

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ XXI ВЕКА



№4, 2013

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

**Кыргызский государственный
медицинский институт
переподготовки и повышения
квалификации**

**ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
д.м.н., профессор Чубаков Т.Ч.**

**ЗАМ. ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:
член-корр. НАН КР, д.м.н.,
профессор Ашимов И.А.**

**ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ:
к.м.н. Чапыев М.Б.**

**Журнал зарегистрирован в
Министерстве юстиции
Кыргызской Республики**

**Лицензия на издательскую
деятельность №1016**

**Кыргызская Республика, 720040,
г.Бишкек, ул.Боконбаева 144а**

ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ:

**Бокчубаев Э.Т. - д.м.н.
Джузенова Б.С. - д.м.н., профессор
Каратаев М.М. - д.м.н., профессор
Кожакматова Г.С. - д.м.н., профессор
Ниязов Б.С. - д.м.н., профессор
Намазбеков М.Н. - член-корр. НАН КР,
д.м.н., профессор
Фейгин Г.А. - д.м.н., профессор
Токтомушев Ч.Т. - к.м.н., доцент**

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

**Сагинбаева Д.З. (Бишкек)
Мамакеев М.М. (Бишкек)
Мамытов М.М. (Бишкек)
Мурзалиев А.М. (Бишкек)
Кудаяров Д.К. (Бишкек)
Сулайманов Ш. (Ош)**

Решением Высшей Аттестационной Комиссии Кыргызской Республики (ВАК КР) научно-практический журнал «Медицинские кадры XXI века» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Кыргызской Республике, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА И ОЦЕНКИ РЕСУРСНОГО ОСНАЩЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ БОЛЬНИЦ

Майканаев Б.Б., Тилеков Э.Т., Абилов Б.А.

НХЦ, КГМА им. И.К.Ахунбаева

Совершенствованию организации хирургической службы было посвящено большое число научных исследований последних лет [1, 2, 3].

В то же время, оценка работы и разработка путей оптимизации деятельности хирургической службы, действующей в структуре территориальных больниц (ТБ), являющихся наиболее массовым видом медицинских учреждений в республике, до сих пор не являлась предметом научных исследований. Поэтому целью данной статьи явилась разработка практических рекомендаций направленных

на создание системы непрерывного повышения качества медицинской помощи на основе оценки и анализа деятельности таких медицинских учреждений как ТБ. Как известно, в соответствии с действующей классификацией организаций здравоохранения (ОЗ), все ТБ относятся к вторичному уровню системы здравоохранения республики.

В табл. 1 представлены данные, отражающие соотношение государственных ОЗ вторичного уровня, оказывающих населению стационарную помощь в Чуйской области (2009 – 2011 г.г.).

Таблица 1 - ОЗ оказывающие стационарную помощь в Чуйской области

№ пп	Наименование ОЗ	Чуйская область			
		Число ОЗ		Число коек	
		2009 г.	2011 г.	2009 г.	2011 г.
1.	Областные объединенные больницы	1	1	350	350
2.	ТБ	7	7	1417	1427
3.	ЦОВП	4	4	145	145
Всего:		12	12	1912	1922

Как видно из таблицы в Чуйской области функционирует одна областная объединенная больница, семь территориальных больниц и 4 Центра общей врачебной практики, в состав которых наряду со структурными подразделениями, предоставляющими первичную медико-санитарную помощь, входят также и больничные койки. В отношении общего количества коек отмечается абсолютный рост на 10 коек по территориальным больницам. Хирургическая стационарная помощь оказывается в 8 ОЗ вторичного уровня. Нами определены три ОЗ

вторичного уровня, выбранные в качестве пилотных: Жайылская ТБ, Токмокская ТБ и Чуйская ТБ, расположенные в разных частях Чуйской области. В данных ТБ функционируют в основном общехирургические отделения, оказывающие экстренную и плановую медицинскую помощь жителям соответствующих регионов. Эндоскопические методы хирургического лечения в указанных отделениях практически не используются.

В таблице 2 представлены данные по коечному фонду исследуемых ТБ.

Таблица 2 - Коечный фонд территориальных больниц

№ пп	Наименование ТБ	Всего коек	Из них хирургических коек	Койки дневного стационара
1.	Жайылская ТБ	330	25	20
2.	Токмокская ТБ	246	25	20
3.	Чуйская ТБ	140	30	10
Всего:		716	80	50

Как видно из представленной таблицы, наибольшее количество коек развернуто в Жайылской ТБ. Общее количество коек по изучавшимся ТБ - 716, из них койки хирургического профиля составляют 11,17%.

Определенная диспропорция, связанная с количественным соотношением коек, объясняется тем фактом, что в свое время при проведении реструктуризации, произошло объединение центральной районной больницы Жайылского района с бывшей медико-санитарной частью г. Карабалта и создание ТБ Жайылского района. В указанных ТБ функционируют койки дневного стационара. Открытие коек дневного стационара оправдано с медико-

социальной и финансово-экономической точки зрения, для сокращения общих сроков пребывания больного в стационаре, поскольку считается, что оказание больничной помощи является весьма высокочатратным по сравнению с медицинской помощью, предоставляемой на первичном уровне.

Как известно, вопросы кадрового обеспечения медицинским персоналом являются одной из основных проблем в деятельности ТБ на современном этапе, особенно расположенных в сельских регионах республики.

В таблице 3 представлены данные по кадровому потенциалу исследуемых ТБ.

Таблица 3 - Кадровый потенциал исследуемых ТБ Чуйской области

№ пп	Кадровый потенциал	Наименование ОЗ		
		Жайылская ТБ	Токмокская ТБ	Чуйская ТБ
1.	Штатных единиц врачей	89,75	67,75	38,5
2.	Занято	86,25	67,0	38,0
3.	Физических лиц врачей (основные сотрудники + внешние совместители)	74 + 6	47 + 8	36
4.	% укомплектованности врачами	96,1	81,0	93,5
5.	Штатных единиц среднего медперсонала	231,25	159,0	97,25
6.	Занято	230,25	157,0	97,25
7.	Физических лиц среднего медперсонала	245	163	93
8.	% укомплектованности средним медперсоналом	99,6	86,0	95,6

Укомплектованность врачебным персоналом остается не полной, варьируя от 81,0 в Токмокской ТБ до 96,1 в Жайылской ТБ. Процент укомплектованности средним медицинским персоналом сравнительно ниже в Токмокской ТБ, по сравнению с другими

больницами.

Коэффициент совместительства в указанных ТБ не превышает 1,5.

В таблице 4 представлены данные по наличию аттестационных категорий в исследуемых ТБ.

Таблица 4 – Соотношение аттестационных категорий в исследуемых ТБ

№ пп	Аттестационные категории	Наименование ТБ		
		Жайылская ТБ	Токмокская ТБ	Чуйская ТБ
1.	Врачи	63,2%	43,6%	58,3%
2.	Средний медицинский персонал	48,9%	67,6%	76,3%
Всего:		52,1%	60,7%	71,3%

Наибольший процент аттестационных категорий по врачебному персоналу

отмечается в Жайылской ТБ (63,2%, 43 врача из 68); наименьший процент

аттестационных категорий по врачебному персоналу отмечается в Токмокской ТБ (43,6%). В отношении среднего медицинского персонала самый высокий удельный вес аттестационных категорий – в Чуйской ТБ (76,3%, 71 медицинская сестра из 93). В целом по изученным ТБ процент аттестационных категорий по медицинскому персоналу варьирует от 52,1% в Жайылской ТБ до 71,3% в Чуйской ТБ. Полученные данные говорят о необходимости усиления работы со стороны администрации больниц в отношении менеджмента, связанного с повышением уровня укомплектованности категорированным медицинским персоналом.

Для решения проблемы укомплектования кадрами организаций здравоохранения сельских регионов в республике организован льготный приём для абитуриентов по целевому набору с заключением трёхсторонних договоров об отработке в течение 5 лет. Данный трёхсторонний договор заключается между абитуриентом или его родителями, направляющим на учебу органом местной государственной администрации и самим высшим учебным заведением. Вместе с тем мы считаем, что целесообразным является применение более широкого спектра мер для привлечения выпускников КГМА им. И.К.Ахунбаева на работу в сельские районы, в частности, организация прохождения интернатуры через общеврачебную практику за счёт бюджетных средств, предоставление молодым специалистам беспроцентных кредитов или грантов, субсидий для приобретения или строительства жилья, обеспечение налоговых льгот. Следует обеспечить специализацию и профессиональную переподготовку сельских медицинских работников за счёт бюджетных средств, предоставлять надбавки по пенсионному обеспечению, осуществлять активную подготовку руководителей организаций сельского здравоохранения по менеджменту. Важным составляющим элементом для создания транспарентной системы назначения

является создание банка вакансий организаторов здравоохранения при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, банка данных по кадровому резерву и резерву руководителей различных служб здравоохранения.

Считаем целесообразным, для повышения объективности в процессе проведения комплексного анализа деятельности указанных ТБ Чуйской области, представить информационный материал по комплексному анализу деятельности организаций здравоохранения на примере Токмокской территориальной больницы.

Общие сведения о больнице.

Токмокская территориальная больница (ТТБ) и ее структурные подразделения расположены по следующему юридическому адресу: Кыргызская Республика, Чуйская область, г. Токмок, ул. Гагарина, 140.

Данная больница обслуживает население г. Токмок (53,7 тысяч) и прилегающих районов. Таким образом, в структуре ТТБ количество коек относящихся к хирургическому профилю равняется 110 единицам, что составляет 44,7% от общего количества развернутых больничных коек. Само хирургическое отделение ТТБ расположено в типовом здании на 3-ем этаже. Общее число коек составляет 25, в отделении имеются перевязочный и процедурный кабинет, 7 палат рассчитанных на 3 - 5 коек.

В отношении штатных единиц, их занятости и процента укомплектованности персонала ТТБ следует отметить, что на 67,75 штатных единиц врачей приходится всего 55 физических лиц из числа врачебного персонала. Обращает на себя внимание неполная укомплектованность врачебным и средним медицинским персоналом - 81,0 и 86,0%, соответственно. Данное положение характерно для большинства ОЗ, расположенных в сельских районах и, связано прежде всего с оттоком кадров.

В таблице 5 представлены сведения о уровне аттестационной категорированности медицинского персонала ТТБ.

Таблица 5 - Сведения об аттестационных категориях медицинского персонала ТТБ

№ пп	Медицинский персонал	Всего физ. лиц	Высшая категория (%)	Первая категория (%)	Вторая категория (%)	Без категории (%)
1.	Врачи	55	32,7	9,1	1,8	56,4
2.	Средний медицинский персонал	136	54,4	7,4	5,9	32,3
	Всего:	191	48,2	7,9	4,7	39,3

Как видно из данной таблицы, обладателями высшей аттестационной категории являются – 48,2% человек из числа медицинского персонала; обращает на себя внимание сравнительно низкий удельный вес медицинского персонала ТТБ, имеющего первую и вторую аттестационные категории - 7,9 и 4,7%, соответственно. Удельный вес медицинского персонала, не имеющего категории, составляет 39,3%.

Всего медицинского персонала имеющего квалификационные категории - 60,7%, из них врачей - 43,6%, среднего медицинского персонала – 67,7%. Среди медицинского персонала из числа врачей

нуждается в повышении квалификации 8 (14,5%) человек. Среди среднего медицинского персонала нуждается в повышении квалификации 6 (4,4%) человек. В ТТБ работают 13 врачей и 8 медицинских сестер, которым присвоено звание «Саламаттык сактоонун ардактуу кызматкери».

Определенный интерес представляет собой информация об обеспечении больницы необходимой аппаратурой для качественного обеспечения лечебно-диагностического процесса.

В табл. 6 представлены данные по количеству медицинской аппаратуры, находящейся на балансе ТТБ.

Таблица 6 - Сведения о количестве медицинской аппаратуры

№ пп	Показатели	В ед.	В %	Ремонт
1.	Всего единиц аппаратуры	222	100,0	-
2.	В рабочем состоянии	201	90,5	-
3.	В не рабочем состоянии	21	9,5	Ремонту не подлежит (списание)

В определенном отношении по состоянию медицинской аппаратуры, ее рациональному и эффективному использованию, а также по работе направленной на приобретение необходимого оборудования можно косвенно судить о состоянии системы менеджмента в самой организации здравоохранения. Весьма важное значение, для обеспечения полнофункциональной эксплуатации медицинской аппаратуры, в том числе используемой для диагностических целей и/или предназначенной для осуществления мониторинга за состоянием пациента, является своевременное проведение проверки средств измерения со стороны уполномоченных на это внешними независимыми организациями

(акционерное общество «Кыргызмедтехника», Национальный институт метрологии и стандартизации). В целом при проведении комплексного анализа деятельности Токмокской ТБ рассмотрено 160 стандартов, в том числе:

–55 стандартов по разделу «Управление»;

–33 стандарта по разделу «Клиническая безопасность»;

–42 стандарта по разделу «Качество медицинской помощи пациентам»;

–30 стандартов по разделу «МТБ и безопасность окружающей среды».

Процент соответствия по разделам рассмотренных стандартов составил:

–83% по разделу «Управление»;

–90% по разделу «Клиническая

безопасность»;

–85% по разделу «Качество медицинской помощи пациентам»;

–84% по разделу «МТБ и безопасность окружающей среды».

Таким образом, соответствие Токмокской ТБ по всем разделам рассмотренных стандартов составило 86,0% (средняя арифметическая по всем разделам стандартов).

Проведенный анализ деятельности ТТБ с использованием стандартов позволил выработать следующие практические рекомендации по улучшению деятельности, выполнение которых позволит судить в будущем об эффективности принятых управленческих решений:

1. Привести Положение о ТБ в соответствие с законом КР «Об организациях здравоохранения и требованием стандартов – стандарты 1.2.-1.3.

2. Пройти повышение квалификации заместителю главного врача и главному бухгалтеру - стандарт 1.5.

3. Проводить анализ годовой деятельности ТБ в соответствии со стандартами (выполнение запланированных мероприятий; достижение ожидаемых результатов; соблюдение запланированных сроков и т.д.) – стандарт 1.11.

4. Ежегодно составлять отчет о деятельности Комитета по качеству и безопасности медицинской помощи с анализом выполнения всех запланированных мероприятий – стандарт 1.53.

5. Регулярно осуществлять учет выработки часов кварцевыми лампами – стандарт 2.12.

6. Обеспечить наличие работающей приточно-вытяжной вентиляции в лаборатории, прачечной, аптеке, пищеблоке, рентгеновском кабинете, операционных и реанимации, обеспечить наличие кондиционеров, там, где это необходимо – стандарт 2.21.

7. Заведующим подразделениями результаты контроля качества оказываемой медицинской помощи документально

фиксировать – стандарт 3.14.

8. Обеспечить выполнение ультразвуковых и эндоскопических исследований – стандарты 3.17., 3.19.

9. От каждой партии приготовленных блюд отбирать суточные пробы в специально выделенные стерильные и промаркированные емкости с плотно закрывающимися крышками. Обеспечить хранение суточных проб в холодильнике при температуре до +6 градусов по Цельсию – стандарт 3.31.

10. Провести ремонт прачечной, пищеблока, прозекторской, ЦСО. Стены у мест установки раковин и других санитарных приборов, а также оборудования, эксплуатация которого связана с возможным увлажнением стен и перегородок, везде облицевать глазурованной плиткой или другими влагостойкими материалами в соответствии с СанПиН 2.1.3.003-03.2004. – стандарт 4.9.

11. Обсудить результаты экспертизы в коллективе ТБ и разработать план действий по устранению несоответствий утвержденным стандартам.

Необходимо отметить, что для оценки и анализа выполнения практических рекомендаций по улучшению деятельности, направленных на устранение выявленных дефектов в обеспечении качественной медицинской помощью, через заранее установленный промежуток времени (2 года) был проведен мониторинг больницы с определением процента соответствия по всем разделам повторно рассмотренных стандартов. После проведения работы со стороны администрации и коллектива больницы по устранению замечаний 90% выявленных дефектов было устранено.

В табл. 7 представлены данные по соответствию повторно рассмотренных стандартов в динамике. Таким образом, можно говорить о том, что использованный нами подход, необходимый для оценки и анализа деятельности медицинских учреждений, является весьма эффективным механизмом, направленным на создание системы непрерывного повышения качества медицинской помощи.

Таблица 7 - Данные соответствия повторно рассмотренных стандартов в динамике

№ пп	Наименование раздела	Показатели (±)	
		2010 год	2012 год
1.	«Управление»	83	87 (+4)
2.	«Клиническая безопасность»	90	92 (+2)
3.	«Качество медицинской помощи пациентам»	85	89 (+4)
4.	«МТБ и безопасность окружающей среды»	84	89 (+5)

Список литературы:

1. Абдиев, А.Ш. Комплексная оценка использования индикаторов качества в деятельности хирургической службы на уровне многопрофильного учреждения [Текст]: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.27; 14.00.33 / А.Ш. Абдиев. – Бишкек, 2007. – 19 с.
2. Сопуев А.А. Медико-социальный анализ острой хирургической патологии и неотложная хирургическая помощь при острых заболеваниях органов брюшной полости в Кыргызской Республике [Текст]: автореф. дис. ...д-ра мед. наук: 14.00.27; 14.00.33 / А.А. Сопуев. - Бишкек, 2004. - 46 с.
3. Мамакеев, М.М. Организация и состояние хирургической службы Кыргызской Республики [Текст] / М.М. Мамакеев, А.А. Сопуев, Н.Ч. Элеманов // Вопросы организации хирургической службы и хирургической гастроэнтерологии: Сб. науч. трудов. - Бишкек, 2002. – С. 17 – 34.

ЭКСПЕРТНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ БОЛЬНИЦАХ ЧУЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Майканаев Б.Б., Сопуев А.А., Абилов Б.А.

НХЦ, КГМА им. И.К.Ахунбаева

Одним из важных компонентов системного анализа является комплексная оценка результатов деятельности территориальных больниц (ТБ) по основным показателям, отражающим качество предоставляемой медицинской помощи. В данной статье представлены результаты экспертного анализа

хирургической помощи населению в ТБ Чуйской области на примере ТБ Жайылского района.

В таблице 1 приведены данные количественного анализа по оперативным вмешательствам в ТБ Жайылского района в динамике.

Таблица 1 - Данные по оперативным вмешательствам в ТБ Жайылского района в динамике (2003 - 2012 г.г.)

№ пп	Показатели	Годы						
		2003	2005	2007	2009	2010	2011	2012
1.	Выписано больных	852	1127	2527	1147	1077	959	892
2.	Всего операций	587	557	1202	857	829	849	768
3.	Хирургическая активность	69,0	49,4	47,5	74,7	76,9	88,4	86,0
4.	Осложнения	4	0	6	8	3	11	15
5.	В т.ч. п/о	4	0	6	8	3	11	15
6.	Число умерших	8	0	11	11	7	11	15
7.	Летальность	0,9	0	0,4	0,9	0,6	1,1	1,6
8.	В т.ч. п/о	0,7	0	1,5	0,7	0,7	0,9	1,9

За исследуемый период времени в ТБ Жайылского района отмечается тенденция к

росту такого показателя как количество операций. Так если в 2003 году было проведено 587 операций по поводу различной хирургической патологии, то в 2012 году этот показатель составил 768, с его пиковым значением в 2007 году – 1202 операций. Для анализа динамики количества оперативных вмешательств необходимо построить динамический ряд, который представляет собой совокупность однородных статистических величин,

отражающих динамику и последовательность изменения изучаемого явления за определенный промежуток времени. В данном случае для анализа динамического ряда были использованы такие показатели как: абсолютный прирост (или убыль), темп прироста (или убыль), темп роста.

В таблице 2 представлены данные по динамике количества операций в ТБ Жайылского района.

Таблица 2 - Динамика количества операций в ТБ Жайылского района

№ пп	Показатели	Годы							Итого за 11 лет
		2003	2005	2007	2009	2010	2011	2012	
1.	Операции	587	557	1202	857	829	849	768	587
2.	Абсолютный прирост	-	-30	+645	-345	-28	+20	-81	+181
3.	Темп прироста (%)	-	-5,1	+115,7	-28,7	-3,26	+2,4	-9,8	+71,2
4.	Темп роста (%)	-	94,8	215,7	71,3	96,7	102,4	90,4	130,8

Таким образом, темп роста по количеству оперативных вмешательств составил 130,8%, а темп прироста – 71,2%.

Рост количества операций по нозологическим группам представляется абсолютно различным. Так, количество операций на коже и подкожной клетчатке, которые считаются операциями небольшого объема, снизилось по годам, уступив место более объемным оперативным вмешательствам.

Как известно, операции, выполняемые на органах брюшной полости, являются наиболее распространенными видами оперативного вмешательства.

Такого рода операции выполняются во всех ТБ Чуйской области, вне зависимости от уровня аккредитационной категории и мощности медицинского учреждения. Дифференциацию

оперативных вмешательств в данном случае можно проводить на основании их сложности и технического уровня исполнения. Становится понятным, что на примере изучения структуры и частоты исполнения операций на органах брюшной полости мы получим основные данные по параметрам позволяющим судить о деятельности ТБ и мероприятиях по оптимизации лечебно-диагностического процесса и ведения больных с конкретной хирургической патологией.

Проведенный анализ в отношении случаев с осложнениями и летальности у больных с хирургической патологией показал волнообразные колебания.

В таблице 3 представлены данные по динамике уровня летальности в ТБ Жайылского района.

Таблица 3 - Динамика уровня летальности в ТБ Жайылского района

№ пп	Показатели	Годы							
		2003	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1.	Летальность	0,9	0,0	0,4	1,5	0,9	0,6	1,1	1,6
2.	Средняя скользящая	-	0,4	0,6	0,9	1,0	0,7	1,1	-

Выравнивание ряда путем вычисления групповой средней и скользящей средней позволило сгладить и устранить резкие колебания и получить данные

свидетельствующие о довольно четкой тенденции к постепенному росту уровня летальности в данной организации здравоохранения.

Таким образом, полученный динамический ряд, выравненный при помощи скользящей средней, представляет собой последовательную тенденцию роста процента летальности в ТБ Жайылского района.

В отношении ряда объемных

показателей деятельности ТБ за изучаемый период времени, следует отметить, что прослеживается тенденция к стабилизации числа госпитализаций, в отличие от роста числа оперативных вмешательств, в том числе операций выполненных на органах брюшной полости в условиях стационара по сравнению с 2003 годом.

В таблице 4 представлен удельный вес больных с абдоминальной хирургической патологией в динамике.

Таблица 4 - Удельный вес больных с абдоминальной хирургической патологией в динамике по годам

№ пп	Показатели	2003 г.	2005 г.	2007 г.	2009 г.	2011 г.
1.	Госпитализировано	872	1146	2545	1162	978
2.	Оперировано всего	587	557	1202	857	849
3.	Операции на органах брюшной полости	560 (95,4%)	542 (97,3%)	1181 (98,2%)	804 (93,8%)	805 (94,8%)

Удельный вес операций выполненных на органах брюшной полости является доминирующим среди всех видов оперативных вмешательств. Темп роста по количеству абдоминальных операций

составил 130,8%, а темп прироста – 73,0%.

В таблице 5 представлено соотношение плановой и экстренной хирургической помощи больным на примере операций проводимых при абдоминальной патологии.

Таблица 5 - Соотношение плановой и экстренной хирургической помощи при абдоминальной патологии

№ пп	Показатели	Годы						
		2003	2005	2007	2009	2010	2011	2012
1.	Плановые	259	310	811	514	478	505	434
2.	Экстренные	328	247	391	343	351	344	334
3.	% плановых операций	44,1	55,7	67,4	60,0	57,6	59,5	56,5

Достаточно низкая плановая оперативная активность в условиях ТБ не только не гарантирует высокое качество, но и делает этот вид медицинской помощи проблемным в отношении эффективности и доступности.

Подтверждением этого факта является разнонаправленные тенденции изменения количества оперативных вмешательств на органах брюшной полости. В таблице 6 представлены данные по удельному весу операций в разрезе отдельных нозологических форм при абдоминальной патологии. Не вызывает сомнения что недостаточное количество плановых

операций вызвано отсутствием материальной заинтересованности части медицинского персонала, работающих в небольших хирургических стационарах, определенным дефицитом расходного материала, низкой эффективностью профилактических мероприятий и осторожности на амбулаторном уровне, практически отсутствием профилактических медицинских осмотров, в особенности среди неработающего населения, с целью выявления заболеваний, отсутствием или формальным проведением санитарно-просветительской работы среди населения. Другой причиной невысокого

количества плановых вмешательств при абдоминальной патологии является появившаяся декларируемая возможность выбора медицинского учреждения у пациента в условиях зарождающейся конкурентной среды в системе здравоохранения республики. Максимальный выбор приходится на те стационары, где внедрены и широко используются инновационные малоинвазивные методики для оперативного вмешательства.

Таблица 6 – Удельный вес операций по отдельным нозологическим формам абдоминальной патологии в динамике (%)

№ пп	Вид операции	2003 г.	2005 г.	2007 г.	2009 г.	2011 г.
1.	Всего операций	587	557	1202	857	849
2.	Операции при ЯБЖ	36 (6,1)	13 (2,3)	23 (1,9)	19 (2,2)	15 (1,7)
3.	По поводу острого аппендицита	131 (22,3)	106 (19,0)	225 (18,7)	149 (17,4)	135 (15,9)
4.	По поводу острого холецистита	27 (4,6)	24 (4,3)	88 (7,3)	40 (4,6)	69 (8,1)
5.	Грыжесечение	60 (10,2)	72 (12,9)	162 (13,5)	162 (18,9)	166 (19,5)
6.	При ущемлен-ной грыже	15 (2,5)	18 (3,2)	22 (1,8)	36 (4,2)	31 (3,6)

Создавшееся положение требует безотлагательных мер направленных на перераспределение потоков больных нуждающихся в проведении плановых хирургических вмешательств, поскольку в настоящее время такие медицинские учреждения как ТБ городского уровня и областные организации здравоохранения вынуждены выполнять несвойственные им функции присущие территориальным больницам районного уровня.

В заключение данной статьи следует отметить, что проведенный комплексный анализ деятельности ОЗ вторичного уровня на примере изученных ТБ Чуйской области, показывает рост осложнений и летальности по отдельным видам хирургической патологии, что делает особенно важным

изучение возможных препятствий при осуществлении своевременной плановой госпитализации в стационар, равно как и при проведении эффективной преемственности в деятельности служб и организаций системы здравоохранения. Это является основанием, в том числе для определения и идентификации дефектов, которые ведут к снижению качества медицинской помощи, что является наиболее важным особенно в период реализации национального проекта «Денсаолук» для внесения корректив в план тактических мероприятий по дальнейшей оптимизации предоставления медицинской помощи населению республики.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ**Ысмайылов К.С.****Ошская межобластная объединенная клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика**

Резюме: дискутируется первый опыт эндовидеохирургического лечения синдрома Мириizzi. Показано, что синдром Мириizzi I типа не является абсолютным противопоказанием для выполнения лапароскопической холецистэктомии. Лапароскопическое лечение возможно при наличии значительного опыта проведения лапароскопических операций.

Ключевые слова: синдром Мириizzi, лапароскопическая холецистэктомия.

Laparoscopic management in the Mirizzi syndrome

Ysmayilov K.S.

Summary: the first experience of endovideosurgical treatment of Mirizzi syndrome discussed. It was shown that type I of Mirizzi syndrome is not an absolute contraindication for laparoscopic cholecystectomy. Laparoscopic treatment is possible in the presence of considerable experience of laparoscopic surgery.

Keywords: Mirizzi syndrome, laparoscopic cholecystectomy.

Актуальность.

Эндовидеохирургическое лечение желчнокаменной болезни является «золотым стандартом» в лечении этого заболевания [1-4]. Однако существуют категории больных, у которых возможность лапароскопической операции подвергается сомнению. Речь идет, в частности, о таком редком, но тяжелом осложнении желчнокаменной болезни как синдром Мириizzi.

Синдром Мириizzi – одно из наиболее тяжелых и редких осложнений желчнокаменной болезни, развивающееся при распространении инфильтративно-деструктивного воспалительного процесса с желчного пузыря на желчные протоки, вследствие чего происходит их компрессия или формирование холецисто-билиарного свища, через который конкременты из желчного пузыря мигрируют в магистральные желчные протоки [4]. Распространенность этого серьезного осложнения желчнокаменной болезни не велика и варьирует от 0,2 до 5 % среди пациентов с холелитиазом [2,4,6].

Хирургическая операция при синдроме Мириizzi очень сложна и упоминается в литературе как «капкан в хирургии желчных протоков» [6,9]. Холецистэктомия при синдроме Мириizzi нередко заканчивается интраоперационным повреждением общего желчного протока с образованием дефекта в его стенке так как

в этих ситуациях желчный пузырь сморщен, фиброзно изменен, с плотным инфильтратом в области треугольника Calot [1,3,8]. Летальность достигает 17%. Неудовлетворительными остаются и отдаленные результаты – у 20% больных возникают стриктуры проксимального отдела гепатикохоледоха [4,9]. Многие авторы одобряют открытые методы хирургической коррекции синдрома Мириizzi, которые включают частичную (субтотальную) холецистэктомию с наложением швов на свищевое отверстие и дренированием общего желчного протока T-образной трубкой, пластику желчного протока оставшейся частью желчного пузыря, гепатикоеюностомию по Roux [1,2,4].

Ввиду высокого риска ранения желчных протоков и кровотечения, плотности инфильтрата в области треугольника Calot, а также частой конверсии и доступа (от 17 до 100%) многие авторы отказываются от лапароскопических операций при синдроме Мириizzi [3-5,9]. В литературе описываются немногочисленные наблюдения лапароскопического лечения синдрома Мириizzi [2,5,7,8]. И в настоящее время показания к применению лапароскопических хирургических методик у больных с синдромом Мириizzi продолжают обсуждаться.

Материал и методы. Мы

располагаем опытом хирургического лечения 139 больных с синдромом Мириizzi, находившихся в Ошской межобластной объединенной клинической больнице (1998-2013 гг.) и Национальном Госпитале МЗ КР (2009-2013 гг.). Возраст больных колебался от 25 до 87 лет. Среди 139 больных преобладали лица женского пола – 103 (74,1%) больных, а мужчин было – 36 (25,9%). Из всех обсуждаемых больных преобладали пациенты пожилого – 58 (41,7%) и старческого возраста – 68 (48,9%).

Согласно классификации McSherry (1982), больных с синдромом Мириizzi I типа было 65 (46,7%), II типа – 74 (53,3%). Хронический калькулезный холецистит был установлен у 104 (74,8%) больных, острый калькулезный холецистит – у 35 (25,2%), в том числе острый катаральный холецистит имел место у 17 больных, флегмонозный – у 8, гангренозный – у 7, эмпиема желчного пузыря – у 2 и водянка желчного пузыря – у 1. Холедохолитиаз диагностирован у 80 (57,5%) больных. Большинство больных (90 или 64,7%) были госпитализированы с синдромом механической желтухи, из которых у 33 (23,7%) желтуха сопровождалась острым холангитом.

Сопутствующая соматическая патология была выявлена у 84 (60,4%) больных. Для диагностики синдрома Мириizzi мы рутинно применяли ультразвуковое исследование (УЗИ). Данный метод проводился на ультразвуковых сканнерах «Voluson 530D», «Aloka SSD 725» с применением конвексных датчиков с частотой излучения 3,0 МГц, 3,5 МГц и 5 МГц, работающих в реальном масштабе времени и серой шкалой сканирования.

Результаты и обсуждение.

Лапароскопическое лечение было предпринято у 8 больных, что составило всего лишь 5,7 %. Из них лапароскопическую холецистэктомию удалось выполнить у 3 больных с I типом синдромом Мириizzi. В остальных 5 случаях были вынуждены конвертировать и продолжить операцию открытым путем. Причинами конверсии явились наличие

холецисто-холедохеального свища (II тип) в одном случае и обнаружение плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря по типу «пузырь-наездник» (I тип) у 4 больных.

В основном проводились открытые оперативные вмешательства (94,3 %), но это не констатирует, что мы не являемся сторонниками лапароскопических методик лечения синдрома Мириizzi. Низкому удельному весу лапароскопического лечения этой патологии в наших наблюдениях могут дать объяснение следующие обстоятельства:

1. 139 клинических случаев синдрома Мириizzi были собраны нами с 1998 года по настоящее время, в то время как лапароскопическую холецистэктомию мы начали выполнять только с 2008 года. Соответственно большая часть клинического материала была собрана до периода внедрения лапароскопической технологии в нашу клинику.

2. На этапе освоения техники лапароскопической холецистэктомии мы чаще прибегали к конверсии в целях избежать повреждения желчных протоков. Случаи успешного лапароскопического лечения синдрома Мириizzi регистрируются в последние 3 года.

3. Трудности дооперационной диагностики синдрома Мириizzi. Известно, что синдром Мириizzi имеет несколько морфологических типов. Большинство авторов выделяют два типа синдрома: I тип (стриктура) и II тип (холецисто-холедохеальный тип) [4,5,7,8]. До операции установить тип синдрома Мириizzi крайне затруднительно, не имея высокотехнологичные методы исследования (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, компьютерная и магнитно-резонансная томография).

4. Все (3 больных) случаи успешного лечения синдрома Мириizzi с помощью лапароскопической технологии относятся к I типу синдрома, т.е. когда отсутствует патологический холецисто-билиарный свищ. При I типе, когда имеется компрессия общего печеночного протока камнем шейки желчного пузыря или

пузырного протока и нет патологического сообщения желчного пузыря с протоками, холецистэктомия лапароскопическим способом возможна.

В послеоперационном периоде у этих 3 оперированных лапароскопическим способом больных каких-либо осложнений не было. Эти больные в более ранние сроки реабилитировались и были выписаны из стационара на 1-2 сутки после операции. Это вселяет нам надежду и открывает перспективу для дальнейшего расширения показаний к лапароскопическому лечению синдрома Мирицци, в частности его I типа, когда эндодиссекцией возможно выделить карман Гартмана или шейку желчного пузыря с фиксированным конкрементом от общего желчного протока без риска повреждения последнего. При высоком риске травматизации магистральных желчных протоков без сомнений рационален переход в конверсию.

Первые результаты нашей работы позволяют утверждать, что синдром Мирицци I типа не является непреодолимым препятствием для выполнения лапароскопической холецистэктомии. Однако она возможна при наличии значительного опыта проведения видеоэндоскопических операций. Любое отсутствие уверенности в правильности своих действий должно быть дополнительным аргументом в пользу конверсии. Мы считаем, что хирург, оперирующий на желчных протоках, должен быть готовым к выявлению синдрома Мирицци и иметь представление об основных принципах реконструктивно-восстановительной операции на желчевыводящих протоках.

Выводы.

Таким образом, лапароскопическое лечение синдрома Мирицци возможно при его I типе, когда имеет место компрессия общего печеночного или желчного протока камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока и отсутствует патологическое сообщение желчного пузыря с внепеченочными желчными протоками. Необходимы дальнейшие кардинальные разработки в этом направлении, так как очевидные

преимущества лапароскопических технологий вселяет оптимизм и надежду для улучшения результатов лечения и качества жизни больных с этой тяжелой патологией.

Литература

1. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е. и др. Синдром Мирицци: особенности диагностики и лечения // Материалы XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Том 11. – № 3. – С. 7-10.
2. Грязов В.И., Перфильев В.В., Шепкин С.П. и др. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме Мирицци // Хирургия. – 2008. – № 11. – С. 31-34.
3. Девятов А.В., Хашимов Ш.Х., Ибадов Р.А., Махмудов У.М. Синдром Мирицци как причина конверсии при лапароскопической холецистэктомии // Материалы XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Том 11. – № 3. – С. 81.
4. Савельев В.С., Ревякин В.И. Синдром Мирицци (диагностика и лечение) // М.: Медицина, 2003. – С. 112.
5. Токпанов С.И. Лапароскопическая холецистэктомия и синдром Мирицци // Материалы XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Том 11. – № 3. – С. 118.
6. Al-Alkeely M.H., Alam M.K., Bismar H.A. et al. Mirizzi syndrome: ten years experience from a teaching hospital in Riyadh // World J. Surg. – 2005. – Vol. 29. – № 12. – P. 1687-1692.
7. Bagia J.S., North L., Hunt D.R. Mirizzi syndrome: an extra hazard for laparoscopic surgery // Aust N Z J Surg. – 2001. – № 71. – P. 394-397.
8. Chowbey P.K., Sharma A., Mann V. et al. The management of Mirizzi syndrome in the laparoscopic era // J Laparoendosc Surg. – 2000. – V. 10. – № 1. – P. 11-14.
9. Yeh C.N., Jan Y.Y., Chen M.F. Laparoscopic treatment for Mirizzi syndrome // Surg Endosc. – 2003. – № 17. – P. 1573-1578.

ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫЕ ТИПЫ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММ (ЭЭГ)

**Турдубаева Г.Т.
КГМИПшПК**

Актуальность: В связи с быстрым развитием современной технологии и ростом количества частных медицинских центров все больше и больше ввозятся в Кыргызстан современные компьютерные электроэнцефалографы, чуть ли не в каждой клинике имеется оборудование для исследования функций головного мозга. Соответственно страна, где смертность от инсультов и инфарктов стоит на первом месте нуждается в грамотных специалистах функциональной диагностики. Потребность в дополнительных методах исследования, таких как ЭЭГ высокая. Актуален вопрос правильной интерпретации полученных результатов. Тема классификаций электроэнцефалограмм (ЭЭГ) интересовал ученых многие годы. Многие из них выделив считанное количество типов ЭЭГ отказывались от дальнейшей классификации приходя к выводу об индивидуальности и неповторимости изменений ЭЭГ каждого человека в определенном случае. Другие классификации сильно громоздки, включают картины от единичных случаев до часто встречаемых. Учитывая индивидуальность электроэнцефалограммы каждого человека, мы не можем не отметить и ее изменчивость в течении суток, дней, лет и динамическое изменение в разные этапы заболевания головного мозга. Но несмотря на это, общие черты и законы изменений картин ЭЭГ присущи для многих электроэнцефалограмм, что дает возможность их группировать в определенные типы кривых.

Материал и методы исследования: Для оценки функционального состояния головного мозга у обследованных применялся метод электроэнцефалографии (ЭЭГ). Запись ЭЭГ производилась по общепринятой схеме, монополярным, биполярным способом в состоянии покоя, при ритмической фотостимуляции по Ливанову и гипервентиляции в течении трех минут. Клинический анализ

результатов исследования биопотенциалов мозга производился по трафарету описания графоэлементов ЭЭГ. В наших исследованиях запись велась на компьютерном электроэнцефалографе МНД 3000А при скорости движения 30мм\с, при чувствительности 10мкв\мм.

Расположение электродов на голове осуществлялось согласно международной системе 10-20%.

Запись ЭЭГ проводили в затемненной экранированной камере. Испытуемый находился в камере в удобном полу - лежащем положении, с расслабленной мускулатурой и закрытыми глазами в состоянии относительной тишины. Проводились пробы с открыванием и закрыванием глаз, проба с гипервентиляцией. Перед началом обследования испытуемому объясняли безопасность проводимой процедуры. Так как необычность обстановки, наличие незнакомой аппаратуры могут явиться комплексом сильных раздражителей, которые способны значительно изменить результаты исследования. Запись начинали через 3-5 минут. После привыкания к обстановке. При регистрации ЭЭГ, у больных соблюдались строго фиксированные и одинаковые условия регистрации, были применены следующие функциональные нагрузки: открывание и закрывание глаз ОГ и ЗГ, РФ - ритмическая фотостимуляция, трехминутная гипервентиляция. Расшифровка ЭЭГ проводилась нами визуально, составление топографических карт по спектру мощности и амплитудному анализу производилось с помощью компьютера.

Для определения вероятности и частоты встречаемости типов ЭЭГ обследовали 500 пациентов, проходивших обследование в центре лучевой диагностики г. Бишкек. Пациентов брали без учета возраста, нозологии и пола. Первую группу составили пациенты города Бишкек 300 человек. Вторую группу

пациенты города Джалалабат. использовали 35 наиболее часто
Полученные результаты: Для встречаемых картин ЭЭГ. Полученные
 обработки полученных данных данные приведены в таблице 1.

Таблица 1. Частота встречаемости типов ЭЭГ в произвольных группах (P±m%)

	Типы ЭЭГ	Бишкек		Джалалабат	
		P±m%	К-во человек	P±m%	К-во человек
1	норма	4.6±5.6	14	3.0±6.9	6
2	Уровень биоэлектрической активности головного мозга снижен	6.7±5.5	20	4.0±6.9	8
3	Легкие диффузные изменения без локальности	4.0±5.6	12	0.5±7.0	1
4	Условно-патологические изменения	4.0±5.6	12	1.5±7.0	3
5	Десинхронизация 1 («лысая» кривая с отсутствием альфа волн)	9.0±5.5	27	4.5±6.9	9
6	Десинхронизация 2 (« лысая» кривая с группами альфа волн)	5.7±5.6	17	1.5±7.0	3
7	Синхронизация 1 (альфа вариант)	9.7±5.5	29	5.5±6.9	11
8	Синхронизация 2	4.0±5.6	12	6.0±6.8	12
9	Синхронизации и дисфункция стволовых образований	5.3±5.6	16	11.5±6.6	23
10	Ирритация диффузная коры головного мозга	4.3±5.6	13	7.0±6.8	14
11	Эпилептическая ЭЭГ (диффузная регистрация эпилептиформной активности и пароксизмов)	2.3±5.7	7	5.0±6.9	10
12	Пароксизмы эпилептического характера	0.6±5.5	2	1.5±7.0	3
13	Петит мал	-	-	0.5±7.0	1
14	Эпи-знаки, ирритация и синхронизация	3.0±5.7	9	6.0±6.8	12
15	Лабильность коры головного мозга снижена (просто замедление биоритмики (брадиритмия))	2.3±5.7	7	5.0±6.9	10
16	Тонус коры головного мозга снижен (замедление, снижение амплитуды и увеличение индекса низковольтной медленной активности)	1.0±5.7	3	1.0±7.0	2
17	Увеличение возбудимости (учащение частоты альфа ритма или регистрация регулярного бета ритма -тахиритмия)	2.3±5.7	7	1.5±7.0	3
18	Гипервозбудимость (учащение биоритмики, увеличение амплитуды и увеличении индекса бета волн в ряду альфа волн)	3.3±5.6	10	5.5±6.9	11
19	Диффузная разночастотная медленная активность	-	-	1.0±7.0	2
20	Синхронная медленная активность (синхронизация в ритме тета, дельта и суб-дельта волн)	0.6±5.5	2	0.5±7.0	1
21	Медленная активность с пароксизмами из медленных волн.	0.6±5.5	2	0.5±7.0	1
22	Дизритмия на низкоамплитудном уровне	3.7±5.7	11	6.0±6.8	12
23	Дизритмия на высокоамплитудном уровне	1.0±5.7	3	2.0±7.0	4
24	МПА (очаг медленной активности)	-	-	-	-
25	Локальность эпи-активности	1.0±5.7	3	2.0±7.0	4
26	Локальность (ирритация, дизритмия, вспышки, депрессия активности)	4.0±5.6	12	0.5±7.0	1
27	Дисфункция стволовых образований головного мозга (ДСО)	6.0±5.6	18	7.0±6.8	14
28	Симметричное замедление биоритмики	2.0±5.7	6	3.0±6.9	6
29	Асимметричное замедление биоритмики	-	-	-	-
30	Нестабильность 1 (участки десинхронизации с регулярным альфа ритмом)	3.7±5.7	11	1.5±7.0	3
31	Нестабильность 2 (разные виды картин ЭЭГ)	1.0±5.7	3	0.5±7.0	1
32	Полиритмическая медленная активность (сопор или кома)	-	-	-	-
33	Синхронная медленная активность(А) –без участков электрического молчания (В) - с участками биоэлектрического молчания на ЭЭГ	-	-	-	-
34	Изоэлектрическая линия на ЭЭГ более 30 минут, при максимальном усилении всех каналов	-	-	-	-
35	микст (сочетание 2 и более картин ЭЭГ)	4.0±5.6	12	4.5±6.9	9
	Всего		300		200

По полученным данным видно, что в группе обследованных из г. Бишкек

наиболее часто встречаемыми являются : Синхронизация 1- (9.7±5.5), Десинхронизация 1- (9.0±5.5), Уровень снижен - (6.7±5.5), ДСО- 7 (6.0±5.6), Десинхронизация 2 – (5.7±5.6).

В группе из города Джалабат часто встречались типы: Синхронизация и ДСО – (11.5±6.6), Ирритация – (7.0±6.8), ДСО – (7.0±6.8), Синхронизация 2- (6.0±6.8), Ирритация +эпи-знаки+синхронизация – (6.0±6.8), Дизритмия на низкоамплитудном уровне- (6.0±6.8).

Литература.

- Егорова И.С. Электроэнцефалография.- М.: Медицина, 1973, 296с.
- Зенков Л.Р. В кн.: Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии. М. Медицина. 2002,368с.
- Гриндель О.М. В кн.: Клиническая электроэнцефалография. М. Медицина, 1973, 340с.
- Жирмунская Е.А., Колтовер А.Н. Атлас по электроэнцефалографии и морфологии мозгового инсульта. М. Медицина, 1967.
- Жирмунская Е.А., Майорчик В.Е., Иваницкий А.М. и др. Терминологический справочник (словарь терминов, используемых в электроэнцефалографии). Физиол. Человека, 1978, т.4, с. 936-954.
- Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней. 2-е издание. М. Медицина. 1991, с.7-146.

КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ НА ОСНОВЕ ЭПИДУРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ ПРИ ОБШИРНЫХ ГЕМИГАПАТЭКТОМИЯХ С ГЕМОТРАНСФУЗИОННОЙ ПОДДЕРЖКОЙ

Чынгышова Ж.А., Тилеков Э.А., Бигишиев М.М.

Национальный Хирургический Центр МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Нами исследованы 2 группы больных в возрасте от 9 до 72 года после операции гемигепатэктомия. I группа основная в нее вошли 35 больных оперированных в условиях комбинированной анестезии КПА на основе перидуральной блокады. II группа контрольная в нее вошли 20 пациентов, оперированных под общей многокомпонентной эндотрахеальной анестезией. Все больные оперированы в плановом порядке. В результате исследования выявлено значительные преимущества комбинированной перидуральной анестезии быстрое восстановление сознания, более ранняя экстубация, ранняя активизация больных и восстановления функции желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: комбинированной анестезии, перидуральной блокады, альвеококкоз печени, послеоперационный период.

Актуальность: Развитие хирургии в НХЦ, в том числе и гепатобилиарной хирургии идет по пути развития и усложнения, и увеличения объема выполняемых вмешательств. Значительно расширились показания к так называемым циторедуктивным операциям у больных с местно-распространенными формами поражения печени альвеококкозом с расчетом на последующую химиотерапию. В связи с этим оперативные вмешательства становятся еще более обширными и травматичными, часто непредсказуемыми по продолжительности и объемам кровопотери. Высокая травматичность

таких операций с охватом обширных рефлексогенных зон требует необходимость высокоэффективной анестезиологической защиты, способной блокировать поток ноцицептивной импульсации из обширных зон хирургических повреждений как во время операции и послеоперационном периоде.

Цель исследования: Оценка эффективности и безопасности КПА комбинированной перидуральной анестезии на основе эпидуральной блокады при обширных гемигепатэктомиях и циторедуктивных операциях на печени пораженной альвеококкозом.

Материалы и методы: Для оценки эффективности метода сформированы 2 группы больных в возрасте от 9 до 72 года. В основную группу вошли 35 больных оперированных в условиях комбинированной анестезии КПА на основе перидуральной блокады, в контрольную 20 пациентов, оперированных под общей многокомпонентной эндотрахеальной анестезией. Все больные оперированы в плановом порядке. Объем оперативного вмешательства обширные резекции печени и циторедуктивная гемигепатэктомия.

Методика анестезии: Все больные поступали в операционную после премедикации сибазоном (0,1-0,15мг). Пункцию-катетеризацию перидурального пространства проводили на уровне Th₁-Th₃. После * тест дозы*(1-1,5мл 2 % лидокаина) и отсутствии признаков спинальной анестезии вводили 8-12 мл 0,25 % раствора бупивакаина в сочетании с 1,4 мкг/кг фентанила. С появлением первых признаков сенсорно-моторной блокады проводили индукцию в наркоз (нирфол 2-2,5 мг/кг), вводили мышечные релаксанты и интубация трахеи ИВЛ+O₂. Продленную кураризацию обеспечивали ардуаном. Поддержание анестезии обеспечивали с нирфолом, кетамином болюсно, а также перидуральным введением бупивакаина (1/4 превоначальной дозы через каждые 4 часа). Экстубацию трахеи проводили после полного восстановления: сознания, мышечно-рефлекторной активности, адекватного самостоятельного дыхания, и при стабильной гемодинамики и восполненной кровопотери.

Тактика гемотрансфузионной поддержки. Больные, нуждающиеся в обширных гемигепатэктомиях и циторедуктивных операциях имеют повышенный риск кровотечений и развития дефицита коагуляционных факторов (II, VII, IX и X фактора) с коагулопатией и следовательно, они имеют существенную потребность в оказании эффективной гемотрансфузионной поддержки.

В настоящее время получила широкое развитие концепция индивидуального подхода к такой поддержке и определению

показаний для трансфузии, в частности, эритроцитарных сред, учитывающая комплекс клинических данных.

Основой нашего подхода было положение, в соответствии с которым, решающим фактором при назначении трансфузий эр. массы является не столько уровень гемоглобина, сколько развитие гипоксии, общее состояние, опасность продолжения кровотечения, а также клиническая симптоматика.

В нашем исследовании мы исходили из положений Американского общества анестезиологов, в соответствии с которыми:

1) трансфузии редко показаны при уровне гемоглобина свыше 100 г/л и практически всегда показаны при концентрации гемоглобина менее 60 г/л, особенно если анемия является острой;

2) при концентрации гемоглобина в диапазоне от 60 до 100 г/л необходимость трансфузии эритроцитов должна основываться на риске развития осложнений вследствие неадекватной оксигенации;

3) использование единственного «тригера» по уровню гемоглобина для всех пациентов и других подходов, не учитывающих все важные физиологические и хирургические факторы, связанные с оксигенацией, не рекомендуется.

Мы принимали решение о назначении гемотрансфузионной терапии с учетом причины ее вызывавшей (основного заболевания).

У нестабильных больных с очевидной острой кровопотерей более 30 – 40 % ОЦК требовался экстренный контроль над кровотечением и трансфузия эритроцитарной массы. При кровопотере менее 25 – 30 % ОЦК без продолжающейся геморрагии проводили трансфузию кристаллоидных и коллоидных растворов, а трансфузия компонентов крови использовалась, если рецидивировали признаки гиповолемии.

Кроме того, в плане использования адекватной анестезиологической техники, мы стремились предотвратить эпизоды гипертензии и тахикардии, обусловленные повышенной активностью симпатической системы, путем обеспечения адекватных

уровней анестезии и анальгезии, контролировали вентиляцию и не использовали гипотензивную анестезию для уменьшения операционной кровопотери. Гемотрансфузионная поддержка в интраоперационном периоде осуществлялась в соответствии стандартным алгоритмом, основу которого составляли: 1. сбалансированная управляемая изводемическая гемодилюция и 2. коррекция гипокоагуляции с замещением клеточных элементов крови.

При этом, приоритетным компонентом предупреждения и лечения массивного кровотечения была свежемороженная плазма (СЗП) в дозе не менее 15-20 мл /кг веса (3-4 пакета по 300 мл СЗП).

Интраоперационная инфузионная гемодилюция и восстановление гемодинамики достигались введением > 50 мл/кг кристаллоидов и гидроксиэтилированных крахмалов.

В соответствии с нашим алгоритмом, интра-операционное восстановление объема крови проводилось при угрозе потери крови > 1000 мл или > 20% от объема всей крови, то есть при кровопотере 2 и 3 степени.

Стандартный сбалансированный алгоритм трансфузионной терапии при кровопотере начинался введением 2 доз эритроцитарной массы (ЭМ). В последующем, гемотрансфузии проводились в зависимости от объема оперативного вмешательства и улучшения показателей гемодинамики в ответ на первичную трансфузию. При необходимости, трансфузионная терапия проводилась в соотношении 4/4 (4 дозы СЗП и 4 дозы ЭМ).

Пациентам с тяжелым, продолжающимся кровотечением, после введения 4 доз ЭМ переливали одну дозу СЗП соответственно на каждую дозу ЭМ.

В результате, 4 дозы СЗП вводились после того, как были перелиты 4 дозы ЭМ.

Среднее динамическое давление (СДД), частоту сердечных сокращений (ЧСС) и сатурацию (SpO₂) контролировали

с помощью монитора (АСОМА) Центральную гемодинамику оценивали методом эхокардиографии.

Результаты и их обсуждение: Сравнительная характеристика течения анестезии и ближайшего послеоперационного периода у больных основной и контрольной группы выявила значительные преимущества КПА, минимальный расход наркотических препаратов и мышечных релаксантов; быстрое восстановление рефлекторно-мышечной активности, сознание, и более раннее экстубация, послеоперационной анальгезии; более ранняя активизация больных и восстановления функции желудочно-кишечного тракта. Осложнения связанное с комбинированной анестезией КПА не зарегистрировано. При резекциях печени и циторедуктивных операциях от переливания ЭМ и СЗП осложнений не было.

Заключение: Полученные данные позволяют утверждать, что (КПА) комбинированная перидуральная анестезия на основе перидуральной блокады обеспечивает надежную антиноцицептивную защиту организма от хирургической агрессии, во время операции и послеоперационного периода анальгезию, в связи, с чем имеет преимущество перед традиционным методом общей эндотрахеальной анестезии. При обширных гемигепатэктомиях использовано ЭМ-29500 мл, СЗП-59000 мл.

Литература:

1. Журавлев В.А., Сухоруков В.П., Бахтини В.А. Радикальные операции у больных альвеококком печени, осложненным механической желтухой // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2001. - № 2. – С. 14-21.
2. Вишневский В.А., Кубышкин В.А., Чжао А.В., Икрамов Р.З. Операции на печени // *Руководство для хирургов.* - М.: Миклош, 2003г. - 153с.
3. Журавлёв В.А. Большие и предельно большие резекции печени // *Издательство Саратовского университета.* - Саратов 1986. - 216 с.
4. Барыков В.Н., Сарсенбаев Б.Х., Зинич Н.Ф., Ефремов А.П., Уфимцев М.С. Хирургическое лечение паразитарных заболеваний печени // *Уральский медицинский журнал.* - 2013.-N 8. - С. 99-102.
5. Альперович Б.И. операции на печени // М. 2010.
6. Кулешова И.В., Шойхет Я.Н. Хирургическое лечение альвеококкоза печени // *Проблемы клинической медицины.* - 2013. - N 1. - С. 47-50.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Чынгышова Ж.А., Тилеков Э.А., Бигишиев М.М.

Национальный Хирургический Центр МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Мы проанализировали различные виды анестезии на влияние на основные параметры жизненно важных функций организма при выполнении лапароскопических операций. Анестезиологическое обеспечение осуществлялось различными видами анестезии, которые разделены на две группы. В результате исследования выявлено, что комбинированный наркоз с препаратами: кетамин, нирфол - адекватны и эффективны, они могут быть использованы для анестезиологического обеспечения при лапароскопических вмешательствах.

Ключевые слова: лапароскопические операции, нирфол, анестезиологическое обеспечение, предоперационное обследование.

Актуальность: Проведение лапароскопических операций сопровождается с серьезными воздействиями на организм пациента, помимо операционной травмы и наркоза, во-первых, повышением внутрибрюшного давления, карбооксиперитенеумом, и использованием положения Фовлера и Тренделенбурга.

Цель исследования: Оценка эффективности комбинированной анестезии при экстренных хирургических и гинекологических лапароскопических операциях и диагностической лапароскопии.

Материалы и методы: Известно, что в результате повышения внутри брюшного давления и карбооксиперитенеума сопровождается нарушениями дыхания и гемодинамики, при этом увеличивается центральное венозное давление (ЦВД), снижается сердечный выброс (СВ), повышается артериальное давление (АД), а также присоединяется тахикардия, в некоторых случаях с последующим нарушениям сердечного ритма. В отделении эндоскопической хирургии Национального Хирургического Центра за 2013 год проведены 500 операций в лапароскопическим методом. Нами изучено влияние различных видов анестезии на основные параметры жизненно важных функций организма при выполнении лапароскопических операций.

Анестезиологическое обеспечение осуществлялось различными видами анестезии которые разделены на две

группы:

I-группа - эндотрахеальный наркоз + ТВА (Острые и деструктивные холециститы, внематочная беременность, апоплексия яичника, острые аппендициты, кисты яичников, бесплодия-II).

II-группа - диагностическая лапароскопия (Асцит неизвестной этиологии). Исследования выполнены на следующих этапах:

- до начала анестезии в горизонтальном положении;

- при карбооксиперитенеуме в положении Фовлера и Тренделенбурга;

- во время операции (травматичный момент);

- в отделении реанимации (после окончания операции).

Были проанализированы результаты анестезиологического обеспечения при экстренных хирургических и гинекологических оперативных вмешательствах.

Возраст больных колебался в пределах от 11 до 80 лет (средний возраст 45-50 лет). Большинство больных относилось к средней возрастной группе, имеющих различные сопутствующие заболевания сердечно – сосудистой системы, ХОЗЛ и др.)

При эндотрахеальном наркозе за 10 минут до операции проводилась премедикация: Атропином в дозе 0,01-0,015мг/кг, диазепамом 0,15 мг/кг, димедролом 1% промедолом 2% - 1,0.

Доза кетамина для индукции (0,7-2 мг/кг) вводилась медленно. Болюсное

введение поддержки анестезии 1/2 первоначальной дозы.

Средняя продолжительность анестезиологического обеспечения составила от 15-40 минут + индукционная доза нирфола 2-2,5 мг/кг базис наркоз, болюс 6 мг/кг/ч. Миоплегия для интубации трахеи обеспечивалась дитилином (2 мг/кг), продленный недеполяризирующих миорелаксантов: ардуан (0,07-0,08 мг/кг/ч). Анальгезия осуществлялась фракционным введением фентанила. Проводимая тактика предоперационного обследования и медикаментозная коррекция имеющихся расстройств позволила провести адекватную подготовку данных пациентов к экстренному оперативному вмешательству. Клинико-лабораторные показатели были в пределах нормы. Выбранный метод премедикации обеспечивал адекватную седацию. Эндотрахеальная интубация проводилась согласно рекомендациям ASA, с помощью ларингоскопа с последующим переводом на ИВЛ в режиме нормовентиляции (PCO₂ 35-40 мм.рт.ст.). Показатели центральной гемодинамики у больных до начала анестезии выявил умеренное увеличение ЧСС, повышение АД, отражающие явления в результате психоэмоционального стресса перед операцией. При эндотрахеальном наркозе стабильность гемодинамики обеспечивалась только компенсаторным увеличением ЧСС. На всех этапах обследования показатели насыщения крови кислородом были стабильными, по монитору сатурация O₂-96-100 %.

Выводы: Комбинированный наркоз с препаратами : кетамин, нирфол адекватны

и эффективны, они могут быть использованы для анестезиологического обеспечения при лапароскопических вмешательствах. В экстренной хирургии и гинекологии, и диагностической лапароскопии любого объема при условии точного соблюдения методик и достаточной квалификации анестезиолога.

Литература:

1. Галингер Ю.И., Тимошин А.Д. Лапароскопическая холецистэктомия. - М., - 1992. - 211 с.
2. Пашкова И.Л. Выбор метода анестезии при лапароскопических вмешательствах // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., - 1995. - 25 с.
3. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Оперативная лапароскопия в гинекологии // М. Медицина. - 1995. - С. 37-44.
4. . Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве / Под ред. акад. РАМН, проф. В.И. Кулакова, член.корр. РАМН, проф. Л.В. Ада-мян — М.: Издательство «Пантори». - 2002. - 633 с.
5. Мохаммед Хусейн Ясин Яар Мониторинг гемодинамики как условие повышения качества и безопасности анестезии при малоинвазивных вмешательствах у детей Автореф // Дисс. .к.м.н. - СПб, - 2005. - 23 с.
6. Овчинников А.М., Осипов С.А. Особенности анестезии при диагностических и лечебных эндоскопических абдоминальных вмешательствах // Анестезиология и реаниматология. - 2003. - №3. - С. 16-19.

КОРРЕЛЯЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ АНТИГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНСИНТЕЗИРУЮЩЕГО ИММУННОГО ОТВЕТА В- ЛИМФОЦИТОВ К aIGG С НЕКОТОРЫМИ КЛАССИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Абдурашитова Д.И.

Ошский государственный университет

Кафедра внутренних болезней с курсом фтизиатрии медицинский факультет

Введение. Изменения суставов являются основным клиническим проявлением ревматоидного артрита (РА). Регулярный динамический контроль суставного статуса при хроническом артрите не менее важен, чем определение артериального давления при гипертонической болезни и содержания сахара в крови при сахарном диабете.

Количественные показатели суставного синдрома при РА имеют решающее значение как при оценке тяжести течения болезни, так и при выборе тактики лечения.

Материал и методы. Для выполнения целей и задач планируемой работы под наблюдением находились 96 больных РА. Диагноз РА устанавливался согласно критериям Американской Ревматологической Ассоциации (АРА) [1]. Количественная оценка суставного синдрома [2, 3, 4] включала: оценку больным общей выраженности болей в покое по 4-х балльной шкале; суставной индекс (СИ) Ричи; количество воспаленных суставов с экссудативными явлениями; продолжительность утренней скованности, выраженную в часах; окружность проксимальных межфаланговых суставов кистей; силу сжатия кисти; функциональный тест Ли. Из лабораторных тестов для сравнения определялись следующие показатели: СОЭ, α_2 -глобулины, С-реактивный белок, РФ [5]. Определение антигенспецифического иммуноглобулинсинтезирующего иммунного ответа В-лимфоцитов (АИОВЛ) к агрегированному иммуноглобулину G (aIgG) проводили на основе Ig-синтезирующей активности В-лимфоцитов способом количественной цитофлюориметрии [6, 7]. Коэффициент

корреляции определяли (в программе Excel) по формуле:

$$r_{y,x} = \frac{\sum (y - \bar{y}) \cdot (x - \bar{x})}{\sqrt{\sum (y - \bar{y})^2 \cdot \sum (x - \bar{x})^2}} = \frac{COV(x, y)}{\sigma_x \cdot \sigma_y}$$

где y – значение зависимого признака;

\bar{y} – среднее арифметическое значение зависимого признака;

x – значение независимого признака;

\bar{x} – среднее арифметическое значение независимого признака.

$$COV(x, y) = \frac{1}{N} \cdot \sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x}) \cdot (y_i - \bar{y})$$

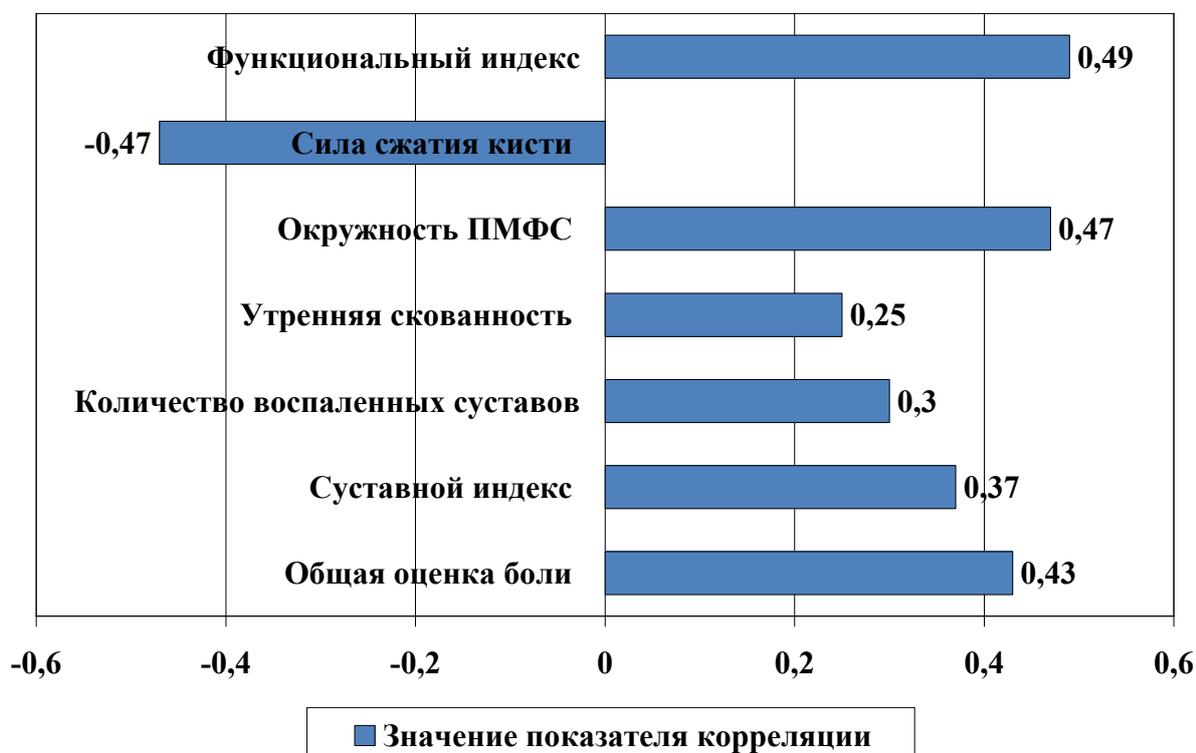
Для этого составляли матрицу парных коэффициентов корреляции, измеряющих тесноту связи каждого из факторов-признаков с результативным фактором и между собой.

Результаты. При изучении суставного синдрома у больных РА были получены следующие результаты ($M \pm m$): общая оценка боли составила $2,2 \pm 0,06$ баллов, суставной индекс равнялся $25,0 \pm 0,95$ баллам, количество воспаленных суставов составило $12,4 \pm 0,43$, утренняя скованность равнялась $3,1 \pm 0,15$ часам, окружность ПМФС составила $321,7 \pm 2,09$ мм, сила сжатия кисти – $56,3 \pm 1,63$ мм рт.ст., функциональный индекс был равен $12,1 \pm 0,23$.

Для обоснования при РА связи показателей суставного синдрома и значений АИОВЛ между ними был проведен корреляционный анализ (рис. 1).

Рисунок 1

Корреляция показателя АИОВЛ с количественными показателями суставного синдрома при РА



Как видно из вышеприведенного рисунка, показатель АИОВЛ средне коррелирует с такими показателями как общая оценка боли ($r=0,43$), суставной индекс ($r=0,37$), окружность ПМФС ($r=0,47$), функциональный индекс ($r=0,49$), слабо коррелирует с количеством воспаленных суставов ($r=0,3$), утренней скованностью ($r=0,25$), обратно коррелирует – с силой сжатия кисти ($r=-0,47$).

Таким образом, АИОВЛ коррелирует с количественными показателями суставного синдрома, что свидетельствует о клинико-патогенетической значимости данного показателя при РА.

Известно, что лабораторные методы исследования играют важную роль в диагностике РА, в определении активности воспалительного процесса, выявлении системности поражений, а также в оценке эффективности проводимой терапии.

При изучении лабораторных показателей воспаления у больных РА были получены следующие результаты

($M \pm m$): титры РФ составили $184,1 \pm 13,83$, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) равнялась $31,3 \pm 0,99$ мм/ч, α_2 -глобулины составили $13,5 \pm 0,18$ %, С-реактивный белок (С-РБ) равнялся $2,0 \pm 0,07$ крестам.

Для обоснования зависимости признаков ревматоидного воспаления от показателей АИОВЛ между ними также был проведен корреляционный анализ (рисунок 2). Как видно из рисунка 2, показатель АИОВЛ средне коррелирует со значениями РФ ($r=0,56$), СОЭ ($r=0,38$) и имеет слабую корреляцию с α_2 -глобулинами ($r=0,12$) и СРБ ($r=0,3$).

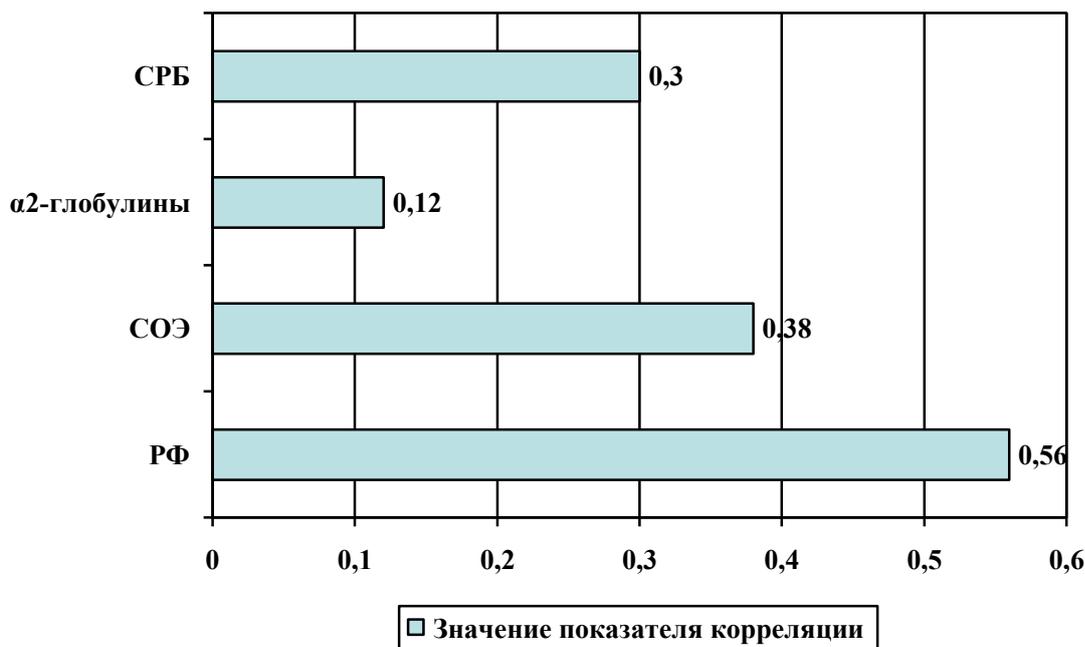
Обсуждение. Обнаруженный нами факт корреляции показателя АИОВЛ с количественными показателями суставного синдрома (общая оценка боли, суставной индекс, окружность ПМФС, сила сжатия кисти, функциональный тест, продолжительность утренней скованности, количество пораженных суставов) при РА может иметь значение как при оценке тяжести течения болезни, так и в выборе тактики лечения.

Также исследуемый феномен коррелировал с общепринятыми лабораторными показателями ревматоидного воспаления (СОЭ, С-РБ, α_2 -глобулины, РФ), что свидетельствует о

клинической значимости показателя АИОВЛ. Что может быть использовано в оценке степени ревматоидного воспаления и служить контролем эффективности проводимой терапии.

Рисунок 2

Корреляция показателя АИОВЛ с некоторыми лабораторными показателями при РА



Выводы.

Значение антигенспецифического иммуноглобулинсинтезирующего иммунного ответа В-лимфоцитов коррелирует с количественными показателями суставного синдрома и общепринятыми лабораторными признаками РА: чем выше значения антигенспецифического иммуноглобулинсинтезирующего иммунного ответа В-лимфоцитов, тем выраженнее признаки суставного синдрома и общепринятых лабораторных признаков РА.

Литература:

1. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis. 2002 Update // *Arthritis and Rheumatism*. – 2002. – V.46. – P.328-346.
2. Мазуров В.И. Клиническая ревматология. -

Санкт-Петербург. - 2005. - С.87-165.

3. Насонов Е.Л. Ревматология: клинические рекомендации. - М: Изд-во «ГЭОТАР-Медиа». - 2006. - С.25-71.
4. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on clinical Guidelines. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis // *Arthritis and Rheum*. – 1996. – V.39. – P.713-722.
5. Яременко О.Б. Современный алгоритм диагностики ревматоидного артрита // *Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология*. - Киев. - 2004. - №5. - С.32-34.
6. Бененсон Е.В., Цай Е.Г. Способ определения специфической флюоресценции лимфоидных клеток крови // *Откр. изобр.* - 1987. - Бюлл. №29. - А.С. СССР №1328757.
7. Бененсон Е.В., Цай Е.Г., Мамасаидов А.Т. Способ определения специфического иммунитета при ревматоидном артрите // *Откр. изобр.* - 1992. - Бюлл. №10. - А.С. СССР №1719998.

ПОКАЗАТЕЛИ АДГЕЗИВНОЙ И АГРЕГАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ КРОВИ У ЖИВОТНЫХ НА ФОНЕ РАДИОНУКЛИДНОЙ НАГРУЗКИ

Аттокурова Г.Н.

Ошский государственный университет, г. Ош

Установлено, что поступление радионуклидов урана в организм животных приводит к развитию тромбоцитопении, и как следствие, компенсаторных реакций в форме активации процессов адгезии и агрегации тромбоцитов.

Ключевые слова: тромбоциты, адгезия, агрегация, радионуклиды, урановые хвостохранилища.

