грубое хирургическое обращение с фистулой может быть причиной выполнения уретероцистонеостомии и в зависимости от местных условий приобрести иное течение, [12,13] на основе своих наблюдений мы будем затрагивать эти вопросы.

И так, обращает на себя внимание то, что по данным литературы после пластики ВВФ трансвагинальным доступом, результаты очень высокие, так как составляют 97%. Можно подумать, что встречающийся после фистуло пластики трансвагинальным доступом вагинальный стеноз и укорочение вагины, может привести к половому нарушению. Но научные исследования показывают, что разрешение проблемы трансвагинальной фистулы повышает половую жизнь и понижает социальные проблемы. С точки зрения половой активности точных сведений о преимуществах трансвагинальных или каких-либо других путей доступов нет [14].

Материал и методы

В течении 2005-2016-х годов в урологическом отделении РКБ имени Миркасумова 60

Расположение фистулы	
Супратригонально	27
Субтригонально	32
Субтригонально, продолжающаяся до шейки мочевого пузыря	1

Таблица 1.

	Индекс веса тела кг	Число больных
Низкий вес	<18.4	0
Нормальный вес	18.5-24.9	8
Лишний вес	25.0-29.9	10
Ожирение 1.степень	30.0-34.9	8
Ожирение 2.степень	35.0-44.9	6
Ожирение 3.степень	>40	Нет

Таблица 2.

Число больных по индексу веса

Возрастные группы больных	Число больных
< 30	4
30-40	1
40-50	17
50-60	6
>60	1

Таблица 3.

Число больных по возрастным группам

Выявленные сопутствующие заболевания	Число больных
Анемия	1
Артериальная гипертензия	10
Климактерическая кардиопатия	1
ИБС Нестабильная стенокардия, Коронарный стент	1
Сахарный диабет 2-й тип средней тяжести	1

Таблица 4.

Число больных с сопутствующими болезнями

больным выполнена операция ликвидации везико-вагинальной фистулы (таблица 1).

Все больные отмечены по индексу веса (таблица 2), по возрасту (таблица 3) и сопутствующим заболеваниям (таблица 4).

В течении 30 дней после операции проводилась статистика осложнений, рецидивных фистул, инфекций мочевых путей.

Как видно из таблицы 1 субтригонально расположенные свищи составили 53,33%. У 87% больных с субтригональными свищами не было позыва мочеиспускания, моча текла произвольно. У 13% больных, у которых свищ был <1.5 см, был позыв на мочеиспускание, они отмечали и произвольное мочеиспускание, и постоянное произвольное мочеиспускание. Период между появлением жалоб и обращением к врачу составил 3-12 месяцев, средняя цифра койко дней составила 17,3 дней. Уретральный катетер оставили на 14 дней, у 13 больных с рецидивным свищом на 18 дней, у 1 больного на 15 дней (у этого больного послеоперационный период прошел гладко, поэтому учитывали просьбу пациента).

Из оперированных больных везико-вагинальный свищ появился в 20 случаях после экстирпа-

ции матки с придатками, в 6 – после ампутации матки, в 2 – после тяжелых родов, в 2 – после Кесарева сечения, в 1 случае после фиксации матки, а в 1 – после трансвагинального этапа.

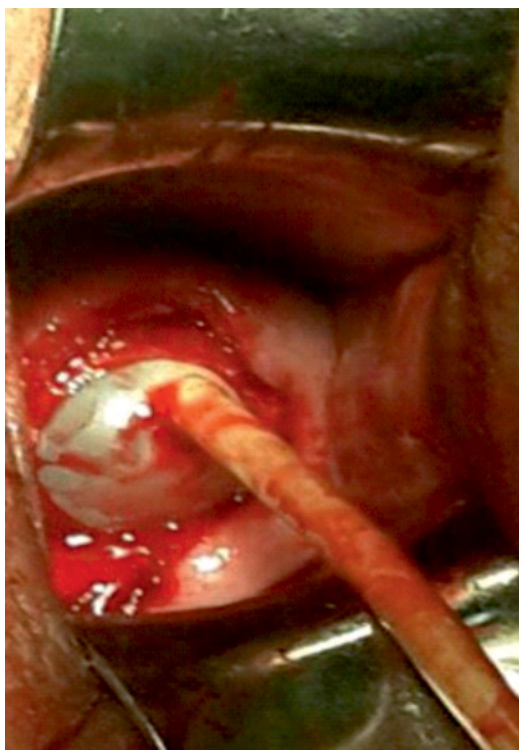
У 13 больных отмечена рецидивная везико-вагинальная фистула, из них одному больному до этого времени 3 раза была выполнена ликвидация фистулы. 9 больным выполнена ригидная цистоскопия, фистулы были расположены на 1,5-2,5 см расстоянии от просветов фистул, размеры фистул колебались между 1,5-3 см, у 1 больного фистула находилась в области тригона и просвет правого мочеточника открывался в фистулу, у этого больного во время операции мочеточник катетеризирован, у 1 больного в мочевом пузыре на лигатуре определен камень, из-за этого проведена механическая литотрипсия и трансвагинальная фистулопластика. 6 больным выполнен лишь вагинальный осмотр и во время обследования, введенный в мочевой пузырь железный катетер приблизительно через 6 см вышел через вагину наружу. Для выполнения этой манипуляции сначала железный женский катетер правой рукой через уретру вводится в мочевой пузырь и указательный палец левой руки вводится в ваги-

Таблица 5.
Операции, которые стали
причиной возникновения
везико-вагинальных
свищей

Перенесенные операции	Количество больных
Экстирпация матки с придатками	20
Ампутация матки	6
После тяжелых родов	2
Кесарево сечение	2
Операция трансвагинального тапе	1
После фиксации матки	1

Рисунок 1.

Рисунок после удаления
свищевого хода вокруг ка-
тетера Фолей и отделения
мочевого пузыря и вагины
друг от друга.



ну и определен кончик катетера, который через фистулу проходит в преддверие матки.

Первый раз технику трансвагинального подхода в эксперименте, проводимом на 14 женщинах-рабынях разработал Sims J.M в 1845-1849 годах. На рабынях по имени Anarcha, Betsy, Lucy было проведено более 30 операций. Во время этих операций были использованы оловянные и серебряные нити, разработанные Joun Petter 1838-м году. Операции проводились без анестезии, поэтому эти женщины подвергались смертельной опасности, лишь у одной больной применяли опиум, хорошо известный в наши дни. Он в 1852-м году описал результаты этих исследований, как технику восстановления фистул вагинальным путем и отметил, что важными моментами являются резекция фистулы и иссечение краев, продолжительное дренирование мочевого пузыря. Больному придает заднюю литотомию, то есть гинекологическое положение, область подвздошной кости немного выходит наружу на хирургическом столе. Придавание больному такого положения облегчает техническое прове-

дение операции. Далее промежностная область обрабатывается антисептиками. Если фистула находится ближе к просветам мочеточников, проводя цистоскопию, выполняется стентирование или катетеризация мочеточников и в протяжении операции их просветы держатся под контролем. В связи с этим мнением С.Б.Имамвердиев описал собственное наблюдение, заслуживающее внимания. Имеются очень тяжелые формы везико-вагинальных фистул, возникших после акушерских патологических родов с применением щипцов для удаления мёртвого плода. В одном из наблюдений С.Б.Имамвердиева, был дефект между просветом мочеточника, входящим в стенку мочевого пузыря и шейкой пузыря с протяженностью около 5 см. Просвет мочеточников определялся в преддверии матки. Через уретру были проведены мочевые катетеры, обе мочеточника катетеризировались, далее была проведена фистулография – на мочевой пузырь наложены поперечные швы таким образом, чтобы мочеточники остались в стороне от швов. После наложения швов на вагину катетры мочеточников удаляются и дренированием мочевого пузыря добиваются успеха [10]. В настоящее время катетеризация мочеточников более удобно выполняется уретерореноскопией.

Течение операции фистулопластики трансвагинальным доступом: Получается обзор введением зеркала в преддверие матки, проводя через фистулу катетер наполняется баллон и оттягивается к вагине, вокруг фистулы проводится циркулярный разрез. Если свищевой ход находится ближе к просвету мочеточника, то разрез нужно стараться сделать на 0,5-1 см расстоянии от просвета мочеточника и таким образом удастся избежать повреждения мочеточника во время диссекции. Во всех случаях ткани вокруг фистулы должны освободиться от спаек. Как правило, после освобождения от спаек, свищ расширяется в два раза. Мочевой пузырь и вагина освобождаются друг от друга (Рисунок 1). Далее мочевой пузырь зашивается рассасывающимися нитками 2/0 в продольном или поперечном направлении и катетер, поставленный в свищевой ход удаляется. После наложения первого ряда швов, в мочевой пузырь вводится 100-150 мл

воды, чтобы проверить герметичность. На первый слой ставится второй слой швов нитками 2/0, проходящими через мышечный слой и ткани, расположенные между мочевым пузырем и вагиной, при том первый слой выворачивается. Третий слой зашивается 1/0 или 0 нитками «У»-образно таким образом, чтобы не осталась щель между швами и вагиной. В конце накладываются швы, обеспечивающие прочность слоев вагины (Рисунок 2).

В мочевой пузырь вводится уретральный катетер № 20 или 22. Использование трехканального уретрального катетера более выгодно, потому что при надобности имеется хорошая возможность для ирригации мочевого пузыря. Уретральный катетер обычно при первичной фистулографии оставляется 14 дней, при рецидивных свищах 18 дней.

Результаты исследования

У всех 32 больных с трансвагинальной фистулопластикой, свищи были тригональными, находились от просвета мочеточников на 1,5-2,5 см расстоянии, у 1 больного просвет открывался в свищевой ход и до операции проводилась катетеризация мочеточника. 13 больным до нашей операции в различных клиниках проведена фистулопластика, ни у одного из больных не было необходимости использования перитонеального лоскута или Матриус лоскута. Операции проходили с протяженностью в среднем 2 часа 7 минут, а койко дней наблюдалось в среднем 17,3 дня. После трансвагинальной фистулопластики больным не ставили надлобковый дренаж, мочевой пузырь дренировался трёхканальным уретральным катетером и контролировалась его адекватная работа. Для профилактики инфекций мочевых путей и для создания безинфекционной сферы в послеоперационном периоде антибактериальное лечение продолжалось до удаления уретрального катетера и проводилась санация вагины. После удаления уретрального катетера держали под контролем общий анализ мочи.

У больных наблюдалось 100% выздоровление. Больных наблюдали в течении 3 месяцев, ни одного рецидива не выявлено. Нужно брать во внимание, что во время фистулопластики может быть необходимость в различных манипуляциях, таких как уретероцистостомия, комбинированные операции через надлобковую область

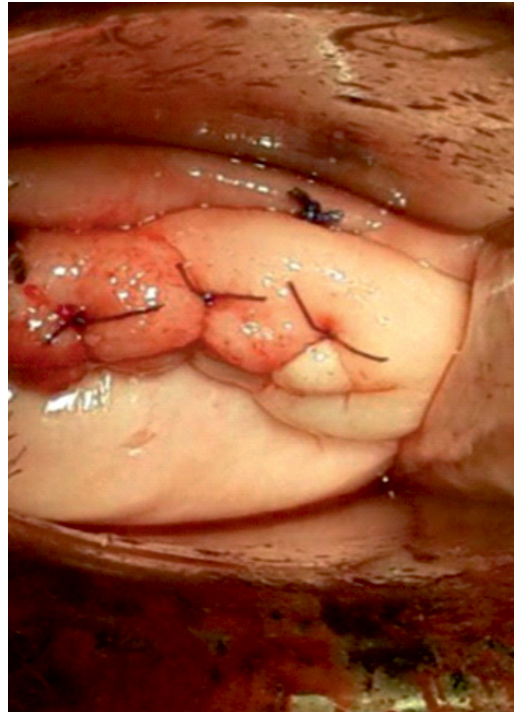


Рисунок 2.

После наложения швов на вагину.

или вагину. Поэтому опыт оперирующего хирурга, выполняющего фистулопластику, имеет большое значение.

Выводы

Из-за полученных хороших результатов ВВФ уже с первого вмешательства, мы обратили внимание на то, что у наших больных срок между ранее перенесенной операцией и фистулопластикой составил не менее 3 месяцев.

Выяснив до операции отношение свищей к уретрам и ее расположение, при показании для предотвращения повреждения мочеточников, мы выполняли стентирование или катетеризацию мочеточников.

При трансвагинальной фистулопластике для профилактики сужения и укорочения вагины, для предотвращения тканевой недостаточности, нужно по мере возможности оберегать ткани при отделении мочевого пузыря и вагины, постараться нежно резецировать края фистулы.

На мочевой пузырь, паравезикальные ткани и на стенку вагины накладываем отдельные швы. При зашивании вагины использованы «У»-образные швы. Отмечено 100% выздоровление у всех больных, которым выполнена трансвагинальная фистулопластика.

References

1. Arrowsmith SD, et.al: Genitourinary reconstruction in obstetric fistulas. J Urol 1994: 152:403-6.
2. Shah SJ. et all.: Role of day care vesicovaginal fistula fulguration in small vesicovaginal fistula. J.Endourol 2010. Oct:24(10):1659-60

3. Hong HM, et al. :Vesicovaginal fistula repair using a transurethral pointed electrode. Int. Neurourol J. 2010.Apr 1):65-8.
4. Pshak T. , Nikolavsky D., Terlecki R., Flynn BJ: Is tissue interposition always necessary in transvagynal repair of benign, recurrent vesicovagynal fistulae? Urology 2013; 82:707-12.
5. Eilber KS, et al.: Ten year experiens with transvagynalfistula repair using tissue interposition.J Urol.2003.;169:1033-6
6. Evans DH, et al.: Interposition flaps in transabdominal fistula repairs:are they really necessary? Urology.2001 Apr:57(4):670-4.
7. Edward C. Hill.,MD: Repair of vesico-vagynal fistulas. California Medicine №4 October 1962.216-219.
8. Ellis H.Marion Sims: father figure of vesico-vagynal fistula surgery. Br J Hosp Med(Lond) 2013 Feb:74(2)
9. S.B.Imamverdiyev.: Veziko-vaginal fistullarIn cirrahi mьalicisi. Az.med.Jurnal, 1992,7, 40-45.
10. S.B. Imamverdiyev.: Qadinlarda sidik-cinsiyit fistullari. Tidris-metodik tuьsiyilir, Baku 1998.
11. Bing-shu L Li.H. Qin W, Min H. Yan –Xiang C: Clinical effects of transvaginal fistula repair surgery mediated by the Foley catheter.Clin Exp Obstet Gyenecol 2011:38:360-3.
12. Singh V, Sinha RJ. Sankwar SN., Sinha SM: Transvaginal repair of complex and complicated vesicovaginal fistulae, int J Gynaecol Obstet 2011;1144-6-:51-5
13. Wall LL, Arrowsmith SD, The continensgap: a critical concept in obstetric fistula repair. IntUrogynecol J Pelvic Floor Dysfunction 2007; 18:843-4
14. Mohr S. Brandner S. Mueller MD , Dreher EF: Sexual Function after vaginal and abdominal fistula repair. Am J Obstet Gyenecol 2014; 211:74.e 1-6.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОГО КЛАПАНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Еримбетов К.Д., Бектурсинов Б.У., Ибраев Ж.А., Аубакиров Е.А.
Национальный научный центр фтизиопульмонологии МЗ РК, Алматы, Казахстан.

