

# НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ XXI ВЕКА



**№1, 2015**

**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

Подписной индекс 77363

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

**ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ:**

Бокчубаев Э.Т. - д.м.н., профессор  
Тобокалова С.Т. - 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. - д.м.н., профессор  
Фейгин Г.А. - д.м.н., профессор  
Аралбаев Р.Т. - д.м.н., профессор  
Канаев Р.А. - д.м.н.  
Токтомушев Ч.Т. - к.м.н., доцент  
Турганбаев Т.Э. - к.м.н., доцент

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

Батыралиев Т.А. (Бишкек)  
Мамакеев М.М. (Бишкек)  
Мамытов М.М. (Бишкек)  
Мурзалиев А.М. (Бишкек)  
Кудаяров Д.К. (Бишкек)

*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 ПРОБЛЕМЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Абдраимов Т.Д.

### Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации

---

*В данной работе дан анализ ситуации реформы системы здравоохранения, определены факторы, влияющие на её ход, указаны основные стратегии достижения финансовой обеспеченности государственных гарантий в решении задач здравоохранения. Отмечено неэффективное распределение финансовых ресурсов и слабая кадровая политика которые влекут за собой снижение качества и доступности медицинских услуг для населения и в то же время приводит к росту финансового бремени на пациентов при обращении за врачебной помощью.*

---

Актуальность исследования. Основными задачами системы здравоохранения являются - обеспечение здоровья, равенство в вопросах здоровья, справедливое финансирование системы, защита людей от обнищания в результате болезни, отзывчивость на нужды людей и предпочтения (достоинство, независимость и уважение). Для решения данной задачи государством ежегодно (с 2001г.) принимается Программа государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью (далее – ПГГ) с новыми методами финансирования (2).

В последнее время произошли серьезные преобразования в системе управления и финансирования здравоохранения. Главные из них:

- децентрализация управления;
- внедрение системы обязательного медицинского страхования;
- разработка программ государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью.

Устойчивость системы здравоохранения в значительной степени связана с эффективной системой финансирования. Для разделения сектора здравоохранения на плательщика и поставщиков медицинских услуг введена система Единого плательщика. Правовые и организационные основы, которой закреплены Законом «О системе Единого плательщика в финансировании здравоохранения Кыргызской Республики». Политика финансирования здравоохране-

ния и реформы должны продвигаться исходя из того, что финансирование должно влиять на задачи системы здравоохранения.

Унаследованная система характеризовалась избыточными мощностями, особенно на стационарном уровне. На это оказали влияние несколько факторов. Прежде всего, метод финансирования поставщиков медицинских услуг, обусловленный исходными нормативами (например, количество коек), поощрял расширение физических мощностей. На каждом государственном уровне была своя система предоставления услуг, интегрирующая аккумуляцию, закупку и функции предоставления услуг в составе единого. Функции по охвату населения дублировались на различных государственных уровнях, особенно в крупных городах каждой области и в Бишкеке. Такая вертикальная интеграция системы здравоохранения на различных правительственных уровнях наравне с перекрывающимся охватом населения по географическому признаку привела к дублированию функций по предоставлению услуг. К тому же, эти организационные и финансовые стимулы оказывали влияние на то, как готовились специалисты здравоохранения при советской системе. Клинические протоколы и нормативы поощряли и даже требовали выделения значимости специализированной стационарной помощи, а основная роль поставщиков первичного уровня заключалась в «направлении» пациентов к поставщикам специализированных услуг и в специализированные учреждения.

После обретения независимости, си-

система здравоохранения Кыргызской Республики столкнулась с двумя основными проблемами. Во-первых, наблюдался спад в общих государственных расходах, что также означало спад в государственных расходах на здравоохранение. Во-вторых, стоимость ключевых товаров и услуг, необходимых для обеспечения деятельности учреждений здравоохранения, например, таких как медикаменты и электроэнергия, выросли. Таким образом, система здравоохранения была вынуждена функционировать с меньшим количеством денег при возросших ценах. Как и во всех странах с переходной экономикой результат этих комбинированных факторов содержал в себе нехватку медикаментов, накопление задолженности по государственным коммунальным услугам и рост «неформальных платежей» за медицинскую помощь.