Территория Кыргызстана имеет относительно небольшие размеры (199 тыс. км²), причем более 90% представлена горной местностью. В плане экологии было отмечено, что загрязнение, высоко расположенной местности различными химическими веществами, по отношению к низкогорью, приводит к тотальному загрязнению во время паводков нижележащей местности. На территории Кыргызстана сохранились 49 урановых хвостохранилищ, которые находятся в верховьях рек, становясь потенциально опасными загрязнителями нижерасположенных вдоль рек населенных пунктах. В частности, к ним относятся пгт Мин-Куш, Майлуу-Суу, Каджисай, Ак-Суу и многие другие урановые поселки, в которых проживает значительное количество населения Кыргызстана, и где возможно поступление в организм по пищевой цепочке, радионуклидов.

Представляет интерес влияние радионуклидов на систему гемостаза у человека и животных в этих условиях. Известно, что не только при повреждении сосудов возникают кровотечения, в ликвидации которой участвует система гемостаза, но и в организме здоровых людей, животных кровеносные сосуды испытывают физиологическую травматизацию и разрывы при движении, растяжениях, компрессиях в тканях, а также при резком подъеме артериального давления [1].

Цель работы. Изучить участие тромбоцитов в гемостазе, в частности их адгезивно-агрегационную функцию на фоне радионуклидной нагрузки.

Материал и методы исследования.

В работе были использованы 25 кроликов породы «шиншилла» средней массой 2,5 - 3,0 кг. Десять животных составили опытную группу, 15 – животные контрольной группы.

Опытные животные в течение месяца получали радионуклиды урана из корма, в который была добавлена вода из урановой провинции, содержащая радионуклиды [2]. Контрольная группа получала аналогичный корм с водой свободной от радионуклидов.

В крови производился прямой подсчет тромбоцитов в камере Горяева с помощью светового микроскопа. Определялись показатели адгезии и агрегации тромбоцитов крови [1].

Полученный фактический материал подвергли компьютерной обработке с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel с расчетом критерия Стьюдента.

Собственные результаты и их обсуждение.

Установлено, что поступление радионуклидов в организм животных приводит к повышению адгезии тромбоцитов к сосудистой стенке на 129,6% (рис. 1). Кровеносные сосуды принимают непосредственное участие в системе гемостаза, т.к. в их эндотелии находятся важнейшие стимуляторы адгезии и агрегации тромбоцитов. Также большую роль играют фактор Виллибранда, стимулирующий гемостатическую функцию тромбоцитов и взаимодействие с сосудистой стенкой. Устойчивость сосудистой стенки к различным воздействиям в том числе и к

радионуклидам является одним из факторов сохранения гомеостаза. В данном случае речь идет об изменениях базальной мембраны и периваскулярной соединительной ткани. Именно

тромбоциты обеспечивают резистентность сосудистой стенки к различным воздействиям, выполняя ангиотрофическую функцию.

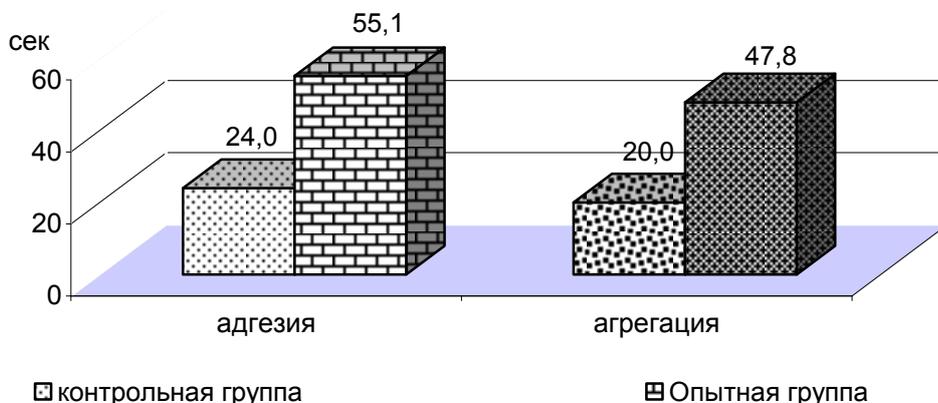


Рис. 1. Показатели адгезии и агрегации тромбоцитов крови у животных на фоне радионуклидной нагрузки.

Установленное нами снижение уровня тромбоцитов на 19% приводит к снижению резистентности стенок сосудов и

появлению точечных кровоизлияний (рис. 2).

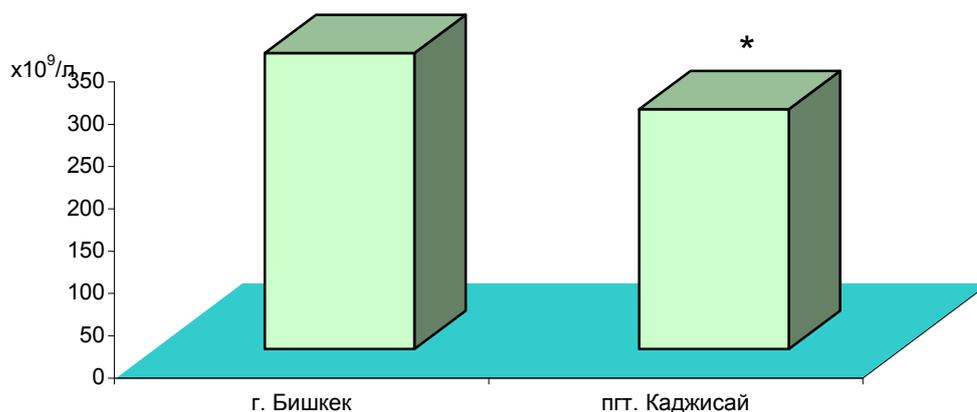


Рис. 2. Изменение количества тромбоцитов у животных при действии радионуклидов. Примечание: * - $P < 0,05$ достоверно по отношению к контрольной группе (г. Бишкек).

Поддержание нормальных параметров сосудистой стенки с помощью тромбоцитов объясняется способностью проникновения тромбоцита или его фрагмента в цитоплазму эндотелиальной клетки, а также отложение на капиллярной стенке фибрина за счет секреции из тромбоцитов фактора III и как результат образования тромбоцитарной пробки у места повреждения эндотелия сосуда.

Таким образом, повреждение стенки сосудов, а в данном случае недостаточные (ремонтные) возможности организма

вследствие тромбоцитопении, способствуют ускорению процесса свертывания крови.

Однако, в нарушении системы гемостаза нельзя приписывать решающую роль только тромбоцитопении. Важную роль в процессах свертывания крови играют функциональные и морфологические изменения стенок кровеносных сосудов.

«...Исследование проницаемости при воздействии ионизирующей радиации показало, что увеличение проницаемости

связано с распадом основного межклеточного вещества и, в частности, с деполимеризацией гиалуроновой кислоты. Это подтверждалось тем, что вскоре после облучения количество основного вещества и аргентофильных волокон в тканях резко уменьшалось, происходило их расплавление. В то же время Л. Т. Туточина наблюдала большое увеличение суммарного количества мукоида в крови, резкое нарастание которого является результатом дезагрегации основных веществ» (цит. по Бурназян А.И., Лебединский А.В., 1963) [3].

Наряду с повышением адгезивного процесса тромбоцитов отмечается и повышение их агрегации. Так, агрегация тромбоцитов по сравнению с контрольной группой увеличилась на 139,0%. Тромбоциты обладают способностью приклеиваться друг к другу и формировать агрегат, который в дальнейшем может стать источником образования тромбоцитарного тромба.

Большую роль в формировании агрегата приписывают АДФ, когда в результате сложных реакций АТФ сосудистой стенки превращается в АДФ под влиянием АТФ-азы. В данном случае для действия АДФ на тромбоциты должен произойти его выход из кровяных пластинок, а также наличие в крови ионов кальция и плазменного кофактора.

В данном случае кофактором АДФ агрегации тромбоцитов становится фибриноген. При введении радионуклидов уровень фибриногена в плазме крови уменьшается с $4,0 \pm 0,2$ г/л в контрольной группе до $1,6 \pm 0,3$ г/л ($P < 0,05$) у животных с радионуклидной нагрузкой. Несмотря на сниженный уровень фибриногена этого количества достаточно для процесса формирования агреганта из тромбоцитов.

Процесс агрегации тромбоцитов человека, индуцируемый АДФ, носит двухфазный характер. Первая фаза, продолжительностью до двух минут, - обратимая. Если она не переходит во вторую, то тромбоцитарные агрегаты могут

дезагрегировать. В первой фазе агрегаты рыхлые, непрочные, легко разрушаются и недостаточно хорошо фиксируются. Спонтанная дезагрегация обусловлена дальнейшим превращением АДФ в АМФ, аденозин, которые являются конкурентными ингибиторами действия АДФ и обладают дезагрегирующим эффектом. Конечные продукты деградации более потенцируют его дезагрегирующую активность. Активация фибринолиза с образованием плазмина, а также продукты деградации фибриногена, фибрина и фактора XIII также угнетают агрегацию и способствуют дезагрегации.

Вторая, необратимая, фаза агрегации связана либо с воздействием больших доз АДФ, либо с комплексным влиянием нескольких агрегирующих агентов (например, коллагена + АДФ + адреналина), либо с дополнительным воздействием малых доз I тромбина. В организме при повреждении сосудистой стенки агрегация практически всегда протекает как необратимый процесс, при внутривенном же введении малых доз АДФ она, как правило, обратима [1].

Таким образом, установлено, что у животных при введении радионуклидов повышаются процессы адгезии и агрегации тромбоцитов, т.е. появляется компенсаторная реакция на тромбоцитопению и повреждение эндотелия кровеносных сосудов.

Литература:

1. Балуда В.П. Лабораторные методы исследования системы гемостаза [Текст] / В.П. Балуда, З.С. Баркаган, Е.Д. Гольдберг и др. – Томск, 1980. – 310 с.
2. Суранова Г.Ж. Особенности накопления и влияния урана на сердечно-сосудистую систему у животных в условиях высокогорья [Текст] / Г.Ж. Суранова: автореф. дис. ... канд. мед.наук. – Бишкек, 2009. – 27 с. (7)
3. Бурназян А.И. Радиационная медицина [Текст] / Под ред. А.И. Бурназяна, А.В. Лебединского. – М., 1963. – 371 с.

ДИАГНОСТИКА МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА**Жумабаев А.Р., Аралбаев Р.Т., Жообасарова Д.Ж., Рыспекова Ч.Д.****Ошский государственный университет. Медицинский факультет.**

В статье изложен анализ данных 72 больных метастатическими поражениями позвоночника. Проведен сравнительный анализ различных диагностических мероприятий.

Ключевые слова: метастатические поражения позвоночника, диагностика, первичный очаг.

Diagnostics of vertebral column metastases**Zhumabaev A. R., Aralbaev R. T., Zhoobasarova D. Zh., Ryspekova C.D.****The Osh state university. Medical faculty.**

In the article was exposed analysis of 72 patients with metastatic defeat of the vertebral column. Carried out comparative analysis of different diagnostic steps.

Key words: vertebral column metastases, diagnoses, primary hearth.

Введение.

Метастатические поражения позвоночника (МПП) – являются основной причиной приводящей к фатальному исходу при онкологических заболеваниях и встречаются у 69% больных.[1]. Некоторые авторы утверждают, что первое место по частоте поражения позвоночника занимает рак предстательной железы. От 27% до 84% всех случаев этого заболевания осложняется вторичными опухолями позвоночника [2,3,4].

На протяжении последних лет самый высокий темп роста имеет заболеваемость раком молочной железы, являющаяся наиболее распространенной онкопатологией среди женского населения [5,6,7,8]. Данные исследований И.Г.Комарова и Т.А.Ахадова показывают, что на первом месте находятся метастазы рака предстательной железы (84%), на втором – рак молочной железы (75%), на третьем – рак легкого и щитовидной железы (50%). Метастатическое поражение позвоночника без выявленного первичного очага встречается в 0,5 – 15 % случаев [3].

Материалы и методы. Нами проведен анализ 72 больных метастатическими поражениями позвоночника наблюдавшиеся в Ошском межобластном центре онкологии (ОМОЦО) Кыргызской Республики за 2008-2010 годы. Из них женщин- 49, мужчин -23. По возрастной категории: выше 50лет- 40, до 50 лет-23, до 40 лет-7, до 30 лет-2.

В наших исследованиях метастатические поражения позвоночника

при раке молочной железы составили – 45,8 %; шейки матки- 6,9 %; предстательной железы-5,6 %; легких- 2,8 %; раке почек-1,4 % и желудка-1,4 %; В большинстве случаев(33), МПП обнаруживались у больных раком молочной железы. Причем время между первичным обращением больного к онкологу и обнаружением МПП варьирует; у 3 больных МПП проявилось через 29 лет, 20 и 15 лет после лечения РМЖ, у 8 - через 4-5 лет, у 20 - через 3 года и менее продолжительный срок.

В двух случаях диагностировали рак молочной железы одновременно с МПП.

Диагностика. У данной категории пациентов значительно страдало качество жизни, как правило, из-за болевого синдрома, нестабильности опорного аппарата и неврологического дефицита. Вследствие чего больные не могли сидеть, стоять и ходить. Боль в области позвоночника и неврологические нарушения были первыми проявлениями онкологического заболевания. Боли в спине, чаще в поясничной области с иррадиацией в нижние конечности, усиливающиеся при перемене положения тела, при физической нагрузке, у некоторых боли постоянного, ноющего характера (33,18). Боль в спине встречалась при самых различных заболеваниях, и поэтому залогом ее успешного лечения служила точная диагностика. Тщательное обследование обычно позволило установить причину боли (6).

Диагностической ошибкой врача

нередко является невниманием к особенностям болевых ощущений и их детализации. Иногда просто не учитывается локализация боли соответственно району иннервации определенного корешка, характер боли — ощущение опоясывания или сдавливания.

Клиническая картина неврологических расстройств, при опухолях типа «песочных часов» проявлялась поэтапными для всех экстрамедуллярных опухолей стадиями развития корешковых болей с медленным нарастанием проводниковых расстройств. При объективном исследовании почти всегда обнаруживали гиперестезию, выпадение брюшных рефлексов при локализации опухоли в грудном отделе позвоночника. Более половины больных грыжей межпозвоночных дисков, связывают появление боли с конкретной травмой — падением, резким наклоном или поворотом туловища.

Обычно сначала появляется преходящая, тупая, ноющая боль в пояснице. Как правило, она нарастает постепенно; реже боль возникает остро и с самого начала бывает интенсивной. Боль усиливается при движении, мышечном напряжении, подъеме тяжести, кашле и чихании. Часто наблюдалось рефлекторное напряжение паравертебральных мышц, которое само вызывает боль и препятствует полному выпрямлению спины. Спустя некоторое время боль распространялась на ягодицу и по задней или задненаружной поверхности бедра и голени на стороне поражения (ишиалгия). Часто появлялись онемение, покалывание в той части стопы, которая иннервируется чувствительными волокнами пораженного корешка. Эти же симптомы можно спровоцировать приемом Ласега, поднимая выпрямленную ногу у лежащего на спине больного. У здорового человека ногу можно поднять почти до 90° без болевых ощущений, в то время как при ишиалгии боль появляется при подъеме ноги до 30—40°. Кроме того, боль ослабевает в положении лежа на здоровом боку с согнутой больной ногой. Иногда наблюдаются снижение чувствительности, мышечная слабость, ослабление или утрата

рефлексов.

В редких случаях, когда на фоне суженного позвоночного канала развивается срединная грыжа, возможно сдавление конского хвоста, проявляющаяся нижним парапарезом и нарушением функций тазовых органов. Иногда наблюдается синдром псевдоперемежающейся хромоты, характеризующийся болью в ногах при ходьбе вследствие преходящего сдавливания конского хвоста. В патогенезе этого синдрома, вероятно, участвует ишемия нервных стволов.

Метастазы могут быть одиночными и множественными. Для большинства метастазов в позвоночник типичен гематогенный путь диссеминации. При этом локализация поражения во многом определяется степенью кровоснабжения позвонка и расположением в нем красного костного мозга, в который обычно происходит метастазирование. Поэтому чаще поражаются тела позвонков, чем дужки и остистые отростки. Кроме этого, эпидуральное метастазирование может происходить прямым путем из метастатического фокуса или паравертебральной опухоли, а также через кортикальную костную ткань тел позвонков непосредственно в эпидуральное пространство. Грудной отдел является излюбленным местом локализации метастазов (до 68%).

Метастазы приводят к компрессии спинного мозга и нарушению его кровоснабжения следствием чего являются быстро прогрессирующие симптомы поражения спинного мозга. Лучшим методом скринингового обследования при подозрении на метастаз считают радионуклидную сцинтиграфию скелета. Однако недостаточная ее специфичность часто становится причиной ложноположительных результатов при дегенеративных заболеваниях позвоночника, болезни Педжета, переломах в ранней стадии. Невысока чувствительность метода в оценке миеломной болезни.

Спондилография позвоночника выявляет поражение обычно уже в поздних

стадиях, когда выражен лизис костной ткани. Более информативной, чем рентгенография, и более специфичной, чем радионуклидный метод, является компьютерная томография. Она полезна при выявлении остеолитического костного поражения и демонстрации деструкции кортикальной поверхности тел позвонков с распространением процесса по эпидуральному пространству или в паравертебральные ткани. Лизис костной ткани более типичен для метастазов рака легкого.

При метастазировании новообразований простаты и лимфом часто выявляется реактивный костный склероз. Межпозвоночный диск, как правило, не поражается. После внутривенного контрастирования плотность метастазов повышается, что помогает лучше оценить степень инвазии паравертебральных тканей и эпидуральное клетчатка. КТ-миелография требуется лишь в тех случаях, когда имеется сдавление спинного мозга или подозреваете интрадуральное метастазирование.

Метастазы часто вызывают боль в спине вследствие поражения позвонков или корешков. Сдавление спинного мозга может быть связано с компрессионным переломом и смещением пораженного позвонка или с экстрамедуллярными (интра- или экстрадуральными) метастазами.

Из вышеуказанного следует, что МПП не имеет специфических симптомов, вследствие чего многие больные с МПП длительное время (2-3 года) находятся под наблюдением врачей неврологов, нейрохирургов, ортопедов по поводу радикулопатий, грыж, протрузий межпозвоночных дисков, патологий тазобедренного сустава.

Поэтому необходимо повысить эффективность диагностики метастатического поражения позвоночника.

Тяжесть онкологических заболеваний и высокие затраты необходимые для реализации современных программ их лечения подчеркивают необходимость поиска новых диагностических, тактических и организационных решений

для своевременного обнаружения опухолей, установления их распространенности и осложнений

Метастатическое поражение позвоночника выявляли на рентгенографии (24). С появлением КТ рентгенографию позвоночника стали проводить реже, в основном для исключения врожденных аномалий и деформаций, воспалительных заболеваний, первичных или метастатических опухолей. При грыже диска рентгенография либо нормальна, либо обнаруживались дегенеративные изменения в виде остеофитов и сужения межпозвоночного пространства. МРТ и КТ позволили диагностировать грыжу диска и стеноз позвоночного канала (4, 6).

МРТ - является приоритетным высокотехнологичным методом в диагностике метастатического поражения позвоночника, что весьма важно для ранней их диагностики и адекватного лечения, что в свою очередь, имеет большое практическое значение для увеличения продолжительности и улучшения качества жизни онкологических больных. МРТ особенно важна для диагностики сдавления спинного мозга и конского хвоста, но менее надежна, чем КТ, в случае сдавления корешка.

Следует отметить, что МРТ (38) является оптимальным в раннем выявлении метастатического поражения позвоночника и его осложнений. МРТ явилось наиболее эффективным методом выявления метастатического поражения позвоночника: точность составила $94,4\% \pm 2,42\%$.

Выводы:

1. Больным с заболеваниями позвоночника и спинного мозга необходимо как можно в более ранние сроки от начала заболевания производить МРТ исследование.

2. Всем пациентам с установленным диагнозом рака молочной, предстательной железы и легких независимо от наличия либо отсутствия болевого синдрома в позвоночнике для раннего выявления МПП должна быть проведена МРТ.

Литература:

1. Алиева О. Д. Применение магнитно-резонансной томографии для диагностики распространенности рака молочной железы и контроля за качеством лечения метастазов // Автореферат диссертации. Казань, 2006г.
2. Ахадов Т.А., Панов В.О., Айххофф // У. Магнитно-резонансная томография спинного мозга и позвоночника. Москва, 2000. – 334-335с.
3. Комаров И.Г., Комов Д.В. // Метастазы злокачественных опухолей без выявленного первичного очага. М.: «Триада-Х», 2002. – 13-60 с.
4. Корниенко В.Н., Пронин И.Н. // Диагностическая нейрорадиология Москва, 2006. – 1263-1277 с. ISBN 5-94982-031-2.
5. Родионов В.В., Новиков Г.А., Куликов Е.П. / Факторы, влияющие на продолжительность жизни больных раком молочной железы с метастазами в кости. // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2005. – №2. – С.59.
6. Семиглазов В.В. Лучевая диагностика минимального рака молочной железы / В.В. Семиглазов, П.И. Крживицкий // Вопросы онкологии. – 2001. – Т. 47. – № 1. – С.99-102.
7. Тютин Л.А. Лучевая диагностика в онкологической клинике / Л.А. Тютин, А.А. Странжевский // Вопросы онкологии. – 2003. – Т. 49, № 5. – С.543-553.
8. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2006 году (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – Москва 2008. – 4-86 с.
9. Валиев А.К. и соавт. «Компрессионный синдром у больных с метастатическим поражением позвоночника. Стратегия и тактика лечения» // Практическая онкология Т.10 №3-2003
10. Усиков В.Д. и соавт., «Чрескожная вертебропластика у больных с метастазами в позвоночник». // Травматология и ортопедия России 2(48)-2008
11. Алиева О.Д., Гилязутдинов И.А., Хасанов Р.Ш. / Неинвазивная диагностика метастатических поражений позвоночника с помощью МР-томографии. ГУЗ Областная клиническая больница, г. Ульяновск.

**МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ
КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ГАСТРЭКТОМИЮ
ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА**

Аралбаев Р.Т., Новокшонова Ю.Ю., Анкудинова С.А.

Национальный Центр Онкологии Кыргызской Республики, г. Бишкек

Статья посвящена проблемам состояний, возникающих после оперативного лечения рака желудка. Всем больным, перенесшим оперативное вмешательство в объеме гастрэктомии, в различные сроки после операции произведено ультразвуковое исследование моторно-эвакуаторной функции верхних отделов кишечника и фиброэзофагодуоденоскопия для оценки слизистой пищевода. Анализ полученных данных, указывает на возникающие нарушения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта после хирургического лечения, приводящих к пострезекционным осложнениям, проявляющимся в виде различных симптомов.

Posrezektionnye gasrektomii complications in patients with gastric cancer.

Aralbayev R.T., Novokshonova J.J., Ankudinova S.A.

National Centre of Oncology Kyrgyzskoy Republic, Bishkek

Paper is devoted to the problems of states occurring after surgical treatment of gastric cancer. All patients who had undergone surgery in the amount of gastrectomy, at various times after surgery performed ultrasound motor evakuatoronoy functions of the upper intestine and fibroezofagoduodenoskopiya to assess esophageal mucosa. Analysis of the data indicates a violation occurring motor-evacuation function of the gastrointestinal tract surgery field, leading to a Post-resection complications, which are manifested in a variety of symptoms.

Гастрэктомия является операцией выбора при лечении рака желудка, частым следствием удаления органа является развитие рефлюкс-эзофагита, который возникает по данным различных авторов у 1.7-94% пациентов (1). Пострезекционные синдромы значительно ухудшают качество жизни больных, снижают

работоспособность, нередко приводят к инвалидизации (2). В последние годы в онкохирургии наряду с вопросами повышения радикализма оперативных вмешательств, снижение частоты послеоперационных осложнений и летальности все большее внимания уделяется функциональным результатам

операций (3).

Цель исследования: изучить пострезекционные осложнения, возникающие у больных раком желудка после операции гастрэктомии.

Нами было обследовано 58 пациентов, перенесших операцию гастрэктомию по поводу рака желудка с наложением анастомоза по Бондарю с Броуновским соустьем в модификации Национального центра онкологии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Больные условно разделены на 3 группы.

1 группу составили больные, у которых исследования проводились в сроке до 1 года после оперативного вмешательства (28 человек). Средний возраст больных в этой группе 53 ± 1.8 лет.

2 группу составили больные, перенесшие гастрэктомию в строке 1-3 года (11 больных). Средний возраст в этой группе 48 ± 2.0 лет.

3 группа - исследования проводились в сроке более 3 лет, средний возраст составил 56 ± 2.3 лет (19 больных).

Контрольную группу составили практически 30 здоровых людей, средний возраст которых составил 40 ± 9.2 лет. У всех обследуемых больных признаков метастазирования и рецидива опухоли обнаружено не было.

Больным было проведено ультразвуковое исследование моторно-эвакуаторной функции верхних отделов кишечника по методике, предложенной Ханзен Х.Ф., Далихо Р., Швоковским Х. 1988, для оценки МЭФ верхних отделов кишечника УЗ методом применялись следующие параметры: амплитуда перистальтических волн, их скорость и частота. Определение частоты перистальтических волн осуществлялось путем регистрации их количества за фиксированный промежуток времени (60-180 сек.). Скорость перистальтических волн вычисляется после регистрации времени прохождения перистальтической волной установленных на экране меток стандартного расстояния (20-30 мм).

Амплитуда перистальтических волн измеряется в абсолютных значениях (мм) или в процентах по формуле $A = [(D-d) \setminus D] \times 100\%$, где А-амплитуда перистальтики, В- средний диаметр поперечного сечения кишки при ее расслаблении, d- тот же диаметр при прохождении через место перистальтической волны. Оценка показателей должна проводится не ранее чем через 2-3 мин после приема жидкости.

Для исследования состояния анастомоза и слизистой пищевода больным проводилась ЭГДС-копия (фиброэзофагодуоденоскопия), аппаратом «PENTAX» E-2 2770. Из нижней трети пищевода для оценки морфологических изменений слизистой брался биоптат. Оценка состояния поражения слизистой пищевода проводилась по классификации Sovary Miller. Статистическая обработка проводилась методом вариационной статистики с учетом коэффициента Стьюдента-Фишера.

Гистологическая структура опухоли представлена следующим образом: Анализ полученных данных показал, что в течении года после оперативного лечения у всех больных появляются пострезекционные осложнения различной степени тяжести, проявляющиеся в виде различных симптомов:

Как видно из таблицы в сроке 1-3 лет явления агастральной астении постепенно начинают уменьшаться. После 3 лет снижаются практически в 3 раза, во 2 периоде нарастают симптомы характерные для рефлюкс-эзофагита, что подтверждается данными ЭГДС, далее эти симптомы так же претерпевают изменения в сторону уменьшения, таким образом, в сроке более 3 лет после перенесенной гастрэктомии частота пострезекционных симптомов уменьшается в 2 раза.

В таблице 2 представлены показатели моторно-эвакуаторной способности верхних отделов кишечника у больных, оперированных по поводу рака желудка в различные сроки после оперативного вмешательства.

Гистологическая структура опухолей

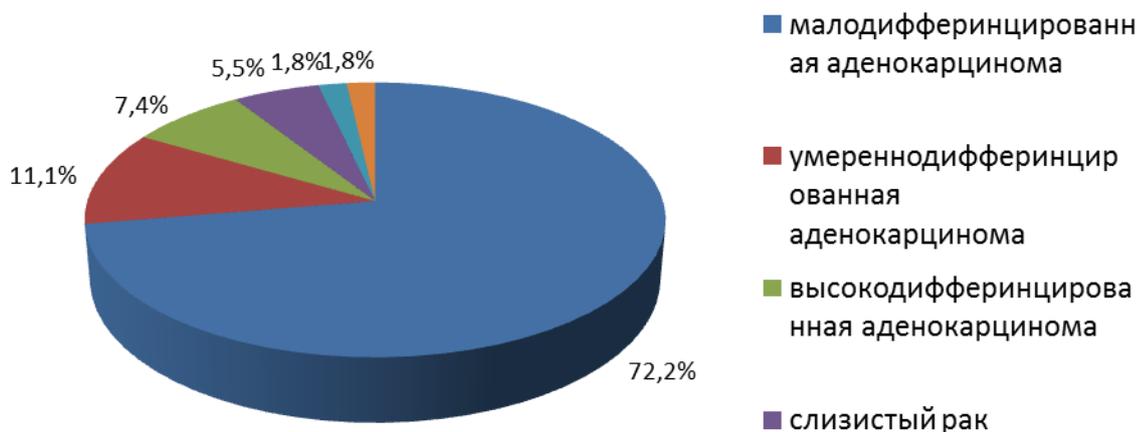


Таблица 1

симптомы	группы		
	< 1 года	1 – 3 года	> 3 лет
Астенический синдром	28 (100%)	5 (45.5 %)	6 (31.5 %)
Боли в эпигастральной области	15 (53.3 %)	8 (72.2 %)	5 (26.3 %)
изжога	7 (25 %)	4 (36.3%)	4 (21 %)
дисфагия	3 (10.7 %)	2 (18 %)	-
рвота	1 (3.6 %)	1 (9 %)	1 (5.3 %)
Расстройства стула (запоры, жидкий стул)	1 (3.6 %)	1 (9 %)	-
Горечь во рту	1 (3.6 %)	3 (9 %)	-
метеоризм	1 (3.6 %)	1 (9%)	-
Агастральная анемия	19 (42 %)	-	2 (15.7)
Не предъявляли жалоб	-	1 (9 %)	10 (52.6 %)

Таблица 2

Моторно-эвакуаторная функция верхних отделов кишечника у больных, перенесших гастрэктомию.

Группы	Количество больных	Амплитуда перистальтических волн %	Скорость перистальтических волн (мм\сек)	Частота перистальтических волн (к-во волн в 1 мин.)
Контрольная группа	30	M=50.2±0.1	M=2.5±0.1	M=3.0±0.1
До 1 года	28	M=45.3±2.2	M=2.2±0.5	M=2.1±0.7
1-3 года	11	M=44±3.9	M=2.8±0.2	M=3±0.3
Свыше 3 лет	19	M=44.3±2.2	M=2.6±0.2	M=2.2±0.1

Как видно из таблицы амплитуда перистальтических волн в 1 год после оперативного вмешательства снижается с 50 % до 45.3 %, далее снижение

прогрессирует и после 3 лет составляет в среднем 44.3 %, не восстанавливаясь до нормальных значений (p >5 %).

В отличие от амплитуды скорость

перистальтики в 1 год после операции снижается с 2.5 мм\сек до 2.2 м в сек ($p > 5\%$), далее увеличивается до 2.8 мм \сек во втором периоде, превышая средний показатель у контрольной группы, а в 3 периоде приобретает значения контрольной группы ($p > 5\%$). Частота перистальтических волн в 1 период после гастрэктомии снижается аналогично другим показателям моторно-эвакуаторной способности кишечника, далее уже в периоде 1-3 года ее показатели сравниваются с показателями контрольной группы, но в период свыше 3 лет значения снижены до 2.2 волн\мин ($p < 0.1\%$).

Таблица 3. - Эндоскопические изменения слизистой пищевода и зоны анастомоза у больных после операции гастрэктомии по поводу рака желудка

Характер изменений	Группы		
	<1 года	1-3 года	> 3 лет
Анастомозит	50 %	38 %	50 %
Эзофагит нижней трети пищевода	25% I- II ст.	69 % I- II ст.	41% II-III ст.

Оценка степени эзофагита проводилась по классификации *Sovary Miller*. У больных, перенесших оперативное вмешательство в виде гастрэктомии частота анастомозитов в 1 год после операции встречалась у 50% больных. В периоде 1-3 лет этот показатель снизился до 38% и далее в период свыше 3 лет вновь увеличился до 58%.

Воспалительные процессы пищевода встречались в основном в нижней трети, и в периоде до 1 года степень изменения слизистой соответствовала I-II степени эзофагита по классификации *Sovary Miller*, что характеризовалось гиперемией слизистой и наличием островков фибринозного налета (II ст.). Частота этого осложнения составила 25%. Во 2 группе в периоде 1-3 лет после перенесенной операции частота эзофагита I-II степени увеличилась до 69%, а далее в периоде более 3 лет снизилась до 41%, но изменения при этом характеризовались

появлением язвенных дефектов, что соответствовало эзофагиту III степени. У 2 больных в периоде до 1 года и в сроке от 1 до 3 лет развились рубцовые сужения пищевода.

Таким образом, в 1 год после операции у всех больных перенесших гастрэктомию определяется резкое снижение всех показателей моторно-эвакуаторной функции верхних отделов кишечника – амплитуды, частоты и скорости перистальтических волн. У всех больных регистрируется астенический синдром, появляются пострезекционные симптомы, в частности боли в эпигастрии (53,3%), изжога (25%), дисфагия (10.7%) и др., что коррелирует с данными эзофагодуоденоскопии при которых регистрируется наличие анастомозитов в 50% случаев, а эзофагитов I-II степени в 25%. Далее в периоде 1-3 лет показатели моторики кишечника увеличиваются, некоторые из них достигают значений, соответствующих показателям контрольной группы (скорость и частота перистальтических волн). Параллельно стихают и симптомы агастральной астении, но нарастают симптомы, характерные для рефлюкс-эзофагита – изжога (36,6%), дисфагия (18%), что так же совпадает с эндоскопическими данными – эзофагит I-II степени регистрировался в 69% случаев. В 3 периоде показатели моторно-эвакуаторной способности кишечника вновь снижаются. Симптомы имеют тенденцию к снижению, эндоскопически так же регистрируется снижение частоты рефлюкс-эзофагита, но при этом степени поражения слизистой увеличивается до III.

Регистрируется увеличение воспалительных изменений слизистой области анастомоза, что по видимому связано как с нарушением моторики ЖКТ в целом, так и снижением местного иммунитета, разрушенного вследствие удаления органа, не малую роль в возникновении данного осложнения может играть и вторичное инфицирование.

Список литературы:

1. Жерлов Г.К., Кошель А.П.с соавт. «Реконструкция пищеводно-кишечного анастомоза у больных после

- гастрэктомии по поводу рака желудка», Сибирский онкологический журнал 2009, № 2 стр. 32.
2. Зубарев П.Н. «Пострезекционные и постгастрэктомические болезни», Практическая онкология 2001, №3. - 7.
3. Бондарь В.Г., Джамиль Бакер «Современные тенденции в хирургии рака желудка и функциональные результаты хирургического лечения», архив клинической и экспериментальной медицины том 13, № 1-2 2004 г.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ

Омурбекова Ч.О.

Национальный центр онкологии МЗ КР, г. Бишкек.

В данной статье изучена эффективность и токсичность комбинации циклофосфан +цисплатин/карбоплатин у больных распространенным раком яичников. Объективный эффект составил 62% (при 20% полных и 42% частичных регрессиях).

Ключевые слова: рак яичников, химиотерапия, циклофосфан, карбоплатин, токсичность.

This article studied the efficacy and toxicity of the combination cyclophosphamide plus cisplatin/carboplatin in patients with advanced ovarian cancer. The objective response rates were 62% (20% in total and 42% partial response).

Keywords: ovarian cancer, chemotherapy, cyclophosphamide, cisplatin, carboplatin, toxicity.

В настоящее время рак яичников по-прежнему занимает ведущее место в структуре заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний. Самая высокая заболеваемость отмечается в развитых странах, таких как США, Канада, а также в европейских странах, в то время заболеваемость в странах Африки и Азии низка. В Кыргызстане показатель заболеваемости за период 2000-2007гг. составил 7,5 и 7,0 на 100 тыс. женского населения соответственно, в абсолютных числах -140-170 больных. Средний возраст заболевших женщин составил 54,1 год [1]. По данным МАИР (Международное агентство по изучению рака) ежегодно в мире регистрируется более 165 тыс. новых случаев рака яичников и более 100 тыс. женщин умирает от этой опухоли [3].

Большинство случаев (70%) заболевания выявляется на поздних стадиях в связи с неспецифической симптоматикой и внутренней локализацией. Эти пациенты представляют наиболее тяжелый контингент больных, так как на момент начала лечения у большинства из них имеются выраженные асцит, плеврит, распространенный

опухолевый процесс с массивной диссеминацией, иммуносупрессия и опухолевая интоксикация, ухудшающие общий статус и качество жизни больных.

Стандартное лечение больных РЯ включает в себя циторедуктивную операцию в объеме экстирпации матки с придатками и резекцию большого сальника и комбинированную лекарственную терапию. Химиотерапия при распространенном раке яичников до сих пор остается непростой задачей. Несмотря на высокую частоту полных ремиссий после максимальной циторедукции и первой линии химиотерапии у большинства больных возникают рецидивы заболевания. Комбинация с включением препаратов платины и таксанов остается схемой выбора в течение последних 15 лет. Однако также у 70% пациенток развиваются рецидивы после достижений полного клинического эффекта при использовании данной схемы [4- 8].