ОБ АВТОРАХ

Еримбетов Кулахмет Дильдахметович, руководитель отделения хирургического лечения легочного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, Национальный научный центр фтизиопульмонологии Республики Казахстан.

Бектурсинов Бақытжан Умиргалиевич, врач хирург отделения хирургического лечения легочного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, Национальный научный центр фтизиопульмонологии Республики Казахстан. электронный адрес: bakhytzhn85@inbox.ru
Рабочий номер: 8(727) 291-07-25
Сотовый номер: 8-747-453-95-56

Аннотация

Анализируются результаты ретроспективного исследования у 60 больных с туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью.

В основной группе находились 30 больных, которым на фоне противотуберкулезной химиотерапии препаратами третьего ряда был применен метод клапанной бронхоблокации. Для сравнения результатов лечения у остальной половины больных лечение проводилось только противотуберкулезными препаратами.

В результате исследования установлено что, при использовании клапанной бронхоблокации в комплексном лечении больных туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью в 9(30%) случаях отмечено закрытие распада, против 2 (6,7%) контрольной группы, и в 11(36,6%) случаях уменьшение полости деструкции против 7 (23,3%) группы сравнения ($P<0,001$).

Прекращение бактериовыделения методом бактериологического исследования в основной группе достигнуто у 83% против 33% контрольной группы ($P<0,001$).

При анализе результатов исхода лечения установлено, что терапевтический успех при применении клапанной бронхоблокации определена у 73,3% случаев против 30% группы сравнения.

Клапанная бронхоблокация является эффективным и безопасным немедикаментозным методом в комплексном лечении пациентов туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью.

Ключевые слова

туберкулез, широкая лекарственная устойчивость, клапанная бронхоблокация

Кеңейтілген дәріге тұрақты туберкулезбен ауыратын науқастарды кешенді емдеуде эндобронхиальды клапандық бронхоблокацияны қолдану

Еримбетов К.Д., Бектурсинов Б.У., Ибраев Ж.А., Аубакиров Е.А.

ҚР ДСМ Национальный научный центр фтизиопульмонология
Ұлттық ғылыми орталығы, Алматы, Қазақстан.

Аңдатпа

Кеңейтілген дәріге тұрақты туберкулезбен ауыратын 60 науқасқа жүргізілген ретроспективті зерттеудің қорытындысы сарапталды.

Негізгі топта туберкулезге қарсы химиотерапия жүргізумен бірге клапандық бронхоблокация әдісі қолданылған 30 науқас болды. Зерттеу қорындыларын салыстыру үшін қалған 30 науқасқа тек қана туберкулезге қарсы химиотерапия жүргізілді.

Зерттеу қорытындысы көрсеткендей, кеңейтілген дәріге тұрақты туберкулезді кешенді емдеуде клапандық бронхоблокация әдісін қолдану нәтижесінде 9(30%) жағдайда ыдырау қуысының жабуылуы, бақылау тобында бұл көрсеткіш 2(6,7%) - де, ыдырау қуысының кішіреюі негізгі топта 11(36,6%), бақылау тобында 7(23,3%) анықталды. ($P<0,001$).

Бактериологиялық әдіспен бактериябөлудің тоқтауы негізгі топта 83%, бақылау тобында 33% жағдайда анықталды.

Емдеу нәтижелерін сараптау барысында клапандық бронхоблокация әдісін қолдану негізгі топта 73,3% жағдайда емнің тиімділігін анықтады. Бұл көрсеткіш бақылау тобында 30% құрады.

Кеңейтілген дәріге тұрақты туберкулезбен ауыратын науқастарды кешенді емдеуде клапандық бронхоблокация тиімді және қауіпсіз әдіс болып табылады.

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Еримбетов Кулахмет Дильдахметұлы, Қазақстан Республикасының Фтизиопульмонология ұлттық ғылыми орталығының көптеген дәрілік тұрақтылығымен өкпе туберкулезін хирургиялық емдеу бойыша бөлімшесінің башысы.

Бектурсынов Бақытжан Өміргалиұлы, Қазақстан Республикасының Фтизиопульмонология ұлттық ғылыми орталығының көптеген дәрілік тұрақтылығымен өкпе туберкулезін хирургиялық емдеу бойыша бөлімшесінің хирург-дәрігері. Электронды адресі: bakhytzhn85@inbox.ru
Жұмыс телефон нөмірі: 8(727) 291-07-25
Ұялы телефон нөмірі: 8-747-453-95-56

Түйін сөздер

туберкулез, дәріге кең тұрақтылық, клапандық бронхоблокация.

Valvular endobronchial blocking in the complex treatment of patients with extensively drug-resistant tuberculosis of the lungs

ABOUT THE AUTHORS

Kulakhmet Erimbetov Dildakhmetovich,
the head of department of surgical treatment
of lung tuberculosis with said multidrug
resistance. National scientific center
of phthisiopulmonology of Republic of
Kazakhstan.

Bakytzhan Bektursinov Umirgalievich,
the head of department of surgical treatment
of lung tuberculosis with said multidrug
resistance. National scientific center
of phthisiopulmonology of Republic of
Kazakhstan.

Yerimbetov K.D., Bektursinov B.U., Ibrayev J.A., Aubakirov E.A.

National Scientific Center of Phthisiopulmonology MH RK, Almaty, Kazakhstan.

Abstract

The results of a retrospective study of 60 patients with extensively drug-resistant tuberculosis (XDR TB) are analyzed.

In the main group there were 30 patients who, against a background of antituberculous chemotherapy with third-line drugs, used the valve bronchial blocking method. To compare the results of treatment in the remaining half of patients, treatment was carried out only with anti-tuberculosis drugs.

As a result of the study, it was found that, when using valvular bronchial blocking in the complex treatment of patients with extensively drug-resistant tuberculosis of lungs, decay closure was noted in 9 (30%) cases, versus 2 (6.7%) in the control group, and 11 (36.6%) cases, reduction of the destruction cavity against 7 (23.3%) cases of the comparison group ($P < 0.001$).

Termination of bacterial excretion by bacteriological method in the main group was achieved 83% compared to 33% of the control group ($P < 0.001$).

When analyzing the outcome of the treatment, it was established that therapeutic success with the use of valvular bronchial blocking was determined 73.3% of cases compared to 30% of the comparison group.

Valvular bronchial blocking is an effective and safe non-medicament method in the complex treatment of patients with extensively drug-resistant tuberculosis (XDR TB) of the lungs.

Keywords

tuberculosis, extensive
drug resistance, valve
bronchoblockation

Введение

Туберкулез является социально-значимым инфекционным заболеванием во всем мире. Заболеваемость и смертность населения от этой инфекции неуклонно увеличиваются, в основном за счет распространения лекарственно-устойчивых штаммов микобактерии туберкулеза [2, 11].

В Республике Казахстан благодаря комплексу проводимых противотуберкулезных мероприятий при постоянной финансовой поддержке Правительства отмечается стойкая тенденция в сторону снижения показателей заболеваемости, распространенности, смертности и инвалидности от туберкулеза.

При низкой эффективности лечения больных с лекарственно-устойчивыми, деструктивными формами туберкулеза легких коллапсотерапия используется как альтернативный метод лечения. Искусственный пневмоторакс и пневмоперитонеум позволяют улучшить показатели эффективности лечения инфильтративного, и фиброзно-кавернозного туберкулеза с лекарственной устойчивостью [1, 10].

Вместе с тем, возможность применения искусственного пневмоторакса и пневмоперитонеума ограничена из-за наличия ряда противопоказаний. [7].

Одним из современных новых способов коллапсотерапии является клапанная бронхо-блокация [11]. Согласно литературным данным

имеются множество сообщения об эффективности клапанной бронхоблокации у больных с чувствительными формами туберкулеза и у больных с мультирезистентным туберкулезом, но в то же время в литературе отсутствуют сведения об эффективности клапанной бронхоблокации у больных туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью [4, 8].

Учитывая современную эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу, когда отмечается рост числа контингента больных туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью, актуальной является определение эффективности клапанной бронхоблокации у этой опасной для здорового населения категории больных.

Цель исследования

Оценить эффективность комплексной терапии больных туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью, путём применения клапанной бронхоблокации.

Материалы и методы исследования

В работе анализированы результаты лечения 60 больных туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью в возрасте от 18 до 60 лет.

В основную группу вошли 30 пациентов (50%), у которых в комплексной терапии был применен метод клапанной бронхоблокации, контрольную группу составили 30 пациентов

(50%), получавших лечение без применения клапанной бронхоблокации.

Критериями оценки эффективности лечения были: достижение конверсии мазка мокроты методом бактериоскопии и посева на МБТ, закрытие полостей распада, уменьшение полости распада, рассасывание инфильтрации, которые оценивались рентгенологическими методами.

По клиническим формам с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких были 22 пациента (73,3%) в основной группе и 24 (80%) больных в контрольной.

Инфильтративный туберкулез легких наблюдался в основной группе у 3 (10%), в контрольной группе у 4 (13,3%) больных.

«Новый случай» заболевания в основной и контрольной группе наблюдался в 6 (20%) и 4 (13,3%) случаях соответственно.

Рецидив заболевания в основной группе имел место в 8 (26,6%) и в контрольной группе 5 (16,6%) случаях.

14 (46,6%) больных в основной группе и 20 (66,6%) больных в контрольной группе были с типом «неудача лечения».

Оставшиеся 2 (6,6%) больных в основной и 1 (3,3%) больной в контрольной группе были типированы как «лечение после перерыва».

Туберкулезное поражение правого легкого в основной группе установлена у 13 (43,3%) больных, в контрольной группе у 12 (40%). Левостороннее поражение отмечено у 9 (30%) больных основной группы, у 7 (23,3%) больных контрольной группы.

Двустороннее поражение с очагами обсеменения отмечено в основной группе у 8 (26,6%) больных, в контрольной группе у 11 (36,6%) больных.

Основной локализацией поражение деструкцией в обеих группах была верхняя доля.

Больные с локализацией полости распада в верхней доле в основной группе составили 20 (66,6%), в контрольной группе у 18 (60%). Локализация полости деструкции в нижней доле отмечено у 4 (13,3%) больных основной группы и 2 (6,6%) контрольной группы. Тотальное поражение или «разрушенное легкое» отмечено у 6 (20%) больных основной и 10 (33,3%) контрольной группы.

Анализ результатов анализов мокроты выявили у всех пациентов анализируемых групп наличие бактериовыделения с различным спектром лекарственной устойчивости.

У большинства больных анализируемых групп определена устойчивость более 7 противотуберкулезным препаратам второго ряда, в том числе фторхинолонам и инъекционному амино-

гликозиду. В основной группе данная устойчивость выявлена у 66,7% больных против 73,3% в контрольной.

Все больные анализируемых групп получали химиотерапию противотуберкулезными препаратами третьего ряда.

Результаты и обсуждение

При анализе рентгенологической картины на фоне комплексного лечения установлена положительная динамика в виде уменьшения и закрытия полости распада, рассасывания инфильтрации у 22 (73,2%) больных основной группы и у 13 (43,3%) больных в контрольной группе ($P < 0,001$).

Конверсия мазка мокроты от начала комплексного лечения, в интенсивной фазе лечения отмечено 27 (90%) больных основной группы и 21 (70%) больных контрольной группы ($P < 0,001$).

Культуральные исследования мокроты анализируемых больных показали, что в основной группе отрицательные результаты получены у 83%, в группе сравнения у 33% больных ($P < 0,001$).

Анализ исходов лечения больных исследуемых групп произведен с использованием данных Национального регистра больных туберкулезом.

При сравнении исходов лечения в основной группе в конце лечения выставлен исход – «вылечен» у 73,3%, против 30%, что 2,4 раза выше, чем в группе сравнения.

В контрольной группе исход «неудача лечения», составил у 53% больных, что 4 раза больше чем в основной группе (13,3%).

В основной группе умерли 10% больных, что в 2 раза меньше, чем в контрольной группе, в которой летальный исход наблюдался у 23,3% больных.

Выводы

1. Использование клапанной бронхоблокации в комплексном лечении больных туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью позволяет в 2,2 раза чаще добиться закрытия полости деструкции, в 2,0 раза чаще добиться прекращения бактериовыделения, в 68% случаях добиться положительной рентгенологической динамики туберкулезного процесса в легочной ткани в сравнении с традиционными методами терапии.
2. Применение клапанной бронхоблокации у больных с туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью позволяет повысить эффективность лечения в 2,4 раза ($P < 0,001$).