Вместе с тем в решении целого ряда важнейших проблем продвижение осложнено такими факторами, как:

–сохранение разрыва между стоимостью программы государственных гарантий и ее государственным финансированием;

–сложившаяся бюджетно-страховая система финансирования громоздка и неэффективна;

–реструктуризация системы медицинского обслуживания (внедрение общих врачебных практик, замещение стационарной медицинской помощи лечением в амбулаторных условиях, сокращение больничных коек) идет медленно;

–действия разных субъектов здравоохранения недостаточно координируются;

–эффективность использования ресурсов не оценивается, и не предпринимается усилий по ее повышению.

В соответствии с действующим законодательством, под реформой здравоохранения понимается «комплексный процесс, охватывающий все стороны функционирования отрасли. Она обеспечивается постоянной перегруппировкой ресурсов внутри и между звеньями, этапами и уровнями медицинской помощи для использования клинически эффективных и наименее затратных решений с учетом меняющихся потребностей в медицинских услугах и развития клинической практики и техноло-

гий».

Размеры финансирования здравоохранения из бюджета и за счет средств ОМС не обеспечивают население бесплатными медицинскими услугами. Вместе с тем имеющиеся финансовые и материальные ресурсы используются неэффективно, усиливаются диспропорции в предоставлении медицинской помощи. В связи с этим необходима стратегия реформирования здравоохранения, целью которой является сохранение и улучшение здоровья людей, сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения.

Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи:

–активизация деятельности по профилактике заболеваний;

–сокращение сроков восстановления утраченного здоровья населения путем внедрения в медицинскую практику современных методов профилактики, диагностики и лечения;

–повышение эффективности использования ресурсов в здравоохранении.

В принятой Национальных программах реформирования системы здравоохранения «Манас» (1996-2005), «Манас таалими» (2006-2011) и «Ден-Соолук» (2012-2017) было отмечено, что охрана здоровья населения является одним из приоритетных направлений социальной политики государства в период реформирования экономики и социальной сферы. Учитывая, что здоровье человека более чем на 50% определяется образом жизни, то есть поведением и отношением его к собственному здоровью и здоровью окружающих, из всего комплекса мер, направленных на охрану здоровья, программа предусматривала в качестве одного из приоритетных направлений деятельности формирование у населения навыков здорового образа жизни, повышение уровня санитарно-гигиенической культуры, что не требует значительных финансовых затрат, но может дать ощутимый социально-экономический эффект.

В целом введение взносов на обязательное медицинское страхование не стало дополнительным целевым источником для здравоохранения, это привело к тому, что данная система практически не выполнила свою основную функцию, в лучшем случае данные средства оказались бюджетозамещающими. Не оправдались также надежды, что введение системы страхования позволит в короткие сроки повысить эффективность системы здравоохранения за счет конкуренции между медицинскими организациями. Это обусловлено тем, что исторически сеть учреждений здравоохранения формировалась на основе принципов построения системы по уровням предоставления медицинской помощи и исключения дублирования.

Главной проблемой системы здравоохранения является значительный разрыв между государственными гарантиями бесплатного предоставления медицинской помощи населению и их финансовым обеспечением. Между тем гарантии бесплатного медицинского обслуживания населения, установленные в советское время, остались практически неизменными, а затраты, необходимые для их обеспечения, увеличились вследствие появления новых фондоемких медицинских технологий и новых дорогостоящих лекарственных препаратов.

Страны развивающегося мира с аналогичной долей государственных расходов на здравоохранение гарантируют населению только самые минимальные «пакеты» медицинских услуг, концентрируясь преимущественно на обеспечении медико-социального благополучия (борьба с инфекционными заболеваниями и проч.).

Государства в странах с высокоразвитой экономикой тратят на здравоохранение в среднем 6-7% ВВП, а в реальном выражении – на порядок больше, чем в нашей стране, и при этом практически ни в одной из этих стран не гарантируется бесплатность всех видов медицинской помощи всем гражданам.

Дисбаланс между государственными обязательствами и реальным их

финансированием оказывает негативное влияние на функционирование системы здравоохранения. Государственные средства расходуются на поддержание существующих медицинских учреждений, прежде всего стационарных, в ущерб необходимому развитию профилактической работы и амбулаторно-поликлинической помощи. Из-за невозможности предоставить всем бесплатно желаемую медицинскую помощь происходит ухудшение доступности любой качественной медицинской помощи для широких слоев населения, нарастание платности медицинских услуг и расширение практики неформальных платежей.