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 50 больных раком яичника, которые получали комбинированное лечение с включением химиотерапии в качестве первой линии

терапии в условиях отделения химиотерапии НЦО МЗКР за период с 2000 по 2010 гг.

Характеристика больных включает возраст, стадии заболевания по классификации FIGO, морфологию и степень дифференцировки опухоли, общее состояние по шкале ECOG – ВОЗ, маркерный статус и предшествующее хирургическое лечение. Средний возраст женщин составил 52,5 года (от 21 до 79 лет). Из 50 первичных больных раком яичника у 14 (28%) была II стадия, (из них II В стадия 14,2%, II С стадия 85,8%), у 28 (56%) III стадия, у 8 (16%) IV стадия

заболевания. Следовательно у 72% были диагностированы поздние стадии заболевания. У 32 (64%) больных была обнаружена серозная цистаденокарцинома, муцинозная цистаденокарцинома у 10 (20%), редкие морфологические формы встречались у 16 % пациенток. Степень дифференцировки опухоли была определена у 80% больных: из них высокодифференцированная опухоль была определена у 16%, наиболее часто встречалась умереннодифференцированная опухоль – у 79%; недифференцированная опухоль у 5%. Общая характеристика больных представлена в табл.1.

Таблица 1. - Общая характеристика больных

Число больных	50 (100%)
Возраст (медиана)	21-79 (52,5)
Общее состояние по ВОЗ	
0	13 (26%)
1	26 (52%)
2	11 (22%)
Гистологическое строение опухоли	
Серозная цистаденокарцинома	32 (64%)
Муцинозная цистаденокарцинома	10 (20%)
Прочее	8 (16%)
Стадия заболевания	
II	14 (28%)
III	28 (56%)
IV	8 (16%)
Асцит	25 (50%)
Плеврит	11 (22%)

Метастатический плеврит наблюдался у 11 (22%) больных, чаще односторонний, двусторонний плеврит выявлен у 3 (6%) больных. Асцитная форма рака была диагностирована у 25 (50%) больных. Опухолевое поражение брюшины у 16 (32%) больных. Метастатическое поражение печени, подтвержденное данными УЗИ и КТ у 3 (6%) пациенток, еще у одной прорастание в кишечник. Метастазы в забрюшинные лимфоузлы у 3 больных. На первом этапе оптимальная циторедукция выполнена у 16 (32%) больных, нерадикальные операции у 7 (14%) пациенток.

Обследование и лечение, а также оценка эффективности и токсичности

лечения проведена согласно стандартам ВОЗ и критериям CNC-NCIC (Clinical Trial Center National Cancer Institute Canada). При появлении признаков прогрессирования болезни после 2-х курсов терапии пациентки переводились на терапию второй линии, результаты которой будут обсуждены в следующих наших публикациях.

Химиотерапия проведена по схеме: Циклофосфан по 750 мг/м² в/в в 1-й день, цисплатин 75 мг² в/в кап. с водной нагрузкой в 1-й день лечения. Курсы повторялись каждые 3 недели до 6 курсов.

29 больным из-за плохой переносимости цисплатин был заменен на карбоплатин (AUSx5).

Результаты лечения и обсуждение

Всего было проведено 187 курсов химиотерапии по схеме РС.

В среднем проведено 3,7 курса. Оценка непосредственных результатов лечения показало (табл.2), то полные ремиссии достигнуты у 10 (20%), частичная ремиссия у 21 (42%), стабилизация процесса у 11 (22%), лечение без эффекта или прогрессирование у 8 (16%).

Таким образом, объективный эффект (частота полных и частичных регрессий)

составил 62%. После неoadьювантных курсов химиотерапии по схеме РС 11 (22%) больным удалось выполнить радикальную операцию в объеме надвлагалищной ампутации матки с придатками с резекцией большого сальника. Их них у 8 была асцитная форма заболевания с явлениями канцероматоза. Гистологически в исследуемом материале у 2 выявлены явления выраженного патоморфоза IV степени.

Таблица 2. - Эффективность режима РС

Схема химиотерапии	Число больных	Эффективность (ВОЗ)			
		Полная регрессия (%)	Частичная регрессия (%)	Стабилизация (%)	Прогрессирование (%)
Цисплатин /карбоплатин + циклофосфан	50 (100%)	10 (20%)	21 (42%)	11 (22%)	8 (16%)

У 1 больной операция была нерадикальной. Внутривнутрибрюшинная химиотерапия наряду с системной терапией проведена у 6 пациенток препаратами платины.

Вторая линия химиотерапии (в случае прогрессирования или появлении рецидива болезни) в последующем проведена паклитакселом у 4, гемзаром у 5, этопозидом у 3, двое получили таргетный препарат бевацизумаб в сочетании с паклитаксел + карбоплатин. Результаты лечения больных с рецидивом заболевания (II линия терапии) будут обсуждены в других публикациях.

Время до прогрессирования в данной группе составила 11 мес., медиана продолжительности жизни 24 мес.

Токсичность режима.

Основным видом токсичности являлась гематологическая в виде умеренной лейкопении, анемии (I-II степень токсичности). Случаев фебрильной нейтропении не отмечено. Тошнота и рвота I-II степени у 59%, III-IV степени у 41%. Нефротоксичность у 12%. Всем больным проводилась сопроводительная терапия (антиэметики, КСФ и др.). Алопеция у 42%. Все побочные эффекты носили обратимой

характер. Ни одна больная не умерла от токсических проявлений химиотерапии.

Заключение

Комбинация цисплатин / карбоплатин + циклофосфан является высокоэффективной (общий эффект 62% при 20% полных регрессий) при распространенном раке яичников в качестве первой линии химиотерапии. Дозолимитирующей токсичностью явилась гематологическая (умеренная нейтропения) и нефротоксичность, однако это не привело к прекращению лечения ни в одном случае. Медиана выживаемости еще не достигнута, а средняя продолжительность жизни составила $24 \pm 1,9$ мес. (при средние сроки наблюдения 36 мес). Данная комбинация из-за неплохой переносимости может быть рекомендована для амбулаторного лечения.

Таким образом, важнейшими этапами лечения распространенного рака яичника являются оперативное вмешательство с максимальной циторедукцией, индукционная химиотерапия и лечение рецидивов заболевания. Хирургическое лечение преследует две цели: установление стадии заболевания и удаление первичной опухоли и максимально возможная резекция ее метастазов. Правильное

стадирование болезни позволяет разделить больных на равноценные прогностические группы, определить оптимальную тактику лечения с последующим сравнением эффекта лечения и улучшить отдаленные результаты. Больные, получившие на первом этапе лечения режимы химиотерапии без включения таксанов, должны обязательно получать таксаны во второй линии терапии.

Опыт работы с данной категорией отягощенных больных позволяет утверждать, что в связи с заведомо нерадикальным характером циторедуктивной операции всем больным раком яичника Ic - IV стадиями заболевания, выполненными в различных клиниках в нашей республике в дальнейшем показано проведение химиотерапии.

Литература

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005 г. Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина, т.18. №2 (прил.1), 2007.
2. Абдылдаев Т.А., Гуди М.В., Саккараева С.Д и др. Неoadъювантная химиотерапия в комбинированном лечении больных распространенным раком яичников. Сборник трудов межд.конференции «Современное состояние научных исследований в Кыргызстане». Бишкек, 2001 С. 56-59.
3. Abdyldaev T.A., Abdyldaev R.A. Systemic and intraperitoneal chemotherapy in patients with advanced ovarian cancer. 2-nd Congress European Society of Gynecology, Gottingen, Germany. 1997.p.46.abstr.15.
4. Goff B.A., Mandel L., Muntz H.G. et al Ovarian carcinoma diagnosis: Results jf National Ovarian Cancer Survey 89:2068-2075, 2010
5. Gore M., ten Borrel Huinink W., Carmishael J., et al. Clinical evidence for topotecan-paklitaxel non-cross-resistance in ovarian cancer. J Clin Oncol 19:1893-1900, 2001
6. McGuire W.P., Hoskins W.J., Brady M.F. et al. Cyclophosphamide and cisplatin compared with paclitaxel and cisplatin in patients with stage III and stage IV ovarian cancer. N.Engl J Med 334:1-6, 2007
7. Neijt J.P., du Bois A. Paklitaxel/carboplatin for the initial treatment of advanced ovarian cancer. Semin Oncol. 26 (1 Suppl 2): 78-93, 1999
8. Piccart M., Bertelsen K., James K. et al. Randomized intergroup trial of cisplatin-paklitaxel versus cisplatin-cyclophosphamide in women with advanced ephitelial ovarian cancer: Three-year results. J Nat. Cancer Inst 92 (9):699-708, 2010.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Сыдыков Н.Ж., Сопуев А.А.

НХЦ МЗ КР

Рак прямой кишки занимает одно из ведущих позиций в структуре онкологической заболеваемости в ряде стран. По данным ряда исследователей, рак прямой кишки составляет от 2 до 10% общего числа злокачественных новообразований человека и около 80% опухолей всей толстой кишки. Рак прямой кишки занимает второе место среди злокачественных опухолей пищеварительного тракта и первое место среди злокачественных новообразований толстой кишки [1,2,].

Среди хирургических заболеваний органов брюшной полости кишечная непроходимость является одной из наиболее актуальных в неотложной хирургии брюшной полости [1, 2, 5]. Различие форм кишечной непроходимости, сложность патогенетических механизмов, известные трудности выявления характерных признаков заболевания, а также ограниченность сроков установления диагноза и выработки тактического решения определяют высокие требования к организации хирургической помощи [3, 4]. Проблема лечения осложненного колоректального рака занимает в настоящее время значительное место в хирургической практике [6-8].

При осложненном раке прямой кишки хирургическая тактика зависит от локализации опухоли, вида осложнения, состояния больного и общепринятых тактических установок, которые часто предусматривают завершение оперативного вмешательства формированием колостомы [5, 7]. Наиболее частым и тяжелым осложнением колоректального рака является кишечная непроходимость. Сложность операции в условиях выраженного спаечного процесса и переполнения содержимым кишечных петель создает угрозу перфорации и развития тяжелых осложнений в

послеоперационном периоде [5, 6, 9]. При этом частота послеоперационных осложнений и послеоперационная летальность остаются довольно высокими и достигают, по данным разных авторов, 15—50% [1, 5, 7]. Гнойно-воспалительные осложнения после операций, выполненных на фоне кишечной непроходимости, составляют 38-80% .

Цель настоящего исследования - усовершенствование методики наложения межкишечного анастомоза при осложненных формах течения рака прямой кишки.

Материал и методы. В Национальном хирургическом центре за период 2005—2010 гг. нами проведено хирургическое лечение 102 больных раком прямой кишки; осложненным кишечной непроходимостью. Среди пациентов мужчин было 47 (46,1%), женщин — 55 (53,9%). Возраст больных колебался от 25 до 80 лет. Кишечную непроходимость диагностировали с учетом клинической картины заболевания, данных анамнеза, результатов физикального, рентгенологического, эндоскопического и ультразвукового методов обследования.

Результаты и обсуждение. Выбор объема оперативного вмешательства определялся не только локализацией опухоли и выраженностью изменений кишечной стенки в проксимальных от опухоли отделах, но и характером возникших осложнений и наличием различных сопутствующих заболеваний, которые значительно ограничивали показания к радикальному лечению. В хирургическом лечении рака прямой кишки, осложненного кишечной непроходимостью, мы придерживаемся главного принципа — не только ликвидировать непроходимость и спасти жизнь больного, но и по возможности произвести радикальное удаление опухоли при первом же

вмешательстве.

Существенное значение в выборе метода и вида операции имела давность возникшей кишечной непроходимости. По нашим данным, за исследуемый период в первые 24 ч с момента возникновения кишечной непроходимости госпитализирован всего 15 (15,3%) больной. Наибольшее количество больных — 31 (30,7%) — было госпитализировано в сроки до 48 ч. Количество больных, поступивших в стационар на 3-й сутки и позже, составило 22 (22,8%) и 24 (23,2%) соответственно, с более продолжительным анамнезом непроходимости — 8 (8%).

20 (20,3%) больному выполнены радикальные операции с резекцией кишки и наложением анастомоза. При формировании анастомоза предпочтение отдавали завершению операции созданием межкишечного соустья по типу конец в конец. Мы выполнили 17 операции. В остальных 7 наблюдениях межкишечное соустье было сформировано по типу бок в бок или конец в конец. Резекция кишки с наложением колостомы выполнена 44 (45,0%) больному, поступившему с кишечной непроходимостью. Остальным 35 (34,6%) больным с IV стадией заболевания, у которых кишечная непроходимость имела декомпенсированный характер на фоне выраженных полиорганных нарушений, произведены паллиативные операции в виде наложения разгрузочной илеостомы (14 наблюдений) или двустольной колостомы (16 больных). Послеоперационные осложнения возникли у 39 (40,6%) больных.

Несостоятельность анастомоза в 5 наблюдениях привела к развитию распространенного калового перитонита с летальным исходом. Причиной несостоятельности, по нашему мнению, явилось завышение показаний к формированию первичного анастомоза. В этих наблюдениях целесообразно на первом этапе завершить операцию формированием разгрузочной колостомы. Более половины всех осложнений в послеоперационной ране и в области наложенной колостомы имели гнойный характер — 53 (54,9%).

Исходные сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и легочной систем у больных преклонного и старческого возраста послужили причиной развития тяжелых осложнений у 27 (33,0%) из них и в 19 наблюдениях привели к летальному исходу. Во всех 3 наблюдениях тромбоэмболия ветвей легочной артерии закончилась неблагоприятно. В раннем послеоперационном периоде от осложнений умерли 15 больных (общая послеоперационная летальность 14,8%).

Таким образом, кишечная непроходимость является наиболее частым и тяжелым осложнением рака толстой кишки. При выполнении оперативного вмешательства необходимо учитывать не только локализацию опухоли в толстой кишке и стадию развития заболевания, но и степень компенсаторных возможностей кишки, длительность возникшего осложнения, а также возраст больных, состояние жизненно важных органов и систем.

Резекция кишки с опухолью с одномоментным восстановлением непрерывности кишечной трубки при кишечной непроходимости является трудной задачей. Показания к формированию анастомоза при этом резко ограничиваются многими исходными факторами.

Анализ послеоперационного периода у больных с кишечной непроходимостью показал, что количество, тяжесть и характер осложнений зависят от первоначально избранной консервативной и хирургической тактики.

Одним из возможностей расширения показаний к первичной резекции кишки с последующим восстановлением кишечной непрерывности, по нашему мнению, является формирование инвагинационного межкишечного анастомоза, который позволяет избежать несостоятельности и следующих за этим осложнений. Данная методика анастомозирования была использована у 24 больных с кишечной непроходимостью. Всего в 2 наблюдениях отмечались явления анастомозита, потребовавшие проведения с помощью фиброколоноскопа двухпросветного зонда выше анастомоза. Зонд удаляли на 3—5-е сутки после операции. Других осложнений

мы не наблюдали.

Таким образом, кишечная непроходимость является наиболее частым и тяжелым осложнением рака прямой кишки.

При выполнении оперативного вмешательства необходимо учитывать не только локализацию опухоли в прямой кишке и стадию развития заболевания, но и степень компенсаторных возможностей кишки, длительность возникшего осложнения, а также возраст больных, состояние жизненно важных органов и систем.

Формирование инвагинационного межкишечного соустья при кишечной непроходимости позволяет расширить показания к наложению первичного анастомоза.

При гнойных осложнениях, перфорации опухоли оптимальным видом хирургического вмешательства является резекция пораженного сегмента без восстановления непрерывности кишечного тракта.

Литература

1. Александров КБ. Рак прямой кишки. М 2001; 208.
2. Ахмадулинов М.Г. Экспериментальная оценка способов наложения кишечных швов в условиях непроходимости кишечника. Хирургия 1992; 4: 80-83.
3. Барсуков Ю.И., Кныш В.И. Современные возможности лечения

колоректального рака. Современная онкология 2006; 2: 6—7.

4. Буянов В.М., Егоров В.И., Счастливцев И.В. и др. Механические свойства толстой кишки и кишечный шов. Современные проблемы практической хирургии: Сборник научных трудов. М 2000; 7-18.
5. Ганцев Ш.Х., Важенин А.В., Рахматуллина И.Р. Анализ показателей заболеваемости, смертности и выживаемости при раке ободочной кишки. Рос.онкол.журн2005; 4: 21—22.
6. Ганцев Г.П.Х. Мультиорганная хирургия. Медицинский вестник Башкортостана 2008; 4: 9—13.
7. Кныш В.И., Черкес В.Л., Ананьев В.С. Пути улучшения результатов лечения колоректального рака. Рос онколжурн2001; 5: 25—27.
8. Федоров А.В., Сажин А.В. Лапаро- и реллапароскопия в диагностике и лечении послеоперационных осложнений. Хирургия 2003; 3: 73-75.
9. Чиссов В.И., Старинский В.В., Летрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2008 г. (заболеваемость и смертность). М: МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий2010; 256.
10. Martin A.V., Fasba M.L., Denis P.P. Rev cuba Cir 1981; 20: 4: 303-309.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Сыдыков Н.Ж., Маматов Н.Н.

НХЦ МЗ КР

Для интраоперационного анализа спаечного процесса брюшной полости было отобрано 63 больных, которым во время первой операции была сформирована наружная колостома по поводу различной патологии толстой кишки. Через 3-6 месяцев после первой операции всем этим больным производились повторные реконструктивные операции по восстановлению непрерывности толстой кишки, во время которых проводилась

оценка степени и тяжести спаечного процесса в брюшной полости. Эти больные были разделены на ОГ, в которую вошли 34 больных, и КГ, состоящую из 29 больных. Критерием разделения на ОГ и КГ, также являлась интраоперационная профилактика Левомеколем.

Выраженность спаечного процесса оценивалась бальной системой, разработанной нами при моделировании спаечного процесса брюшной полости,

учитывающей распространенность спаек, изменения со стороны диаметра кишечной трубки, количество спаек, морфологический вид сращений таблица 1.

Для объективизации полученных результатов производилось фотографирование изучаемого объекта.

Таблица 1. - Оценка выраженности спаечного процесса брюшной полости

1	Критерии оценки	В пределах одного этажа	В пределах двух этажей	СП в виде конгломерата органов	Баллы
	Распространенность СП в брюшной полости	1 балл	3 балла	5 баллов	
2	Критерии оценки	Спаечный процесс без сужения просвета кишки	Спаечный процесс с сужением просвета кишки	Обтурация или странгуляция кишечной трубки	Баллы
	Изменения со стороны кишечной трубки	1 балл	3 балла	5 баллов	
3	Критерий оценки	До 5	От 5 до 10	От 10 и более	Баллы
	Количество спаек	1 балл	3 балла	5 баллов	
4	Критерии оценки	Шнуровидные	Мембранозные	Плоскостные	Баллы
	Морфологический вид спаек	1 балл	3 балла	5 балла	

В ОГ, где с целью интраоперационной профилактики спаечного процесса брюшной полости применялась мазь Левомеколь, во время повторной операции спаечный процесс выявлен у 20-ти больных, то есть в 58,8% случаев, в некоторых случаях в брюшной полости обнаруживались единичные спайки. Спаечный процесс в основном носил очаговый характер. В большинстве случаев спайки представляли собой висцеро-висцеральные сращения – у 11-ти больных, у 5-ти больных спайки имели висцеро-париетальный тип сращений, у 4-х больных имелись смешанные сращения. Спайки в основном имели мембранозный, рыхлый характер, при попытке отделить их разрывались тупым путем без усилия, не повреждая стенку кишечника или висцеральную брюшину.

При оценке распространенности спаечного процесса, сращения в пределах двух этажей брюшной полости обнаружены лишь у 6-ти больных, в остальных 14-ти

случаях распространение спаек занимало только один этаж брюшной полости. Расчет балльной оценки распространенности спаечного процесса составил $0,94 \pm 0,08$ балла. Сужение кишечника спаечным процессом наблюдалось у 3-х больных, при этом сужение не препятствует прохождению пищевых масс.

В остальных 17-ти случаях изменения со стороны просвета полых органов в этой группе не наблюдали, что соответствовало в среднем $0,76 \pm 0,08$ баллам.

По количеству спаек оценка соответствовала $0,88 \pm 0,16$ баллам.

Морфологически сращения были в основном мембранозные, плоскостные спайки встречались реже, шнуровидных тяжей не обнаружено. Среднее количество баллов по этому критерию составило $8 \pm 0,16$ балла (Табл.2).

При оценке послеоперационного спаечного процесса у больных КГ внутрибрюшные спайки были выявлены у 29-ти больных, т.е. в 90% случаев. Спайки

наблюдались чаще всего в области послеоперационного рубца. Визуально спаечный процесс имел различные варианты, чаще всего представляя собой висцеро-париетальные сращения – 17-ти больных, смешанные сращения – у 6-ти больных, висцеро- висцеральный тип сращений встречался у 3-х больных.

По распространенности спаечного процесса у 14-ти больных зона спайкообразования занимала около двух этажей брюшной полости, в 8-ми случаях спаечный процесс занимал один этаж, конгломератные формы встречались в 4-х случаях. При балльной оценке этого критерия среднее количество баллов в этой группе больных составило $2,55 \pm 0,19$ баллов.

При визуальной оценке изменений со стороны диаметра кишечной трубки в этой группе обнаружено сужение просвета кишки у 21-го больного, причем

деформация кишечника была выявлена не только у конгломератных форм, но и у процессов занимающих один или два этажа брюшной полости, в 5-ти случаях сужение просвета кишки не наблюдалось, что соответствовало $2,34 \pm 0,09$ баллам.

Расчет среднего количества спаек у больных этой группы соответствовал $3,24 \pm 0,19$ баллам.

В большинстве случаев спайки имели умеренно плотную консистенцию, при попытке их отделения растягивались, а затем разрывались, в некоторых случаях повреждая серозный покров париетальной или висцеральной брюшины.

По морфологическому виду преобладали мембранозные спайки, встречались и плоскостные, редко – шнуровидные. Среднее количество баллов по этому критерию составило $17,52 \pm 0,49$ баллов (Табл. 2).

Таблица 2. - Оценка СПБП в ОГ и КГ ($M \pm m$)

№	Критерии оценки	ОГ	КГ	P
1	Распространенность СП в брюшной полости	$0,94 \pm 0,08$ ($0,77 \div 1,11$)	$2,55 \pm 0,19$ ($2,17 \div 2,93$)	$P < 0,05$;
2	Изменения со стороны диаметра кишечной трубки	$0,76 \pm 0,08$ ($0,59 \div 0,93$)	$2,34 \pm 0,09$ ($2,14 \div 2,54$)	$P < 0,05$;
3	Количество спаек	$0,88 \pm 0,16$ ($0,54 \div 1,22$)	$3,24 \pm 0,19$ ($2,86 \div 3,62$)	$P < 0,05$;
4	Морфологический вид спаек	$8 \pm 0,16$ ($7,66 \div 8,34$)	$17,52 \pm 0,49$ ($17,14 \div 17,9$)	$P > 0,05$;
Σ	$M \pm m$	$2,64 \pm 0,72$ ($1,68 \div 3,6$)	$6,41 \pm 0,94$ ($5,16 \div 7,66$)	$P < 0,05$.
<i>P-достоверность между ОГ и КГ</i>				

Таким образом, анализ результатов клинического непараллельного исследования показал высокую эффективность мази Левомеколь, применявшуюся с целью профилактики спайкообразования в брюшной полости, что выразилось в уменьшении интенсивности спаечного процесса в ОГ больных. Математический анализ распространенности спаечного процесса в брюшной полости, изменений со стороны кишечной трубки, количества спаек и их морфологического вида статистически достоверно показал выраженный противоспаечный эффект многокомпонентной мази Левомеколь.

Резюме

Результаты клинического применения многокомпонентной мази Левомеколь на основе геля полиэтиленоксид показали ее высокую эффективность как интраоперационного противоспаечного средства. Интраоперационная балльная оценка распространенности спаечного процесса, достоверно показала противоспаечную эффективность мази Левомеколь в основной группе.

Литература:

1. Абрамов А.Ю., Ларичев А.Б., Волков А.В. и др. Место интубационной декомпрессии в хирургическом лечении спаечной тонкокишечной

- непроходимости // Тез.докл. IX Всерос. съезда хирургов. - Волгоград, 2000.- С.137.
2. Бебуришвили А.Г., Воробьев А.А., Михин И.В., и др. Спаечная болезнь брюшной полости. Эндоскоп хир 2003; 1; 51 – 63.
3. Савельев В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. — 1-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 832. — ISBN 978-5-9704-1023-3.
4. Результаты лечения острой кишечной непроходимости // Тез.докл. IX Всерос. съезда хирургов.-Волгоград, 2000.- с.211.

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Токтогулов О.Ж.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. академика И.К.Ахунбаева,
Городская клиническая больница № 1, г.Бишкек, Кыргызская Республика

Пластика грыжевых ворот пропиленовой сеткой произведена у 112 больных в двух вариантах: с сохранением объема брюшной полости и с укреплением грыжевых ворот. После операции использовали орошение подкожной клетчатки озонированными растворами. Осложнение в виде инфильтрата имело место у 3 больных и у 2 - серома. Других осложнений не наблюдали.

Ключевые слова: вентральные грыжи, оперативное лечение, сетчатые эндопротезы, осложнения, меры профилактики.

Prophylaxis methods of complications in patients with ventral hernia in postoperative period

Toktogulov O.J.

**I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Municipal clinical hospital № 1, Bishkek city, Kyrgyz Republic**

Plasty of hernial hilus with polypropylene network was carried out in 112 patients in two versions: preservation of abdominal cavity volume and strengthening of hernial hilus. Irrigation of subcutaneous fat with ozonized solution was used in postoperative period. Complication in the form of infiltrate was in 3 patients and seroma in 2 patients. There were no other complications.

Key words: ventral hernia, surgical treatment, network endoprotheses, complications, prophylaxis methods.

Лечение послеоперационных вентральных грыж в основном оперативное, а консервативные методы используются редко, когда операция представляет большой риск и состояние больных не позволяет выполнить пластику грыжевых ворот [1,5]. При оперативном лечении вентральных грыж, особенно больших и гигантских, особого внимания заслуживают меры профилактики общих и раневых осложнений, а особенно при ущемленных и невправимых грыжах. Ведущими причинами развития этих осложнений являются: скопление крови и экссудата в пространствах, образующихся после ушивания передней брюшной стенки, наличие очагов «дремлющей» инфекции, нельзя исключить и нарушение правил асептики и антисептики во время выполнения операции. Возникновение

нагноения раны обуславливает высокий процент рецидива грыжи[1].

С целью профилактики этих осложнений используют антибиотики, физические факторы, иммуномодуляторы, но и с их применением частота осложнений остается на уровне 10-15% [3,4]. Осложнения не желательны не только в связи с увеличением сроков стационарного и амбулаторного лечения, но и с тем, что одной из причин рецидива болезни являются раневые и общие осложнения, поэтому актуальность мер профилактики не утратила своей актуальности, особенно при использовании синтетических эндопротезов [2,6,7], при которых риск возникновения осложнений значительно выше.

Целью данного исследования явилась разработка мер профилактики

раневых осложнений после операций по поводу вентральных послеоперационных грыж.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 112 больных, оперированных по поводу послеоперационных вентральных грыж с применением полипропиленовой сетки. Мужчин было 42, женщин – 70 в возрасте от 38 до 86 лет, а давность грыженосительства составляла период от 3 месяцев до 15 лет.

Для оценки мер профилактики раневых осложнений мы выделили две группы: больные первой группы (52 чел.) после операции получали антибиотики внутримышечно или внутривенно на протяжении 4-5 дней и подкожную клетчатку дренировали одним микроиригатором, который удаляли лишь после прекращения отделяемого (чаще всего на 8-9 сутки, а иногда на 26-30 сутки). Это была контрольная группа. У больных второй группы (60 чел.) в момент операции операционная рана орошалась озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, подкожная клетчатка дренирована 4 микроиригаторами: через дополнительный разрез подводили 2 микроиригатора вверху и через них осуществляли ежедневное орошение озонированным раствором, а еще 2 микроиригатора помещали внизу, через которые выполняли активную аспирацию отделяемого. Их также удаляли после прекращения выделений. Если у больных была ущемленная или невправляемая грыжа, то в меры профилактики включали антибиотики внутривенно (чаще цефазолин). У всех оперированных обязательно ежедневно или через день выполняли УЗИ для своевременного выявления скопления жидкости в подкожной клетчатке или брюшной полости. Вторая группа больных была для нас основной (60 чел.).

Результаты и их обсуждение. После детального обследования больных оперировали под эндотрахеальным наркозом. У 41 пациента полипропиленовая сетка фиксирована по периметру грыжевых ворот, чтобы сохранить объем

брюшной полости, а у 71 полипропиленовая сетка использована для укрепления грыжевых ворот, которые ушивали через все слои брюшной стенки, а над апоневрозом была фиксирована сетка, которая охватывала по 2-3 см с каждой стороны от шва. В обеих группах больных после пластики подкожная клетчатка требовала дренирования, так как всегда отмечалась лимфоррея длительное время.

В первой группе в ближайшие сутки после операции повышение температуры до 37,5°C отмечено у 8 больных, а у остальных – в пределах нормы. Болевой синдром держался до 4 суток, а затем обезболивающие средства не требовались. Заживление раны шло первичным натяжением, но у 3 больных возник инфильтрат в области операционной раны, была усилена антибактериальная терапия и назначено низкоинтенсивное лазерное излучение. Еще у одной больной выявлена серома, которая была пунктирована. Из микроиригатора до 8-9 суток выделялось серозное отделяемое, количество которого постоянно уменьшалось и только после прекращения выделений микроиригатор удаляли, но у 12 больных выделение продолжалось до 23 суток.

У больных второй группы, где мы использовали озонированные растворы для орошения подкожной клетчатки, повышение температуры отмечено только у двух больных, которые были оперированы по поводу ущемления грыжи. После прекращения орошения подкожно-жировой клетчатки через 2 дня выделения прекращались и верхние микроиригаторы удаляли, а на следующие сутки или через 2 дня удаляли нижние микроиригаторы. При контрольном УЗИ у одной больной выявлена серома, скопление жидкости ликвидировано пункцией, выписана в удовлетворительном состоянии.

Пребывание в стационаре в первой группе составило $14,88 \pm 1,12$ койкодней, а во второй – $8,1 \pm 0,97$.

Таким образом, наши наблюдения показали, что улучшение течения послеоперационного периода и предотвращение раневых осложнений можно добиться путем использования

профилактических мер: подготовка больных к операции, бережное отношение к тканям в момент операции и строгое соблюдение правил асептики и антисептики, использования озонированных растворов для орошения подкожной клетчатки в сочетании с антибиотикотерапией и ежедневный ультразвуковой контроль для своевременного выявления скопления жидкости.

Литература

1. Адамян А.Г. Профилактика и лечение послеоперационных вентральных грыж с применением ультразвука и иммуномодуляторов [Текст]: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / А.Г. Адамян. – Ереван, 1990. – 20 с.
2. Борисов А.Е. Применение полипропиленовой сетки при больших и гигантских грыжах передней брюшной стенки [Текст] / А.Е. Борисов, С.К. Малкова, В.В. Тоидзе // Вестник хирургии. – 2002. - № 6. – С. 76-78.
3. Бычкенков В.П. Плановые грыжесечения у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / В.П. Бычкенков // Хирургия. – 1991. - № 5. – С. 87-89.
4. Закиров У.З. Результаты хирургического лечения диастаза прямых мышц живота [Текст] / У.З. Закиров, Г.И. Гиреев, А.М. Шахназаров // Хирургия. – 1994. - № 3. – С. 24-27.
5. Ковалева З.В. Выбор эксплантата для герниопластики [Текст]: автореф. дисс. ... канд. мед. наук, 14.00.27 / З.В. Ковалева. – Самара, 1999. – 24 с.
6. Камаровских К.Ф. Сравнительная характеристика некоторых новых и традиционных способов пахового грыжесечения [Текст] / К.Ф. Камаровских // Вестник хирургии. – 1993. - № 3-4. – С. 99-103.
7. Amid P.K. A critical evaluation of the Lichtenstein tension-free hernioplasty [Text] / P.K. Amid, A.G. Shulman, I.L. Lichtenstein // Ann. Surg. – 1994. – Vol. 79, # 1. – P. 76-79.

ФИКСАЦИЯ ЭНДОПРОТЕЗОВ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Токтогулов О.Ж.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. академика И.К.Ахунбаева,
Городская клиническая больница № 1, г.Бишкек, Кыргызская Республика

Представлены два варианта размещения и фиксации полипропиленовой сетки у 163 больных с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами. Осложнение в виде инфильтрата отмечено у 2 и у 3 – серома. В сроки от 6 мес. до 2 лет рецидива не выявлено.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, полипропиленовая сетка, способ фиксации, осложнения.

Fixation of endoprosthesis in postoperative ventral hernia

Toktogulov O.J.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Municipal clinical hospital # 1, Bishkek city, Kyrgyz Republic

Two versions of accommodation and fixation of polypropylene network in 163 patients with large and giant postoperative ventral hernia are presented. Complication in the form of infiltrate was in 2 patients, and in 3 patients there was seroma. There were no recurrences in the period from 6 months till 2 years.

Key words: postoperative ventral hernia, polypropylene network, fixation method, complications.

В последние годы отмечена тенденция к использованию различных вариантов эндопротезов в оперативном лечении послеоперационных больших и гигантских грыж, так как при любом использовании аутопластики рецидив заболевания отмечается в 10-30%, особенно у оперированных по поводу ущемленных и невправимых грыж [1,4,8,9]. Наиболее часто применяют полипропиленовые и проленовые сетки.

Одним из важных этапов операции

является выбор метода расположения и фиксации сеток [5,7]. Размещение сетки в брюшной полости чревато возникновением кишечной непроходимости и формирование такого осложнения как кишечные свищи, лечение которых довольно сложное [2,3]. Размещение сетки под апоневрозом и фиксация ее к апоневрозу не всегда обеспечивает плотное прилегание сетки и наложение швов в большинстве случаев затруднительно. Наиболее часто используют размещение

эндопротеза на апоневрозе либо к его краям. Эти последние два метода фиксации должны применяться в зависимости от того, нужно ли сохранять объем брюшной полости или можно его уменьшить [6,7]. Эти нерешенные вопросы остаются актуальными и сегодня.

Цель работы – оценить два способа пластики эндопротезами в лечении послеоперационных вентральных грыж.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 163 больных с послеоперационными вентральными грыжами, у которых в пластике грыжевых ворот использована полипропиленовая сетка. Из них со средней величиною грыж (до 12 см) было 25 больных, с большими (до 30 см) – 99 и с гигантскими (более 30 см) – 39 больных.

Возраст оперированных колебался от 38 до 88 лет, но большинство было в возрасте старше 50 лет. Давность существования грыж колебалась от 3 месяцев до 20 лет. Из числа поступивших большинство были женщины и грыжи у них чаще наблюдались после операций, выполненных по поводу гинекологических заболеваний. При выяснении причины возникновения грыжи больные отмечали связь с осложненным течением послеоперационного периода после первой операции, но и у 29 больных течение было не осложненным, но грыжа появилась в связи с выполнением тяжелого физического труда.

В обследовании больных, помимо общепринятых методов, использовали УЗИ, определение показателей внешнего дыхания аппаратом спирометр ССП, определяли жизненную емкость легких (ЖЕЛ), дыхательный объем (ДО/л), резервный объем выдоха (РО выдоха/л), минутный объем дыхания, емкость вдоха, емкость выдоха в литрах. При этом вычисляли коэффициент интенсивности напряжение брюшной стенки по методике, разработанной Хитарьяном А.Г. и соавт. [7], путем сонографии и антропометрии брюшной стенки.

При этом определяли коэффициент по формуле

$$K = \frac{(R/R-h)^2 - 1}{2.24(R-R-h)^2} \times P\sqrt{ПА},$$

где: Р-константа внутрибрюшного давления, она зависит от этажа брюшной полости (ПА). Если грыжа в эпигастрии, то Р составляет 98, если в мезогастррии Р-245 ПА, в гипогастрии – 392 ПА;

R - внешний радиус живота;

A - радиус грыжевого выпячивания;

h - средняя толщина брюшной стенки.

При коэффициенте до 2,09 – пластику выполняли местными тканями, при К-больше 2,10 – использовали пластику полипропиленовой сеткой с полным замещением грыжевых ворот и сохранением объема брюшной полости.

Результаты и их обсуждение. На основании результатов обследования было установлено, что 41 больной нуждаются в полном сохранении объема брюшной полости, а остальным можно выполнить аутопластику с укреплением зоны шва полипропиленовой сеткой. Из числа оперированных у 14 были ущемленные и у 26 – невосприимые грыжи, а у 21 были рецидивные грыжи.