Список литературы

1. Асеев Д.Д., Носкова Г.П., Обобщенные материалы по эффективности искусственного пневмоторакса, применённого в сочетании с АБП// проблемы туберкулеза.-1962.-№5.- С.104-105.
2. Диагностика и лечение остро прогрессирующих форм туберкулеза. / А.Г. Хоменко, В.Ю. Мишин В.Ю.// Пробл. Туберкулеза. 1996.-№5.-С. 21-23.
3. Левин А.В. Клапанная бронхоблокация в пульмонологии. Сборник статей. Новосибирск. 2014, 91с.
4. Левин, А.В. Результаты применения клапанной бронхоблокации в комплексном лечении больных с распространенным лекарственно-устойчивым туберкулезом легких / А.В. Левин, Е.А. Цеймах, П.Е. Зимонин, А.М. Самуйленков, И.В. Чуканов, С.А. Лохматов, О.Б. Николаева, В.П. Яичников, Д.В. Краснов, С.В. Склюев // Омский научный вестник. – 2009. – №1(84). – С.66-69.
5. Руководство по лечению М/ШЛУТБ, Алматы, 2014 г. 1-3 С.
6. Руководство по менеджменту случаев туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивости в РК. 2014г. С6
7. Рымко Л.П. Хирургическое лечение бронхиальных свищей у больных туберкулезом// Материалы 1 Всероссийской конференции по хирургическому лечению легочного туберкулеза - Курск, 1969- С117-118
8. Склюев, С.В. Применение эндобронхиального клапана в комплексном лечении больных с неэффективно леченным деструктивным инфильтративным туберкулезом легких / С.В. Склюев, Д.В. Краснов // Бюллетень Восточно-научного центра Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук. – 2011. – №2. – С.101-103.
9. Статистический сборник по туберкулезу в РК, 2015г. С.5-6
10. Щебанов Ф.В. Коллапсотерапия легочного туберкулеза. – Москва.-1950.- 203 с.
11. WHO. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis / WHO. Geneva: Switzerland, 2006. - P. 38-46.
12. WHO. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis //WHO/HTM/TB-2008.393
13. WHO. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis //WHO/HTM/TB-2008.394

References

1. Aseev DD, Noskova GP, Generalized materials on the effectiveness of artificial pneumothorax, applied in combination with ABP // problems of tuberculosis.-1962.-№5 .- P.104-105.
2. Diagnosis and treatment of acute forms of tuberculosis. / A.G. Khomenko, V.Yu. Mishin V.Yu. // Probl. Tuberculosis. 1996.-No.5-C. 21-23.
3. Levin A.V. Valve bronhoblokatsiya in pulmonology. Digest of articles. Novosibirsk. 2014, 91c.
4. Levin, A.V. The results of the use of valvular bronchial blocking in the complex treatment of patients with advanced drug-resistant pulmonary tuberculosis / A.V. Levin, E.A. Tseymakh, P.E. Zimonin, A.M. Samuylenkov, I.V. Chukanov, S.A. Lokhmatov, OB Nikolaeva, V.P. Yaichnikov, D.V. Krasnov, S.V. Sklyuev // Omsk scientific herald. - 2009. - No. 1 (84). - C.66-69.
5. Guidelines for the treatment of M / XDRB, Almaty, 2014 1-3 C.
6. Manual on management of cases of tuberculosis with multiple and broad drug resistance in the Republic of Kazakhstan. 2014g. C6
7. Rymko L.P. Surgical treatment of bronchial fistulas in patients with tuberculosis // Proceedings of the All-Russian Conference on Surgical Treatment of Pulmonary Tuberculosis - Kursk, 1969- C117-118
8. Sklyuev, S.V. Application of endobronchial valve in complex treatment of patients with ineffectively treated destructive infiltrative pulmonary tuberculosis / S.V. Sklyuev, D.V. Krasnov // Bulletin of the Eastern Scientific Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences. - 2011. - №2. - P.101-103.
9. Statistical compilation of tuberculosis in the Republic of Kazakhstan, 2015. C.5-6
10. Schebanov F.V. Collapse of pulmonary tuberculosis. - Moscow.-1950.- 203 with.
11. WHO. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis / WHO. Geneva: Switzerland, 2006. - P. 38-46.
12. WHO. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis //WHO/HTM/TB-2008.393
13. WHO. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis //WHO/HTM/TB-2008.394

ПРИЧИНЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

МРНТИ 76.29.29.

Мадьяров В.М.

Казахстанско-Российский медицинский университет,
Кафедра хирургических болезней, г. Алматы, Казахстан

ОБ АВТОРАХ

Мадьяров Валентин Манарбекович
– д.м.н., заведующий кафедрой
хирургических болезней КРМУ, val-
han-66@mail.ru

Аннотация

На основе анализа лечения 2650 больных с острой кишечной непроходимостью изучены причины неблагоприятных исходов. Это атипичность и стертость клинической картины, рост доли обтурирующих толстую кишку опухолей, позднее поступление больных, переоценка эффективности консервативной терапии, фактические и тактические ошибки в дооперационном, интраоперационном и послеоперационном периодах.

Ключевые слова

кишечная непроходимость, исходы, сложности клиники, ошибки

Жедел ішек кедергісі кезіндегі қолайсыз нәтижелердің себептері

Мадьяров В.М.

Қазақстан-Ресей медицина университеті
Хирургиялық аурулар кафедрасы, Алматы қ., Қазақстан

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Мадьяров Валентин Манарбекович - м.ғ.д., хирургиялық аурулар кафедрасының меңгерушісі, ҚРМУ, valhan-66@mail.ru

Аңдатпа

Жедел ішектің кедергісі бар 2650 науқастың емделуін талдау негізінде қолайсыз нәтижелердің себептері зерттелінді. Бұл клиникалық көріністің жойылуы, тоқ ішек ісіктерінің пайыздық артуы, науқастардың кеш түсуі, консервативті терапия тиімділігін қайта бағалау, отаға дейінгі, отадан кейінгі кезеңдердегі нақты және тактикалық қателер.

Түйін сөздер

ішек кедергісі, нәтиже, клиникасының қиындықтары, қателіктер

Causes of adverse reasons for Acute Intestinal Imponderability

V.M. Madyarov

Kazakh-Russia Medical University, Department of Surgical Diseases, Almaty city, Kazakhstan

ABOUT THE AUTHORS

Madyarov V.M. - M.D., head of the Department of surgical diseases KRMU, valhan-66@mail.ru

Abstract

The causes of unfavorable outcomes have been studied from the analysis of the treatment of 2650 patients with acute ileus. These causes are an atypical asymptomatic clinical picture, the increase of amount of tumors obstructing the large intestine, retarded admission of the patients, the overestimation of conservative therapy efficacy, virtual and tactical errors during preoperative, intraoperative and postoperative periods.

Keywords

bowel obstruction, fates, complications of clinic, mistakes.

Введение

Несмотря на достижение современной хирургии, все еще наиболее грозной патологией в urgentной хирургической практике остается острая кишечная непроходимость, летальность при которой составляет от 13 до 26% [1–5]. Это требует серьезного изучения причин неблагоприятных исходов и поиска новых более совершенных методов диагностики, хирургического лечения, интенсивной предоперационной и послеоперационной терапии.

Цель исследования

Выявить причины неблагоприятных исходов после острой кишечной непроходимости (ОКН).

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 123 пациента с острой кишечной непроходимостью. Мужчины составили 44%, женщины – 56%, в возрасте от 12 до 96 лет.

Основной метод обследования – обзорная рентгеноскопия брюшной полости, по показаниям – контрастное исследование тонкой кишки (пассаж), использование контрастных меток по Ю. Л. Шалькову, при толстокишечной непроходимости – ирригоскопия и –графия.

Результаты и обсуждение

Частота спаечной кишечной непроходимости в среднем составила 70%, с колебаниями в различные годы от 65 до 73%. Отмечается неуклонный рост обтурационной толстокишечной непроходимости на почве злокачественных опухолей (от 1,8% в 1959–1963 гг. до 10–14% в последние годы), тогда как частота других форм ОКН пребывает на стабильном уровне. Так, странгуляционные формы ОКН в 1959–63 гг. составляли 6,5%, в последующие годы колеблются в пределах 3,2–3,8%.

Клиническая картина кишечной непроходимости в большинстве случаев довольно типична: периодические или схваткообразные боли, задержка стула и газов, вздутие живота. Выраженность их зависит от формы, тяжести, уровня непроходимости кишечника и длительности заболевания. Типичная клиническая картина была у 82,2% больных, у 13% она была стертой, у 4,8% – атипичной.

Характерная рентгенологическая картина (наличие чаш Клойбера) отмечена у 57,4% больных, у 17,7% был выраженный в различной степени метеоризм, у 24,9% больных рентгенологическая симптоматика не была выражена.

Следует отметить, что при странгуляционной непроходимости отсутствие в 13% случаев такого

кардинального симптома, как вздутие живота, отмечается у больных, поступающих в ранние сроки при бурно протекающих формах (узлообразование, заворот кишечника на 360° и более), когда на первый план выступает висцеральный шок.

Атипичная и стертая клинические формы чаще наблюдались при спаечной кишечной непроходимости и обтурационной толстокишечной непроходимости, чаще на почве опухолей. Поздно поступало 34,4% больных. 72% этих больных не обращались за медицинской помощью, 28% обращались, из них 9% – в хирургические стационары, 4,8% – даже госпитализировались и наблюдались 1–2 дня.

Причиной поздней, нередко запоздалой операции в 21,6% явилась переоценка эффективности консервативной терапии. Кишечная непроходимость может считаться разрешенной, если после консервативных мероприятий, включая сифонную клизму, был обильный стул и отхождение газов, опал живот и полностью исчезли боли. Такие больные должны оставаться под наблюдением в стационаре в течение не менее 3 дней. В случае любых сомнений им дается несколько глотков жидкого бария для динамического наблюдения и своевременного выявления рецидива кишечной непроходимости, что имело место у 9,6% госпитализированных под наблюдение. 16% больных со стертой клинической картиной оперируется в сроки от 28 часов до 6 суток, нередко уже по поводу гангрены кишки, при недостаточно внимательном наблюдении и не использовании динамического рентгенологического контроля.

В остром периоде при неясной клинической картине рентгеноконтрастное исследование кишечника нередко требует длительного наблюдения, особенно при спаечной кишечной непроходимости – от 3–5 часов до суток, что непозволительно долго для больных, нуждающихся в операции. В этих случаях более эффективен метод рентгеноконтрастных меток по Ю.Л. Шалькову и соавт. (1989).

При толстокишечной непроходимости эффективна ирригоскопия. Пренебрежение этим методом также приводит к запоздалым операциям на фоне перитонита вследствие перфорации опухоли.

Важным является объем вмешательств при запущенных формах ОКН. Следует устранять причину, не расширяя операции, если нет соответствующих показаний к резекции кишки (ее гангрена). При тонкокишечной непроходимости эффективно применение назоинтестинального зонда Шалькова.

При резекции резко дилатированной приводящей петли тонкой кишки, прибегаем к наложению энтеро-энтероанастомоза типа Майдля

с выведением в виде стомы приводящего конца кишки, с двойным дренированием (назогастральным и энтеральным через энтеростому). При толстокишечной непроходимости (гангрена при завороте сигмы, опухоли) производим операцию типа Гартмана с восстановлением проходимости кишки во II этап.

При опасности развития пареза или его наличии показано чрескожная электростимуляция, ЛФК или электростимуляция кишечника через двухпросветный зонд, с расположением электродов в области верхней и нижней моторных зон кишечника (патент Республики Казахстан).

При гангрене кишки сложным является вопрос об объеме резекции. Существующие рекомендации об объеме резекции довольно широки – от 10 см приводящей и 20 см отводящей кишок, до 30 см приводящей и до 50 см отводящей [1, 5]. Ввиду чего в эксперименте и клинике нами разработан способ определения границ резекции нежизнеспособной кишки. Методика заключается во введении в брыжейку зоны некроза 10–15 мл 1% водного раствора метиленовой сини. Экспериментально и клинически доказано, что граница резекции от края распространения

препарата составляет 3 см (патент РФ 2279852 от 20.07.2006).

Таким образом, причина несвоевременного хирургического вмешательства, особенно при острой спаечной и obturационной кишечной непроходимости, является позднее поступление больных, стертая и атипичная клиническая картина, переоценка эффективности консервативной терапии и пренебрежения к динамическому рентгеноконтрастному контролю состояния кишечника у госпитализированных под наблюдение больных.

При тонкокишечной непроходимости показан назогастроэнтеральный зонд Ю.Л. Шалькова или назоинтестинальный зонд двойного дренирования нашей конструкции с послеоперационной электростимуляцией зон регуляции моторики кишечника. При гангрене с резекцией кишки – анастомоз типа Майдля с выведением в виде стомы проксимального конца, с двойным дренированием. При толстокишечной непроходимости – операция типа Гартмана с отказом от наложения первичного анастомоза. Для определения границ резекции следует использовать предложенную нами красочную пробу.

Список литературы

1. Алиев М.А., Шальков Ю.Л. Хирургия острой кишечной непроходимости. – Алматы: «Білім», 1996. – 256 с.
2. Андреев Г.Н., Ибадильдин А.С. Результаты лечения острой кишечной непроходимости // Материалы конференции, посвященной 100-летию профессора П.Л. Сельцовского. – М., 1998. – С. 59–64.
3. Курьгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.С. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. – СПб.: Питер, 2001. – 469 с.
4. Кочнев А.С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. – Казань: Изд. Казанского университета, 1984. – 288 с.
5. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. – М.: Медицина, 1989. – 287 с.

References

1. Aliev M.A., Shal'kov Ju.L. Hirurgija ostroj kischechnoj neprohodimosti. – Almaty: «Bilim», 1996. – 256 s.
2. Andreev G.N., Ibadil'din A.S. Rezul'taty lechenija ostroj kischechnoj neprohodimosti // Materialy konferencii, posvjashhennoj 100-letiju professora P.L. Sel'covskogo. – M., 1998. – S. 59–64.
3. Kurygin A.A., Stojko Ju.M., Bagnenko S.S. Neotlozhnaja hirurgicheskaja gastrojenterologija. – SPb.: Piter, 2001. – 469 s.
4. Kochnev A.S. Jekstrennaja hirurgija zheludochno-kischechnogo trakta. – Kazan': Izd. Kazanskogo universiteta, 1984. – 288 s.
5. Petrov V.P., Erjuhin I.A. Kischechnaja neprohodimost'. – M.: Medicina, 1989. – 287 s.

МРНТИ 76.29.29.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ

ОБ АВТОРАХ

Мадьяров Валентин Манарбекович
— д.м.н., заведующий кафедрой
хирургических болезней КРМУ, valihan-66@mail.ru

Мадьяров В.М., Нурсейтов М.М.

Казахстанско-Российский Медицинский Университет, г.Алматы, Казахстан

Аннотация

Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж за период 2010-начало 2016гг в клинике «Авторская медицина». В работе представлены данные 277 историй болезни с различными видами грыж, из них 51 — с диагнозом: послеоперационная вентральная грыжа, 226-другие виды грыж.

При сравнительном анализе полученных данных можно отметить, что у больных в исследуемой и контрольной группах количество коллагена либо значительно снижено (1 группа), либо проходит по нижней границе нормы (2 группа). За период наблюдения возникновения рецидива ПВГ не наблюдалось.