В наибольшей мере от этого страдают малообеспеченные слои населения. Велико неравенство возможностей различных социальных групп в получении качественной медицинской помощи. Ссылки на недостаточность государственного финансирования здравоохранения и на неисполнимость декларативных правил бесплатного медицинского обслуживания служат самооправданием для медицинских работников и руководителей здравоохранения за снижение качества медицинских услуг и за предоставление за плату услуг, которые реально могли бы быть оказаны для граждан бесплатно (3).

Основные стратегии достижения финансовой обеспеченности государственных гарантий в решении задач здравоохранения:

Первая стратегия - предусматривает рост государственного финансирования здравоохранения в сочетании с ограниченными мероприятиями по реструктуризации системы медицинского обслуживания и повышению ее эффективности.

Вторая и третья - предполагают постепенное увеличение государственных расходов на здравоохранение, отдавая приоритет структурным и институциональным изменениям.

В частности, вторая - ориентирует на существенное повышение эффективности использования имеющихся ресурсов,

достигаемое за счет масштабной реструктуризации медицинской помощи с переносом максимально возможной ее части на амбулаторный этап и одновременным

прекращением финансирования из общественных источников высвобождающихся мощностей стационарных медицинских учреждений.

Третья - предполагает сочетание мер по повышению эффективности системы здравоохранения с частичным пересмотром гарантий и сокращением медицинской помощи (по видам, гарантированным объемам и условиям предоставления), полностью оплачиваемой за счет общественных источников.

Таким образом, необходимо отметить, что наличие в секторе здравоохранения таких системных проблем как неэффективное распределение финансовых ресурсов и слабая кадровая политика влечет за собой снижение качества и доступности медицинских услуг для населения и в то же время приводит к росту финансового бремени на пациентов при обращении за врачебной помощью. По данным, полученным в рамках исследования финансового разрыва ПГГ на стационарном уровне, в 2010 году данный показатель составил 34,8% и увеличился относительно 2008 года почти на 7 процентных пунктов (1). Исходя из наличия неформальных выплат на уровне ПМСП, можно говорить и об аналогичной ситуации при предоставлении амбулаторных услуг населению. При этом, решение проблемы с финансовым разрывом путем увеличения государственного финансирования сектора здравоохранения будет крайне неэффективно и не достигнет своей цели до тех пор, пока не будут приняты меры, по решению тех системных проблем, которые указаны выше.

#### **Предложения:**

1. Одним из основных направлений дальнейшего повышения эффективности деятельности сектора здравоохранения, должно стать более четкое определение обязательств государства по оказанию медицинской помощи населению. Для

определения объема государственных обязательств предоставления медицинской помощи должны быть разработаны медико-экономические стандарты по каждой нозологии. На основе этих стандартов необходимо будет провести сопоставление желаемого уровня предоставления медицинской помощи с финансовыми возможностями республики.

2. Ввести четкую систему мониторинга и оценки, отражающей рациональность использования государственных средств в секторе здравоохранения. В перспективе, стоит вопрос реализации стратегии реструктуризации сектора здравоохранения, в первую очередь ее первичного уровня, с учетом региональной специфики.

3. Повышение эффективности распределения и использования финансовых ресурсов в секторе здравоохранения требует дальнейшего совершенствования механизмов финансирования организаций здравоохранения. В частности, необходимо завершить работу по созданию электронной базы приписанного населения и ее актуализация в режиме реального времени, что позволит в будущем более гибко осуществлять подушевое финансирование на уровне ПМСП с учетом миграционных процессов.

#### **Использованная литература:**

1. Документ исследования политики № 79, «Финансовый разрыв в реализации Программы государственных гарантий (ПГГ) в организациях здравоохранения, работающих в системе Единого плательщика», Центр анализа политики здравоохранения, Бишкек.- 2012 г.

2. Программа государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью на 2013 год.

3. Положительные моменты и недостатки реформ в рамках национальных программ реформирования здравоохранения «Манас», «Манас таалими» и «Денсоолук», Национальный институт стратегических исследований Кыргызской Республики, Бишкек.- 2013 г.

**ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ****Абдраимов Т.Д., Аралбаева А.Р.****Кыргызский государственный медицинский институт  
переподготовки и повышения квалификации**

*В статье даны источники финансирования организаций здравоохранения, указаны связь низкого уровня жизни населения, которое оказывает существенное влияние на его здоровье, что особенно выделяется в сельской местности, главные причины низкого уровня общественного здоровья, предложены основные направления реформирования здравоохранения.*

Актуальность. Нынешнее положение с состоянием системы здравоохранения объясняется не столько недостаточностью финансирования здравоохранения со стороны государства и низким средним уровнем доходов среднестатистического гражданина, сколько серьезными структурными недостатками организации системы здравоохранения в целом.