Все больные, у которых мы использовали полипропиленовую сетку, выполняли под эндотрахеальным обезболиванием. Рассекали кожу и подкожную клетчатку окаймляющим разрезом грыжевое выпячивание и избыток кожи иссекали, выделяли грыжевой мешок острым и тупым путем, вскрывали мешок, осматривали содержимое, при наличии спаек рассекали их и вправляли содержимое в брюшную полость, затем на протяжении 1,5-2 см выделяли края апоневроза пока не образовывалась площадка, достаточная для подшивания сетки. Грыжевой мешок не отсекали, а только рассекали и покрывали им подлежащие органы брюшной полости, а затем приступали к ликвидации грыжевых ворот. Предварительно вырезали сетку по форме и величине грыжевых ворот, чтобы она без натяжения закрывала грыжевые ворота с запасом 2-3 см со всех сторон. В тех случаях, когда необходимо было сохранить объем брюшной полости, мы по периметру грыжевых ворот фиксировали

сетку обвивочным швом, но во избежание прорезывания швов дополнительно сетку фиксировали узловыми швами в 4-5 местах. Это обеспечивало стойкость сетки. При гигантских грыжах у 4 больных для профилактики «отвислого живота» верхние края сетки фиксировали к реберным дугам, а нижние – к надкостнице подвздошных костей.

В группе больных, у которых по результатам обследования можно было выполнить ликвидацию грыжевых ворот за счет собственных тканей брюшной стенки, но отмечена атрофия мышц и апоневроза, их разволокнение при ушивании, мы использовали полипропиленовую сетку дополнительно, над апоневрозом, но с охватом не менее 2-3 см с каждой стороны шва, что обеспечивало хорошее укрепление грыжевых ворот.

Подкожную клетчатку дренировали, удаляли дренаж лишь после прекращения выделения. После операции у двух больных отмечен инфильтрат, а у двух серома, ликвидированная пункцией.

Послеоперационный период протекал благоприятно, заживление ран шло первичным натяжением. Больным с ущемленными и невправимыми грыжами на протяжении 4-5 дней назначали антибиотики (цефазолин или гентамицин). В отдаленные сроки от 6 месяцев до 2 лет рецидива не выявлено.

Таким образом, результаты оперативного лечения послеоперационных ventральных грыж с применением полипропиленовых сеток показали возможность использовать две методики фиксации полипропиленовых сеток, но чтобы добиться хороших результатов расположение сеток должно основываться на показателях внешнего дыхания и коэффициента интенсивности напряжения брюшной стенки.

Литература

1. Алексинский И.П. К технике закрытия пупочных и послеоперационных грыж [Текст] / И.П. Алексинский // Груды VIII съезда российских хирургов. – М., 1998. – С. 43-45.
2. Алиев М.А. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения послеоперационных ventральных грыж [Текст] / М.А. Алиев, Б.Б. Баймаханов, Б.А. Наржанов // Хирургия Кыргызстана. – 2006. - № 3. – С. 106-108.
3. Андреев С.Д. Пластика обширных дефектов передней брюшной стенки биосинтетическими протезами [Текст] / С.Д. Андреев, А.А. Адамян // Хирургия. – 1993. - № 9. – С. 30-32.
4. Бекоев В.Д. Рецидив паховой грыжи (Проблема и пути возможного решения) [Текст] / В.Д. Бекоев, В.М. Криль, А.А. Троянов // Хирургия. – 2003. - № 2. – С. 45-48.
5. Бородин И.Ф. Хирургия послеоперационных грыж живота [Текст] / И.Ф. Бородин, Е.В. Скобей, В.П. Акунин. – Минск, 1986. – 218 с.
6. Величенко Р.Э. Сочетанные операции на передней брюшной стенке у больных с ожирением и обширными ventральными грыжами [Текст] / Р.Э. Величенко, Б.Ш. Гогия // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 1998. - № 3. – С. 117-118.
7. Хитарьян А.Г., Митоян М.С., Эль-Сахли З.И. // Патент. 2001. – RU, А 61 В 17/00 № 2199271.
8. Amid P.K. A critical evaluation of the Lichtenstein tension-free hernioplasty [Text] / P.K. Amid, A.G. Shulman, I.L. Lichtenstein // Ann. Surg. – 1994. – Vol. 79, # 1. – P. 76-79.
9. Amid P.K. Simultaneous repair of bilateral inguinal hernias under local anesthesia [Text] / P.K. Amid, A.G. Shulman, I.L. Lichtenstein // Ann. Surg. – 1996. – Vol. 223, # 3. – P. 249-252.

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ЛИЦ С АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Сарсенбаев Е.Ж.

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова МЗ РК,
Казахстанско-Российский медицинский университет
г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Краеугольным камнем современной герниологии остается вопрос выбора способа пластики, и снижение количества рецидива послеоперационных грыж передней брюшной стенки.

Среди всех хирургических вмешательств грыжесечение занимает второе место после аппендэктомии. Так в России ежегодно выполняется около 200 тыс. грыжесечений, в Европе - около 1 млн., а материальные расходы на 700 тыс. герниопластик в США составляют около 28 млрд. долларов. С ежегодным увеличением количества хирургических вмешательств, по поводу различных заболеваний органов брюшной полости, растет и число больных с послеоперационными и рецидивными грыжами [1].

По сводной статистике отечественных и зарубежных хирургов, свыше 3% всех лапаротомий осложняется послеоперационными грыжами в ближайшие сроки после операции, а через 3 года и более этот процент увеличивается до 15 и более [2]. После операций, выполненных по плановым показаниям, частота развития грыж может достигать до 31,5%, а после экстренных до 68,4% [3; 4].

Одной из основных причин образования грыж брюшной стенки является недостаточная герметичность первичного шва апоневроза, проницаемость послеоперационной раны для различной патологической микрофлоры, что приводит к таким послеоперационным осложнениям, как несостоятельность шва апоневроза, нагноение, кровотечение и лигатурные свищи. Кроме того, имеется высокий риск возникновения послеоперационной вентральной грыжи у больных с различной патологией органов

брюшной полости, с сопутствующим алиментарным ожирением, у которых риск возникновения послеоперационных осложнений и развития вентральных грыж увеличивается в разы [5].

Материал и методы. Нами разработан и внедрен в клиническую практику способ наложения шва апоневроза, который включает ушивание раны апоневроза отдельными узловыми швами с дополнительной аппликацией на линию швов апоневроза латексного тканевого клея.

Задачей изобретения является разработка способа наложения шва апоневроза, который позволяет улучшить герметичность шва апоневроза, уменьшить проницаемость послеоперационной раны для различной патологической микрофлоры, достичь адекватного гемостаза в послеоперационной ране, снизить риск развития послеоперационных вентральных грыж у больных с различной патологией органов брюшной полости, с сопутствующим алиментарным ожирением, повысить эффективность оперативного вмешательства и уменьшить частоту развития таких послеоперационных осложнений, как несостоятельность шва апоневроза, нагноение, кровотечение и лигатурные свищи.

Сущность изобретения состоит в том, что в способе наложения шва апоневроза путем ушивания раны апоневроза отдельными узловыми швами дополнительно производят аппликацию на линию швов апоневроза латексного тканевого клея.

Медицинский латексный тканевой клей (ЛТК) состоит из акрилатного латекса, поливинилового спирта и лекарственных добавок – аминокaproновой кислоты и

диоксида, биологически инертен и стерилен. Не оказывает токсического действия на организм человека, гидрофилен и обладает высокой адгезивностью к живой ткани. Благодаря содержанию диоксида клей обладает бактерицидными свойствами, а аминокaproновая кислота придает ему ярко выраженные гемостатические свойства.

С учетом того, что наиболее частой причиной развития несостоятельности шва апоневроза является нагноение, инфильтраты, лигатурные свищи, вышеуказанные свойства ЛТК позволят избежать перечисленных осложнений и усилить герметичность шва.

Перечень этапов выполнения разработанного способа, поясняющих сущность изобретения представлены на рисунках 1-3.

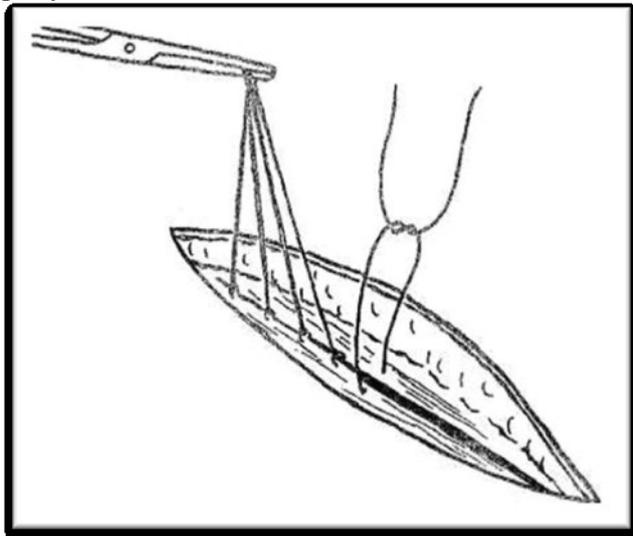


Рисунок 1 - Схема выполнения этапа ушивания раны апоневроза путем наложения отдельных узловых швов

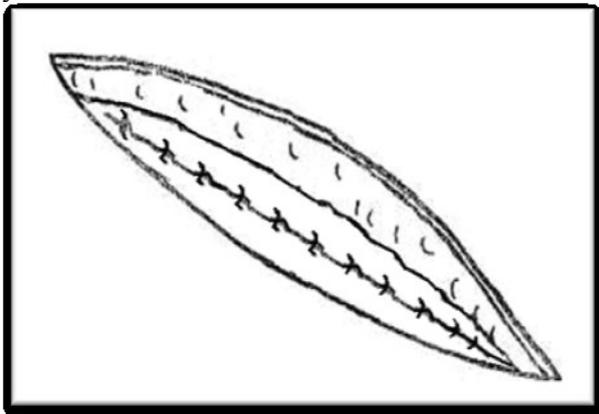


Рисунок 2 - Схема выполнения способа: рана апоневроза ушита отдельными узловыми швами

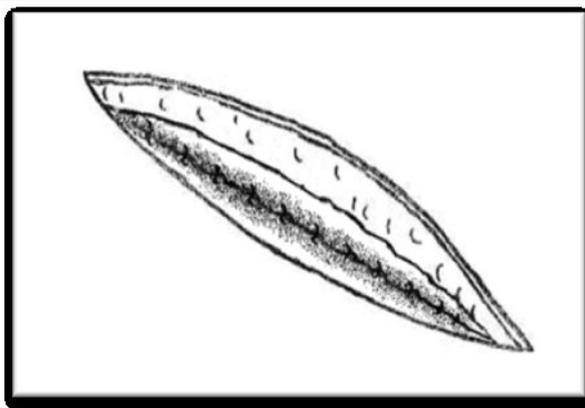


Рисунок 3 - Схема выполнения способа: на швы апоневроза нанесен ЛТК

Способ осуществляется следующим образом. На рану апоневроза накладывают отдельные узловыe швы (рисунок 1). После ушивания раны апоневроза отдельными узловыми швами (рисунок 2) вскрывают стерильный тюбик с латексным тканевым клеем и выдавливают клей на предметное стекло, тщательно перемешивают шпателем и этим же инструментом наносят клей в объеме 0,2-0,3 мл на 1 кв. см площади, причем клей наносят не только на линию швов апоневроза, но и на 1-2 см латеральнее от линии шва апоневроза (рисунок 3). После полимеризации клея, происходящей, как правило, в течение 5 минут, операцию заканчивают ушиванием подкожно-жировой клетчатки и кожи общеизвестным путем.

Данный способ апробирован во время оперативных вмешательств у 12 больных с различной патологией органов брюшной полости с сопутствующим алиментарным ожирением. У данной группы больных в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде осложнений и развития несостоятельности швов апоневроза не наблюдалось.

Клинический пример выполнения способа. Больной Ж., 58 лет, поступил 09.09.2009 года в плановом порядке в хирургическое отделение Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова с жалобами на периодические боли в правом подреберье приступообразного характера. Антропометрические данные при поступлении: рост-165 см., вес-110 кг. При обследовании выявлена картина хронического калькулезного холецистита. Выставлен клинический диагноз: Желчно-каменная болезнь. Хронический

калькулезный холецистит. Сопутствующий диагноз: Алиментарное ожирение 3 степени.

11.09.2009 года в плановом порядке в условиях общего обезболивания произведена операция: Верхне-срединная лапаротомия. Холецистэктомия.

Дренаж подпеченочного пространства. На конечном этапе операции, после ушивания раны апоневроза отдельными узловыми швами вскрыт стерильный тюбик с латексным тканевым клеем и клей выдавлен на предметное стекло, тщательно перемешан шпателем и этим же инструментом клей нанесен в объеме 0,2-0,3 мл на 1 кв. см. площади, причем клей нанесен не только на линию швов апоневроза, но и на 1-2 см латеральнее от линии шва апоневроза. После полимеризации клея в течение 5 минут операция закончена ушиванием подкожно-жировой клетчатки и кожи общеизвестным путем. Иод. Спирт. Асептические повязки на раны.

В послеоперационном периоде больному проводилась антибактериальная и анальгезирующая терапия. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением.

Больной в удовлетворительном состоянии выписан на 5 сутки после операции под амбулаторное наблюдение хирурга поликлиники по месту жительства. Больной приступил к труду через 10 дней с рекомендациями об ограничении подъема тяжестей. Повторно больной осмотрен амбулаторно через 6 и 12 месяцев. Больной жалоб не предъявляет. Послеоперационный рубец чистый, без отделяемого. Данных за воспаление послеоперационного рубца и развитие послеоперационных вентральных грыж нет.

Для сравнения эффективности предлагаемого способа нами проанализированы результаты хирургического лечения 22 больных с различной патологией органов брюшной полости с сопутствующим алиментарным ожирением, которые были оперированы известным способом путем ушивания раны апоневроза отдельными узловыми швами.

В ближайшем послеоперационном периоде у одного больного в течение 1 суток после операции развилось осложнение в виде кровотечения из послеоперационной раны, что потребовало

ревизии послеоперационной раны и повторного гемостаза в условиях операционной. У второго больного на 4 сутки после операции отмечено нагноение послеоперационной раны, что потребовало дренирования послеоперационной раны, она зажила вторичным натяжением. У этого же больного в позднем послеоперационном периоде (через 3 месяца) развилась послеоперационная вентральная грыжа в нижней трети послеоперационного рубца, что привело к повторному оперативному вмешательству и пластике грыжевых ворот.

Таким образом, сравнивая эти способы, необходимо заключить, что предлагаемый способ:

- создает физическую и биологическую герметичность швов апоневроза;
- уменьшает проницаемость раны для различной патологической микрофлоры;
- позволяет достичь адекватного гемостаза в послеоперационной ране;
- снижает риск развития несостоятельности швов у больных с патологией органов брюшной полости, а также с сопутствующим алиментарным ожирением.

Выводы. Предлагаемый способ наложения шва апоневроза может служить методом выбора в абдоминальной хирургии, повышает эффективность оперативного вмешательства и уменьшает частоту развития таких послеоперационных осложнений, как несостоятельность швов апоневроза, нагноение швов, кровотечение и лигатурные свищи.

Список литературы.

1. Грубник В.В., Лосев А. А., Баязитов Н.Р. Современные методы лечения брюшных грыж // Киев, 2001. - 278 с.
2. Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости грыж // Симферополь, 2000. - 687 с.
3. Черенько М.П., Валигура Я.С., Яцентюк М.М. Брюшные грыжи // Киев: Здоровье, 1995. - 178 с.
4. Schumpelick V. Junge K., Rosch R. Retromuscular mesh repair for ventral incision hernia in Germany // Chirurg. - 2002. - Vol.73, N 9. - P.888-894.
5. Егиев В.Н. Натяжная герниопластика // М., 2002. - 147с.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ХГЧ В ДИАГНОСТИКЕ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Сулайманов С.Б.

Железнодорожная больница г.Бишкек

Проблема внематочной беременности продолжает оставаться серьезным вопросом современной гинекологии, несмотря на значительные достижения в вопросах диагностики и лечения этого заболевания. Внематочная беременность является ведущей причиной внутрибрюшинного кровотечения у женщин детородного возраста, нередко возникает повторно и часто приводит к бесплодию.

The problem of extra-uterine pregnancy continues to remain a serious question of modern gynecology, despite considerable achievements in questions of diagnostics and treatment of this disease. Extra-uterine pregnancy is the leading reason of bleeding at women of genital age, quite often arises repeatedly and often leads to infertility.

Введение: Согласно данным современных эпидемиологических исследований, частота внематочной беременности в экономически развитых странах составляет 118-178 на 100,000 женщин репродуктивного возраста или 1.2-1.5% по отношению к общему числу беременностей, 0.8-2.4% - по отношению к родам [Стрижаков А.Н. и др., 1999; Orr P.H, Brown R., 1998].

Применение индукторов овуляции (кломифен, менопаузальный гонадотропин, хорионический гонадотропин) приводит к увеличению частоты внематочной беременности до 10%, а при развитии синдрома гиперстимуляции яичников риск эктопической nidации возрастает в три раза по сравнению с таковым в общей популяции. [R. Ma-gana, G.F. Catalano, L. Muziietal- 1999г].

Появление в течение последних 30 лет высокочувствительных и высокоспецифичных методов диагностики беременности, в основе которых лежит обнаружение ХГЧ в сыворотке крови или моче явилось предпосылками создания алгоритма дифференциальной диагностики физиологической и эктопической беременности [Лапина Н.В.,-2008;].

Динамика уровня ХГЧ в течение физиологической беременности достаточно хорошо изучена, что позволяет проводить мониторинг беременности и своевременно выявлять нарушение процесса гестации. Имеются сведения, что синтез этого гормона начинается еще до прикрепления оплодотворенной яйцеклетки к стенке

матки, но активная продукция ХГЧ регистрируется сразу после имплантации и обеспечивается синцитиотрофобластом [CabarF.R., etal- 2006;].

Период полураспада ХГЧ – 27 часов, следовательно, при определении гормона получают истинную и сиюминутную характеристику состояния его секреции. Концентрация ХГЧ в крови здоровых мужчин и небеременных женщин не превышает 5,8 МЕ/л (если тест-система стандартизирована по I Международному эталонному препарату ХГЧ) [Gray C.J., 1988; Kadar N. et al., 1990].

Исследования последних лет позволили выявить ряд особенностей динамики уровня ХГЧ в крови при эктопической беременности. На ранних сроках развития трубной беременности (до 2 недель гестации) концентрация ХГЧ и ее динамика не отличаются от соответствующих показателей при физиологической беременности.

Таким образом, трубную беременность необходимо рассматривать как полиэтиологическое заболевание, причем роль отдельных факторов в этиопатогенезе эктопической беременности неоднозначна, а патогенетические механизмы некоторых из них окончательно не установлены.

Материал и методы: Определение уровня β -субъединиц хорионического гонадотропина в плазме крови осуществляли методом ПЦР. Материал для исследования (кровь из локтевой вены) в количестве 5,0 мл помещали в стандартную

пробирку и доставляли в лабораторию в течение 30 минут. Уровень ХГЧ определялся у 16 пациенток первой группы и у 62 – второй.

На этапе диагностики беременности результат исследования считали положительным при уровне гормона 15,0 мМЕ/мл (в соответствии с нормативными значениями используемых реактивов). В спорных случаях оценивали динамику нарастания титра ХГЧ по результатам серии исследований. При этом ориентировались на нормативные показатели для маточной беременности [Алексеева М.Л. и др., 1998; Kadar N et al., 1990; Maccato M.L. et al., 1993; Yen S.S., Jaffe R.B., 1998; Mol B.W. et al., 1998; Bannerjee S. et al., 1999; Ankum W.M., 2000].

Контроль эффективности органосохраняющего лечения включал оценку динамики снижения уровня ХГЧ, достаточным считали снижение показателя

на 15-20% и более между 4-ми и 7-ми сутками послеоперационного периода [Stovall T.G., Ling F.W., 1993; Francois R. et al., 1998; Graczyfowski J.W., 1999; Nolan T.E. et al., 199].

Исследование концентрации ХГЧ в сыворотке крови. Следует отметить, что динамика уровня ХГЧ в течение физиологической беременности достаточно хорошо изучена, что позволяет проводить мониторинг беременности и своевременно выявлять нарушения процесса гестации. Интерес вызывает, какова динамика уровня ХГЧ при внематочной беременности.

Как видно из данных таблицы 1. исходный уровень ХГЧ у женщин клинической и II контрольной группы, находился в пределах от 45 до 1030.0 МЕ/л. После 3 недель гестации уровень ХГЧ в крови пациенток с трубной беременностью достоверно ниже такового при физиологической беременности ($p < 0,001$).

Таблица 1. - Уровень ХГЧ в плазме крови у обследуемых беременных женщин.

Срок гестации в неделях	Анализирующие группы		Уровень достоверности
	1. II контрольная М +- m	2. Клиническая М+-m	
3-4	374.2+- 50.6	524.2 +- 80.7	> 0.05
4-5	720.8+- 95.4	7434.5 +- 632.4	< 0.001
5-6	1354.0+- 352.1	38824.4+-1682.3	< 0.001
6-8	4061.7+- 942.3	76824.4+- 3082.2	< 0.001

Таблица 2. - Уровень ХГЧ в сыворотке крови при трубной и маточной беременностях.

Срок гестации, недели	Уровень ХГЧ в плазме крови больных с трубной беременностью, МЕ/л	Нормальный уровень ХГЧ при маточной беременности, МЕ/л
3-4	45,4 – 455,0	30 – 7000
4-5	60,3 – 992,7	5000 - 30000
5-6	138,2 – 2500,0	20000- 100000
6-8	200,0 – 10800,0	50000 - 200000

Как видно из таблицы 2 исходный уровень ХГЧ у обследованных больных, независимо с трубной или маточной беременностью, находился в прямой зависимости от гестационного срока и колебался в пределах от 45 до 10300 МЕ/л. Тем не менее, в подавляющем большинстве наблюдений (86%) концентрация ХГЧ в сыворотке крови больных трубной беременностью не превышала 1000 МЕ/л.

Нами установлено, что на ранних сроках развития трубной беременности (до 2-3 недель гестации), концентрация хорионического гонадотропина в крови и динамика ее нарастания не отличаются от соответствующих показателей при физиологической беременности. Эти данные согласуются с данными ряда исследователей [Ling F.W., 1993; Francois R. et al., 1998;].

Однако, как это отражено в таблице после 3 недели гестации в подавляющем большинстве наблюдений (95%) уровень ХГЧ в крови пациенток с трубной беременностью достоверно ниже такового при физиологической беременности.

Приводим клинический пример:

Больная И.Б.И., (№261), 27 лет, поступила в гинекологическую больницу в порядке самообращения 4.06.2004 г. в 8 ч 45 мин. При поступлении жаловалась на боли внизу живота, сухость во рту, повышение температуры тела, озноб, слабость и недомогание. Заболела остро за 2 дня до поступления, когда появились боли внизу живота, слабость и кровянистые выделения из влагалища. Находилась под наблюдением акушер-гинеколога по поводу беременности 4-5 недель. Уровень ХГЧ от 1.06.04 г. – 97 МЕ/л.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные. Пульс 102 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 120/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот обычной конфигурации, при пальпации болезненный в внизу живота. Симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный.

Анализ крови: эр.- $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв – 41,6 г/л, цп - 0,9, лейкоц. – $8,9 \times 10^9/л$, э – 0%, п - 2%, с – 71%, м - 3%, л – 7%, СОЭ - 22 мм/ч. Общий анализ мочи без изменений. На УЗИ: жидкостное образование в области правых придатков размером 5,3 x 4,3 см.

Лапароскопия: 4.06.07г. в 09 ч 10 мин с целью дифференциального диагноза произведена диагностическая лапароскопия. При лапароскопии в полости малого таза обнаружена спайки, 50 мл жидкой крови. В просвете правой маточной трубы имеется плодное яйцо размером 4,0 x 4,0 см.

Операция: Под наркозом выполнена лапароскопия линейная сальпингостомия удалением плодного яйца справа. Послеоперационный диагноз: Нарушенная правосторонняя трубная беременность по типу несостоявшегося трубного аборта.

Исход – выздоровление выписана

домой на 3сутки.

В данном клиническом примере заслуживает внимание то, что при нормальной для маточной беременности концентрации ХЧГ (100-1000 МЕ/л) уровень его при трубной беременности иногда не достигает 100 МЕ/л.

Таким образом, диагностика, основанная на оценке уровня ХГЧ в сыворотке крови является, в силу, главным образом, специфичности эффективным, позволяющим рекомендовать широкому кругу врачей.

Заключение: Приступая к заключению, хотелось бы отметить, что вопросы диагностики и лечения внематочной беременности актуальны, прежде всего, в связи с тем, что эта патология стабильно занимает ведущее место в структуре urgentной гинекологической заболеваемости. К сожалению, до сих пор нет данных о значимости того или иного фактора риска для развития внематочной беременности.

Выполнена оценка диагностической результативности определения уровня ХГЧ в сыворотке крови. И в завершении нами проведена такая оценка в отношении лечебной результативности традиционных и лапароскопических вмешательств при трубной беременности.

Для диагностики ранних послеоперационных осложнений необходимо использование, как иммунологического метода, так и тестов функциональной диагностики. Эффективность проведенной операции можно оценить по уровню ХГЧ. При отсутствии снижения его титра необходимо внутривенное введение метотрексата.

Проведенный нами литературный анализ показал, что полиморфизм и «стертость» клинической картины обуславливают значительные трудности в дифференциальной диагностике эктопической беременности с другими патологическими состояниями (как гинекологическими, так и экстрагенитальными) и являются причиной диагностических ошибок.

Между тем, внедрение высокоспецифичных методов диагностики

беременности, в основе которых лежит обнаружение ХГЧ в сыворотке крови или моче явилось предпосылками создания алгоритма дифференциальной диагностики физиологической и эктопической беременности. К сожалению, следует отметить, что характер и направленность изменения уровня ХГЧ в крови пациенток с трубной беременностью до сих пор не изучены.

Литература:

1. Алексеева М.Л., Зурабиани З.Р., Колодько С.М., Азарова А.З. Совершенствование диагностики и реабилитации женщин со спаечными процессами в малом тазу: Автореф. дисс... канд.мед.наук / А.З.Азарова. Бишкек, 2006. – 22с.
2. Лапина Н.В. Трубная беременность и ее последствия: дисс. . канд. мед. наук / Лапина Наталия Валерьевна. М. - 2008.-

123 с.

3. Стрижаков А.Н. Внематочная беременность. Методические рекомендации МЗ РФ. – Москва, 1997. – 220 с
4. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н. Внематочная беременность. «Медицина». – Москва. – 1998. -176 с.
5. Gorry A. Laparoscopic management of abdominal ectopic pregnancy using FLOSEAL Hemostatic Matrix / Gorry A, Morelli ML, Olowu O, Shahid A, Odejinmi F.// Int J Gynaecol Obstet. 2012 Apr;17(1):83-4.
6. Murphy, A.A. Reconstructive surgery of oviduct. In: Female reconstructive surgery / A.A. Murphy / Eds. J.A. Rock, A.A. Murphy, H.W. Jones. - Baltimore: Williams and Wilkins, 1992. - P.146-169.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Бабаев Ф.Х., Гусейнов Х. Г.

Республиканская Клиническая урологическая больница имени академика М.Д. Джавадзаде, Научный центр хирургии имени академика М.Топчибашева, г. Баку

Актуальность проблемы. В настоящее время наблюдается неуклонный рост числа больных с хронической болезнью почек (ХБП), в том числе, нуждающихся в заместительной почечной терапии. Число больных, получающих лечение всеми видами заместительной почечной терапии, в первую очередь гемодиализом, постоянно увеличивается – в среднем на 7 % в год. Рост числа пациентов, получающих лечение программным гемодиализом, отмечается также и в нашей стране, причем темпы увеличения превышают среднемировые показатели (Ванчакова Н.П., Рыбакова К.В., Смирнов А.В., 2000; Агранович Н.В., 2006; Бикбов Б.Т., Томилина Н.А., 2007; Rutkowski B., 2006).

Кардиоваскулярные осложнения являются ведущей причиной заболеваемости и летальности больных с ХБП в Европе, США и развивающихся

странах, составляя около 50-60% всех случаев смерти у диализных больных, что в 20-30 раз превышает летальность в общей популяции (Couser W.G., Riela M.C 2011).

По данным Европейской Ассоциации Диализа и Трансплантации, смертность от сердечно-сосудистых осложнений (ССО) среди больных ХБП на программном гемодиализе примерно в 30 раз выше, чем в тех же возрастных группах в общей популяции.

Все вышеизложенное определяет актуальность исследований, направленных на поиск клиничко-лабораторных, молекулярно-генетических, инструментальных предикторов развития кардиоваскулярных осложнений, что позволит усовершенствовать алгоритмы обследования и ведения больных ХБП, находящихся на лечении программным гемодиализом, а также индивидуально прогнозировать развитие ССО.

Цель исследования. Изучение методов исследования развития кардиоваскулярных осложнений у больных хронической болезнью почек на программном гемодиализе.

Материалы и методы исследования

Для изучения прогнозирование развития ССО у больных ХБП, получающих лечение программным гемодиализом, было проведено обследование больных, проходивших лечение в отделении гемодиализа г. Баку. Исследование проводилось в период с 2007- 2012 гг. От всех больных было получено письменное информированное согласие на участие в исследовании. Критерии включения в исследование:

Больные с терминальной стадией ХБП, находящиеся на лечении программным гемодиализом

Полученное информированное согласие на участие в исследовании

Критерии исключения из исследования:

1. Наличие сопутствующей патологии: системные аутоиммунные заболевания; злокачественные новообразования; перенесенные оперативные вмешательства в течение последних 2 месяцев; хроническое легочное сердце; активные заболевания печени; врожденные и приобретенные гемодинамически значимые пороки сердца.

2. Отсутствие адекватной визуализации при проведении эхокардиографического исследования миокарда левого желудочка, ультразвукового исследовании брахиоцефальных артерий.

3. Продолжительность терапии гемодиализом менее 3 месяцев.

4. Отказ пациента от обследования.

Тип-исследования – случай-контроль на базе когортного (case-cohort study). К случаям относили пациентов, у которых в ходе наблюдения развился один или несколько из перечисленных неблагоприятных кардиоваскулярных исходов:

- смерть, развившаяся вследствие кардиоваскулярных осложнений (внезапная смерть, нарушения ритма и проводимости,

острое нарушение мозгового кровообращения, фатальный инфаркт миокарда, нарастание хронической сердечной недостаточности);

- развитие нефатального инфаркта миокарда;

- нарушения ритма и проводимости (желудочковая экстрасистолия высоких градаций, частая суправентрикулярная экстрасистолия, пароксизмы фибрилляции, трепетания предсердий, атриовентрикулярная блокада II-III степени), выявленные клинически и на ЭКГ покоя;

- декомпенсация хронической сердечной недостаточности (ХСН) (увеличение отеков, одышки, снижение толерантности к нагрузке на фоне адекватного и полноценного лечения на догоспитальном этапе);

- развитие острого нарушения мозгового кровообращения.

Анализ влияния факторов с разделением на «случай» и «контроль» проводился для каждого исхода отдельно. Если указанные исходы отсутствовали, пациент относился к контрольной группе.

Учитывали досрочное прекращение участия в исследовании вследствие: смерти больного от других причин или выбытие больного из отделения гемодиализа (перевод на трансплантацию, в другой центр гемодиализа, смена места жительства). Такие случаи анализировали как «цензурированные».

В зависимости от длительности лечения программным гемодиализом 215 больных (110 женщин и 105 мужчин, 42,0 [32,0; 50,0] лет) были разделены на три группы. В I группе было 86 пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе от 1 года до 3 лет (3-36 мес.); во II группе (66 пациентов с длительностью диализа 4 (6 лет (37- 72 мес.); в III группе (63 больных, проходящих лечение 7 и более лет (73-240 мес.).

За время наблюдения из обследования выбыло 102 пациента: 24 пациента умерло от причин, не связанных с ССО, 8 пациентов сменило место наблюдения и лечения, у 18 пациентов произведена трансплантация почки, 7 пациентов

получали лечение перитонеальным диализом, у 45 пациентов выявлена сопутствующая патологии, не отвечающая критериям включения.

В качестве группы здорового контроля были обследованы 20 здоровых добровольцев (10 женщин и 10 мужчин, возраст (48,5 [43,0;50,5] лет).

Гемодиализ проводили на аппарате Fresenius («Fresenius Medical Care», Германия) с использованием бикарбонатного диализирующего раствора и полисульфоновых диализаторов F8 и F 10 HPS. Продолжительность сеанса гемодиализа составляла 4 (5 часов 3 раза в неделю при адекватном подборе диализатора и скорости кровотока и диализирующего раствора.

Адекватность дегидратации оценивается по достижению «сухого веса» (постдиализный вес больного, регистрируемый при устранении гипергидратации). Клиническими признаками достижения «сухого веса» являлись отсутствие признаков гипергидратации и нормализацию артериального давления (АД), требующую отмены антигипертензивных средств.

Характеристика методов исследования

1. Физикальное обследование, измерение роста, веса, массы тела, расчет индекса массы тела (ИМТ) = Масса тела (кг)/рост (м²).

2. Измерение АД проводили после 5 – 10 минутного отдыха на обеих руках 2 раза с интервалом 15 минут. Использовали нертутный сфигмометр с манжетой размером 13x35 см. Диастолическое АД определяли по 5 фазе Короткова (исчезновение тонов). За уровень АД принимали среднее арифметическое двух измерений во время двух исследований.

3. Лабораторные исследования:

клинические анализы: развернутый общий анализ крови

биохимические анализы: определение уровня креатинина и мочевины, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), уровень фосфора (P), ммоль/л кальция (Ca), ммоль/л, произведения P x Ca, ммоль²/л²

Скорость клубочковой фильтрации

(СКФ) определяли по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study):

СКФ (мл/мин)= 6,09 x (креатинин сыворотки крови мкмоль/л)^{-0,999} x (возраст)^{0,176} x (0,762 для женщин) x (мочевина сыворотки крови в ммоль/л)^{-0,17} x (альбумин сыворотки в г/л)^{0,318} (K/DOQI, 2002)

индекс адекватности диализа (Kt/V). Для расчета показателя Kt/V при гемодиализе мы использовали формулу Даугирдаса (John T. Daugirdas):

$$Kt / V = 2,2 - 3,3 \times (R - 0,03 - UF / W)$$

где R — отношение азота мочевины плазмы после- и перед диализом

UF — объем ультрафильтрации в литрах

W — вес больного после диализа (кг).

Показатели липидного профиля: общий холестерин (ОХС) ммоль/л, холестерин липопротеинов высокой плотности (ХСЛПВП) ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности (ХСЛПНП) ммоль/л, триглицериды (ТГ) ммоль/л, холестерин липопротеинов очень низкой плотности (ХСЛПОНП) ммоль/л, коэффициент атерогенности (К-атерогенности)=(ОХС - ЛПНП): ЛПВП) Определение содержания ХСЛПОНП, ХСЛПНП проводили по формуле Friedwald W.T. (1972): ХС ЛПОНП = ТГ/ 2,2 (ммоль/л); ХС ЛПНП= ХС-ТГ/2,18-ХС ЛПВП (ммоль/л).

продукты перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ): ТБК-позитивные продукты (ТБК) нм/мл, супероксиддисмутаза (СОД) усл. ед /мл, каталаза усл. ед /мл

определение уровня нитратов (NO₃), нитритов (NO₂), суммарных метаболитов оксида азота (NO) сыворотки крови, мкмоль/л

определение концентрации гомоцистеина, мкмоль/л методом иммуноферментного анализа (ELISA, «AXIS-SHEILD» (Diagnostics Limited UK), анализатор «Bio-Rad» 680, США)

определение уровня паратиреоидного гормона (ПТГ) пг/мл (методом флюоресцирующих антител - МФА)

уровень мозгового натрийуретического пептида (МНУП)

пг/мл с использованием тест-система «Мозговой натрийуретический пептид (BNP-32) без экстракции» фирмы-производителя Peninsula Laboratories, Inc. (США)

молекулярно-генетическое выявление точечных мутаций гена MTHFR методом ПЦР с аллель-специфичными праймерами расширенное гемостазиологическое исследование, проведенное по общепринятым методикам выполнено на лазерном агрегометре «Биола LA 230-2» («Биола», Россия) и полуавтоматическом коагулометре «CD4» («Roche Diagnostics», Швейцария).

Статистические методы.

Статистический анализ данных проводился при помощи пакета программ прикладной статистики SPSS-17, MedCalc-11.4.2. При нормальном законе распределения признака в выборке количественные значения представлялись в виде средней арифметической и ее среднеквадратичного отклонения ($M \pm \sigma$), в противном случае рассчитывались медиана и интерквартильный размах ($Me; 25\%-75\%$). Для оценки различий между группами в количественных признаках при нормальном распределении и равенстве дисперсий, применяли t-критерий Стьюдента, в остальных случаях – непараметрический критерий Краскелла-Уоллиса, U-критерий Манна-Уитни.