Чем раньше сделана операция, тем меньше выражены изменения в тканях и органах, а само хирургическое вмешательство является менее сложным и более эффективным.

Ключевые слова

послеоперационная вентральная грыжа, рецидив, профилактика, лечение

Алдыңғы ішперде құысының жағында шұғыл хирургиялық араласқаннан кейін операциядан соң вентралдық жарықтың профилактикасы

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Мадьяров Валентин Манарбекович -
м.ф.д., хирургиялық аурулар
кафедрасының меңгерушісі, КРМУ,
valihan-66@mail.ru

Мадьяров В.М., Нурсейтов М.М.

Қазақстан-Ресей медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан

Аңдатпа

«Авторская медицина» клиникасында 2010 жылдың басынан 2016 жылға дейінгі мерзімде операциядан кейінгі вентралдық жарықтың (ОКВЖ) хирургиялық емдеуінің ретроспективтік талдауы жүргізілді. Бұл жұмыста жарықтардың түрлі нысандарымен 277 аурудың сырқатнамалары ұсынылған, солардың ішінде 51 — операциядан кейінгі вентралдық жарық диагнозымен, 226 - жарықтардың өзге түрлері.

Алынған деректердің салыстырма талдауы кезінде зерттеленетін және бақылау топтарындағы ауруларында коллаген саны айтарлықтай азайғандығын (1 топ), немесе қалпына қарағанда төмендегі жағынан өтетіндігін (2 топ) атап өтуге болады. Қадағалау барысында ОКВЖ рецидиві шыққан жағдайы байқалмаған.

Қаншалықты операция ертерек жасалса, соншалықты тіндерде және органдарда өзгерістер көрінеді, ал хирургиялық араласу шарасы барынша күрделі және де тиімдірек болып танылады.

Түйін сөздер

операциядан кейінгі вентралдық жарық, рецидив, профилактика, емдеу.

Preventive measures of postoperative ventral hernia after emergency surgery on anterior abdominal wall

ABOUT THE AUTHORS

Madyarov V.M. - M.D., head of the
Department of surgical diseases KRMU,
valihan-66@mail.ru

Madyarov V.M., Nurseitov M.M.

Kazakh-Russia Medical University, Almaty, Kazakhstan

Abstract

A retrospective analysis of the results of surgical treatment of postoperative ventral hernias for the period 2010-beginning of 2016 in the clinic "Author's Medicine" was conducted. There are 277 patient's histories with different kinds of hernias, 51 of them with postoperative ventral hernias, 226 of them are other kind of hernias.

In a comparative data analysis include that in patients in the study and control groups, the amount of collagen is either significantly reduced (group 1) or passes at the lower limit of the norm (group 2). PVH relapse was not observed during the period of observation.

The sooner the surgery is done, the less marked change in tissues and organs, and surgery is less complex and more effective.

Keywords

postoperative ventral hernias, relapse, prevention, treatment.

Введение

Послеоперационная вентральная грыжа (ПВГ) – это выпячивание органов брюшной полости (петли кишечника, сальник и др.), за пределы брюшной стенки через послеоперационное пространство, рубец. Профилактика и лечение наружных грыж живота на сегодняшний день является одной из актуальной проблем современной хирургии. ПВГ является серьезным поздним осложнением и встречается у 5-14 % прооперированных. Ежегодно в Казахстане выполняется примерно 80 тысяч пластических операций по устранению грыж, в России около 170 тысяч, в США производится более 500 тысяч операций грыжесечения, что составляет почти 15% всех общехирургических вмешательств [1, 2].

Наиболее часто вентральная грыжа появляется через 1-2 года после оперативного вмешательства [3, 4].

В основном, ПВГ формируется, как следствие оперативного вмешательства на животе: после удаления аппендицита, операций по случаю острой кишечной непроходимости или перитонита, также нередко случаи образования послеоперационной грыжи после удаления желчного пузыря [5,6,7,8].

Часто грыжи образуются после экстренных операций, когда нет времени адекватно подготовить желудочно-кишечный тракт, после длительной тампонады или дренирования брюшной полости, при использовании некачественного шовного материала или воспалении, нагноении шва.

Предрасполагающим фактором является ожирение, или наоборот, истощение, неправильное поведение пациента в адаптационном, послеоперационном периоде.

Основной целью исследования являлось формулирование основных профилактических мероприятий по предупреждению возникновения рецидива вентральных грыж. А также прогнозирование возникновения или рецидива методом определения коллагена крови.

Было проведено комплексное исследование, состоящее из трех этапов. Для создания теоретической базы и понятийного аппарата на первом этапе работы был проведен анализ релевантных литературных данных, индексированных в базах данных MEDLINE, Embase, elibrary (2000-2016). Критериями поиска данных было включение в поисковые запросы ключевых элементов: «вентральные грыжи», «рецидив», «профилактика», «лечение». На втором этапе исследования был проведен ретроспективный анализ архивного материала историй болезни на примере целевой популяции – лиц в возрасте 24-84 лет.

Принимая во внимание данные, полученные в ходе двух предыдущих этапов, была обоснована концептуальная модель совершенствования профилактики ПВГ и их рецидивов.

Независимо от того, в результате какого хирургического вмешательства появилась послеоперационная грыжа, профилактика ее проводится в нескольких направлениях: лечение и профилактика раневых осложнений в раннем послеоперационном периоде; введение фибриногена и криопреципитата для ускорения репаративных процессов в ране; правильный выбор доступа и атравматичное оперирование; тщательная асептика во время операции; адекватная подготовка пациента перед операцией и последующая реабилитация; занятие физкультурой, для поддержания состояния мышц в должной форме; борьба с лишним весом; рациональное питание.

Также после любых операций на брюшной полости необходимо: соблюдать рекомендации лечащего врача-хирурга; не подвергать себя излишним физическим нагрузкам в течение 6 месяцев после вмешательства; при необходимости носить бандаж для профилактики.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж за период 2010-начало 2016гг в клинике «Авторская медицина».

В работе представлены данные 277 историй болезни с различными видами грыж, из них 51 – с диагнозом: послеоперационная вентральная грыжа, 226-другие виды грыж.

Возраст пациентов: от 24 лет до 84 лет.

По полу: жен – 40, муж – 11.

В исследуемой группе выявлено значительное преобладание женщин – 40 женщин (78,4%), а мужчин – 11 (21,6%)

Возраст пациентов составлял: от 24 до 84. Были поделены на 3 группы: от 24 до 45 (11,8%); от 46 до 65 (49%); от 66 до 84 (39,2%).

Причем частота ПВГ преобладает в возрастной категории от 46 до 65, на втором месте от 66 до 84 и на третьем месте от 24 до 45.

В схему лабораторных исследований были включены общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови. Указанные исследования позволяют своевременно выявить имеющиеся в организме обменные нарушения, состояние водно-электролитного и белкового баланса, вызванных послеоперационной вентральной грыжей.

Пациенты находились на госпитализации в период от 1 до 11 дней. Среднее количество

проведенных койко-дней в период госпитализации составило 5,5 дней

Из анализа анамнеза пациентов с ПВГ: у 32 пациентов (62,7%) отсутствуют грыжи в анамнезе, а у остальных 19 пациентах (37,3%) есть наличие грыж в анамнезе, т.е. имеется предрасположенность к образованию грыж.

Для определения взаимосвязи риска развития ПВГ и его рецидивов связанных с коллагеном провели исследование, в котором участвовали 60 пациентов, разделенные на исследуемую и контрольную группы. Мужчин среди них было 22 (36,6%), женщин 38 (63,3%). В исследуемую группу были включены 35 пациентов, из них 18 (51,4%) с малыми, средними - 12 (34,2%), большими - 5 (14,2%) размерами грыж. Средний возраст пациентов составил - 56 лет. Контрольную группу составили 25 пациентов, которые не являются грыженосителями. Пациенты без ПВГ были оперированы в различных медицинских клиниках города Алматы лапаротомным доступом (например, лапаротомная холецистэктомия). Средний возраст данной группы составил 54 года. Обе группы прошли исследование крови на коллаген.

Результаты

После исследования на коллаген, пациентам с диагнозом ПВГ была проведена хирургическая операция по лечению ПВГ с помощью синтетической протезной сетки ULTRAPRO,PHYSIOMESH, PROLENE, которые устанавливались с учетом конституции, социального положения, практической применимости в конкретных случаях.

Герниопластика проводилась на базе МЦ «Авторская медицина». При сравнительном анализе полученных данных можно отметить, что у больных в исследуемой и контрольной группах количество коллагена либо значительно снижено (1 группа), либо проходит по нижней границе нормы (2 группа).

За период наблюдения возникновения рецидива ПВГ не наблюдалось.

Представленные в работе данные дают возможность практическим хирургам определить

риск развития ПВГ и производить обоснованный выбор оптимального для каждого больного метода лечения вентральной грыжи.

Выводы

- Чем раньше сделана операция, тем меньше выражены изменения в тканях и органах, а само хирургическое вмешательство является менее сложным и более эффективным. При гладком течении и заживлении после первой операции можно оперировать послеоперационную грыжу спустя 6–8–10 месяцев в зависимости от вида и обширности первого вмешательства, общего состояния больного, величины и динамики роста грыжевого выпячивания. При склонности к ущемлению, а также при развивающемся синдроме спаечной непроходимости следует оперировать в возможно ранние сроки.
- Если в анамнезе есть указания на тяжело протекавший послеоперационный период в связи с обширным нагноением в ране, длительной тампонадой брюшной полости, тяжелой интоксикацией, перитонитом либо весьма длительным пребыванием в стационаре по поводу релапаротомии, следует выждать больший срок, примерно 12–18 месяцев. На это время надо назначить больному определенный режим, принять меры к улучшению общего состояния, уменьшению страданий в связи с развитием спаечного процесса в грыжевом мешке и в брюшной полости. По показаниям следует рекомендовать ношение хорошо прилаженного бандажа.
- Анализ наблюдений показал, что снижение количества коллагена первого типа, существенно влияет на развитие ПВГ. Снизить частоту развития послеоперационных вентральных грыж можно вследствие раннего диагностирования факторов риска снижения коллагена на амбулаторном этапе подготовки к лапаротомии.

Список литературы

1. Жебровский В.В., Тоскин К.Д., Ильченко Ф.Н. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж // Вестн. хир. – 2000. – № 2. – С. 105-108.
2. Белоконев В.И., Федорина Т.А., Ковалева З.В., Пушкин С.Ю., Нагапетян С.В., Супильников А.А. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных грыж. – Самара, 2005. – 208 с.

References

1. Zhebrovskij V.V., Toskin K.D., Il'chenko F.N. Dvadcatiletnij opyt lechenija posleoperacionnyh ventral'nyh gryzh // Vestn. hir. – 2000. – № 2. – S. 105-108.
2. Belokonev V.I., Fedorina T.A., Kovaleva Z.V., Pushkin S.Ju., Nagapetjan S.V., Supil'nikov A.A. Patogenez i hirurgicheskoe lechenie posleoperacionnyh gryzh. – Samara, 2005. – 208 s.

3. Биряльцев В.Н., Шаймарданов Р.Ш., Филиппов В.А., Халилов Х.М. Герниоабдоминаластика: Руководство для врачей. – Казань: Идел-пресс, 2008. – 102 с.
4. Егиев В.Н. Ненатяжнаягерниопластика. – М.: Медпрактика, 2002. – 120 с.
5. Юрасов А.В., Федоров Д.А., Шестаков А.Л. Математическое прогнозирование при выборе метода пластики послеоперационных грыж // *Анналы хирургии*. – 2002. – № 1. – С. 47-51.
6. Sugrue M., Buist M., Lee A., Sanchez D., Hillman K. Intra-abdominal measurement using a modified nasogastric tube: description and validation of a new technique // *Intensive Care Med*. 1994. – № 20. – P. 588-590.
7. Itani K.M., Hur K F., Kim L.T. et al. Comparison of laparoscopic and open repair with tpsH for the treatment of ventral incisional hernia // *Arch. Surg*. – 2010. – № 145 (4). – P. 322-328.
8. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 228 с.
9. Подергин А.В., Хальзов В.Л. Неудачи грыжесечений с пластикой полипропиленовой сеткой // *Вестник герниологии*. – 2006. – № 2. – С. 149-152.
10. Сурков Н.А. Анатомио-функциональная реконструкция передней брюшной стенки при ее деформациях и дефектах (клинико-морфологическое исследование): автореф. дис. на соискание уч. степени док.мед. наук: спец. 14.00.27 «хирургия» / Н.А. Сурков. – М., 2007. – 46 с.
11. Лядов В.К. Сравнительная оценка материалов для внутрибрюшинного размещения при лечении грыж передней брюшной стенки (экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед.наук: спец. 14.01.03 «хирургия» / В.К. Лядов. – М., 2010. – 18 с.
12. Федоров И.В., Славин Л.Е., Кочнев А.В. Серома как осложнение хирургии грыж живота // *Вестник герниологии*. – 2006. – № 2. – С. 195-198.
13. Kingnorth A. The management of incisional hernia // *Ann. R. Coll. Surg. Engl*. – 2006. – № 88. – P. 252-260.
3. Birjal'cev V.N., Shajmardanov R.Sh., Filippov V.A., Halilov H.M. Gernioabdominoplastika: Rukovodstvo dlja vrachej. – Kazan': Idel-press, 2008. – 102 s.
4. Egiev V.N. Nenatjazhnajagernioplastika. – M.: Medpraktika, 2002. – 120 s.
5. Jurasov A.V., Fedorov D.A., Shestakov A.L. Matematicheskoe prognozirovanie pri vybore metoda plastiki posleoperacionnyh gryzh // *Annaly hirurgii*. – 2002. – № 1. – С. 47-51.
6. Sugrue M., Buist M., Lee A., Sanchez D., Hillman K. Intra-abdominal measurement using a modified nasogastric tube: description and validation of a new technique // *Intensive Care Med*. 1994. – № 20. – R. 588-590.
7. Itani K.M., Hur K F., Kim L.T. et al. Comparison of laparoscopic and open repair with tpsH for the treatment of ventral incisional hernia // *Arch. Surg*. – 2010. – № 145 (4). – R. 322-328.
8. Egiev V.N., Ljadov K.V., Voskresenskij P.K. Atlas operativnoj hirurgii gryzh. – M.: Medpraktika-M, 2003. – 228 s.
9. Podergin A.V., Hal'zov V.L. Neudachi gryzhesechenij s plastikoj polipropilenovoj setkoj // *Vestnik gerniologii*. – 2006. – № 2. – S. 149-152.
10. Surkov N.A. Anatomo-funkcional'naja rekonstrukcija perednej brjushnoj stenki pri ee deformacijah i defektah (kliniko-morfologicheskoe issledovanie): avtoref. dis. na soiskanie uch. stepeni dok.med. nauk: spec. 14.00.27 «hirurgija» / N.A. Surkov. – M., 2007. – 46 s.
11. Ljadov V.K. Sravnitel'naja ocenka materialov dlja vnutribrjushinnogo razmeshhenija pri lechenii gryzh perednej brjushnoj stenki (jeksperimental'no-klinicheskoe issledovanie): avtoref. dis. na soiskanie uch. stepeni kand. med.nauk: spec. 14.01.03 «hirurgija» / V.K. Ljadov. – M., 2010. – 18 s.
12. Fedorov I.V., Slavin L.E., Kochnev A.V. Seroma kak oslozhnenie hirurgii gryzh zhivota // *Vestnik gerniologii*. – 2006. – № 2. – S. 195-198.
13. Kingnorth A. The management of incisional hernia // *Ann. R. Coll. Surg. Engl*. – 2006. – № 88. – R. 252-260.

МРНТИ 76.29.29.

КЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЧАЙ ТРОМБОЗА ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ ВЕНЫ, КАК СЛЕДСТВИЕ ЯТРОГЕННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

ОБ АВТОРАХ

Байгусова Д.З. – Национальный научный центр хирургии им. А.Н.Сызганова, заведующая отделом лучевой диагностики

Айтжанова А.А. - Национальный научный центр им. А.Н.Сызганова, врач-резидент отдела лучевой диагностики

Примкулова Ф.А. - Национальный научный центр им. А.Н.Сызганова, врач-резидент отдела лучевой диагностики

Олжабаева А.К. - Национальный научный центр им. А.Н.Сызганова, врач-резидент отдела лучевой диагностики

Байгусова Д.З., Айтжанова А.А., Примкулова Ф.А., Олжабаева А.К.
Национальный научный центр хирургии им.А.Н. Сызганова,
отдел лучевой диагностики, Алматы, Казахстан

Аннотация

В данной статье представлен редкий случай тромбоза верхней брыжеечной вены, как следствие ятрогенного повреждения и его выявления, методом компьютерно-томографической ангиографии. Тромбоз мезентериальных сосудов редко встречающаяся патология, для диагностики которой требуется проведение определенных диагностических процедур. Данный клинический случай демонстрирует, что в случае подозрения на тромбоз верхней брыжеечной вены, обязательным является проведение компьютерной томографии органов брюшной полости с болюсным внутривенным введением контрастного вещества.

Ключевые слова

Тромбоз верхнебрыжеечной вены. Компьютерно-томографическая ангиография. Ультразвуковая доплерография

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Байгусова Д.З. - А.Н.Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталық, сәулелі диагностика бөлімінің меңгерушісі

Айтжанова А.А. - А.Н.Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми орталық, сәулелі диагностика бөлімінің дәрігер-резиденті

Примкулова Ф.А. - А.Н.Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми орталық, сәулелі диагностика бөлімінің дәрігер-резиденті

Олжабаева А.К. - А.Н.Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми орталық, сәулелі диагностика бөлімінің дәрігер-резиденті

Жоғарғы шажырқай венасының тромбозы клиникалық жағдайы

Байгусова Д.З., Айтжанова А.А., Примкулова Ф.А., Олжабаева А.К.
А.Н. Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы,
сәулелі диагностика бөлімі, Алматы, Қазақстан

Аңдатпа

Мақалада сирек кездесетін жағдай шажырқай қан тамырларының тромбозын компьютерлі-томографиялық ангиография әдісі бойынша анықтау ұсынылған. Шажырқайлы қан тамырлардың тромбозы сирек кездесетін патология болып табылады және хирургиялық емдеуді талап етеді. Бұл клиникалық жағдайда жоғары шажырқайлы венаның тромбозына күдік туындағанда, міндетті түрде құрсақ ағзаларының болюсты контрастты енгізу арқылы компьютерлі-томографиялық ангиография әдісін қолдану керектігі көрсетілген.

Түйін сөздер

Жоғарғы шажырқай венасының тромбозы. Компьютерлі-томографиялық ангиография. Ультразвукты доплерография

A clinical case of thrombosis of the superior mesenteric vein

ABOUT THE AUTHORS

Baygusova D.Z. - National Scientific Center named after A.N.Syzganov, head of the radiology department

Aitzhanova A.A. - National Scientific Center named after A.N.Syzganov, resident of the radiology department

Primkulova F.A. - National Scientific Center named after A.N.Syzganov, resident of the radiology department

Olzhabaeva A.K. - National Scientific Center named after A.N.Syzganov, resident of the radiology department

Baygusova D.Z., Aitzhanova A.A., Primkulova F.A., Olzhabaeva A.K.
National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov,
Department of Radiology, Almaty, Kazakhstan

Keywords

The superior mesenteric vein thrombosis. Computer tomographic angiography. Ultrasonic dopplerography

Abstract

The article presents a rare case of detection of thrombosis of mesenteric vessels by the method of computer tomography angiography. Thrombosis of mesenteric vessels is a rare pathology and requires surgical treatment. This clinical case demonstrates that, in case of suspected thrombosis of the superior mesenteric vein, compulsory computed tomography of the abdominal organs with bolus intravenous administration of contrast medium is mandatory.

Актуальность

Тромбоз мезентериальных сосудов [1] редко встречающаяся патология – 1 пациент на 1500-2000 поступивших в больницу, по срочным показаниям. Мезентериальный венозный тромбоз составляет 10-15% всех случаев мезентериальной ишемии. Среди диагностических лапаротомий его выявляют в 0,001% случаях.

Чаще всего причинами возникновения тромбоза брыжеечных вен являются травмы живота, оперативные вмешательства на органы брюшной полости, состояние гиперкоагуляции, тромбоз воротной вены, состояние гипоперфузии, применение вазоконстрикторов, интраабдоминальные гнойные процессы, новообразования в брюшной полости, механическая кишечная непроходимость вследствие спаечного процесса или заворота, ХСН, циррозы печени, заболевания крови (лейкозы, полицитемии), состояние после спленэктомии [2].

Клиническая картина

Проявления мезентериального венозного тромбоза начинаются латентно, с симптомов умеренного абдоминального дискомфорта на протяжении 7-10 дней. У больных также отмечается вздутие живота, изменение функционального состояния кишечника (обычно в виде диареи), тошнота, легкая болезненность при пальпации живота, выраженная лихорадка. На поздней стадии отмечаются признаки острого живота [9].

Лучевые методы диагностики

При подозрении на мезентериальный венозный тромбоз, прибегают к следующим исследованиям: ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерно-томографическая ангиография (КТА). Так, как при УЗИ возможно визуализировать только воротную вену (УЗДГ -специфичность - 92-100%, чувствительность - 70-89%) [6,7], компьютерная томография (КТ) с болюсным контрастным усилением является методом выбора [3], при подозрении на мезентериальный венозный тромбоз, если пациент достаточно стабилен и может перенести данное исследование. При этом методе исследования определяются расширенные брыжеечные или воротная вены с уплотненными стенками и низкой плотностью внутри вены (тромб), а также газ и утолщение кишечной стенки.

В качестве примера приводим клиническое наблюдение. Пациентка Л., 34 года, обратилась в ННЦХ им.А.Н.Сызганова с диагнозом: Нарушение всасывания в кишечнике неуточненной этиологии. Синдром мальабсорбции. Состояние после оперативного лечения (13.05.16г): удаление лей-

омиомы забрюшинного пространства. Какехсия 2 ст. На момент обращения отмечались следующие жалобы: болезненность в правом подреберье, боли в верхней половине живота, частое вздутие живота, плохой аппетит, выраженную слабость, боли в суставах, недомогание, нарушение стула, головную боль, головокружение, снижение веса, нарушение сна, ограничение подвижности.

Из анамнеза заболевания выяснилось, что 13.05.2016г. в Областном онкологическом центре (ООЦ), по месту жительства, было проведено оперативное удаление лейомиомы забрюшинного пространства. С 13.06.16г по 28.06.16г. повторная госпитализация в ООЦ с диагнозом: Саркома забрюшинного пространства Т3НхМо. С/п операции. Анемия тяжелой степени. Гистологическое заключение от 27.05.16г.: Лейомиома глубоких мягких тканей брюшной полости. 19.08.16г – 06.09.16г вновь госпитализирована в ООЦ в связи с ухудшением состояния. 10.10.16г-01.11.16г – так же госпитализирована в Городскую больницу, в связи с ухудшением состояния. Была проведена диагностическая лапароскопия, в ходе которой отмечался выраженный спаечный процесс и осмотреть брюшную полость не удалось. В связи с ухудшением состояния больная была вновь госпитализирована в ООЦ 21.11.16г, откуда была выписана 10.12.16г с рекомендациями о направлении в ННЦХ им.А.Н.Сызганова г.Алматы для дальнейшего лечения. В течение данного периода были проведены следующие диагностические исследования:

- КТ ОБП без контрастирования, с выявлением асцита, воспалительной реакции межпечельного пространства, умеренной гепатомегалией, признаками холецистопанкреатита, диффузными изменениями паренхимы печени, стеатогепатоза, призна-

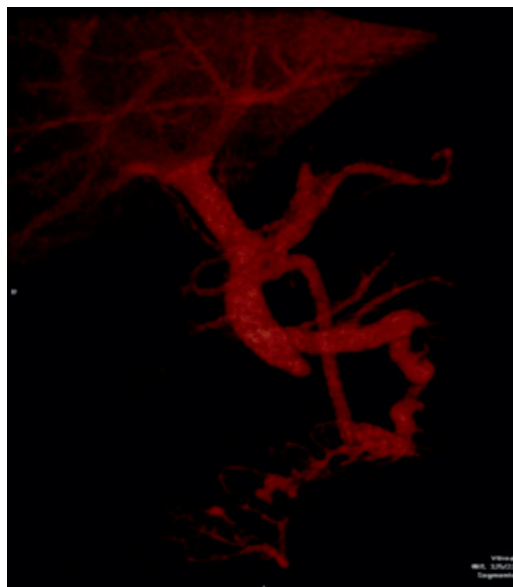
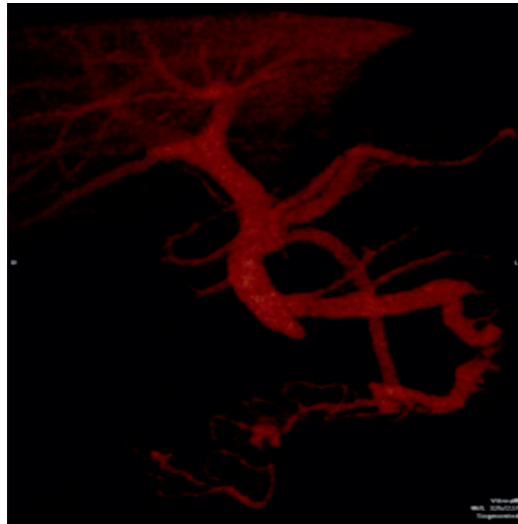


Рисунок 1.
Верхняя брыжеечная вена не прослеживается

Рисунок 2.

Отмечается наличие коллатералей нижней брыжеечной вены



ками двустороннего пиелонефрита, пареза кишечника.

- МРТ ОМТ: МР-признаки метроэндометрита, цервицита, кисты шейки матки, киста правого яичника, признаки цистита, слабовыраженные спаечные проявления в малом тазу.
- КТ ОГК: КТ-признаки гидроперикарда и гипостаза в малом кругу кровообращения. Хронический бронхит.
- МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: медианные протрузии межпоз-

внкрвых дисков, спондилез пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Для уточнения диагноза пациентке в условиях ННЦХ им.А.Н.Сызганова 03.07.2017г. было проведено КТ ОБП с болюсным введением контрастного вещества Визипак 320, в объеме 50мл (вес пациентки 30 кг) и выставлено следующее заключение: Состояние после операции. Отсутствие контрастирования верхней брыжеечной вены, КТ-картина тромбоза брыжеечной вены, более вероятно как следствие ятрогении. Асцит.

На основании данных КТ-заключения был выставлен клинический диагноз: Состояние после операции. КТ-картина тромбоза верхней брыжеечной вены, как следствия ятрогенного повреждения.

Учитывая вышеперечисленные данные, пациентке было рекомендована проведение оперативного лечения (трансплантации кишечника).

Вывод

В случае подозрения на тромбоз верхней брыжеечной вены, является обязательным проведение компьютерной томографии органов брюшной полости с болюсным внутривенным введением контрастного вещества, так как, только данный метод исследования, может ускорить постановку правильного диагноза и определении дальнейшей тактики лечения пациентов.