Качественные признаки описаны абсолютными и относительными частотами с оценкой межгрупповых различий с использованием критерия хи-квадрат Пирсона, а при ожидаемых частотах менее 5 – с помощью точного двустороннего теста Фишера. Величина связи между признаками оценивалась по значению коэффициента корреляции Пирсона в случае соблюдения закона нормального распределения данных и Спирмена – в остальных случаях. С целью оценки независимого вклада переменных в вероятность развития осложнений и исходов применены методы многофакторного статистического анализа: в случае одного показателя - ROC-анализ с построением характеристических кривых соотношения чувствительности и специфичности (ROC-кривых), в случае нескольких показателей – после предварительного проведения факторного анализа и анализа таблиц сопряженности с расчетом ОШ с 95% доверительным интервалом (ДИ) использован дискриминантный анализ и метод пошаговой логистической регрессии. Для всех видов анализа статистически значимыми считались значения $p > 0,05$.

Структура кардиоваскулярных осложнений у больных ХБП в зависимости от длительности хронического диализа представлена в таблице 1.

Таблица 1. - Число случаев кардиоваскулярных осложнений у больных ХБП в зависимости от длительности терапии программным гемодиализом

Показатели	I группа 3 – 36 мес. n= 86	II группа 37 – 72 мес. n= 66	III группа 73 – 240 мес.
Инфаркт миокарда	4	8	7
Нарушения ритма и проводимости	9	10	15
Декомпенсация ХСН	28	29	43
Острое нарушение мозгового кровообращения	5	7	7
Всего	46	54	72

У больных I группы развитие кардиоваскулярных осложнений было связано со следующими предикторами ССО: АГ ($\chi^2=0,266$; $p=0,006$), возрастом

($\chi^2=0,210$; $p=0,033$); показателями системы гемостаза: АЧТВ ($\chi^2=0,949$; $p=0,020$); дислипидемией: К-атерогенности ($\chi^2=0,567$; $p=0,026$), ХСЛПНП ($\chi^2=17,485$; $p=0,043$);

уровнем NO₂ (?=0,526; p=0,026) (модель – множественная линейная регрессия).

Манифестация сердечно-сосудистых осложнений у пациентов II группы была ассоциирована с длительностью диализной терапии (?=-0,389; p=0,048); концентрацией фосфора (?=0,449; p=0,026); уровнем Hb (?=-0,436; p=0,029); адекватностью процедуры гемодиализа (Kt/V) (?=0,643; p=0,003); индексом коморбидности Charlson (?=0,321; p=0,009); состоянием системы гемостаза: концентрацией фибриногена (?=-0,952; p=0,023), РФМК (?=1,088; p=0,020), выраженностью агрегации тромбоцитов, стимулированной ристомидином (?=-0,753; p=0,005), длительностью ХIIa-зависимого фибринолиза (?=0,898; p=0,015), уровнем АТIII (?=0,885; p=0,006) (модель – множественная линейная регрессия).

У больных III группы развитие кардиоваскулярных осложнений было связано с наличием АГ (?=1,634; p=0,003), дисфункции артерио-венозной фистулы (?=0,301; p=0,011); ВГПТ (?=0,718; p=0,014); наличием синдиализной артериальной гипотензии (?=1,194; p=0,037); показателем индекса коморбидности Charlson (?=0,503; p=0,014); адекватностью процедуры гемодиализа (Kt/V) (?=-0,836; p=0,017); МДПВ (?=-0,786; p=0,001); уровнем МНУП (?=0,328; p=0,040); гипергомоцистеинемией (?=-0,572; p=0,013); показателями системы гемостаза: активностью фактора Виллебранда (?=0,262; p=0,040), АВР

(?=0,498; p=0,030); гиперлипидемией: уровнем ОХС (?=0,719; p=0,012), К-атерогенности (?=1,887; p=0,019); активностью СОД (?=-0,631; p=0,041) (модель – множественная линейная регрессия).

В ходе исследования у больных ХБП, получающих терапию программным гемодиализом, выявлены признаки структурно-функционального ремоделирования сосудистой стенки брахиоцефальных артерий, выраженность которых усугубляется по мере увеличения длительности нахождения на лечении программном гемодиализом.

Литература:

1. Агранович Н. В. Научно-организационное обоснование развития профилактического направления в системе оказания нефрологической помощи населению автореф. дис... докт. мед. наук / Ставрополь, 2006. - 45 с.
2. Бибков Б.Т., Томилина Н.А. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2005 гг. (Отчет по данным регистра Российского диализного общества). Нефрология и диализ 2007; 9 (1): 6-85.
3. Ванчакова Н.П., Рыбакова К.В., Смирнов А.В. Нарушения поведения и негативные эмоции, у больных с ХПН, получающих гемодиализ // Нефрология.- 2000.-№ 2. Т. 4. - С. 92. ,
4. Rutkowski V. Highlights of the epidemiology of renal replacement therapy in Central and Eastern Europe. // Nephrol Dial Transplant. 2006. V. 21. P. 4-10.
5. Couser W.G., Riela M.C. World Kidney Day 2011: Protect your kidneys, save your heart // Kidney International. 2011. - №79. - P. 483-485.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ХПН, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ АНАЛИЗ

Бабаев Ф.Х., Гусейнов Х.Г.

Республиканская Клиническая урологическая больница имени академика М.Д. Джавад-заде, Научный центр хирургии имени академика М.Топчибашева, г. Баку

Актуальность исследования. Степень воздействия основных традиционных факторов риска не позволяет объяснить столь высокую распространенность сердечно-сосудистой патологии при терминальной стадии ХБП.

Взаимозависимость патологических процессов сердечно-сосудистой системы и почек определяет кардиоренальные взаимоотношения, как непрерывную цепь событий, составляющих порочный круг – кардиоренальный континуум (Ванчакова

Н:П., Рыбакова К.В., 2000; Горин А.А., 2005; Boyd-СМ; Darer J, Boulт С, Fried LP; Boulт L, Wu AW, 2005).

Вместе с тем, группы риска, наличие связи и количественный вклад определенных факторов в развитие каждого кардиоваскулярного осложнения у диализных пациентов являются сегодня предметом широких дискуссий, так как результаты исследований по этим вопросам противоречивы, в ряде случаев получены в ретроспективных исследованиях, а изучаемые популяции гетерогенны (Мартынчик С.А. и соавт., 2007; David С. et al. 2009)

Цель исследования: изучение состояния больных хронической болезнью почек, получающих программный гемодиализ.

Материалы и методы исследования: Обследовано 317 больных, прошедших лечение в отделении гемодиализа с 2007 до 2012 гг. Изучаемая выборка (215 больных терминальной стадией ХБП, находившихся на лечении программным гемодиализом, отвечающих критериям включения и давших информированное письменное согласие.

Инструментальные исследования:

ЭКГ проводилась на 3-канальном электрокардиографе «Siemens» с использованием 12 стандартных отведений

Эхо - и доплер - эхокардиография выполнена на аппарате «HP Sonos 100 CF» с использованием датчика 3,5 МГц в М-модальном и двухмерном режиме в стандартных позициях.

Измеряли конечный систолический и диастолический объемы (КСО и КДО), конечный систолический и диастолические размеры (КСР и КДР), размер левого предсердия (ЛП, мм), толщину задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (МЖПЛЖ), величину фракции выброса (ФВ), массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекс массы левого желудочка (ИММЛЖ) определяли как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела; относительная толщина стенки левого желудочка (ОТС) рассчитывалась по формуле: $ОТС, см = 2 \times ЗСЛЖ/КДР$.

Оценку диастолической функции левого желудочка проводили с помощью импульсной доплерэхокардиографии из верхушечного доступа в 4-камерном сечении сердца. Определяли максимальные скорости раннего (Е) и позднего (А) диастолического наполнения, их отношение (Е/А), время изоволюмического расслабления (IVRT), время замедления раннего диастолического потока (DT).

Гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) диагностировали при ИММЛЖ 125 г/м² и более у мужчин и 110 г/м² и более у женщин.

Нормальной геометрией левого желудочка считали $ОТС < 0,45$ при нормальном ИММЛЖ; концентрическое ремоделирование диагностировали при $ОТС > 0,45$ и нормальном ИММЛЖ; концентрическую гипертрофию ЛЖ — при $ОТС > 0,45$ и увеличенном ИММЛЖ; эксцентрическую гипертрофию — при $ОТС < 0,45$ и увеличенном ИММЛЖ.

При оценке диастолической функции левого желудочка тип нарушенной релаксации диагностировали при $Е/А < 1$, $DT > 220$ м/с, $IVRT > 100$ м/с. Псевдонормальный тип при $Е/А$ от 1 до 2, DT 150-220 м/с, $IVRT$ 60-100 м/с. Рестриктивный тип при $Е/А > 2$, $DT < 150$ м/с, $IVRT < 60$ м/с. Диастолическую сердечную недостаточность диагностировали согласно рекомендациям Рабочей группы Европейского общества кардиологов (2001).

УЗДГ брахиоцефальных артерий выполнено на ультразвуковом сканере VIVID-3 в В-режиме линейным датчиком с частотой 5-8 МГц. Оценивались структурно-функциональные показатели брахиоцефальных артерий (толщина интима-медиа проксимального и дистального отдела общей сонной артерии, скорость кровотока в общей, внутренней, наружной сонных артериях).

Инструментальное исследование жёсткости артериальной стенки

При оптимальной визуализации общей сонной артерии (ОСА) в продольном сечении производилось измерение систолического (DS) и диастолического (DD) диаметров ОСА в М-режиме (среднее

по 3 сердечным циклам), по данным которого рассчитывали показатели локальной жесткости артерий:

растяжимость: относительное изменение диаметра или объема в ответ на повышение АД, мм рт ст.-1 ($?D/?P*DD$, где $?D=DS-DD$; $?P=САД-ДАД$, САД – систолическое, ДАД – диастолическое артериальное давление);

модуль эластичности Петерсона (мм рт ст.) ($E_p=?P*DD/?D$);

модуль эластичности Юнга [(мм рт.ст) $-1*(мм) -1$] ($E_y=(?P*DD)/(?D*h)$, где h – толщина стенки сосуда),

коэффициент жесткости ($KЖ=\ln((САД/ДАД)/(DD/?D))$);

скорость распространения пульсовой волны (PWV, см/с) рассчитывали по формуле Моенс-Korteweg: $PWV=?*(Eh)/(2?R)$, где E – эластический модуль Юнга, h – толщина стенки $? –$ плотность крови, R – радиус сосуда.

относительную толщину стенки данной артерии (RWT): $RWT= 2 * h/DD$, где h – толщина стенки, DD – диаметр в диастолу;

Расчет индекса коморбидности Charlson [Charlson M.E. et al., 1987].

5. Консультации специалистов по показаниям.

Результаты и их обсуждения.

Группы больных были сравнимы по возрасту, полу, заболеваниям, приведшим к ХБП. С увеличением длительности лечения наблюдалась стабилизация и снижение АД, которые мы связали с адекватной процедурой гемодиализа: стабильный показатель Kt/V , статистически не различающийся в группах, небольшая междуализная прибавка веса у всех обследованных больных, адекватным объемом гипотензивной терапии, проводимой в соответствии с существующими рекомендациями.

При нарастании длительности терапии программным гемодиализом отмечено достоверное увеличение частоты развития синдиализной гипотонии, дисфункции артерио-венозной фистулы.

Уровень гемоглобина у всех больных оставался ниже контроля, достоверных различий в группах при увеличении

длительности лечения гемодиализом не выявлено. Мы связываем полученные результаты с назначением всем больным рекомбинантного эритропоэтина.

Аналогичная направленность изменений выявлена при изучении концентрации альбумина.

При оценке уровня МНУП в зависимости от длительности терапии программным гемодиализом не выявлено статистически значимых различий показателя в I и II группах: 210,0 [85,0; 420,0] пг/мл и 120,0 [50,0; 390,0] пг/мл, $p=0,21$), вместе с тем у пациентов III группы уровень МНУП оказался достоверно выше, чем у больных I и II: 210,0 [85,0; 420,0] пг/мл и 890,0 [110,0; 3470,0] пг/мл, $p_{1-3}=0,04$; 120,0 [50,0; 390,0] пг/мл и 890,0 [110,0; 3470,0] пг/мл, $p_{2-3}=0,01$.

При анализе индекса коморбидности Charlson выявлено достоверное увеличение исследуемого показателя в зависимости от длительности терапии программным гемодиализом: у пациентов II и III групп величина индекса коморбидности Charlson оказалась достоверно выше в сравнении с I (3,56±0,22 балла и 3,06±0,11 балла, $p_{1-2}=0,04$; 3,47±0,16 балла и 3,06±0,12 балла, $p_{1-3}=0,03$), при сравнении показателя II и III групп статистически значимых различий не выявлено ($p_{2-3}=0,91$). При увеличении длительности диализной терапии происходит расширение диапазона коморбидных состояний, что находит отражение в увеличении показателя индекса коморбидности Charlson.

Данные проведенного изучения состояния липидного спектра, продуктов перекисного окисления липидов, антиоксидантной защиты, а также нитроксидергической системы представлены в таблице 1.

Проведенный анализ состояния липидного спектра у больных ХБП, получающих лечение программным гемодиализом выявил существенные изменения. Эти изменения выражались в увеличении ОХС, ТГ, ХСЛПОНП и ХСЛПНП, К - атерогенности и снижении ХСЛПВП во всех изучаемых группах. При этом прослеживалась отчетливая тенденция

снижения показателей с увеличением длительности терапии гемодиализом. Полученные изменения, очевидно, связаны с сохраняющейся уремической интоксикацией и нарастающими проявлениями системного воспаления,

которые, в свою очередь приводят к белковой недостаточности и снижению синтеза холестерина, при сохраняющихся высоких концентрациях атерогенных липопротеинов.

Таблица 1. - Показатели липидограммы, продуктов перекисного окисления липидов, антиоксидантной защиты, нитроксидергической системы у больных ХБП в зависимости от длительности лечения гемодиализом

Показатель	I группа 3 – 36 мес.	II группа 37 – 72 мес.	III группа 73 – 240 мес.	Здоровые добровольцы (контроль)
ОХС, ммоль/л	4,75[4,55; 5,55]	5,11[4,84;5,91]	4,84[4,44;5,24]	4,04 [3,67;5,0]
p1-2.=0,01; p1-3=0,12, p2-3=0,01; p1-4, 3-4 =0,01 p2-4=0,001				
ТГ, ммоль/л	2,1[1,71; 2,32]	2,6[1,99; 2,52]	1,9[1,87; 2,47]	1,02[0,58;1,71]
p1-2.=0,01; p1-3=0,01, p2-3=0,01; p1-4, 2-4 =0,001 p3-4=0,0001				
ХСЛПОНП ммоль/л	0,54[0,34; 0,68]	0,59[0,45; 0,74]	0,52[0,33; 0,64]	0,36[0,24;0,46]
p1-2.=0,01; p1-3=0,41, p2-3=0,01 p1-4, 2-4 =0,001 p3-4=0,01				
ХСЛПВП, ммоль/л	0,92[0,894 0,97]	0,98[0,79; 1,01]	0,74[0,63; 0,85]	1,22[1,12;1,36]
p1-2 = 0,29; p1-3 = 0,0001; p2-3 = 0,006; p1-4, 2-4,3-4 =0,0001				
ХСЛПНП, ммоль/л	3,68[2,43; 3,73]	3,40[2,3; 3,6]	2,9[2,26; 3,29]	2,22[2,10;2,97]
p1-2 = 0,19; p1-3 = 0,0001; p2-3 =0,006; p1-4, 2-4 =0,0001; p3-4 =0,03				
Катерогенности	4,26[3,44; 4,59]	4,39[3,48; 4,79]	5,21[4,39; 5,02]	2,7[2,5; 2,9]
p1-2 = 0,42; p1-3 = 0,12; p2-3 =0,16; p1-4, 2-4,3-4 =0,001				
нм/мл	3,24[3,11; 4,11]	3,33[3,21; 4,19]	3,35[3,24; 4,49]	3,0[2,98;3,39]
p1-2 = 0,19; p1-3 = 0,24; p2-3 =0,16; p1-4, 2-4,3-4 =0,001				
СОД, усл.ед./мл	1,09[0,98; 1,12]	1,23[1,2; 1,38]	0,82[0,58; 1,1]	1,24[1,15;1,43]
p1-2 = 0,03; p1-3 = 0,24; p2-3 =0,003; p1-4, 3-4 =0,001				
Каталаза, мкат/л	15,1[12,1; 15,6]	15,9[10,43;18,1]	16,9[12,3;19,1]	24,8[13,9;27,8]
p1-2 = 0,18; p1-3 = 0,14; p2-3 =0,10; p1-4, 2-4,3-4 =0,0001				
Нитраты, мкмоль/л	11,67[10,09; 12,3]	10,79[9,0; 12,45]	9,55[6,95; 11,69]	15,61[10,22;18,94]
p1-2 = 0,46; p1-3 = 0,11; p2-3 =0,09; p1-4, 2-4,3-4 =0,001				
Нитриты, мкмоль/л	11,78[8,85; 12,0]	9,0[8,0; 10,58]	9,02[8,79; 11,0]	12,06[11,44;13,67]
p1-2 = 0,02; p1-3 = 0,02; p2-3 =0,31; p1-4, 2-4,3-4 =0,001				

Проведенное исследование выявило повышение показателей перекисного окисления липидов во всех обследованных группах. При этом ближе к норме были показатели ТБК-позитивных продуктов у больных в первые три года лечения гемодиализом. Активность каталазы оказалась снижена вне зависимости от длительности диализной терапии, а активность СОД – достоверно ниже у пациентов I и III групп как при сравнении с контролем, так с II группой. Повышение активности процессов перекисного

окисления липидов без синергичного действия СОД, каталазы не обеспечивает эффективную защиту организма от нарастающей продукции активных кислородных радикалов. Таким образом, можно предположить, что первые годы лечения программным гемодиализом несколько стабилизируют состояние систем ПОЛ и АОЗ, однако, при длительной заместительной терапии происходит усиление процессов окислительного стресса.

Уровень стабильных метаболитов

оксида азота был ниже у всех больных в сравнении с донорами ($p_{1-4,2-4,3-4}=0,001$) и достоверно снижался при увеличении длительности терапии гемодиализом. Среди изобилия медиаторов, вырабатываемых эндотелием, важнейшим является оксид азота (II) - NO. Гемодиализ способствует инактивации NO за счет образования при контакте лейкоцитов с диализной мембраной большого количества свободных радикалов.

Показатели состояния фосфорно-кальциевого обмена у всех обследованных больных ухудшались при нарастании времени пребывания на гемодиализе. Уровень Ca, ммоль/л оказался ниже у всех больных в сравнении с контрольной группой ($1,2[1,11; 1,28]; 1,17[1,08; 1,24]; 1,1[1,0; 1,17]; 1,30 [1,15; 1,38]$ $p_{1-4,2-4,3-4}=0,0001$), а у пациентов III группы достоверно ниже, чем у больных I и II групп ($p_{1-3} = 0,0001; p_{2-3} = 0,002$). Средний уровень P, ммоль/л был выше контрольных цифр у всех обследованных больных ($1,87[1,51; 2,16]; 1,94[1,52; 2,21]; 2,12[1,87; 2,3]; 1,4[1,3; 1,5]$ $p_{1-4,2-4,3-4}=0,0001$) и достоверно нарастал при увеличении длительности программного гемодиализа ($p_{1-3} = 0,01; p_{2-3} = 0,05$). Показатель произведения Ca x P, ммоль²/л² был достоверно выше у пациентов II и III групп в сравнении с показателем контрольной группы ($4,50[4,04; 4,84]; 4,27 [3,40; 5,60]; 3,8[3,50; 4,0]$ $p_{2-4}=0,001; p_{3-4}=0,01$). Статистически значимого изменения значения произведения Ca x P, ммоль²/л² в группах обследуемых больных в зависимости от длительности диализной терапии не выявлено ($p_{1-2} = 0,41; p_{1-3} = 0,21; p_{2-3} = 0,35$). Уровень ПТГ, пг/мл был достоверно выше у всех диализных пациентов по сравнению с донорами ($241,2[98,4; 458,9]; 427,1[210,6; 1050,0]; 659 [259,7; 1118,0]; 39[16,0; 60,0]$ $p_{1-4,2-4,3-4}=0,00001$). Различия между группами также выявлены при сравнении показателя I и II, I и III групп ($p_{1-2} = 0,001; p_{1-3} = 0,003$).

Эмпирически доказано, что для поддержания процесса ремоделирования кости на нормальном уровне содержание ПТГ у пациентов с ХБП должно быть в 2-3

раза выше, чем у здоровых лиц. Целевые цифры для диализных пациентов составляют 150 – 300 пг/мл. Диагноз вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ) ставится пациенту с ХБП при уровне ПТГ 300 пг/мл и более и/или выявлении ренальной остеодистрофии.

У 84 (44,1%) обследованных пациентов показатели ПТГ не превышали 300 пг/мл; у 40 (21,1%) пациентов средний уровень составил 418,8 [339,7; 514,05] пг/мл, что соответствовало легкой степени ВГПТ; у 25 (13,2%) пациентов (средняя степень с уровнем ПТГ 795,0 [671,4; 896,0] пг/мл; у 41 (21,6%) (тяжелая степень с уровнем ПТГ 1433,0 [1118,0; 2105,0] пг/мл.

При изучении показателей гемостаза выявлено, что у больных получающих терапию гемодиализом, несмотря на нормальные значения рутинных коагуляционных тестов, имеются признаки активации внутрисосудистого свертывания крови. При уремии развиваются тромбофилическое состояние, вклад в которое вносят гиперфибриногенемия, гипергомоцистеинемия, снижение концентрации антиромбина III, повышение фактора Виллебранда, дислиппротеинемия. Процедуры гемодиализа за счет контактной активации свертывания при взаимодействии потока крови с диализной мембраной, материалом сосудистых протезов и магистралей экстракорпорального контура усиливают тромбогенный потенциал крови. Кроме того, у гемодиализных пациентов, годами получающих гепарин, отмечается истощение в эндотелиальных клетках запасов ингибитора тканевого фактора, подавляющего активность внешнего механизма свертывания крови.

Таким образом предлагается всем пациентам ХБП, получающим лечение программным гемодиализом, независимо от длительности стажа лечения, необходимо проведения обследования для выявления традиционных и нетрадиционных факторов риска развития кардиоваскулярных осложнений, которые включают: расширенное гемостазиологическое исследование, определение показателей фосфорно-

кальциевого обмена, концентрации мозгового натрийуретического пептида, уровня гомоцистеина, молекулярно-генетическое исследование для выявления C677T мутации гена MTHFR, ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий с определением структурных- функциональных показателей сосудистой стенки (ТИМП, ТИМД, PWV, коэффициента жесткости, растяжимости, модуль эластичности Петерсона), ЭХОКГ с определением показателей систолической и диастолической функции миокарда левого желудочка

С учетом полученных результатов клинического, лабораторного, молекулярно-генетического, инструментального методов обследования рекомендуется сформировать группы пациентов высокого риска развития кардиоваскулярных осложнений у больных ХБП, получающих терапию программным гемодиализом, с целью своевременной профилактики и лечения этих осложнений.

Литература:

1. Ванчакова Н.П., Рыбакова К.В. Комплексная оценка психического состояния и стратегий- совладающего

поведения больных хронической почечной недостаточностью, осложнившейся синдромом боли и зуда в условиях гемодиализа: Сб. науч. тр. СПб., 2000. С. 138-139.

2. Горин А.А. Качество жизни и пограничные психические расстройства у больных на программном гемодиализе : Автореферат дисс. К. м. н./ Москва, 2005.- 23 с.
3. Мартыничик С.А., Полесский В.А., Лелеко В.В., Соколова О.В., Мартыничик Е.А., Запороженко В.Г. Управление затратами на качество медицинской помощи. //ГлавВрач, 2007. — № 11. — С. 41 — 54.
4. Boyd-CM; Darer J, Boulton C, Fried LP; Boulton L, Wu AW: Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases, implications of pay for performance. JAMA 2005-, 294:716-724.
5. David C Mendelssohn, Christine Malmberg, Bassem Hamandi. An integrated review of "unplanned" dialysis initiation: refraining the terminology to "suboptimal" initiation. BMC Nephrology 2009, 10:22.

КЛАССИФИКАЦИЯ И СТЕПЕНИ РАЗРЫВА ПРЯМОЙ КИШКИ, ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И ПРОМЕЖНОСТИ

Багиев Т.А.

ННЦХ им. А.Н. Сызганова

Были проведены обследование и лечение 64 рожениц с разрывами промежности в период после преждевременных родов. Распределение больных по возрасту представлено в таблице 1.

Травмы промежности во время родов у женщин старше 30 лет составляют преимущество - 53,2 %. У 7 повторнородящих женщин разрыв промежности произошел в старом рубце. Крупный плод стал причиной разрывов промежности у 37 (57,8 %) рожениц. У 15 (23,4 %) женщин роды прошли ускоренно. Разрыв промежности в 3 (7,8

%) случаях произошел при тазовом предлежании плода и в 2 (3,1 %) случаях - после родовспомогательных операций

Осложненный акушерско - врачебный анамнез отмечается у 18 женщин (отеки беременных, преждевременное помутнение околоплодных вод, хронический пиелонефрит, нефропатия, задерживающиеся срочные роды, слабость родовой деятельности). Распределение рожениц по степени разрывов промежности представлено в таблице 2..

Таблица 1. - Возраст первородящих и повторнородящих женщин и частота случаев разрывов промежности во время родов

Возраст женщин	Первородящие женщины	Повторнородящие женщины	Всего
18 - 20 лет	6	2	8
21 - 25	6	4	10
26 - 30	7	5	12
31 - 35	6	8	14
Старше 35 лет	15	5	20
Всего	40 (62,5 %)	24 (37,5 %)	64 (100 %)

Таблица 2. - Распределение по степени разрывов промежности

Возраст женщин	Степень разрывов промежности		
	I	II	III
18 - 20 лет	5	3	-
21 - 25	6	3	2
26 - 30	9	4	-
31 - 35	4	8	2
Старше 35 лет	9	6	3
В с е г о	33 (51,6 %)	24 (37,5 %)	7 (10,9 %)

Обследование женщин с травмами промежности в раннем послеоперационном периоде состояло в оценке особенностей послеоперационных ран, состояния нервно - рефлекторных реакций, способности сокращения наружного сфинктера.

Априорно и даже без накопления полученных сведений мы удостоверились о необходимости внести некоторые значительные изменения в общепризнанную классификацию разрывов промежности.

Во время обследования 18 из 33 рожениц с разрывом промежности I степени на зашитой слизистой оболочке задней стенки влагалища были обнаружены послеоперационные линейные раны. Отмечалась незначительная гиперемия краев раны. Размеры ран были не более 2,5 x 0,5 см. У всех больных периприанальный кожный рефлекс был живым. Во время пальцевого исследования прямой кишки тонус и произвольное напряжение сфинктера были достаточными. Ткани ректовагинальной перегородки эластичны, отечность и инфильтраты не обнаружены. В то же время отмечается снижение показателей сфинктерометрии:

тонус - 450 - 480 г; максимальная сила - 550 - 600 г. У всех рожениц акт дефекации был свободным.

У 14 рожениц с I степенью разрыва промежности послеоперационные раны в области задней стенки влагалища проникали в кожу промежности с размером в среднем 3,0 x 0,5 см. У 10 из них наблюдался четкий отек в области заднего соединения, переходящего в промежность. В 7 случаях выявлено нарушение периприанальной кожной складки в области переднего сегмента наружного сфинктера. У всех больных этой группы периприанальный кожный рефлекс живой. В 10 случаях во время пальцевого обследования прямой кишки отек распространялся на вторую половину анального канала. Тонус и произвольное напряжение сфинктера снизились. У больных с нарушением периприанальной кожной складки наблюдался спазм внутреннего сфинктера. Сфинктерометрия: тонус - 350 - 400 г; максимальная сила - 450 - 500 г.

Во время обследования рожениц, страдающих разрывом промежности II степени в 10 случаях из 24 обнаруживались линейные раны задней

стенки влагалища, проникающие на кожу промежности. При этом отмечались отеки и гиперемия мягких тканей, отсутствие перианальной кожной складки в переднем сегменте. У всех рожениц перианальный кожный рефлекс живой. Во время пальцевого исследования прямой кишки отмечались снижение тонуса и произвольного напряжения сфинктера. Роженицы отмечали явные боли в области заднего прохода. Сфинктерометрия: тонус - 320 - 380 г; максимальная сила - 450 - 480 г.

А у 8 женщин были обнаружены послеоперационные раны с неровными краями, переходящие на кожу перианальной области. Также наблюдаются отек, гиперемия мягких тканей промежности, отсутствие перианальной кожной складки передней полуокружности заднего прохода.

В 2 случаях обнаружено снижение перианального рефлекса. Во время пальцевого исследования прямой кишки отек распространился на нижнюю половину ректовагинальной перегородки, который стал причиной жесткости тканей. Это обследование болезненно для рожениц. У 7 рожениц при обследовании влагалища и прямой кишки были выявлены воспалительные инфильтраты парацервикальной и параректальной тканей. У обследованных женщин был выявлен спазм внутреннего сфинктера. У каждой 8 женщины, относящихся к этой группе отделение передней части лобково - прямокишечной мышцы стало причиной снижения тонуса и произвольной силы наружного сфинктера. У них свободный акт дефекации отсутствует, и они пользуются очистительными клизмами. Сфинктерометрия: тонус - 250 - 300 г; максимальная сила - 350 - 400 г.

У одной женщины был обнаружен разрыв одной трети части влагалища, не привлекая внимания акушер - гинекологов. Рана размерами 4,5 x 2,0 см, расположенная латерально от средней линии задней стенки влагалища была прикрыта гематомой, расположенной на передней стенке

прямой кишки. Вокруг полости был обнаружен инфильтрат с вовлечением ножки лобково - прямокишечной мышцы. Задний проход был закрыт. Во время мануального обследования прямой кишки тонус и произвольное напряжение сфинктера были достаточными. Выявляется разрыв передней части лобково - прямокишечной мышцы. Сфинктерометрия: тонус - 280 - 300 г; максимальная сила - 320 г.

Были обследованы 7 рожениц с разрывом промежности III степени. В 4 случаях послеоперационные раны охватывали заднюю стенку влагалища и кожу промежности. Отмечались отеки тканей, отсутствие перианальных кожных складок, расхождение ранее наложенных швов, отхождение большого количества зловонных гнойных выделений. При обследовании влагалища и прямой кишки были выявлены воспалительные инфильтраты парацервикальной и параректальной тканей. В 1 случае была очищена подслизистая гематома. У этих женщин отмечаются открытие заднего прохода, снижение тонуса и произвольной силы сфинктера, истончение тканей ректовагинальной перегородки, диастаз ножек мышц, поднимающих задний проход. Сфинктерометрия: тонус - 150 - 200 г; максимальная сила - 220 - 250 г.

Нарушение целостности стенки прямой кишки было обнаружено у 3 больных с разрывом промежности III степени. Задний проход открыт. Во время штрихового раздражения перианальной кожи рефлекс слабый. У одной роженицы разрыв промежности сопровождался сильным кровотечением. У этой больной была подкожная гематома в области промежности, распространяющаяся на левую половую губу. Швы, наложенные на ткани промежности, не были основательными и ректовагинальная перегородка до средней 1/3 анального канала отсутствовала. Стенки раны были покрыты налетом. Так как в переднем сегменте наружного сфинктера прямой кишки был новый шов, сфинктерометрия

не проводилась.

У другой роженицы швы, наложенные на ректовагинальную прегородку, не были основательными в верхнем углу раны. Была обнаружена сформировавшаяся ректовагинальная фистула. Стенки промежности отечны, характеризуются отсутствием складок в передней полуокружности перианальной кожи. Во время мануального обследования прямой кишки тонус и произвольные силы прямого кишечника резко снижены. Сфинктерометрия: тонус - 80 г, максимальная сила - 140 г.

Результаты обследования рожениц с разрывами промежности во время родов:

Разрыв промежности I степени было у 33 рожениц (51,6 %). В то же время, согласно исследованиям в 18 случаях вследствие скрытого повреждения наружного сфинктера заднего прохода было обнаружено сильное ослабление в сократительной способности мышц ЗАПК, сопровождающееся спазмом внутреннего сфинктера;

Разрывы промежности II степени наблюдались у 24 рожениц (37,5 %). Это сопровождалось спазмом внутреннего сфинктера и нарушением целостности лобково - прямокишечной мышцы, нарушением сократительной деятельности мышц ЗАПК. Было также выявлено снижение нервно - рефлекторных реакций наружного сфинктера анального отверстия;

Разрывы промежности III степени наблюдались у 7 рожениц (10,9 %). У больных, входящих в эту группу, помимо грубых повреждений стенок анального сфинктера, тазового дна и прямой кишки, дополнительно были обнаружены нарушения нервно - рефлекторных реакций.

Таким образом, проведенные исследования и их анализ показали, что традиционная классификация разрывов промежности, возникших во время родов, не соответствует сложности характера патологических изменений с точки

зрения развития заболеваний промежности и их хирургической коррекции. Обследование в раннем операционном периоде по степени разрывов промежности рожениц заключалось в оценке особенностей послеоперационных ран, состояния нервно - рефлекторных реакций, сократительной способности наружного сфинктера. Анализ полученных сведений и изучение отдаленных результатов больных, страдающих заболеваниями промежности неопухоловой этиологии, принудил нас приготовить новую классификацию разрывов промежности, возникших во время родов.

Литература

1. Гулин В.А. Лечение ректо-вестибулярных свищей у девочек / Новое в диагностике и лечении в медицине. Сб. статей. М., 1980, с.67-68
2. Даутов Ф.А., Юсупов Ш.Б. Сочетанные операции промежности у проктологических больных / Актуальные проблемы колопроктологии. М., 2005, с. 60-61
3. Дзанаева Д.Б. Наш опыт лечения ректоцеле и опущения задней стенки влагалища / Актуальные проблемы колопроктологии. М., 2005, с. 485-487
4. Колопроктология и тазовое дно: Патофизиология и лечение / Под ред. М.М. Генри, М. Своша. М.: Медицина, 1988, 500с.
5. Корепанов В.И. Новые методы операций на толстой кишке и в анальной области. М., 1998, 70с.
6. Косинец Н.Б. Новые подходы в лечении ректоцеле / Актуальные проблемы колопроктологии. М., 2005, с. 491-492
7. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Иоселиани М.Н., Петрова В.Д. Диагностика и выбор метода хирургической коррекции недержания мочи при пролапсе гениталий у женщин // Акушерство и гинекология, 2000, №1, с. 29-32.

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ СВЕТОЛЕЧЕНИЯ**Бапиев Т.А.****ННЦХ им. А.Н. Сызганова, Алматы**

Основная часть медицинской реабилитации больных состоит в организации послеоперационного периода. Послеоперационный период состоит из двух стадий. На первой стадии (через 10-15 дней после операции) решаются вопросы по ликвидации воспалительного процесса в послеоперационной ране, при необходимости профилактики - лечению гнойных осложнений, то есть по созданию более выгодных условий для заживления послеоперационной раны. Во время второй стадии проводятся лечебные мероприятия, способствующие максимально эффективному восстановлению функции прямой кишки до выписки из стационара.

Принципиальные моменты первой стадии следующие: режим, диета, коррекция общих и местных нарушений, перевязка.

Длительность постельного режима зависит от характера проведенной операции. Являясь сторонниками скорейшего выздоровления больных, мы разрешаем больным ходить по палате, начиная со 2-3 дня, а у больных, перенесших пластическую операцию, постельный режим продолжается 5-7 дней.

Для создания условий с целью заживления раны задержание дефекации важно. Первая дефекация на фоне предоперационной подготовки без использования каких-либо средств наступает не ранее, чем через 3 дня. Эти сроки продлеваются до 5-7 дней строгим постельным режимом, диетой и медикаментозной задержкой стула. Согласно 1-й таблице, для медикаментозной задержки стула 1 принимают имодиум 2 раза в сутки.

В течение 2 дней после операции назначается диета 0, затем больные принимают в пищу отварное мясо, рыбу,

каши, творог, картофельное пюре. Через 5 дней после операции прием укрепляющих средств приостанавливается, в течение 3-4 дней назначается вазелиновое масло два раза в день по 30 мл, лактулоза. Первый стул осуществляется при помощи сифонной клизмы. В раннем послеоперационном периоде все клизмы проводятся только врачом. Очистительные клизмы применяются в течение 7-8 дней для того, чтобы не возникло чрезмерное напряжение.