Список литературы

1. Пономарев Э.А., Маскин С.С. - Хирургические заболевания сосудов. pdf
2. Deron J Tessier, MD, Staff Surgeon, Kaiser Permanente Medical Center, Fontana, CA <http://misc.medscape.com/pi/android/medscapeapp/html/A193921-business.html>
3. Климова Н.В., Я.А. Илканич, В.В. Дарвин, Д.С. Лобанов <http://radp.ru/db/20134/Pages%20from%204-32-37.pdf>
4. МакНелли Питер Р. Секреты гастроэнтерологии/ перевод с англ. под редакцией проф. Апросиной З.Г., Бином, 2005 <http://www.pathologyoutlines.com/topic/colonicischemic.html>
5. Рэфтери Э. Хирургия. Справочник/под общ.редакцией Луцевича О.И., Пушкаря Д.Ю., Медпресс-информ, 2006
6. «American Gastroenterological Association medical position statement: Guidelines on intestinal ischemia», Gastroenterology journal, volume 118, issue 5, may 2000
7. «Colon non tumor. Colitis (non-infectious). Ischemic colitis», reviewer: Hanni Gulwani, PathologyOutlines.com, May 2013
8. «Non-IBD colitides: clinically useful histopathological clues» Vincenzo Villanacci, Stefania Manenti, Elisabetta Antonelli, Mariella Chiudinelli, Vittorio Giuliano, Gabrio Bassotti, Rev Esp Enferm Dig journal, №103 (7), 2011
9. «Абдоминальная ишемическая болезнь» Христич Т.Н., Кендзерская Т.Б., журнал «Острые и неотложные состояния в практике врача», №3, 2008

References

1. Ponomarev E.A., Maskin S.S. - Surgical diseases of blood vessels. pdf
2. Deron J Tessier, MD, Staff Surgeon, Kaiser Permanente Medical Center, Fontana, CA <http://misc.medscape.com/pi/android/medscapeapp/html/A193921-business.html>
3. N. V. Klimova, A. Ya. Ilkanich, V. V. Darwin, D. S. Lobanov <http://radp.ru/db/20134/Pages%20from%204-32-37.pdf>
4. McNally Peter R. Secrets of gastroenterology / translation from English. edited by prof. Aprosina ZG, Binom, 2005 <http://www.pathologyoutlines.com/topic/colonicischemic.html>
5. Rafferty E. Surgery. Reference book / under general editorship Lutsevich OI, Pushkary D.Yu., Medpress-inform, 2006
6. «American Gastroenterological Association medical position statement: Guidelines on intestinal ischemia», Gastroenterology journal, volume 118, issue 5, may 2000
7. «Colon non tumor. Colitis (non-infectious). Ischemic colitis», reviewer: Hanni Gulwani, PathologyOutlines.com, May 2013
8. «Non-IBD colitides: clinically useful histopathological clues» Vincenzo Villanacci, Stefania Manenti, Elisabetta Antonelli, Mariella Chiudinelli, Vittorio Giuliano, Gabrio Bassotti, Rev Esp Enferm Dig journal, №103 (7), 2011
9. «Abdominal ischemic illness» Khristich TN, Kendzerskaya TB, «Sharp and urgent states in the practice of a doctor», №3, 2008

ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ УПРАВЛЕНИЯ ПОСТАВЩИКАМИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (НА ПРИМЕРЕ АО «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ» ИМ. А. Н. СЫЗГАНОВА)

МРНТИ 76.75.75

Акылбеков М.Ж.¹, Медеубеков У.Ш.², Утеулиев Е.С.¹, Сагатов И.Е.²

¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

²Национальный научный центр хирургии им. А. Н. Сызганова, Алматы, Казахстан

Аннотация

Стратегия «Казахстан-2050» Новый политический курс состоявшегося государства подтверждает необходимость формирования новой системы эффективного управления. В стратегии Лидер Нации Н.А. Назарбаев подчеркнул, что «Экономическая политика нового курса - всеобъемлющий экономический прагматизм на принципах прибыльности, возврата от инвестиций и конкурентоспособности». Освоение средств во всех секторах экономики должно иметь принцип целесообразности.

В условиях существенного увеличения государственного финансирования в здравоохранения, появления новых эффективных методов управления в области здравоохранения, растущие цены на современное медицинское оборудование и лекарственные средства, важно выполнить поставленные задачи и вызовы современного мироустройства путем совершенствования организации, управления, финансирования медицинской помощи.

Финансово-экономический анализ даст возможность эффективно управлять поставщиками медицинских услуг в условиях социального медицинского страхования.

ОБ АВТОРАХ

Акылбеков Марат Жаксыбаевич - магистрант, «Высшая школа общественного здравоохранения МЗСР РК»

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

Утеулиев Ержан Сабиталиевич - Проректор по учебной и научной работе «Высшая школа общественного здравоохранения МЗСР РК»

Сагатов Инкар Ергалиевич – главный научный сотрудник ННЦХ им. А.Н. Сызганова, доцент кафедры кардиохирургии с курсами ангио- и рентгеноэндоваскулярной хирургии КазМУНО, доктор медицинских наук, e-mail: inkar_sagatov@rambler.ru

Ключевые слова

управление, анализ, здравоохранения

Әлеуметтік медициналық сақтандыру жағдайында медициналық қызмет көрсетушілердің қаржылық-экономикалық басқарудың аспектісі («А. Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы» АҚ мысалында)

Акылбеков М.Ж.¹, Медеубеков Ұ. Ш.², Утеулиев Е. С.¹, Сагатов И.Е.²

¹«ҚДСЖМ» Қазақстандық медициналық университеті

²А. Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы, Алматы, Қазақстан

Аңдатпа

«Қазақстан-2050» Стратегиясы қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты тиімді басқарудың жаңа жүйесін қалыптастыруды растайды. Стратегияда Ұлттың Лидері Н. Ә. Назарбаев «Жаңа бағыттың экономикалық саясаты – пайда алу, инвестициялар мен бәсекеге қабілеттіліктен қайтарым алу принципіне негізделген түгел қамтитын экономикалық прагматизм» екендігін атап өтті. Қаржыны игеру экономиканың барлық секторында мақсаттылық қағидасына негізделу керек.

Денсаулық сақтауға мемлекеттік қаржыландыруды едәуір ұлғайту жағдайында, денсаулық сақтау саласында басқарудың жаңа тиімді әдістемесінің пайда болуы, заманауи медициналық құрал-жабдықтарға және дәрілік заттарға бағалардың өсуі, қойылған мақсаттарды және заманауи әлемдік ахуалдыққа шақыртуларды ұйымдастыруды, басқаруды, медициналық көмекті қаржыландыруды жетілдіру жолымен орындау маңызды.

Қаржылық-экономикалық талдау әлеуметтік медициналық сақтандыру жағдайында медициналық қызмет көрсетушілерді тиімді басқаруға мүмкіндік береді.

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Акылбеков Марат Жаксыбаевич - магистрант, «ҚР ДСМ Денсаулық сақтау жоғары мектебі»

Медеубеков Ұлықбек Шалқарұлы – А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығының басқарма Төрағасының ғылыми-клиникалық қызметтер жөніндегі орынбасары, м.ғ.д., профессор.

Утеулиев Ержан Сабиталиевич - «ҚР ДСМ Денсаулық сақтау жоғары мектебі» оқу және ғылыми жұмыс жөніндегі проректоры

Сагатов Инкар Ергалиевич – А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы, медицина ғылымдарының докторы, e-mail: inkar_sagatov@rambler.ru

Түйін сөздер

басқару, сараптама, денсаулықсақтау

ABOUT THE AUTHORS

Marat Zh Akyzbekov - graduate student,
"Higher School of Public Health of the
Ministry of Healthcare of the Republic of
Kazakhstan"

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

Erzhan S. Uteuliev - Prorector for
educational and scientific work in
KAZAKHSTAN'S MEDICAL UNIVERSITY
"KSPH"

Inkar E. Sagatov - chief researcher of
the NNChH named after. A.N. Syzganova,
associate professor of cardiosurgery with
courses of angio and X-ray endovascular
surgery KazMUNO, doctor of medical
sciences, e-mail: inkar_sagatov@rambler.ru

Keywords

management,
analysis, health care.

Financially and economic aspects of managing suppliers of medical services in conditions of social health insurance (on the example of JSC «National scientific center of surgery named after A. N. Syzganov»)

Akyzbekov M.Zh¹., Medeubekov. U.Sh²., Uteuliyev E.S¹., Sagatov I.Ye.²

¹Kazakhstan's medical university «KSPH»

²National scientific center of surgery by A. N. Syzganov, Almaty, Kazakhstan

Abstract

Strategy "Kazakhstan-2050" The new political course of the held state confirms the need for the formation of a new system of effective management. In the strategy of the Nation's Leader NA. Nazarbayev emphasized that "The economic policy of the new course is a comprehensive economic pragmatism based on profitability, return on investment and competitiveness." The development of funds in all sectors of the economy should have the principle of expediency.

In conditions of a significant increase in public funding in healthcare, the emergence of new effective methods of healthcare management, the rising prices of modern medical equipment and medicines, it is important to fulfill the tasks and challenges of the modern world order by improving the organization, management, financing of medical care.

The financial and economic analysis will give an opportunity to effectively manage the providers of medical services in the context of social health insurance.

Введение и обсуждение

Стратегическое планирование в XXI веке является правилом номер один. Оно направлено на адаптацию деятельности организации к постоянно меняющимся условиям внешней среды и на извлечение выгод из новых возможностей.

Развитая страна в XXI веке – это активные, образованные и здоровые граждане. Для достижения поставленной задачи Лидер Нации подчеркнул, что необходимо изучить вопрос о введении обязательного медицинского страхования с главным принципом всей системы медицинского обслуживания – солидарная ответственность государства, работодателя и работника за его здоровье [1].

Согласно Закону «Об обязательном социальном медицинском страховании» (ОСМС) с 1 января 2018 года система финансирования здравоохранения Республики будет переходить с бюджетной модели в социальное медицинское страхование. С внедрением ОСМС, система здравоохранения окончательно перейдет на работу в условиях конкуренции, что закономерно повысит качество медицинских услуг [2].

Условия конкуренции – это рыночно – ориентированная система управления и организация медицинской помощи. Будут изменены системы и принципы управления. Основными задачами реформы здравоохранения являются: адаптация системы здравоохранения к основным принципам рыночной экономики, совершенствование экономических отношений в здравоохранении, обеспечение финансовой стабильности системы здравоохранения.

В современных рыночных экономических условиях управленческая деятельность необходима как важнейший фактор развития организации. Управленческая деятельность постоянно совершенствуется и формирует новые направления, ориентируясь на требования рынка [3].

В таких условиях необходимо доказать целесообразность и эффективность предполагаемых затрат всех ресурсов. Методология принятия управленческого решения включает его комплексное исследование – многоаспектный анализ, выявляющий его технико-технологическую, социальную, экологическую, институциональную, финансовую и экономическую привлекательность и обоснованность.

Многие известные авторы, такие как Веснин В.Р., Виханский О. С, Наумов, А. И., Гриффин Р., Пастей М., Мескон М. и другие, в своих книгах излагали таким образом, что эффективность управленческой деятельности – это создание максимально благоприятных условий для достижения производственным персоналом поставленных целей в минимальные сроки при наивысших качественных и количественных показателях и наименьших затратах ресурсов. Также, эффективность управления объясняется, как умение руководителя побудить, заинтересовать, стимулировать или мотивировать подчиненных ему работников трудиться энергично, производительно и с высокой отдачей. Эффективность управления может быть оценена по степени достижения таких целей:

- по конечным результатам производственной деятельности (по уровню прибыли);

- по качеству планирования (улучшение показателей бюджетирования);
- по эффективности вложений (отдача на капитал);
- по увеличению скорости оборачиваемости капитала и т.п.[4,5, 6, 7].

Эффективное управление поставщиками в сложных изменяющихся ситуациях становится актуальнее и сложнее. Для достижения успехов требуется огромный профессиональный опыт и образование, а еще с ожидаемым усилением конкурентной среды в рыночных ситуациях требования к качеству предоставляемой медицинской услуги значительно возрастает [8].

По рекомендациям ВОЗ, эффективность системы здравоохранения, в том числе эффективность поставщика – это система, в которой всему населению предоставляются качественные и безопасные медицинские услуги по необходимости. Конкретная структура предоставления медицинских услуг может быть разной в зависимости от страны, однако общими элементами являются следующие:

- устойчивый механизм финансирования;
- высококвалифицированные кадровые ресурсы;
- наличие надежной информации, на которой должны основываться принимаемые решения и меры политики;
- поддерживаемые в хорошем состоянии организации здравоохранения;
- система материально-технического обеспечения для снабжения качественными лекарственными средствами и технологиями [9].

Модель социального медицинского страхования создана немецким канцлером Отто фон Бисмарком в 1881 году. Социальное медицинское страхование (СМС) обеспечивает реализацию солидарной ответственности за здоровье всех социальных партнеров, создает стимулы для развития конкуренции, повышения качества и эффективности. Кроме того, при этой модели

обеспечивается высокий уровень саморегулирования системы здравоохранения [10].

Экономическая деятельность Фондов социального медицинского страхования в других странах на примере представлена в таблице 1.

Политика в области здравоохранения снижение стационарной медицинской помощи за счет увеличения качества и доступности ПМСП и СЗП.

Предъявленная сумма к оплате общим пролеченным больным в круглосуточных стационарах по итогам 2016 года по сравнению с 2015 годом увеличилась на 30% и составила 319 344 016 тыс. тенге против 244 813 501 тыс. тенге. От общего пролеченных 64% составляет женщины. Возрастной состав пролеченных больных в круглосуточных стационарах РК в рамках ЕНЦЗ за период с 1 января по 31 декабря 2015-2016 гг. представлено на рисунке 1. В структуре пролеченных больных по предъявленным суммам самый высокий удельный вес пролеченных составляет 52% в возрасте 18-59 лет, это экономически активные граждане в трудоспособном возрасте. Именно эти слои населения влияют на экономику страны. Временная нетрудоспособность экономически активного населения несет ущерб для развития экономики страны.

Анализируя деятельность АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова» (ННЦХ им. А.Н. Сызганова), как ведущего центра в области хирургии, по итогам 2016 года мощность клиники составляет 200 коек, в том числе 30 коек по внебюджету – многопрофильного платного отделения.

В АО «ННЦХ им. А.Н. Сызганова» по итогам 2016 года всего пролеченных пациентов (по ВСМП+СМП) по сравнению с 2015 годом на 21% больше и составляет 3418 больных против 2830 пациентов (2014г.-3028 больных). По оперативным отчетам процент исполнения плана по итогам 2016 года составил 99,76 %.

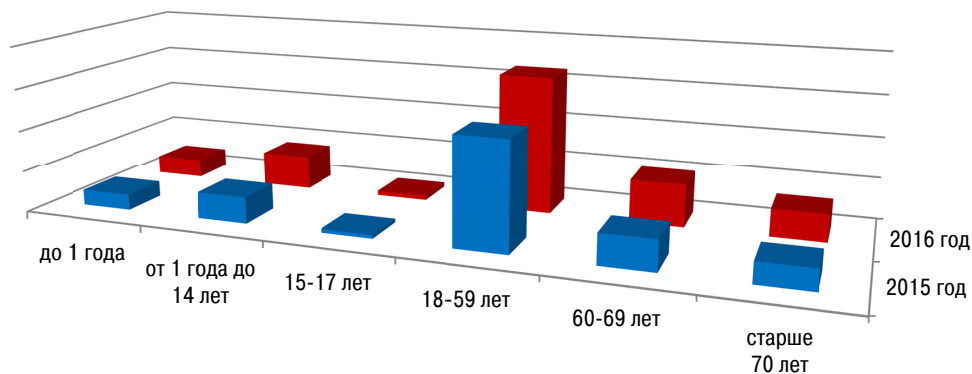
Повышение кадрового потенциала хирургической службы для укомплектования и формирования

Страна	Чехия	Эстония	Румыния	Словения	Турция
Организация	Рыночная модель, несколько ФСМС	Единый ФСМС	Единый ФСМС	Единый ФСМС	Единый ФСМС
Финансирование	Взносы, бюджетные субсидии	Взносы, бюджетные субсидии	Взносы, бюджетные субсидии	Взносы, бюджет	Взносы, бюджетные субсидии
Сбор взносов	ФСМС	Налогово-таможенный департамент, МФ	МФ	ФСМС	ФСМС
Децентрализация	Имеет	Ограничена	Ограничена	Имеет	Имеет

Таблица 1.
Обзор и финансирование СМС международных стран.