Во время строго постельного режима используется постоянная катетеризация мочевого пузыря. Катетер Фоллея сохраняется в течение 3-4 дней и на фоне приема уросептиков промывается теплым фурациллином 2 раза в сутки.

Перевязки проводятся ежедневно, начиная со второго дня после операции. Во время перевязки влагалище спринцуются слабым раствором перманганата калия или фурациллином.

Особое внимание мы уделили созданию оптимальных условий для заживления ран. Использование диоксида для гидропрепаровки тканей промежности в ходе операции, сыграло большую роль в профилактике гнойно-воспалительных осложнений. В мазках, взятых с поверхности раны, обнаружено, что 2-3 дня назад начали распознаваться клетки ретикулоэндотелиальной системы.

Самые лучшие результаты были получены во время использования мазей на озонизированной гидрофильной основе. Заживление продолжается без видимых воспалительных изменений послеоперационной раны, с 3-4-го дня начинается развитие грануляционной ткани, с 6-7-го дня - формируется прочный грануляционный барьер.

Если произошло нагноение раны, для ликвидации гнойно-некротического

процесса требуется 5-7 дней, в зависимости от степеней изменений в этом периоде применяются повязки с использованием гипертонического раствора, диоксида, протеолитических ферментов, водорастворимых озонизированных мазей.

Основное место занимают методы физического воздействия на рану.

В контрольной группе больных (у которых не применялись лечебные методы по физическому воздействию на раны) клеточные проявления средней контрибуции появлялись лишь в конце первой недели после операции, процесс заживления выражался в последовательном чередовании фаз клеточных реакций. В первые дни цитологическое описание характеризовалось явной лейкоцитарной реакцией, что с клинической точки соответствует воспалительной фазе. При этом определялись многочисленные полиморфноядерные нейтрофилы, а гистиоцитарные элементы типа лимфоидных клеток в малом количестве встречались лишь к концу первой недели.

При ультразвуковом воздействии на раневую поверхность в этих периодах выявляется явная реакция одноядерных клеточных элементов, что подтверждает осуществление активных репаративных (контрибуционных) процессов. Количество макрофагов, вызывающих фагоцитоз в раневом выделении, резко возрастает, а количество нейтрофильных лейкоцитов, в которых происходят карио- и цитолитический процесс, резко падает. Это подтверждает снижение воспалительного процесса.

Впервые в проктологической практике нами был использован аппарат «УЗОР» - внутриполостный облучатель лазерных лучей низкой интенсивности (рис. 1). Подробное описание приборов и лазеров не входя в наши обязанности, так как об этом подробно говорится в соответствующей литературе. Однако для осознания возможностей и перспектив применения лазеров в медицинской практике, здесь нужно

указать общую информацию о строении и принципах работы источников нового типа световой энергии современности.



Рис. 1. Лазерный аппарат УЗОР

Лазер - это обладающий большой интенсивностью, нерасходящийся, монохроматичный, позволяющий рассеивать когерентные световые пучки физический прибор, именно эти световые пучки отличают лазерное облучение от облучения обычных источников света.

Слово «лазер» - эта аббревиатура, составленная из заглавных букв английского предложения: Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation, в переводе означает усиление света с помощью вынужденного облучения. В итоге действующий фактор лазера составляет направленный световой поток определенной структуры. Свет в широком понятии - это видимое излучение, порождающее зрительные представления.

Лазерное облучение обладает такими исключительными свойствами, как резкое направление, высокая монохроматичность (наличие в спектре облучения волны только лишь одной длины), когерентность (время и пространство), обуславливающая рассеивание световой волны под очень маленьким углом (например, если собрать световой поток в фокус от 0,1 мм до 0,001 мм, это позволяет получить очень большое скопление энергии) (1, 2).

Таким образом, есть возможность собрать световую энергию на нескольких

микронных участках, что имеет практическое значение в медицине.

По нашему мнению, вопрос, связанный с энергетической классификацией терапевтического импульсного лазера, остается открытым. Этот вопрос нужно рассматривать в комплексной форме с точки зрения биологического воздействия лазерного облучения с учетом не только средней мощности выхода, но и энергетического облучения биологического объекта. С этих позиций более выгодным считается классификация лазерных аппаратов, позволяющих создавать высокую плотность мощности 10 Вт/см^2 , лазеры с вышеуказанной высокой плотностью мощности, равной 10 Вт/см^2 , относятся к энергетическим лазерам, плотность мощности средних энергетических лазеров $0,4 \text{ Вт/см}^2$ мала и плотность мощности низких энергетических лазеров $0,4 \text{ Вт/см}^2$ мала. Низкое энергетическое лазерное облучение условно делится на мягкое облучение - до $0,4 \text{ Вт/см}^2$, среднее - от 4 мВт/см^2 до 30 мВт/см^2 и жесткое облучение - свыше 30 мВт/см^2 .

С лечебной целью мягкое облучение используется для лазерно - рефлексной терапии, среднее - для поверхностно расположенных патологических очагов или в области тех или других проекций внутренних органов. Резкое лазерное облучение рекомендуется применять в стоматологии во время лечения некоторых заболеваний полости рта и зубов.

Важную характеристику составляет коэффициент здорового действия лазера (КЗД). В газовых лазерах КЗД составляет 1 - 20 % (гелий - неон - 1-2 %, карбонат - 10-20%), в лазерах с твердыми телами - 1-3,5%, в полупроводниковых лазерах - 40 - 92 %.

Существуют также другие классификации лазеров, однако они представляют интерес для специалистов технических профилей, а не для врачей. Во время работы с лазерами, в том числе лазерными медицинскими аппаратами

важно строгое соблюдение принципов лазерной безопасности.

Прогресс медицинской науки связан в основном с развитием техники и созданием новых аппаратов и приборов. Аппараты, созданные и используемые с лечебной целью в первую очередь должны осуществлять точно доказанное положительное действие на сложные биологические процессы организма. Это действие должно быть доказано в легко проводимых и способных повторяться надежных экспериментальных, а затем и в клинических исследованиях с целью получения согласия большинства ученых и практических врачей в различных исследовательских коллективах.

Определение показаний относительно лазерной терапии в своей основе должна основываться на изучение механизмов биологического воздействия лазерного облучения. Использование лазерной терапии при патологических процессах, характеризующихся нарушениями микроциркуляции с давлением обменных функций, более упрощено и целесообразно. К ним можно отнести различные воспалительные и дегенеративные процессы, происходящие в тканях, воспаление, нарушение регенерации, воздействие местных защитных и иммунных механизмов. Исходя из этого, формируются конкретные показания для использования лазерной терапии, согласованной с другими видами лечения в различных медицинских специальностях. Оценка эффективности лазерной терапии, поиск новых возможностей для ее использования расширяет область этого вида лечения.

Противопоказания относительно применения лазерной терапии:

- Новые злокачественные образования любой локализации.
- Острые инфекционные заболевания.
- Беременность.
- Во время менструации у женщин.
- Психические заболевания на стадии обострения.

- Заболевания крови.
- Тиреотоксикоз.

Облучатель изготовлен в форме настольной модели, оснащен пультом управления, таймером, прибором излучения эластического лазерного луча. На конец прибора, излучающего свет, надеваются съемные кварцевые насадки. Последние имеют различные формы и диаметры. Использование аппарата удобно при послеоперационном лечении больных вместе со строгим постельным режимом. Как отметили авторы, сравнительный анализ, проведенный у пациенток, в послеоперационном периоде получивших лазерное облучение ран, показал явную реакцию одноядерных клеточных элементов и раннее образование эозинофилов в цитологическом материале. Последнее обстоятельство, вероятнее всего, связано с фотосенсибилизирующим эффектом лазерного облучения и его детоксикационным действием (3, 4).

Для объективизации процессов заживления ран были проведены микробиологические исследования, путем оставления следа устанавливается количественный и качественный состав микрофлоры.

В результате установлено, что в отличие от ультразвука и УФО, лазер оказывает отчетливое бактериостатическое действие (рис.2).

Первоначальный микробиологический анализ показал, что микрофлора представлена эшерихиями, плесневыми грибами, протейями, микробами группы KES.

К третьему курсу лазером отмечается максимальное уменьшение золотого стафилококка, бактерий группы KES и плесневых грибов, а также значительное снижение количества энтеробактерий. После отмены облучения к 6-7 дню, то есть в период формирования грануляционного барьера флора, состоящая из эшерихий и кокков, восстанавливается. В микробных ассоциациях появляются грибы и протейи. Учитывая благоприятное клиническое течение, результаты мы отнесли не к

агрессивной флоре, а к сопутствующей флоре. Увеличение основных ассоциаций (эшерихии и кокки) было обсуждено в качестве выражения биологической защиты от условно патогенной микрофлоры.



Рис. 2. Лазерное облучение раневой зоны

В течение последних лет мы приобрели опыт воздействия озono - оксидной смесью и озонированной жидкостью на послеоперационные раны у 22 больных. Для покрытия поверхности ран нам локальные изоляторы не понадобились. После промывания раны антисептиком в течение 10 минут очищали ее озono - оксидной смесью, густота озона которого равна 5 мкг/л. Затем рану промываем озонированной бидистиллированной водой и накладываем на ее поверхность салфетку, смоченную этой же жидкостью.

Результаты первоначального сравнительного анализа показали, что срок I фазы раневого процесса значительно сокращается за счет увеличения экссудации из раны и регресс опухоли.

Ежедневная озонотерапия, проводимая у больных с нагноившейся послеоперационной раной, помогает очищению этой раны в самый короткий срок. Исследование степени диссеминации ран бактериями показало, что уже за 4-5 суток бактериальный фон в ране снижается до критического уровня, то есть раны становятся условно стерильными.

Как мы и предполагали, полученные сведения подтверждают целесообразность использования как

внутриполостного лазерного облучения, так и озонотерапии при лечении ран анального канала, влагалища и промежности.

Вторая стадия послеоперационного периода начинается с момента заживления ран. Этот период очень важен с точки зрения медицинской реабилитации больных. Даже при хорошем завершении хирургического вмешательства требуются очень много усилий, направленных на восстановление функции прямой кишки.

Через 2-3 дня после первого стула восстанавливается лечение дисбиотических нарушений, начатое до операции. Из 62 женщин у 29, получавших лечение по поводу дисбактериоза, был выявлен послеоперационный дисбактериоз II и III степени. В сохранении микробного равновесия большое значение принадлежит бифидобактериям. При обнаружении бифидобактерий до операции и после операции и анализ частоты образования на этом фоне условно патогенных видов выяснилось, что до операции у 24,6% обследованных лиц были обнаружены бифидобактерии, а 46,6% лиц - их условно патогенные виды. После операции у 20% больных были обнаружены бифидобактерии, а у 26,2% - условно патогенные виды. Исходит это из того, что большинство больных и до операции, и после операции не обладают микробным ценозом, в составе которых есть бифидобактерии. А на счет потенциальных патогенных энтеробактерий, гемолитических микроорганизмов, протеев, частота их выявления действительно выше, чем у здоровых людей ($p < 0,05$).

Полученные сведения подтверждают, что кишечная флора больных, страдающих заболеваниями промежности, изменилась в дисбиотической форме как до операции, так и после операции. Эти изменения наблюдаются в течение 6-12 месяцев после операции без важных поворотов. Результаты изучения состояния

микрофлоры толстого кишечника в самый ближайший период до операции и операции были устранены назначением бактериальных препаратов типа бификол или колибактерин - приемом таких препаратов, как ферментал, колинфаат, пребиотик и т.д.

Специальное лечение, проводимое во второй стадии послеоперационного лечения, состоит из электрической стимуляции ЗАПК, ЛФК, условно-рефлекторного регулирования акта дефекации, медикаментозной стимулирующей терапии. Схема лечения соответствует схеме, применяемой во время терапевтического лечения больных, страдающих анальной недостаточностью.

Таким образом, курс лечения, проводимый больным после хирургической операции промежности, состоит из 2 этапов. Первый этап продолжается 5-8 дней, пока больная находится в кровати, и состоит из режима, диеты, медикаментозного и местного механического лечения. 2-й этап начинается после того, как больной встает из кровати. На этом этапе дефекация у больных должна проводиться только сифонной клизмой, а при пластической операции - предложенным нами универсальным клизменным устройством. Последующий этап должен состоять из ЛФК, электростимуляции, медикаментозного лечения.

Литература:

1. Гончаров Ю.И., Гончаров Д.Ю., Саламов А.К. Хирургическая тактика при послеродовых повреждениях промежности / Актуальные проблемы колопроктологии. М., 2005, с. 412-413
2. Чикишев А.Ю. Основные свойства и характеристики лазерного излучения. М.: МГУ, 1995, 152с.
3. Гулин В.А. Лечение ректо-вестибулярных свищей у девочек / Новое в диагностике и лечении в медицине. Сб. статей. М., 1980, с.67-68.
3. Aigner F., Zbar A., Ludwиковski B. et al. The rectogenital septum: morphology, function, and clinical relevance// Dis. Col. Rect., 2005, v.47, No 2, p.131-140

ЛЕЧЕНИЯ ОКОЛОКОРНЕВЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ОСТЕОЗАМЕЩАЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Алимжанов С.К.

Джалал-Абадская областная больница.

В этой статье дан обзор литературы, лечение околокорневых кист челюстей с применением синтетических остеозамещающих препаратами.

Ключевые слова: киста челюстей, остеозамещающие препараты.

Стимуляции регенеративных процессов в остаточной костной полости с помощью небиологических материалов посвящены многочисленные исследования разных авторов, применявших гемостол-фитонцидаль [3], йодоформную пасту [42], йодполивиниловый спирт-высокомолекулярный полимер [12, 13, 36, 47] рекомендовал заполнять послеоперационные костные полости гипсом, утверждая, что гипс не оказывает отрицательного влияния на мягкие ткани, является раздражителем остеогенеза, а кроме того доступен и экономичен.

По данным указанных авторов при использовании гипса послеоперационный период протекает без осложнений и значительно легче, чем при классической цистоэктомии. После резорбции гипса на десятый двадцатый день начинается процесс костеобразования.

Однако сравнительными исследованиями [12, 13] установлено, что гипс не является стимулятором остеогенетических процессов, точно также не активизирует а даже угнетает репаративные процессы и поролон, уступающий как и гипс в этом отношении обычному кровяному сгустку. Экспериментальные исследования [36] показали, что при имплантации восковых масс и гипса в различные ткани (подкожная клетчатка, мышцы, кости) отмечалась выраженная воспалительная реакция, которая проходила лишь по истечении 4 месяцев. В контрольной серии опытов, при заживлении костных дефектов под сгустками крови, воспалительные явления были выражены значительно меньше и исчезли в более короткий срок. При длительных сроках наблюдения отмечалась

инкапсуляция восковых масс и гипса а также торможение процесса заполнения костной тканью дефекта по сравнению с контрольной серией.

Не оправдались надежды и на использование гемостатической и желатиновой губки [50, 47] считает, что желатиновая и гемостатическая (геласпон) губки являются инородными телами, не оказывают выраженного остеогенетического эффекта а лишь способствуют заполнению дефекта рубцовой тканью.

Метод мышечной пластики применяли [40, 41, 44]. Однако в этих случаях авторы отмечают слабые регенеративные возможности такого трансплантата превращающегося в рубцовую соединительную ткань.

В настоящее время для замещения костных изъянов с целью предупреждения деформаций и атрофии альвеолярных гребней и для восстановления объема костной ткани в области челюстей существует большой выбор остеозамещающих материалов биологического происхождения и искусственно синтезированных.

В связи с этим представляют теоретический и практический интерес разработки отечественных ученых, создавших в рамках Федеральной Российской Научной Технической Программы «Новые материалы» (1995) стек-локристаллический остеопластический материал биоситалл «М-31», коммерческое название — «Биосит Ср-«Элкор», который получил разрешение на клинические испытания на кафедре челюстно-лицевой хирургии с курсом ортодонтии и протезирования СПбМАПО (разрешение

Комитета по новой технике МЗ РФ на проведение клинических испытаний, протокол №5 от 26.06.1995г.). Возможности применения его в хирургической стоматологии ранее не были изучены.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в последние годы в терапии заболеваний тканей челюстно-лицевой области сопровождающихся атрофией костной ткани, образованием костных полостей, их лечение продолжает оставаться одной из актуальных, и окончательно нерешенных проблем стоматологии.

Проблема усугубляется тем обстоятельством, что большие костные полости, дефекты костной ткани, невозможно восполнить консервативным лечением или простым хирургическим вмешательством. Поэтому для восстановления утраченной костной ткани применяются биоматериалы или их синтетические аналоги, которые могут заменить утраченную кость, или оказывать индуцирующее влияние на процессы регенерации [16, 17, 14,15, 23, 8, 43, 37, 38, 2, 18, 45, 6, 39, 21, 48, 5, 22]. Для предотвращения ранних осложнений при цистозектомии костную полость после удаления оболочки стали заполнять биокомпозиционными материалами. Это связано с тем, что при стандартном оперативном вмешательстве имеет место сокращение кровяного сгустка, и это зачастую приводит к инфицированию костной полости и последующим осложнениям. Поэтому заполнение костного дефекта челюстных костей биокомпозиционными материалами после цистозектомии направлено на:

1. Предотвращение возможных осложнений, связанных с сокращением и распадом кровяного сгустка, а также вторичным инфицированием раны;

2. Ускорение регенерации костной ткани в области дефекта и восстановление формы и функции челюстных костей. По этой причине материалы, используемые для заполнения костной полости после цистозектомии, должны обладать рядом необходимых свойств.

Во-первых, иметь хорошие показатели биосовместимости, то есть быть биодegradуруемыми и не вызывать у реципиента воспалительной реакции.

Во-вторых, обладать остеоиндуктивностью, то есть активно побуждать остеобласты и другие мезенхимальные клетки к формированию кости. И, в-третьих, выполнять и поддерживать объем дефекта, то есть нести остеокондуктивную функцию. Для решения этих проблем многие стоматологи [9, 24, 11]. Пользуются отечественными биокомпозиционными материалами, так как они по своим свойствам практически не уступают зарубежным аналогам, тогда как их стоимость всегда значительно ниже импортных.

Особого внимания заслуживают данные о применении в хирургической стоматологии для стимуляции репаративного остеогенеза препаратов нового поколения, выпускаемых фирмой ООО "Конектбиофарм". Было показано [19, 20] что материалы этой фирмы — "Биоматрикс" и "Алломатрикс-имплант" дают хороший положительный эффект при замещении дефектов при лечении радикарных кист челюстей и синуслифтинге. Кроме того, биокомпозиционный материал "Алломатрикс-Имплант" является первым препаратом, не имеющим мировых аналогов, изготовленным на основе костных аллоколлагена и сульфатированных гликозаминогликанов. Этот материал с успехом был применён при хирургическом лечении воспалительных заболеваний пародонта [38].

Однако при всех своих достоинствах материалы "Биоматрикс" и "Алломатрикс-Имплант" имеют один существенный недостаток — они не обладают необходимыми показателями прочности, характерными для нативной костной ткани [8]. Известно, что прочность кости связана с наличием в её составе гидроксиапатита (ГА). Однако при изготовлении биопластических материалов обычно из костной ткани гидроксиапатит удаляется. Это делается для того, чтобы при последующей их имплантации были доступны

биоактивные молекулы. С другой стороны, если готовятся материалы природного ГА, например Bio-Oss или Geistlich Biomaterials Swiss, то они, как правило, достаточно хрупки, а потому их прочностные характеристики значительно уступают костному коллагену. Следовательно, прочность костной ткани зависит в первую очередь от структурного взаимодействия коллагена и ГА. Для решения этой проблемы фирмой ООО "Конектбиофарм" совместно с ГУН "ЦИТО" им. Н. Н. Приорова был разработан биокомпозиционный материал нового поколения "Остеоматрикс". В состав данного материала, кроме костных коллагена и сульфатированных гликозаминогликанов (сГАГ), входит и природный ГА.

Материал "Остеоматрикс", как и "Биоматрикс" и "Алломатрикс-Имплант", имеет пористую структуру, близкую к нативной костной ткани, но, в отличие от этих форм, он обладает высокими показателями прочности, при этом в нем сохранена архитектоника не только коллагеновой составляющей, но и минерального компонента. Последнее качество материала "Остеоматрикс" является серьезным преимуществом перед другими видами биокомпозиционных, остеопластических материалов и обуславливает его более выраженные остеогенные потенции [23]. Биокомпозиционный материал "Остеоматрикс" в течение трех лет используется в поликлиническом отделении кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МГМСУ для заполнения костных дефектов челюстных костей после сложного удаления ретенированных третьих моляров и хирургическом лечении радикальных кист челюстей.

Созданные на основе природного биополимера коллагена в сочетании с биологически активным минеральным веществом — гидроксиапатитом, эти материалы не обладают токсичным и канцерогенным действием, не вызывают сенсibilизации и раздражения окружающих тканей. Коллаген является высокоэффективным стимулятором раневой репарации, а также

характеризуется выраженными гемостатическими свойствами. Эти препараты можно также использовать для заполнения костных дефектов [9, 14, 15, 40, 46, 27, 28, 29, 30, 31, 32,10].

При экспериментально-морфологическом исследовании различных форм гидроксиапатита было установлено, что механизм стимулирующего воздействия некоторых его форм на репаративный остеогенез в костной ране вторичен и обусловлен фиксацией на поверхности кристаллов этого минерала биологически активных веществ, выделяющихся в тканевую среду при повреждении кости. Наиболее позитивное действие на процессы костной регенерации оказывает гранула гидроксиапатита [19, 20, 10], Синтетические материалы на основе гидроксиапатита и оксида алюминия не резорбируются в организме.

А, к настоящему времени, препараты "Гидроксиопол" и "Колапол" (фирмы "Полистом"), "Коллапан-Л" (фирмы "Интермедапатит"), "Остим-100" (фирмы "Остим") и ряд других, напротив, хорошо изучены и широко применяются в практике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии [4].

Для стимуляции костной регенерации большой интерес у хирургов с давних пор вызывают биологические, и, в частности, аутологичные ткани. Так, [50] использовал для заполнения костной полости венозную кровь из локтевой вены больного.

Оптимизации процесса заживления костных ран, образовавшихся в результате оперативных вмешательств на альвеолярном отростке после цистоэктомиа – задача, стоящая перед каждым хирургом стоматологом [25, 35].

По данным литературы, одним из наиболее эффективных средств, повышающих регенерационные возможности тканей при местном применении, на сегодняшний день является плазма крови пациента, обогащенная тромбоцитами. Согласно исследованиям последних лет [1, 7, 49] именно тромбоциты содержат в высокой концентрации фактора роста тканевые гормоны, инициирующие процессы регенерации: основной факторы

роста, влияющий на рост всех типов клеток в ране, стимулирующий продукцию компонентов внеклеточного матрикса, ускоряющие процессы ангиогенеза, пролиферацию эндотелиоцитов капилляров, их миграцию в коллаген;

Трансформирующие факторы роста – TGF- альфа, активно влияющий на ангиогенез и TGT – бета, стимулирующий хемотаксис фибробластов и выработку ими новых волокон коллагена, эластина и фибронектина.

Факторы роста не существуют в крови в свободной форме и действуют локально, высвобождаясь в ходе организации кровяного сгустка [1, 7].

В [49] и соав. разработали методику получения обогащенная тромбоцитами плазмы (P.R.P) посредством центрифугирования крови пациента и применили ее в клинике. Эффект P.R.P основан на высоком содержании факторов роста (приблизительно на два порядка выше, чем в периферической крови) и их мощном стимулирующем воздействии на процессы регенерации. В частности, в условиях костной раны P.R.P демонстрируют выраженное остеоиндуктивные свойства, ускоряя образование и созревание костной ткани заполняющей дефект, в 1.5 – 2 раза. Не менее существенно препарат влияет на заживление ран мягких тканей. Так, применение P.R.P в пародонтальной и имплантационной хирургии позволяет снять швы уже на 2 – 3 сутки со дня вмешательства [49, 1]

P.R.P. особенно трудно заменима при лечении ран на неблагоприятном общем или (и) местном фоне: серьезной соматической патологии, ожоговой болезни, тяжелой травмы, лучевого поражения, интоксикация, рубцовых или атрофических изменений в тканях, окружающих изъяз, а также припожилым или преклонном возрасте пациентов. По мнению ряда исследователей, эффективность P.R.P как препарата, нормализующего течение раневого процесса у данных категории больных, существенно выше, чем подавляющего большинства других средств,

используемых в подобных ситуациях.

Получение P.R.P, представляющее собой взвесь «чистых» тромбоцитов – процесс сложный, дорогостоящий, требующий применения антикоагулянтов и компонентов крови крупного рогатого скота (бычий тромбин). Последнее обстоятельство создает определенные трудности с обеспечением 100%-й гарантии стерильности получаемого продукта.

Автор [1] усовершенствовал метод, предложив использовать факторы роста, содержащиеся в F.R.P.- фракции крови, состоящей, помимо тромбоцитов, из лейкоцитов и белков фибриновой группы (фибриноген, фибрин, фибронектин, витринектин). Методика получения F.R.P. по сравнению с P.R.P значительно более проста, безопасна и рентабельна. Она не требует применения ни антикоагулянтов, ни каких – либо иных медикаментозных средств, ни ксеногенных субстанции. Единственная операция, которой подвергается кровь – однократное центрифугирование в специальной безвибрационной центрифуге, настраиваемой поставщиком в соответствии с параметрами, определенными авторами метода (скорость вращения – 2 400 об/мин., время работы – 12 мин.).

Забор крови осуществляется в стерильную герметичную пробирку с резиновой пробкой-мембраной, внутри которой существует разряжение воздуха, максимально облегчающее процедуру. Степень разряжения рассчитана таким образом, что после присоединения пробирки к трансфузионной мини-системе в нее автоматически засасывается строго определенное количество крови (9 мл), необходимое для получения минимальной порции F.R.P.. При отсутствии специальных «вакуумированных» пробирок и совместимых с ними трансфузионных систем возможно применение обычных лабораторных пробирок, наполняемых с помощью шприца.

Поскольку данная методика не предусматривает никаких воздействия на кровь пациента, за исключением фракционирования, отсутствуют и медико -

юридические препятствия к ее использованию, что предельно упрощает формальные вопросы и облегчит внедрение F.R.P. в хирургическую практику [33].

По мнению разработчиков, F.R.P., имеет еще ряд преимуществ перед P.R.P., помимо вышеописанных: - более высокое содержание факторов роста; - местное антибактериальное действие(за счет содержащихся в F.R.P. лейкоцитов); - остеоиндуктивный эффект; - хорошая адгезия к костной и мягким тканям; - возможность использования материала в различных формах а) единым сгустком – для заполнения объемных дефектов; б) в измельченном виде – для применения в смеси с трансплантационными или имплантационными материалами; в) в форме мембраны – как альтернативу биомембранам искусственного, алло- или ксеногенного происхождения).

Последними тремя качествами F.R.P. обязан наличию в его составе пептидов группы фибрина, заметно повышающих клиническую ценность препарата.

Таким образом, наиболее перспективным представляется позитивное действие на процессы костной регенерации гранул гидроксиапатита. Они стимулируют процесс регенерации костной ткани за достаточно короткий период времени, не вызывают развития воспалительных осложнений и довольно просты в использовании.

Литература:

1. Ада Ф. Тромбоциты с высоким содержанием фибрина. //Институт стоматологии.-2003.-№1(18).- С. 67-69.
2. Аснина С.А, В.С.Агапов, Н.В.Шишкова, Е.В.Игнатъева, А.В.Шишканов. Применение био композиционного препарата «Остеоматрикс» в практике хирургической стоматологии.// Материалы II Всероссийского симпозиума с международным участием «Клинические и фундаментальные аспекты тканевой терапии» и конференции «Теория и практика клеточных и биотехнологий». Россия, Самара, 2004.-С-63.
3. Блюмин И.Ш. Биологическая тампонада костных полостей в эксперименте. – Ортопедия, травматология и протезирование, 1956, №6, с.135.

4. Васильев А.В. Применение остеозамещающего материала «Биосит Ср-«Элкор» в хирургической стоматологии. Учебное пособие / А.В. Васильев, Н.В.Котова-Лапоминская—СПб.,2004.—33с.
5. Васильев М.Г., Снетков А.И., Цуканов В.Е. и др. Теоретическое обоснование использования биокomпозиционного материала "Остеоматрикс" в лечении детей и подростков с костной патологией. Детская хирургия. 2006; 2: 44-49.
6. Волошин В.П., Мартыненко Д.В., Лекишвили М.В. Способ лечения вертлужной впадины. 2004; Патент РФ: 2289339.
7. Глинских Н.П., Герасимович И.С., Штукатуров А.К. Препарат «Культуры диплоидных клеток человека для заместительной терапии» в современной практической медицине // Методической пособие. – Екатеринбург,2003.-28с.
8. Грудянов А.М., Панасюк А.Ф., Ларионов Е.В. Бякова С.Ф.Использование биокomпозиционного материала "Алломатрикс-имплант" при хирургическом лечении воспалительных заболеваний пародонта. //Пародонтология, №4. — 2003. — С.39-43.
9. Дробышев А.Ю. Экспериментальное обоснование и практическое применение отечественных биокomпозиционных материалов при костно-восстановительных операциях на челюстях. // Дис. докт. мед.наук. - 2001.
10. Емельянов А. С. Оценка репаративных способностей тканей при использовании костнопластических материалов в эксперименте на кроликах.//Современные аспекты медицины и биологии: материалы 5 межрегиональной межвузовской научно-практической конференции молодых ученых и студентов 21-24 апреля 2008 года, Ижевск 2008.Ч.2.-С297-299.
11. Ешиев А.М. Применение препарата кальций-Д3 Никомед для лечения больных с открытыми переломами нижней челюсти.//DentalForum.-Москва, 2008.-№1.- С.18-20.
12. Иванов И.В. Макаров В.Н. Морфологическая характеристика репаративной регенерации костной ткани. –В кн.: Тез.докл.юбил.конф.Ставроп.мед.ин-та. Ставрополь, 1967, с. 439-440.
13. Иванов И.В. Рентгенологическая характеристика репаративной регенерации костной ткани. –В кн.: Тез.докл.юбил.конф.Ставроп.мед.ин-та. Ставрополь, 1967, с. 437-438.
14. Иванов С. Ю., Кузнецов Р.К., Чайлахян Р.К.,

- Ларионов Е.В., Панасюк А.Ф. // Перспективы применения в стоматологии материалов "Биоматрикс" и "Алломатрикс - имплант" в сочетании с остеогенными клетками предшественниками костного мозга. - Клиническая имплантология и стоматология. – 2000 - №3-4 (17-18) – с. 37 - 40.
15. Иванов СЮ, Иванов С.Ю., Панин А.М., Кузнецов Г.В. // Изучение свойств остеопластических материалов "Биоматрикс" и "Алломатрикс – имплант" в эксперименте. Материалы конференции V Международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. Санкт – Петербург.2002.с. – 66
 16. Котова-Лапоминская Н.В. Применение биоситалла-М31 при оперативном лечении хронических периодонтитов / Н.В.Котова-Лапоминская, Л.Н.Лысенко //Пародонтология.—1995.—№2.—С.49-51.
 17. Котова-Лапоминская Н.В. Применение остеозамещающего материала «Биосит» в комплексном лечении заболеваний пародонта / Н.В. Котова-Лапоминская // 1 Международный Конгресс «Функциональная и эстетическая реабилитация в стоматологии».— СПб., 2002. — С.89.
 18. Кузнецов Г.В. // Применение биокомпозиционного остеопластического материала "Алломатрикс - имплант" в сочетании со стромальными остеогенными клетками, предшественниками при реконструктивных операциях на альвеолярных отростках челюстей.кан. дис.... – 2004- г. Москва
 19. Кузминых И.А. Лечение радикулярных кист челюстей с применением оптимизаторов регенерации тканей. // Нижегородский медицинский журнал.-2008.№2 вып.2.-С.264-266.
 20. Кузьминых И.А. Хирургическое лечение радикулярных кист с использованием биокомпозиционного материала «Алломатрикс-имплант» и фибрина, обогащенного тромбоцитами. Автореф. дис...кан. мед. наук.-Пермь, 2008.-22с.
 21. Лекишвили М.В. Технологии изготовления костного пластического материала для применения в восстановительной хирургии: Дисс. ... докт. мед.наук.– М., 2005.
 22. Лекишвили М.В., Панасюк А.Ф. // Новые биопластические материалы в реконструктивной хирургии., Вестник РАМН №9, 2008, С. 33-36 (Вестник Российской Академии медицинских наук)
 23. Лекишвили М.В., Балберкин А.В., Васильев М.Г. и др. Первый опыт применения в клинике костной патологии биокомпозиционного материала "Остеоматрикс". Вестник травматологии и ортопедии 2002; 4: 80-84.
 24. Ленина С.А., Агапов В.С., Игнатъева Е.В., Шишкова Н.В., Белозеров М.Н. Сравнительная характеристика использования отечественных биокомпозитных материалов для заполнения костных дефектов челюстей в амбулаторной практике. // Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции "Актуальные вопросы стоматологии", посвященной 120-летию со дня рождения А.И.Евдокимова. - 2003. - С. 10-11.
 25. Лосев Ф.Ф. Экспериментально-клиническое обоснование использования материалов для направленной регенерации челюстной костной ткани и дефектов различной этиологии; Автореф. дисс. докт. мед. наук.-Москва,1998.-39с.
 26. Мажеренко Т.Г. Использование препаратов нового поколения на основе пористой гидроксипатитной керамики и трикальцийфосфата для направленной регенерации костной ткани // Материалы IV Открытой межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины», посвященной 60-летию отделения челюстно-лицевой хирургии. Ставрополь. Изд.: СтГМА, 2007. –С. 15-16.
 27. Мажеренко Т.Г. Клинико-экспериментальное обоснование выбора остеопластических средств при оперативном лечении одонтогенных кист челюстей. Автореф. Дис...кан.мед.наук. Москва,2007.-24с.
 28. Мажеренко Т.Г., Сирак С.В. Использование композиционных биорезорбируемых материалов в амбулаторной хирургической стоматологии // Материалы XI научно-практической конференции «Актуальные проблемы стоматологии». Ставрополь, изд. «Прогресс», 2007., с. 53-55
 29. Мажеренко Т.Г., Сирак С.В., Федурченко А.В. Способ лечения радикулярной кисты челюсти. – Патент РФ № №2719964. Положительное решение о выдаче от 8.10.2007.
 30. Мажеренко Т.Г., Федурченко А.В. Результаты применения остеопластических материалов для пластики костных дефектов челюстей // Материалы XV Итоговой научной конференции студентов и молодых ученых. Ставрополь. Изд.: СтГМА, 2007. – С. 364-367.
 31. Мажеренко Т.Г., Сирак С.В., Федурченко А.В. Методика удаления и реплантации зуба с использованием остеорепаративных средств при лечении хронического периодонтита.// «Алфавит стоматологии». -М.,№3.-2007.-

- С.28-29.
32. Мажеренко Т.Г., Григорьянцем Л.А., Сирак С.В., Федурченко А.В., Долгалева А.А. Эффективность использования композиционных остеопластических материалов для пластики костных дефектов челюстей // «Стоматология». Специальный выпуск к 45-летию ФГУ «ЦНИИС и ЧЛХ Росздрав». М., -2007. - №6. С. 34-37.
 33. Макаревский И.Г., Мамытова А.Б., Коняхин А.Ф., Применение аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами при операциях имплантации дентальных устройств с памятью формы через свежие лунки удаленных зубов (методические рекомендации).- Новокузнецк, 2004.-18 с.
 34. Мамытова А.Б., Шаяхметов Д.Б. Применение аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами при операциях на альвеолярных отростках челюстей, сопровождающихся дефектами и убылью костной ткани. // Медицинские кадры XXI века. Бишкек, 2006.- №2.-С.116-118.
 35. Миргазизов М.З., Поленичкин В.К., Гюнтер В.Э., Итин В.И. Применение сплавов с эффектами памяти формы в стоматологии.- М.; Медицина, 1991.-С.31-35.
 36. Околот Т.Ф. Хирургическое лечение околокорневых кист и кистогранулем с сохранением зубов: Автореф. дисс. ... канд.мед.наук. – Минск, 1968.
 37. Панасюк А.Ф., Саващук Д.А. // Способ получения сульфатированных гликозаминогликанов из биологических тканей - патент РФ № 2304441 от 27.10.2007
 38. Панасюк А.Ф., Иванов С.Ю., Лекишвили М.В., Ларионов Е.В., Саващук Д.А., Васильев М.Г. // Новые биокомпозиционные материалы – "Биоматрикс" и "Алломатрикс – имплант" для замещения костных дефектов. Симпозиум по проблемам тканевых банков с международным участием. Биоимплантология на пороге XXI века. 2001. с.-96 - 97.
 39. Панин А.М. // Новое поколение биокомпозиционных остеопластических материалов - разработка, лабораторно-клиническое обоснование, клиническое внедрение. док. дисс.... - 2005 - г. Москва.
 40. Попов Т.Ф. Выбор эффективных остеопластических материалов в амбулаторной практике. // Актуальные проблемы современной стоматологии: материалы научно-практической конф. посвященной 25-летию стом.фак. Ижевской государственной медицинской академии.- Ижевск, 2005.-С175-177.
 41. Праведников С.Н. Пластика остаточных костных полостей измельченной мышцей при операциях по поводу хронического остеомиелита и нагноившихся кист челюстей. – Стоматология, 1961, №6, с.53-56.
 42. Семенченко Г.И. Пломбирование костных полостей при хирургическом лечении околокорневых кист. – Стоматология, 1964, №5, с. 39-41.
 43. Снетков А.И., Лекишвили М.В., Касымов И.А. и др. Использование пластического материала "Перфоост" в клинике детской костной патологии. Вестник травматологии и ортопедии 2003; 4: 74-79. 167. Серов В.В., Шехтер А.Б. Соединительная ткань. М., Медицина; 1981: 103-122.
 44. Соломенный С.М. Сравнительная оценка аутопластики послеоперационных костных полостей нижней челюсти измельченной мышцей и сгустком крови. – Стоматология, 1974, №2, с. 82-83.
 45. Сумлинский И.В. // Использование биокомпозиционных остеопластических материалов "Биоимплант" и "Остеоматрикс" при хирургическом лечении деструктивных форм периодонтитов. Институт Стоматологии – 2004 - стр. 24-26.
 46. Тажибаев А.Ю. Лечение кисты челюстей с применением препарата «Колапол». // Медицинские кадры XXI века. Бишкек, 2006.- №2.-С.118-120.
 47. Ушкалов Ю.Г. Сравнительная оценка некоторых методов ускорений заживления костных полостей после оперативных вмешательств по поводу одонтогенных кист: Автореф. дисс. ... канд.мед.наук. – Л., 1972.
 48. Шишкова Н.В. Хирургическое лечение радикулярных кист челюстных костей с использованием биокомпозиционных остеопластических материалов нового поколения. Автореф. дисс.... канд. Мед.наук. – 2006 - г. Москва 23с.
 49. Marx R., Carlson E., Eichstaedt R. et al. Plateletrich plasma//J.Oral Maxillofac.surg.- 1998.-Vol.85.-P.638-646.
 50. Schulte W. Die Knochenregeneration nach der Ausschaltung grosser Kieferzysten und ihre Konsequenzen für die operations Technik. – Dtsch. Zahn. – MundKieferhilk., 1965, v.45, #5-8, s.177-206.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Сулайманов С.Б.

Железнодорожная больница г.Бишкек

Проблема внематочной беременности продолжает оставаться серьезным вопросом современной гинекологии, несмотря на значительные достижения в вопросах диагностики и лечения этого заболевания [18]. Внематочная беременность является ведущей причиной внутрибрюшинного кровотечения у женщин детородного возраста, нередко возникает повторно и часто приводит к бесплодию [28].

Согласно данным современных эпидемиологических исследований, частота внематочной беременности в экономически развитых странах составляет 118-178 на 100,000 женщин репродуктивного возраста или 1.2-1.5% по отношению к общему числу беременностей, 0.8-2.4% - по отношению к родам [20].

Общей тенденцией является повышение частоты внематочной беременности практически во всех странах мира. Средней величиной можно считать 13-14 эктопических на 1000 беременностей. Трубная локализация эктопической беременности составляет 98,5%.

Основу формирования трубной беременности составляют различные патологические процессы, приводящие к нарушению транспорта оплодотворенной яйцеклетки по маточной трубе или изменяющие свойства плодного яйца [5,14].

В настоящее время в литературе широко обсуждается ряд факторов риска, обуславливающих вероятность повреждения анатомических структур и функциональных связей, обеспечивающих нормальные механизмы транспорта и имплантации яйцеклетки [19]. Однако роль некоторых из них в этиопатогенезе внематочной беременности однозначно не определена и носит характер гипотезы.

Почти у каждой второй женщины эктопической беременности предшествуют

воспалительные заболевания внутренних половых органов. Установлено, что частота трубной беременности среди женщин, перенесших острый сальпингит, в 6-7 раз выше таковой в общей популяции, а вероятность эктопической nidации плодного яйца прямо пропорциональна количеству эпизодов обострения хронического процесса [25].

Морфологические исследования «беременных» маточных труб показали, что в большинстве наблюдений (до 90%) имеются утолщение и фиброз стромы, слипание складок слизистой оболочки, образование ретенционных кист и дивертикулов [15]. С несколько меньшей частотой обнаруживаются коллагеноз стенок сосудов, периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты, фиброз мышечного слоя, перитубарные спайки. Крайне редко определяются гранулематозные разрастания на серозном покрове маточной трубы.

Одной из причин более частого наступления эктопической беременности в последние годы является рост числа заболеваний, передающихся половым путем, особенно хламидиоза [33].

Одним из важных факторов риска наступления внематочной беременности продолжает оставаться искусственный аборт, особенно повторный. По данным литературы аборт в анамнезе имели 38-44% больных с эктопической беременностью [10]. Внутриматочные средства являются признанным фактором риска развития воспалительных заболеваний матки и ее придатков. Частота эктопической беременности на фоне применения внутриматочной контрацепции колеблется в пределах 3-32%, что почти 20 раз выше, чем в обычной популяции [27].

Среди женщин, перенесших эктопическую беременность, от 13% до

48% имеют в анамнезе операции на придатках матки. Безусловно, частота внематочной беременности после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах (лечение трубно-перитонеального бесплодия, хирургическая стерилизация, органосохраняющее хирургическое лечение трубной беременности) зависит от техники доступа (чревосечение, лапароскопия) и типа оперативного вмешательства [4].

Отмечена взаимосвязь между повторной внематочной беременностью и состоянием коллатеральной трубы: при отсутствии в последней визуальных изменений частота повторной трубной беременности не превышает 7%; при проведении ее хирургической коррекции (сальпинголизис) – увеличивается до 18%, а при ее отсутствии – до 25% [24].

В ряде публикаций приводятся данные об удвоении риска эктопической беременности после абдоминальных хирургических вмешательств (аппендэктомия, кесарево сечение, консервативная миомэктомия) [17]. Вместе с тем, не установлена прямая связь между перфорацией аппендикита в анамнезе и частотой трубной беременности. Нет единого мнения и в отношении кесарево сечения как фактора риска внематочной беременности.

Применение индукторов овуляции (кломифен, менопаузальный гонадотропин, хорионический гонадотропин) приводит к увеличению частоты внематочной беременности до 10%, а при развитии синдрома гиперстимуляции яичников риск эктопической имплантации возрастает в три раза по сравнению с таковым в общей популяции [12].

Бесплодие в анамнезе относится к числу важных факторов риска эктопической имплантации (35%). Однако, неоднородность структуры причин, самого бесплодия затрудняет сравнение результатов различных исследований [8].

Среди прочих факторов риска, роль которых в качестве причинного фактора внематочной беременности остается поводом для дискуссии, следует отметить следующие: 1) нарушение в системе

гипоталамус-гипофиз-яичники-матка; 2) половой инфантилизм; 3) опухоли и опухолевидные заболевания придатков матки; 4) аномалии развития и положения половых органов; 5) хромосомные аномалии; 6) повышенную биологическую активность плодного яйца; 7) эндометриоз маточных труб; 8) курение; 9) патологические изменения сперматозоидов и др.

Таким образом, трубную беременность необходимо рассматривать как полиэтиологическое заболевание, причем роль отдельных факторов в этиопатогенезе эктопической беременности неоднозначна, а патогенетические механизмы некоторых из них окончательно не установлены.

Клиническая картина трубной беременности характеризуется выраженным полиморфизмом и во многом определяется состоянием и локализацией эктопического плодного яйца.

Сочетание характерного болевого синдрома в нижних отделах живота с иррадиацией в плечо, руку, задний проход, гемодинамических нарушений, кровотечения из половых путей, нарушений менструальной функции, а также субъективных признаков беременности вследствие гормональной перестройки организма при внематочной беременности принято считать классическим. Диагностика заболевания в таких ситуациях не представляет каких-либо сложностей. Однако, в большинстве наблюдений (89%) патогномичные клинические признаки внематочной беременности отсутствуют, и течение заболевания характеризуется как «стертое» [7,13].

Нарушения менструальной функции отмечаются у 70-97% больных и могут протекать по типу задержки менструации, ациклических маточных кровотечений различной интенсивности или циклических кровянистых выделений из половых путей, сходных по срокам возникновения и характеру с менструальными [6]. Задержку менструации отрицают до 15-20% пациенток с внематочной беременностью.

Жалобы на головокружение и

слабость предъявляет лишь каждая третья больная и лишь каждая пятая – обращает внимание на тошноту и нагрубание молочных желез. Болевой синдром не выражен, периодически могут беспокоить боли в нижних отделах живота, тянущего характера, а иррадиация болей в плечо, ключицу имеет место только в 10% наблюдений.

Значительно сложнее установить диагноз, когда беременность прерывается по типу трубного аборта – «стертая» клиническая картина обусловлена сравнительно малой интенсивностью внутрибрюшного кровотечения и отсутствием выраженных нарушений гемодинамики [22].

Не вызывает сомнений, что степень выраженности клинических проявлений эктопической беременности зависит от этапа развития патологического процесса и определяется в частности состоянием плодного яйца и стенок плодместилища. Именно в период, когда отсутствуют серьезные гемодинамические нарушения, а размеры плодного яйца еще достаточно малы, применение современных органосохраняющих методов лечения наиболее оправдано [2].

По мнению ряда исследователей «стертость» клинической картины обуславливают значительные трудности в дифференциальной диагностике внематочной беременности с другими патологическими состояниями и являются причиной многих диагностических ошибок, по количеству которых внематочная беременность занимает первое место в структуре гинекологической заболеваемости [17].

Учитывая особенности клинического течения эктопической беременности в современных условиях (преобладание «стертых» форм), становится очевидным важность использования дополнительных методов диагностики этого заболевания [6,18]. Совершенствование медицинской техники, разработка новых диагностических методик, внедрение эндоскопических методов в настоящее время изменили подход к диагностике трубной беременности.

В современных условиях важна ранняя и быстрая диагностика, когда беременность еще не нарушена и не привела к выраженным анатомическим нарушениям, так как в настоящее время существуют варианты более щадящего органосохраняющего лечения – лапароскопического или медикаментозного консервативного [1,24].

В клинической практике спектр дополнительных диагностических мероприятий при подозрении на трубную беременность включает: применение трансвагинального ультразвукового сканирования; тестирование β -субъединицы человеческого хорионического гонадотропина (ХГЧ) в сыворотке крови; гистероскопию с биопсией эндометрия; кульдоцентез; лапароскопию [3, 26].

В настоящее время большинство исследователей отдает предпочтение трансвагинальному ультразвуковому сканированию, как методике с большей разрешающей способностью и не требующей предварительной подготовки женщин [21]. Возможность сочетания трансвагинального сканирования с бимануальным исследованием, а также осуществления прицельной и относительно безопасной аспирации даже минимального количества «свободной» жидкости в брюшной полости, значительно повышает диагностическую ценность метода и делает его незаменимым в ургентной ситуации.

Использование высокочастотных трансвагинальных датчиков позволяет обнаружить признаки плодного яйца в полости матки при уровне ХГЧ 1500-2000МЕ/л, тогда как «демаркационная зона» для трансабдоминальных датчиков варьирует в пределах 6000-6500 МЕ/л.

Чаще в практической деятельности приходится сталкиваться с иными ультразвуковыми признаками эктопической беременности: 1) увеличение матки при отсутствии органических изменений миометрия или маточной беременности; 2) утолщение срединного М-эха; 3) выявление в проекции придатков матки образования, изолированного от яичников, с

негомогенной эхоструктурой и повышенным уровнем звукопоглощаемости; 4) обнаружение «свободной» жидкости в углублениях малого таза.

По данным различных авторов, ценность эхографии в диагностике эктопической беременности трактуется неравнозначно. Чувствительность этого метода колеблется в пределах от 69-99%, а специфичность – 84-99,6% [12]. Опыт ведущих специалистов убеждает, что для полной реализации диагностического потенциала эхографии, данные, полученные в ходе этого исследования, должны рассматриваться в комплексе с результатами клинического и лабораторного обследования [28].

Появление в течение последних 30 лет высокочувствительных и высокоспецифичных методов диагностики беременности, в основе которых лежит обнаружение ХГЧ в сыворотке крови или моче явилось предпосылками создания алгоритма дифференциальной диагностики физиологической и эктопической беременности [3].

Период полураспада ХГЧ – 27 часов, следовательно, при определении гормона получают истинную и сиюминутную характеристику состояния его секреции. Концентрация ХГЧ в крови здоровых мужчин и небеременных женщин не превышает 5,8 МЕ/л (если тест-система стандартизирована по I Международному эталонному препарату ХГЧ).

ХГЧ появляется в материнском кровотоке на 6-8 день оплодотворения; его уровень удваивается через 36-48 часов и достигает пика (5000-20000 МЕ/л) на 7-10 неделе беременности, затем наблюдается постепенное, приблизительно до 15- недели беременности, снижение концентрации гормона. Начиная с 15-й недели и до конца беременности уровень ХГЧ практически не меняется, составляя в среднем 25000-30000 МЕ/л. Минимальный базовый уровень β -субъединицы ХГЧ для обнаружения беременности составляет 10-15 МЕ/л. В срок ожидаемой менструации плазменные концентрации гормона находятся в интервале между 50 и 250 МЕ/л.

Клиническая чувствительность радиоиммунологического метода определения ХГЧ в крови (HCG-RLA) составляет 95%, специфичность -96% и достоверность- 89%. Особое место среди современных методов ранней диагностики беременности занимают тест-системы с моноклональными антителами для исследования мочи, обладающие порогом чувствительности 25БЕ/л и дающие положительный ответ уже через 3-4 дня после имплантации.

Исследования последних лет позволили выявить ряд особенностей динамики уровня ХГЧ в крови при эктопической беременности. На ранних сроках развития трубной беременности (до 2 недель гестации) концентрация ХГЧ и ее динамика не отличаются от соответствующих показателей при физиологической беременности.

Однако, после 3 недели в 95% наблюдений уровень ХГЧ в крови пациенток с трубной беременностью достоверно ниже соответствующих показателей для данного срока физиологической беременности. Так, диапазон колебаний концентрации ХГЧ у этих пациенток составляет 260-3600 МЕ/л при сроках гестации от 3 до 6 недель, а соответствующие нормативные показатели колеблются в пределах от 500 до 100000 МЕ/л.

Не удалось выявить достоверных отклонений от нормы в динамике ХГЧ при яичниковой или брюшно-полостной беременности, что объясняется более благоприятными условиями кровоснабжения трофобласта по сравнению с таковыми для трубной беременности.

В литературе имеются немногочисленные и весьма противоречивые данные о возможности применения других биохимических маркеров (прогестерон, эстрадиол, релаксин плацентарный лактоген, альфа-фетопротейн, фактор ранней беременности, креатинкиназа) для диагностики внематочной беременности [9]. Однако клиническое значение этих методик остается малоизученным.

В настоящее время диагностическое

выскабливание слизистой оболочки тела матки при подозрении на трубную беременность утратило самостоятельного значения и его результаты оцениваются только после ретроспективно (когда ошибочно диагностируется нарушенная маточная беременность).

Некоторым больным с подозрением на трубную беременность, перенесшим оперативные вмешательства или имеющим указания на выраженный спаечный процесс в малом тазу, трансвагинальная эхография может быть малоинформативной, а применение эндоскопического исследования ограничено из-за спаечного процесса, при котором недоступен обзор малый таз и возрастает опасность травмы органов брюшной полости.

В этих случаях целесообразно использование гистеросальпингографии. Это особенно важно, если имеются противопоказания для лапароскопии, повышен уровень ХГЧ и есть признак «пустой» матки при ультразвуковом исследовании. Проникновение

контрастного вещества между плодным яйцом и стенкой трубы: симптомы «парашюта», обтекания и неравномерное пропитывание контрастом трофобласта характерны для трубной беременности [12].

Лапароскопия является наиболее информативным методом диагностики эктопической беременности при частоте ложноположительных и ложноотрицательных результатов 3-5% [7]. Рациональное применение лабораторных и неинвазивных инструментальных методов обследования при подозрении на внематочную беременность позволяет значительно ограничить применение лапароскопии как диагностического метода.

Таким образом, несмотря на обширность и разнообразие методов диагностики эктопической беременности, только комплексное исследование дает возможность своевременного и точного диагноза. Диагностическая точность комплексного обследования при трубной беременности составляет 96,7%, а использование такого инвазивного

метода, как лапароскопия приближает точность диагноза к 100%.

В настоящее время для лечения больных трубной беременностью применяются хирургические (ведущие) и медикаментозные методы. Первая успешная хирургическая операция по поводу трубной беременности была выполнена американским хирургом J. Bard в 1759 году и лишь в 1953 г. (Stromme W.B) впервые произведена органосохраняющая операция – сальпинготомия.

Shapiro H.I., Adier D.L. впервые удалили маточную трубу лапароскопическим доступом в 1973 году. В 1977г. Bruhat M.A., Manhes H. сообщили о консервативных операциях при внематочной беременности, проведенных эндоскопическим путем. В начале 80-х годов XX столетия благодаря многочисленным работам Semm K. и др. эти методы были усовершенствованы и получили должное признание.

В настоящее время применяются следующие типы эндоскопических операций на беременной трубе: 1) радикальные: сальпингэктомия; 2) консервативно-пластические: сальпинготомия; резекция сегмента трубы; фимбриальное выжимание плодного яйца [1,16].

В последние годы оперативная лапароскопия по праву считается методом выбора при операциях на матке и ее придатках благодаря малой травматичности, лучшей визуализации хирургической зоны за счет многократного увеличения, низкой частоте послеоперационных осложнений (особенно, спаечного процесса в малом тазу) и значительному сокращению периода реабилитации больных в сравнении с лапаротомией [2].

Однако, до сих пор нет единого мнения о возможности применения лапароскопии в ургентной ситуации. Некоторые авторы рекомендуют воздерживаться от лапароскопии при гемоперитонеуме свыше 1-1,5л, размерах плодного яйца более 5 см и высокой вероятности спаечного процесса в малом тазу [4].

Техника различных типов эндохирургического лечения трубной беременности хорошо известна и широко обсуждалась в литературе. Сегодня наиболее часто применяют линейную сальпингостомию с удалением элементов трофобласта и фимбриальное выжимание при фиксации плодного яйца в дистальной части маточной трубы. Резекция сегмента трубы требует выполнения анастомоза, что снижает эффективность этого метода в плане сохранения функции маточной трубы [24].

До сих пор встречаются противоречивые рекомендации о выборе оптимального метода лечения как при значительных (>5см), так и при малых (<1 см) размерах плодного яйца. Нет однозначного ответа и на вопрос о необходимости протяженности линейного разреза на маточной трубе. Так, Л.В.Адамян и др. (2000) предлагают ограничить его до 1,0-1,5 см, что, по мнению авторов, обеспечивает минимальную травматичность вмешательства.

С другой стороны, считается целесообразным рассечение маточной трубы и на большем протяжении с позиций эффективного удаления элементов плодместилища при его больших размерах.

Изначально наложение швов на маточную трубу при органосберегающем лечении внематочной беременности не проводили по техническим причинам. Сегодня сторонники метода, предложенного K.Semm (1988), ушивают стенку маточной трубы, что, по их мнению, обеспечивает надежный гемостаз и служит профилактикой формирования спаечного процесса.

Однако, сторонники (Кулаков В.И., Стрижаков А.Н., Давыдов А.И.) «открытого» способа выделяют целый ряд преимуществ методики заживления стенки трубы вторичным натяжением: отсутствует риск формирования воспалительной инфильтрации в тканях, окружающих лигатуры; не нарушается архитектура складок слизистой оболочки трубы; обеспечивается физиологическое течение

репаративных процессов.

Нет единого мнения и в отношении целесообразности применения искусственного асцита с использованием различных кристаллоидных и коллоидных растворов для профилактики спаечного процесса [4].

Появление препаратов, подавляющих рост трофобласта, сделало применение нехирургических методик одним из перспективных направлений в лечении эктопической беременности [11,23]. Метотрексат является препаратом выбора при лечении трфобластической болезни. Его относят к группе антиметаболитов-антагонистов фолиевой кислоты. Он препятствует синтезу пуриновых нуклеотидов и тимидилата, тормозит деление и рост клеток, вызывая их гибель. В 1982 г. Tanaka T. et al. сообщили о первом системном использовании метотрексата при лечении трубной беременности и о преимуществах этого метода при интерстициальной локализации плодного яйца. Несколько позже, в 1983 году, Farabow W. et al. представили данные об эффективном медикаментозном лечении шеечной беременности.

В 1993 г. Stovall T.G., Ling K.W. сообщили об эффективности и безопасности облегченного режима терапии, предполагавшего системное введение единственной дозы препарата в дозе 50 мг/м². Сегодня лечение эктопической беременности по протоколу Stovall признано стандартом во многих странах, однако, анализ применения этой методики на большом числе наблюдений не дает повода считать его оптимальным. Так, эффективность терапии метотрексатом в дозе 50 мг/м² в/м колеблется от 76 до 95%.

В период с 1987 по 1990 гг. предложены ряд методик введения метотрексата непосредственно в плодное яйцо под контролем ультразвукового сканирования (Feichtinger W.F., Kemeter P.) и лапароскопии (Kojima E.). В 1993 г. Fernandez H. установил, что однократного локального введения препарата в дозе 10 мг достаточно для успешного лечения прогрессирующей трубной беременности (83%), тем не менее, каждой пятой

пациентке потребовалось дополнительное внутримышечное введение метотрексата.

В известной степени противоречат общепринятому мнению данные, полученные Schiff E. et al. (1992), которые исследовали фармакокинетику метотрексата и установили, что максимальный уровень препарата в сыворотке крови после его локального введения не ниже, чем при введении аналогичного количества препарата внутримышечно.

Серьезного внимания заслуживает проблема фертильности пациенток после различных методов лечения трубной беременности [24]. Показатели фертильности в данном случае зависят от степени поражения маточных труб, наличия спаечного процесса, типа хирургического вмешательства [4].

Результаты многочисленных исследований показывают, что после лапароскопии вероятность спонтанного зачатия составляет 70-82% в период до 11 месяцев, тогда как после лапаротомии этот показатель равен 53%, а интервал увеличивается до 17 месяцев и более [13].

Частичная резекция или удаление маточной трубы приводит к снижению вероятности спонтанного зачатия до 38%, а при повторной внематочной беременности – до 9,8%. Пройодимость маточных труб по данным отсроченной гистеросальпингографии сохраняется у 76-95% женщин после сальпинготомии, так и медикаментозного лечения.

Маточная беременность после линейной сальпинготомии наступает в 61-63 % наблюдений, повторная трубная беременность в 8-16%. Частота маточных и повторных эктопических беременностей после медикаментозного лечения сопоставимы с подобными показателями после линейной сальпинготомии [13].

Среди факторов, влияющих на отдаленные результаты органосохраняющего лечения больных трубной беременностью, выделяют следующие: возраст старше 35 лет; бесплодие в анамнезе; титр хламидийных антител свыше 1:64; хронический сальпингит; ранее перенесенные

оперативные вмешательства на маточных трубах.

Таким образом, обзор литературы показывает, что ряд концепций проблемы лечения эктопической беременности требуют уточнения. Остаются спорными показания и противопоказания к эндоскопическому методу лечения трубной беременности в зависимости от тяжести клинической ситуации, показания к органосохраняющему методу лечения в зависимости от локализации плодного яйца и способы его удаления.

Не достаточно ясен вопрос о методах восстановления целостности органа после рассечения стенки маточной трубы. Необходимо уточнить особенности течения раннего и позднего послеоперационных периодов, возможные осложнения у больных, прооперированных методом лапаротомии и эндоскопическим доступом.

Требуют дальнейшей разработки тактика ведения больных с прогрессирующей трубной беременностью, критерии эффективности выполненной операции, направления и методы ведения послеоперационного периода, а также своевременная диагностика возможных осложнений и особенности лечения. Кроме того, актуальна проблема более глубокого изучения отдаленных результатов и показателей фертильности у больных, перенесших лапаратомию и эндохирургическое лечение.

Литература

1. Адамян Л.В., Зурабиани З.Р., Козаченко А.В. и др. Современные подходы к хирургическому лечению внематочной беременности // В кн.: «Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. – Москва. – 2000.- С.44-46.
2. Адамян Л.В. Современные подходы к лечению эктопической беременности / Л.В. Адамян, И.С. Чернова, А.В. Козаченко // Проблемы репродукции.-2008. Спецвыпуск. С. 177-178.
3. Алексеева М.Л., Зурабиани З.Р., Колодько С.М. и др. Информативность определения хорионического гонадотропина при диагностике эктопической беременности // Проб. Репродукции.1998. №3. – С.8-12.
4. Алыев Ш. Алы. Профилактика спаечного

- процесса при хирургическом лечении трубной беременности с применением барьерного препарата: автореф. дис. канд. мед. наук. Казань, 2010. - 137с.
5. Амитахунова Л.А. Морфофункциональные особенности нарушения транспортной функции маточных труб: автореф. дис. канд. мед. наук /Л.А. Амитахунова. Бишкек, 2010. - 110 с.
 6. Анчабадзе И.В. Оптимизация лечебно-диагностического алгоритма при эктопической беременности: автореф. дис. канд. мед. наук / И.В. Анчабадзе. -М., 2009.- 101 с.
 7. Будаев А.И. Диагностика и лечение трубной беременности эндоскопическим методом // Казан.мед.журнал. 2000. №3. – С.204-206.
 8. Гуриев Т.Д. Внематочная беременность: учебное пособие для системы-послевузовского профессионального образования врачей / Т.Д. Гуриев, И.С. Сидорова. —М.: Практическая медицина, 2007. — 96 с.
 9. Давыдов А.И. Биологические маркеры внематочной беременности // А.И. Давыдов, В.С. Попова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. -2010.- Т. 9, №6,- С.52-62.
 10. Ермаченко Л.В. Клинико-морфологические особенности трубной беременности: автореф. дис. канд. мед. наук / Л.В. Ермаченко. М.,2006. - 26с.
 11. Жемчужина Т.Ю., Стрижецкий В.В., Рутенберг Г.М. Лечение трубной беременности путем внутритрубногo введения метотрексата при лапароскопической операции. // Совр.аспекты мед. и здравоохран. крупных городов. Сб.науч.труд. – Спб. – 1997. – вып.2. – стр. 149-151..
 12. Истомина Н.Г. Клинические, морфофункциональные аспекты и факторы риска при эктопической беременности : автореф. дис. канд. мед. наук / Н.Г. Истомина. - СПб., 2008. 130с.
 13. Каушанская Л.В. Внематочная беременность: патогенез, клиника, диагностика, отдаленные результаты лечения: автореф. дисс. д-ра мед.наук / Л. В. Каушанская. М. - 2010. — 44 с.
 14. Козаченко А.В. Современные аспекты этиологии и патогенеза эктопической беременности (обзор литературы) / А.В. Козаченко, И.С. Чернова // Проблемы репродукции. — 2009. — № 5. — С. 28—32.
 15. Комарова Е.В. Исследование, анализ и классификация основных причин возникновения эктопических форм беременности / Е.В. Комарова, И.Н. Коротких, М.В. Фролов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2009. - Т. 8, № 3. - С. 712-716.
 16. Лялина Е.А. Результаты линейной лапароскопической сальпинготомии при трубной эктопической беременности / Е.А. Лялина, Ш.Б. Баранов // Проблемы репродукции.- 2009. Спец. выпуск. - С.243-244.
 17. Махотин А.А. Оптимизация диагностического протокола при остром аппендиците, эктопической беременности и почечной колике: автореф. дис. канд. мед. наук / А.А. Махотин.- Новосибирск. 2010. - 217 с.
 18. Петрова Е.В. Внематочная беременность в современных условиях / Е.В. Петрова // Акушерство и гинекология: научно-практический журнал / Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. — 2008. N 1.
 19. Серова О.Ф. Внематочная беременность: современные аспекты этиологии и патогенеза / О. Ф. Серова А.К. Кириченко Л.В. Ермаченко и др., // Российский вестник акушера-гинеколога. Медиасфера. - 2006.
 20. Чернова И.С. Современные аспекты этиологии и патогенеза эктопической беременности (обзор литературы) / И.С. Чернова, А.В. Козаченко // Проблемы репродукции. 2009. - № 5. - С. 28-32.
 21. Barnhart K.T. Ultrasound diagnosis of ectopic pregnancy / K.T.Barnhart // Human Reproduction. 2007. - Vol. 22, N 5. - P. 1493.
 22. Carson S., Baster J. Ectopic pregnancy // N. Engl. J. Med. – 1993. – V. 32. – N4.- P.1174–1181.
 23. Dhar H. Methotrexate treatment of ectopic pregnancy: experience at nizwa hospital with literature review / H.Dhar, I. Hamdi, B.Rathi // Oman Med J. 2011 Mar;26(2):94-8.
 24. Molina Sosa A.Conservative, laparoscopic and medical treatment of ectopic pregnancy / Source Article in Spanish. // Ginecol Obstet Mex. 2007. Sep;75(9):539-48.
 25. Pirarska M.D., Carson S. Incidence and risk factors for ectopic pregnancy. // Clin. Obstet. Gynecol. – 1999. – V.42. – N5. - P.2–8.
 26. Sharma D, Govind A. Rapid diagnosis of ectopic pregnancy // Emerg Med J. 2012 Jan 13.
 27. Shaw J.L.V. Current knowledge of the aetiology of human tubal ectopic pregnancy / J.L.V. aw, H.O.D.Critchley, A.W.Horne, S.K.Dey // Human Reproduction Update. 2010. - Vol. 16, N 4. - P. 432-444.
 28. Varma R, Gupta J. Tubal ectopic pregnancy // Clin Evid (Online). 2012 Feb 10; 2012.

«ПРАЙС – РЕЛИЗ»
научно-практического журнала «Медицинские кадры XXI века».

Основные требования к публикациям:

1.Статья должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, экспертным заключением и иметь визу научного руководителя.

2.Статья должна быть напечатана на одной стороне листа, электронным набором шрифтом Times New Roman, кириллица (размер 14; интервал 1,5). В редакцию необходимо присылать 1 экземпляр статьи и электронную версию на дискете.

3.Вначале пишут: ученое звание и степень, инициалы и фамилию авторов, название статьи, учреждения, из которого она вышла (количество авторов – не более 5 человек).

4.Статью должны подписать все авторы, необходимо указать фамилию, имя, отчество автора, с которым редакция будет вести переписку, его адрес (с шестизначным почтовым индексом) и телефон.

5.Объем статьи не должен превышать 8 страниц, число рисунков – не более 2

6.Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Изложение должно быть ясное, без длинных введений и повторений.

7.Сокращение слов не допускается, кроме общепринятых сокращений химических и математических величин, терминов. В статьях должна быть использована система единиц СИ.

8.Таблицы должны быть построены наглядно, иметь название, их заголовки точно соответствовать содержанию граф. Все цифры, итоги и проценты в таблицах должны быть тщательно выверены автором и соответствовать цифрам в тексте.

9.Количество иллюстраций (фотографии, рисунки, чертежи, диаграммы) – не более 2.

10.Фотографии должны быть контрастными, рисунки – четкими, чертежи – выполнены тушью. На обороте каждой иллюстрации ставятся номер рисунка, фамилия автора и пометка «верх» и «низ». Фотографии, микрофотографии, рентгенограммы необходимо присылать в 2 экземплярах размером 6x9 (5x8) см. Графики и схемы не должны быть перегружены текстовыми надписями. Рентгенограммы следует присылать со схемой.

11.Список литературы должен быть напечатан через 1,5 интервала, колонкой, каждый источник – с новой строки под

порядковым номером. В списке перечисляются все авторы, которые цитируются в тексте, в алфавитном порядке (сначала отечественные, затем зарубежные). В списке должны быть обязательно приведены: по книгам – фамилия автора и его инициалы, полное название книги, место и год издания; по журналам, сборникам, научным трудам – фамилия автора и его инициалы, название журнала, сборника, научного труда, год, номер и страницы от – до. В список литературы не включаются неопубликованные работы и ссылка на учебники. За правильность приведенных в литературных списках данных ответственность несут авторы.

Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках с номерами в соответствии с пристатейным списком литературы. Упоминаемые в статье авторы должны быть приведены обязательно с инициалами, на них необходимо указать в списке литературы. Фамилии иностранных авторов даются в оригинальной транскрипции.

12.Редакция может вернуть статью автору с замечаниями для доработки. Датой поступления статьи считается день получения от автора окончательно подготовленной к печати статьи.

13.Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи.

14.Статьи, ранее опубликованные или направленные в другой журнал или сборник, присылать нельзя.

15.Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

Юридический адрес редакции: 720068, г.Бишкек, ул. Боконбаева 144 а, Тел. (0-312) 624678; факс: (0-312) 301016
www.chubakov.fmc.kg.

РЕДАКЦИЯ

СОДЕРЖАНИЕ

№№	Авторы, название статьи	стр.
1.	Майканаев Б.Б., Тилеков Э.Т., Абилов Б.А. Основные результаты анализа и оценки ресурсного оснащения территориальных больниц	3
2.	Майканаев Б.Б., Сопуев А.А., Абилов Б.А. Экспертный анализ хирургической помощи населению в территориальных больницах Чуйской области	8
3.	Ысмайылов К.С. Лапароскопическая тактика при синдроме Мириizzi	12
4.	Турдубаева Г.Т. Часто встречаемые типы электроэнцефалограмм (ЭЭГ)	15
5.	Чынгышова Ж.А., Тилеков Э.А., Бигишиев М.М. Комбинированная анестезия на основе эпидуральной блокады при обширных гемигепатэктомиях с гемотранфузионной поддержкой	17
6.	Чынгышова Ж.А., Тилеков Э.А., Бигишиев М.М. Анестезиологическое обеспечение лапароскопических операций в экстренной хирургии	20
7.	Абдурашитова Д.И. Корреляция показателя антигенспецифического иммуноглобулинсинтезирующего иммунного ответа В-лимфоцитов к $algG$ с некоторыми классическими признаками ревматоидного артрита	22
8.	Аттокурова Г.Н. Показатели адгезивной и агрегационной способности тромбоцитов крови у животных на фоне радионуклидной нагрузки	25
9.	Жумабаев А.Р., Аралбаев Р.Т., Жообасарова Д.Ж., Рыспекова Ч.Д. Диагностика метастатического поражения позвоночника	28
10.	Аралбаев Р.Т., Новокшонова Ю.Ю., Анкудинова С.А. Моторно-эвакуаторные показатели верхних отделов кишечника у больных, перенесших гастрэктомию по поводу рака желудка	31
11.	Омурбекова Ч.О. Ретроспективный анализ эффективности химиотерапии у больных раком яичников	35
12.	Сыдыков Н.Ж., Сопуев А.А. Результаты лечения больных раком прямой кишки, осложненным кишечной непроходимостью	39
13.	Сыдыков Н.Ж., Маматов Н.Н. Сравнительный интраоперационный анализ спаечного процесса брюшной полости при кишечной непроходимости	41
14.	Токтогулов О.Ж. Меры профилактики осложнений после операций по поводу вентральных грыж	44
15.	Токтогулов О.Ж. Фиксация эндопротезов при вентральных грыжах	46
16.	Сарсенбаев Е.Ж. К вопросу о профилактике риска возникновения послеоперационных вентральных грыж у лиц с алиментарным ожирением	49
17.	Сулайманов С.Б. Диагностическая значимость гчг в диагностике трубной беременности	52
18.	Бабаев Ф.Х., Гусейнов Х.Г. Методы исследования развития кардиоваскулярных осложнений у больных хронической болезнью почек	55

19.	Бабаев Ф.Х., Гусейнов Х.Г. Изучение состояния больных с ХПН, получающих программный анализ	59
20.	Бапиев Т.А. Классификация и степени разрыва прямой кишки, запирающего аппарата и промежности	64
21.	Бапиев Т.А. Ранняя реабилитация больных с применением светолечения	68
22.	Алимжанов С.К. Лечения околокорневых кист челюстей остеозамещающими препаратами	73
23.	Сулайманов С.Б. Современные аспекты этиологии, диагностики и лечения трубной беременности	80
24.	«ПРАИС – РЕЛИЗ» научно-практического журнала «Медицинские кадры XXI века»...	88

Отпечатано из готовых диапозитивов в дизайн-студии «Илим - Басмасы»

Ул. Полярная 11.

Печать офсетная. Формат бумаги 60x90/8.

Объем 11,0 п.л. Тираж 250 экз.