Рисунок 1.

Динамика пролеченных больных в круглосуточных стационарах РК в рамках ЕНСЗ за период 2015-2016 годы, в тыс.тг.



	до 1 года	от 1 года до 14 лет	15-17 лет	18-59 лет	60-69 лет	старше 70 лет
2015 год	18 748 276	31 430 737	4 385 027	129 417 206	36 193 373	24 638 879
2016 год	23 160 021	41 848 460	5 578 612	164 966 336	51 021 583	32 769 001

ния пула из высокоспециализированных кадров является второй задачей Стратегического плана «ННЦХ им. А.Н. Сызганова» на 2016-2020 годы.

За анализируемый период произошло снижение численности работников в 2015 году – на 2 человека, за пять месяцев 2016 года – на 11 человек (1,6% по сравнению с 2015 годом), и составила 670 человек. Однако, за анализируемый период отмечается увеличение размера среднемесячной заработной платы. По итогам 2016 года среднемесячная заработная плата на 1 работника «ННЦХ им. А.Н. Сызганова» составила 147 525,6 тенге. В течение 2 лет среднемесячная заработная плата на 1 работника увеличена на 13%.

Ведется активный подбор квалифицированных кадров, формируется кадровый резерв в целях совершенствования деятельности по подбору кадров для замещения должностей, способных эффективно работать в современных условиях и с целью улучшения качественного состава сотрудников, а также своевременного удовлетворения потребности в кадрах и повышения личной мотивации.

Финансово-экономический анализ проведен на основе данных бухгалтерских балансов «ННЦХ им. А.Н. Сызганова» за период 2014 – 2016 годы с методами, рекомендованными Медик В.А. и Юрьев В.К., профессорами из Российской Федерации, а также О.И. Жидковой, которая является автором нескольких книг в области медицинской статистики.

В анализе были рассчитаны:

- коэффициент использования основных фондов лечебной организации, также показатели фондовооруженности, фондоотдачи и фондоемкости, эффективности деятельности, эффективности трудовых затрат, рентабельности;
- показатели эффективности использования конечного фонда;

- показатели использования медицинских кадров.

Для обеспечения углубленного анализа финансового состояния медицинской организации целесообразно проведения анализа и определения показателей по отдельным ключевым направлениям. По результатам финансово-экономического анализа необходимо рассчитать и оценить экономическую эффективность медицинской организаций.

Организациям в рыночных условиях для обеспечение эффективности, в том числе экономической и социальной, необходимо создать стратегическую карту организации. Стратегическая карта должна обеспечить некоторые стратегические задачи:

- обеспечить населения доступной и качественной медицинской помощью;
- обеспечить финансовую устойчивость медицинской организации;
- обеспечить развития потенциала организации и внедрение инноваций.

Для каждой стратегической задачи необходимо построить бизнес-процесс для достижения задачи (рисунок 2).

Выводы

1. Республика Казахстан осуществляет планомерную работу для повышения эффективности управления и финансирования системы здравоохранения и повышение эффективности использования ресурсов и совершенствования инфраструктуры отрасли. Это стратегия нашла свою поддержку в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 -2019 годы. Для реализации этих стратегии ключевым направлением является внедрение обязательного социального медицинского страхования в Республике Казахстан.

2. Современная политика системы здравоохранения направлена на развитие квазигосударственных субъектов здравоохранения. В рыночных условиях целесообразность и обеспечение эффективности предполагаемых всех ресурсов обусловлено системой взаимоотношения плательщика и поставщика.
3. Финансово-экономический анализ даст возможность оценить экономическую эффективность работы организации здравоохранения и на основе анализа построить стратегическую карту, которая является основой для разработки бизнес-процессов и разработки ключевых направлений дальнейшего развития.

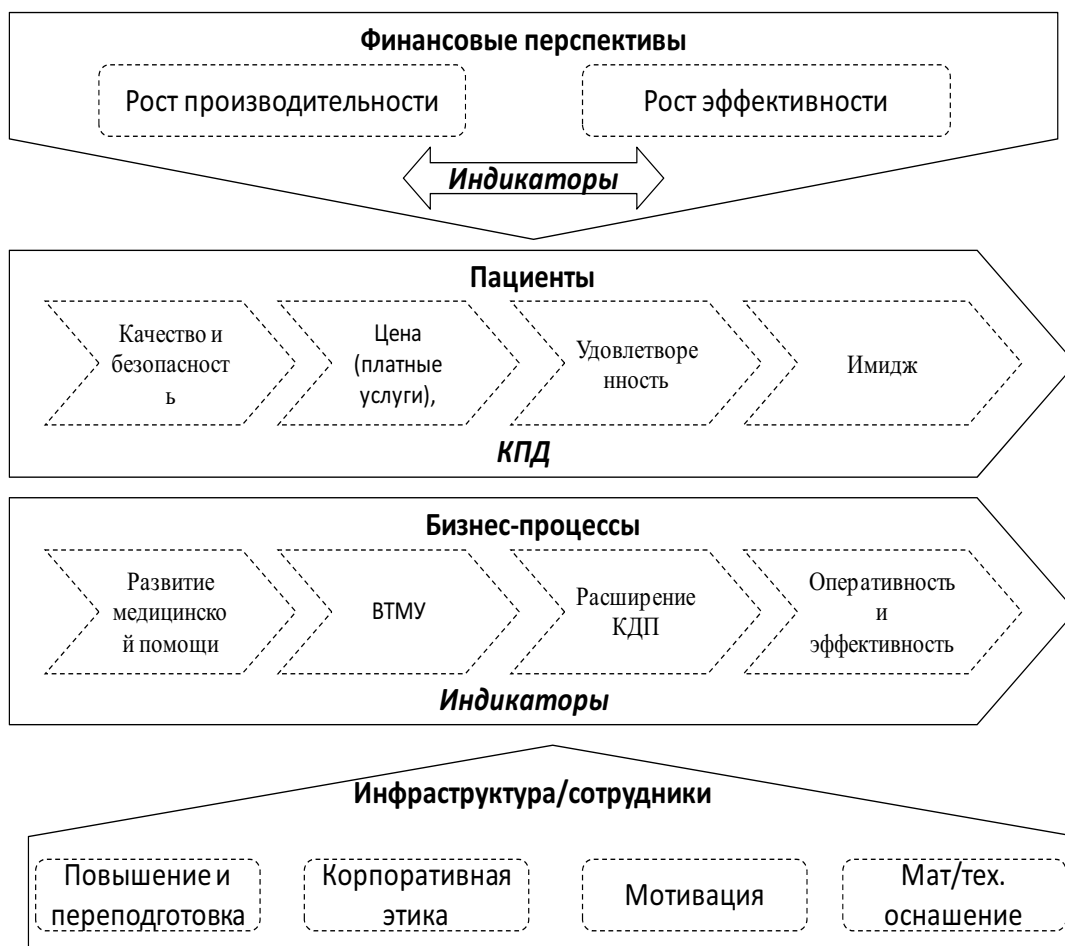


Рисунок 2.
Бизнес – процесс для перспективы медицинской организации.

Список литературы

1. Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана, «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее». 2014 г., Астана
2. «Медицинское страхование – залог качества и доступности медпомощи – эксперт», 2017. [Электронный ресурс] <https://primeminister.kz/ru/news/zdravoohranenie/meditsinskoe-strahovanie-zalog-kachestva-i-dostupnosti-medpomoshchi-ekspert-14105>.
3. Кириллова Н.Б. Менеджмент социокультурной сферы. – Екатеринбург: УрФУ, 2012. – С. 6,7,84. – 186 с

References

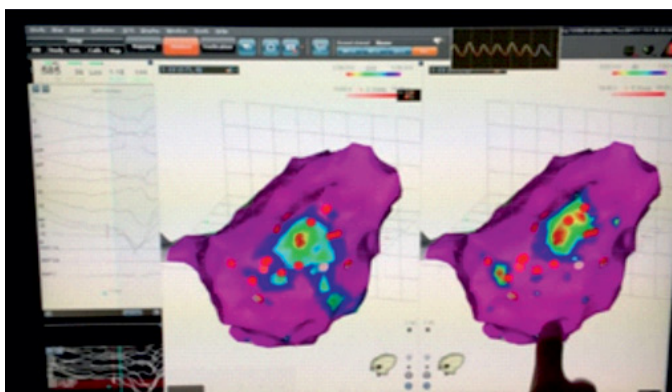
1. Message from the President of the Republic of Kazakhstan Nursultan Nazarbayev to people of Kazakhstan, "Kazakhstan's way - 2050: Common goal, common interests, common future." 2014, Astana
2. "Health Insurance - guarantee of the quality and accessibility of medical care - expert", 2017. [electronic resource] <https://primeminister.kz/ru/news/zdravoohranenie/meditsinskoe-strahovanie-zalog-kachestva-i-dostupnosti-medpomoshchi-ekspert-14,105>.
3. Kirillova N.B. Management of the socio-cultural sphere. - Ekaterinburg: UrFU, 2012. - С. 6,7,84. - 186 s

4. Основы менеджмента: Эффективность управления. [Электронный ресурс] <http://bmanager.ru/articles/effektivnost-upravleniya.html>, дата обращения 08.05.2017г.
5. Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента. /Пер. с англ. – Учебник.- М.: Дело ЛТД, 2010.- 701 с.
6. Веснин В. Р. Основы менеджмента. Учебник. – М.: Триада, ЛТД, 2011.- - 495 с.
7. Виханский О. С., Наумов А. И. Менеджмент. Учебник. – М.: «Фирма Гардика», 2008.- 586 с.
8. С.Э. Ермакова «Формирование и развитие процессно-ориентированного управления в медицинских организациях» Москва, 2011 г.
9. ВОЗ: Эффективные системы здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/healthsystems/ru/> (дата обращения: 08.05.2017).
10. Навара И. Социальное страхование в Германии / И. Навара // Русская Германия. – 2006. – №161
4. Fundamentals of Management: Management Effectiveness. [Electronic resource] <http://bmanager.ru/articles/effektivnost-upravleniya.html>, the date of treatment 08.05.2017g.
5. Meskon M., Albert M., Hedouri F. Fundamentals of Management. / Trans. With the English. - Textbook .- Moscow: The Case of LTD., 2010.- 701 p.
6. Vesnin VR Fundamentals of Management. Textbook. - Moscow: Triad, LTD, 2011.- - 495 p.
7. Vikhansky OS, Naumov AI Management. Textbook. - Moscow: "Firma Garda", 2008.- 586 p.
8. S.E. Ermakov, "The formation and development of process-oriented management in health care organizations", Moscow, 2011
9. WHO: Effective health systems [Electronic resource]. URL: <http://www.who.int/healthsystems/ru/> (date of circulation: 05/08/2017).
10. Navara I. Social insurance in Germany / I. Navara // Russian Germany. - 2006. - No. 161

МАСТЕР-КЛАСС ПО ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ АРИТМОЛОГИИ

Мастер-класс по интервенционной аритмологии: «Радиочастотная абляция фибрилляции предсердий с технологией VisiTag, без флюороскопии с помощью внутрисердечного ультразвука»

прошел в ННЦХ им. А.Н. Сызганова 11-12 ноября 2017г. Проктор: Евгений Лян, к.м.н, аритмолог Университетская клиника Любек, Германия. При поддержке компании Biosense Webster.



ПРОПАГАНДА ОРГАННОГО ДОНОРСТВА: ОПЫТ ЮКО

Шесть лет назад в Республике Казахстан под эгидой министерства здравоохранения стартовала первая, по-настоящему масштабная, волна мероприятий по пропаганде органного донорства. На тот момент в нашей стране для развития нового современного направления медицины – трансплантологии – уже были созданы все необходимые условия.

Именно тогда перед обществом всерьез встал вопрос: по какому пути пойти нашей стране, чтобы выработать у казахстанцев более позитивное отношение к данной медицинской технологии? Было понятно, что надо активно заниматься разъяснением аспектов посмертного донорства среди населения всех возрастных групп, чтобы люди не узнавали об этом только тогда, когда у них случилось несчастье. Но какие методы работы взять на вооружение?

Этой проблемой озадачились и в Южно-Казахстанской области, где несколько лет назад стартовала масштабная работа по пропаганде органного донорства среди населения, инициатором которой выступило областное управление здравоохранения. К ней подключились психологи, доктора, представители общественных организаций, религиозных конфессий, а также волонтеры, социологи, юристы. Одной из задач было переломить человеческие страхи и недоверие, встроить донорство в систему здравоохранения страны.

В рамках проекта, получившего название «Дай шанс – спаси жизнь!», проводятся круглые столы, пресс-конференции, встречи с населением, идет раздача информационно-пропагандистского материала, яркие флеш-мобы и даже Дни донора.

В течение двух лет организаторы проводили анонимное анкетирование, призванное выявить реальное отношение жителей к проблеме органного донорства. В общей сложности в нем приняли участие более шести тысяч респондентов.

Итоги его показали: на сегодняшний день беспочвенные страхи обывателей, напуганных мифами о «черных трансплантологах», постепенно развеиваются. Происходит это благодаря активной пропаганде органного донорства в средствах массовой информации.

Но пока еще трансплантология как область медицины в значительной степени является заложницей общественного мнения. Это одна из главных ее особенностей. Согласно проанализированным данным проблема трансплантологии является весьма неосвещенной и, несмотря на большие перспективы в

области оказания медицинской помощи людям, это направление остается в значительной степени только областью научных исследований и экспериментов, а не обычной медицинской практикой. Общество в целом пока еще слабо подготовлено к восприятию идей трансплантации и донорства органов.

Одним из самых интересных в психологическом плане стал вопрос о формах поощрения, вознаграждения донорам за завещанные органы. Как показал анализ, нашим гражданам нужен стимул для этого шага. В том же Израиле, к примеру, существует закон, по которому те, кто согласен после смерти стать донором, сами при жизни получают приоритетное право на пересадку. Это тоже своего рода поощрение, стимул.

Большинство респондентов, принявших участие в первом этапе социологического опроса, считают, что стимулом для казахстанцев становиться посмертными донорами смогло бы бесплатное медицинское обслуживание тех, кто при жизни готов поставить свою подпись в соответствующем документе. За него высказались более 66 процентов опрошенных. Многие респонденты высказались за идею раздачи потенциальным донорам путевок в дома отдыха, санатории, где они могли бы поправлять свое здоровье (16,4 %). Стимулом стать донором для 10 процентов участников анкетирования могло бы послужить звание почетного донора либо другой знак отличия. 4 процента граждан согласны стать донорами за денежное вознаграждение и лишь 3,4 процента уверены, что донорство – дело бескорыстное. К счастью, материальный вопрос для подавляющего большинства не главный, но в то же время людям сложно согласиться на столь важный шаг только из бескорыстных побуждений. Вывод напрашивается сам собой: определенная помощь со стороны государства могла бы простимулировать многих на ответственный шаг.

Главной мерой, способной повлиять на решение проблемы нехватки донорских органов, может стать более масштабная реклама и пропаганда донорства в средствах массовой информации. В этом уверены более сорока процентов респондентов. За проведение Дней доноров на предприятиях, организациях и в вузах высказались 15,8 %. 16% опрошенных считают, что решить проблему сможет вовлечение в акцию по пропаганде известных людей, которые личным примером смогут повлиять на мнение обывателей, простимулировать их решение дать согласие на посмертное донорство.

Мурат Ускенбаев,
президент Республиканского общественного объединения
«Общество инвалидов по трансплантации почек «Үміт».

ИЗИМБЕРГЕНОВ НАМАЗ ИЗИМБЕРГЕНОВИЧ

25 декабря 2017 года исполнилось 80 лет со дня рождения известного ученого, талантливого педагога и разностороннего хирурга – академика Намаза Изимбергеновича Изимбергенова.

Выходец из простой семьи Мангистауской области, после окончания казахской средней школы в 1958 г поступил на лечебный факультет АКГМИ. После окончания ВУЗа, как отличник учебы и активный кружковец, увлеченный хирургией, был оставлен в клинической ординатуре на кафедре госпитальной хирургии. В 1966 году поступил в аспирантуру по хирургии в Центральный институт усовершенствования врачей (г.Москва). Вся последующая клиническая, научно-педагогическая подготовка Намаза Изимбергеновича связана с известной московской хирургической школой, основанной С.И.Спасокукоцким и возглавляемой профессорами В.И.Казанским и Т.П.Макаренко. После окончания

аспирантуры вернулся на свою родную кафедру, где работает по сей день, проходя все этапы роста и становления ученого и педагога. С 1979 по 2003 г.г. возглавлял кафедру госпитальной хирургии и с этого момента биография Намаза Изимбергеновича, история кафедры, хирургия всего Западного Казахстана слилась в одно неразделимое целое. В 1970 г защитил кандидатскую, в 1978г – докторскую диссертацию. Диссертационные исследования посвящены изучению хирургии печени и желчных путей. Поэтому Намаз Изимбергенович справедливо и заслуженно является одним из ведущих гепатохирургов страны, также известным и признанным ученым. Намаз Изимбергеновичем создана своя, известная в стране школа хирургов. Под его руководством защищены 6 докторских и 28 кандидатских диссертации и подготовлены сотни высококвалифицированных хирургов, которые успешно трудятся и возглавляют хирургические службы в разных регионах нашей республики. По инициативе Н.И.Изимбергенова и непосредственном участии в нашем городе одним из первых в стране организованы эндоскопические службы, лазерная хирургия, отделение ГБО терапии, лаборатория экстракорпоральной детоксикации и лапароскопическая хирургия. С его именем связаны становление и развитие реконструктивно-восстановительной хирургии печени, желчных путей и ЖКТ. Он автор более 570 научных работ, в том числе 13 монографий, 28 методических рекомендаций по актуальным вопросам хирургии, 22 патентов.

Учитывая высокие результаты лечения гнойно-септических заболеваний достигнутые профессором Н.И.Изимбергеновым и его коллективом, приказом Минздрава республики в 1990 г. в г.Актюбинске организован единственный в стране Республиканский Центр по проблемам неотложной хирургии и перитонита, который в настоящее время активно работает в рамках Государственной программы по указанным проблемам. Намаз Изимбергенович всю свою профессиональную жизнь посвя-



тил охране здоровья населения и успешно продолжает трудиться. Впервые в Республике под руководством Н.И.Изимбергенова на базе клиники госпитальной хирургии ЗКГМУ им.М.Оспанова в 2009 году организован областной центр по оказанию неотложной хирургической помощи беременным и родильницам, что позволило пересмотреть многие тактические подходы, разработать принципиально новые пути решения проблем, разработать органосохраняющее направление в неотложной акушерстве и гинекологии.

Десятки тысяч граждан Западного Казахстана своей жизнью и здоровьем обязаны мастерству золотых рук профессора Намаза Изимбергенова. Постоянно уделяет большое внимание изучению морально-этических и деонтологических проблем хирургии. Он является автором первых в Республике монографии «Деонтология в хирургии».

Высоко оценены трудовые и научные заслуги Намаз Изимбергеновича. В 1994 г избран член корр., а в 2003 г академиком НАН РК, заслуженный деятель науки и техники РК (1998), почетный профессор ННЦХ им.А.Н.Сызганова (1997) и Казахско-Турецкого международного университета им. А.Яссави (2016), неоднократно награжден почетными медалями и дипломами Международного биографического центра (Кембридж, Англия), признан одним из «2000 выдающихся интеллектуалов 21 века» (2001), награжден дипломом в номинации «Золотой скальпель» общественным фондом «Евразия» (2008). Характеризуя врачебную и научно-педагогическую деятельность Намаз Изимбергеновича нельзя не отметить его личные качества. Это человек высоко творческого горения, истинный ученый, талантливый организатор, его отношение к работе, целеустремленность, знание своего дела не могут не вызвать восхищения, он умеет находить новые пути в научных исследованиях и увлекать за собой в поиск молодежь. Нас удивляет разносторонность его познания не только в медицине, но и в вопросах литературы, истории и культуры.

Намаз Изимбергенович встречает свой юбилей в расцвете творческих сил, полных энергии и бодрости, продолжает активную хирургическую и педагогическую деятельность, всегда в готовности прийти на помощь коллегам.

Коллектив клиники госпитальной хирургии и ученики сердечно поздравляют юбиляра с 80-летием и желают крепкого здоровья, долгих лет жизни, семейного счастья, не иссекаемой энергии и творческого долголетия.

**Коллектив клиники госпитальной хирургии ЗКГМУ
им.Марата Оспанова.
Общество хирургов Актюбинской области
Коллектив ННЦХ им.А.Н. Сызганова.**

К 70-ЛЕТИЮ ЗАВЕДУЮЩЕГО КАФЕДРОЙ «ХИРУРГИЯ №2» ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОРА ИБАДИЛЬДИНА АМАНГЕЛЬДЫ СЕЙТКАЗИНОВИЧА



Ибадильдин Амангельды Сейтказинович закончил лечебный факультет Карагандинского Государственного медицинского института в 1969г. по специальности – лечебное дело. Работал врачом-хирургом, заведующим хирургического отделения, в Щучинской районной больнице, городских больницах г.Алматы – ЦГКБ, БСМП – заведующим торакального отделения. В 1989 г. защитил кандидатскую на тему: «Комплексное лечение больных резистентным асцитом при портальной гипертензии», в 1994 г. – докторскую диссертацию, на тему: «Клиническое значение полисиндромности при циррозе печени и современные подходы к ее хирургическому лечению». Материалы обеих диссертаций легли в основу изданных 2 монографий по вопросам диагностики и лечения портальной гипертензии. В книгах приведены оригинальные технологии оперативных вмешательств при портальной гипертензии, методы лазерного, УФО облучения крови, использование озонированных растворов при полисиндромных осложнениях цирроза печени. В практическое здравоохранение были внедрены эффективные методы лечения при осложненном течении цирроза печени. С 1989 г. работает в Казахском Национальном медицинском университете им. С.Д. Асфендиярова. Работал ассистентом, доцентом, профессором кафедры госпитальной хирургии КазГМУ. Имеет ученое звание профессора медицины. В августе 1998 г. назначен на должность заведующего курсом факультетской хирургии с преподаванием на государственном языке, после избрания по конкурсу, с 2000 г. зав. кафедрой «Хирургиялық аурулары», с сентября 2006г. – «Хирургических болезней №3», в настоящее время – «Хирургия №2». В 1998 г. Ибадильдин А.С. назначен проректором учебно-методического объединения медицинских вузов РК, с 2002 по 2005гг. – проректор КазНМУ по воспитательной работе, советник ректора.

Имеет высшую квалификационную категорию по хирургии с 1988г.

Выполняет все виды оперативных вмешательств на органах брюшной полости, щитовидной железы, экстренные операции на грудной клетке, при патологии сосудистой системы, шунтирующие, лимфодренирующие операции при портальной гипертензии. В настоящее время выполняет операции с применением новых технологий – видеоэндолапароскопические вмешательства на печени, билиарном дереве, органах брюшной полости, малого таза.

Научные интересы профессора Ибадильдина А.С. охватывают широкий круг хирургических вопросов портальной гипертензии, хирургической инфекции, абдоминальной хирургии, отличаются оригинальностью и практической ценностью. Под руководством Ибадильдина А.С. защищены 6 кандидатских диссертаций.

Результаты учебно-методической и научно-исследовательской работы опубликованы в виде 8 методических рекомендаций, 8 учебных пособий, более 650 печатных работ в изданиях Республики Казахстан, стран СНГ, Российской Федерации. Ибадильдин А.С. соавтор 10 монографий, 7 учебников по хирургии на государственном языке, имеет 7 авторских свидетельств (СССР, РК), 15 рацпредложений. Монографии посвящены вопросам хирургического лечения портальной гипертензии, отечно-асцитического синдрома, лимфо-билиарной гипертензии, хирургии печени, билиарного дерева, изданы в соавторстве с учеными РК, РФ (Санкт-Петербург)

Ибадильдин А.С. – член Ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова, хирургов-гепатологов стран СНГ, хирургов РК, неоднократно выступал с докладами на хирургических конгрессах, съездах, конференциях РК, стран СНГ, заседаниях общества хирургов г. Алматы и Алматинской области.

Отличник здравоохранения РК с 1998г. Награжден Золотой медалью ННЦХ им. А.Н. Сызганова «За заслуги и вклад в хирургию» 2013г., Золотой медалью Университета – июнь 2014г., Карагандинским государственным медицинским университетом - награжден медалью имени П.М. Поспелова «За вклад в развитие КГМУ», избран почетным доктором Башкирского государственного медицинского университета в феврале 2017г.

Высокий профессионализм, личные качества Ибадильдина А.С. снискали авторитет среди коллег по работе и студентов КазНМУ, сотрудников базовых клиник и больных.

Ученики, коллеги, сотрудники кафедры поздравляют А.С. Ибадильдина с юбилеем, желают ему крепкого здоровья и дальнейших творческих успехов.

**Коллектив кафедры «Хирургия №2»
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова.
Коллектив ННЦХ им.А.Н. Сызганова.**

КЫЖЫРОВ ЖАНБАЙ НАЛТАЙХАНОВИЧ



3 декабря 2017 года скоропостижно скончался добрейший души человек, прекрасный педагог, хирург, заведующий кафедрой «Хирургии №3 с курсом сердечно – сосудистой хирургии» КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, доктор медицинских наук, профессор - Кыжыров Жанбай Налтайханович.

Кыжыров Жанбай Налтайханович 1959 года рождения, родился в с/х. Красная звезда, Жанақорганского района Кызылординской области. В 1975 году закончил казахскую среднюю школу №194 совхоза «Сунаката». С 1975 по 1978 год работал в совхозе плотником. 1978 года по 1980 год служба в рядах Советской Армии.

Участвовал в боевых действиях в Демократической республике Афганистан в 1980 году. Награжден орденом «За воинскую доблесть» и медалями России, Республики Казахстан.

С 1980 года по 1982 год работал в совхозе «Сунаката» слесарем МТМ. 1982 - 83 гг. учился на подготовительном курсе Алматинского государственного медицинского института. После окончания лечебного факультета Алматинского государственного медицинского института в 1989 году поступил в клини-

ческую ординатуру в КазНИИ КиЭХ им. А.Н. Сызганова, после окончания которой, в 1987 г., был распределен в КазНИИ хирургии им. А.Н. Сызганова, работал заведующим отделением операционного блока. С 1994 г. ассистент кафедры госпитальной хирургии Казахского государственного медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова. В 1995 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Диагностика и лечение сочетанных повреждений пищевода и желудка».

С 2001 г. ассистент кафедры «Хирургических болезней №2» Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова. В 2009 году защитил докторскую диссертацию на тему «Диагностика и хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы». В 2010 году – профессор, 2011 году – заведующий кафедрой общей хирургии. С 2012 года по настоящее время был заведующим кафедрой «Хирургии №3 с курсом ССХ» КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова. Женат, имел троих детей.

Коллектив кафедры «Хирургии №3» КазНМУ им. Асфендиярова и ННЦХ им. Сызганова глубоко скорбит о безвременной кончине профессора, замечательного хирурга и педагога.

**Общество хирургов города Алматы и Алматинской области.
Коллектив кафедры «Хирургии №3 с курсом ССХ» КазНМУ им.Асфендиярова.
Коллектив ННЦХ им.А.Н. Сызганова.**

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 мақаланызды 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 хаталмасу (мақаланы беру, бақылау, пікір берушілердің пікірлері, файылдарды қарап шығу, толтырылған нысандарын беру және т.б.) онлайн-режимінде іске асырылуы қажет. Қолжазбалары туралы ережелері төменде ұсынылған.

РӘСІМДЕУ 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 РӘСІМДЕЛУІ

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

Davison AM, Cameron JS, Gr̄nfeld 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 толтырылуы 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 принципіне 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 пояснении) 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 следующий 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 исследование, выдвинутых в разделе «Материал и методы». Описания данных по демографическим показателям, такие как возраст и пол, сопутствующие заболевание 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 неквалифицированных утверждений и выводов, 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.,

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

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