Часть Валового Внутреннего Продукта (ВВП), направляемая на здравоохранение в абсолютных цифрах на среднестатистического гражданина, является недостаточной. Однако необходимо исходить из того, что финансирование в принципе не может быть значительно увеличено в ближайшее десятилетие и не может сравниться или даже приблизиться в стоимостном отношении к средствам, выделяемым на здравоохранение экономически развитыми странами. Даже планируемый рост ВВП в ближайшие 10 лет и увеличение покупательной способности населения не смогут дать достаточно средств, чтобы оплачивать услуги нынешней модели медицины для достижения цели реального оздоровления населения.

Нынешние модели здравоохранения, принятые в большинстве стран мира, основаны на рыночном принципе, а в частности, современная медицинская, фармакологическая промышленность и другие ассоциированные отрасли экономики как экономические субъекты прямо заинтересованы в увеличении потребности в медицинской помощи.

Вместе с тем наибольшее распространение получило стимулирование потребности в медицинских услугах не как

в предупредительных мерах, а сознательное или несознательное моделирование ситуации: формирование болезни - боль или иной симптом - обращение пациента в медицинское учреждение - диагностика - терапия.

Политика в области здравоохранения отражает основные направления социально-экономического развития общества и, является одной из главных составных частей общей социальной политики любого государства.

Низкий уровень жизни населения оказывает существенное влияние на его здоровье, что особенно выделяется в сельской местности. Уровень бедности населения, имевший тенденции к снижению вплоть до 2008 года, в последние годы показывает обратную динамику и увеличился с 31,7% в 2008-2009 годах до 38% в 2012 году. При этом, большая часть бедного населения проживает в сельской местности, где почти 40% населения проживает ниже черты бедности. Такая ситуация оказывает влияние на доступность населения, и в частности беременных женщин, к медицинским услугам. В качестве примера, можно привести ситуацию с материнской смертностью в разрезе регионов. Так, по данным 2012 года, наиболее бедными регионами в Кыргызстане являются Джалал-Абадская и Ошская области, где показатель уровня бедности составил 55,7% и 51,4% соответственно. В то же время, в 2012 году в этих областях было зарегистрировано наибольшее количество случаев материнской смертности, В Ошской области – 21 случай, а в Джалал-Абадской – 16 случаев. Тогда как в г. Бишкек и Чуйской области, где уровень бедности ниже и составил 21,4% и 16,6%

соответственно, количество случаев материнской смертности также ниже (5 и 10 соответственно).

В системе здравоохранения Кыргызской Республики существует три основных источника финансирования: государственное, частное и внешнее финансирование. Государственные источники – это государственный бюджет (который включает расходы как республиканского, так и местного бюджетов) пополняемый за счет поступлений от общего налогообложения и фонд обязательного медицинского страхования, пополняемый за счет отчислений из фонда оплаты труда. Частные средства включают в себя наличные выплаты из кармана домохозяйств (НВиКД). Внешнее финансирование представляет собой средства, направляемые международными организациями в систему здравоохранения Кыргызской Республики.

Средства из республиканского бюджета поступают:

- В Министерство здравоохранения, которое в свою очередь осуществляет финансирование (а) учреждений третичного уровня (за исключением входящих в систему Единого плательщика); (б) интернатов и других учреждений по оказанию ухода; (в) санитарно-профилактических услуг и учреждений; (г) расходов по администрированию, (д) прочих услуг, имеющих отношение к здоровью (например, образование).

- Фонд ОМС на республиканском уровне аккумулирует и распределяет по областям средства из республиканского бюджета, направленные на финансирование медицинских учреждений первичного и вторичного уровня в рамках системы Единого плательщика.

В настоящее время финансирование из *местного бюджета* осуществляется лишь из бюджета города Бишкек в связи с тем, что согласно принятого 25 сентября 2003 года закона «О финансово-экономических основах местного самоуправления» в 2006 году был осуществлен переход с четырехуровневого на двухуровневый бюджет. В этой связи было достигнуто соглашение о переводе финансирования с уровня областей на республиканский

уровень.

Средства, полученные в результате сбора страховых взносов на ОМС направляются в Фонд ОМС и в первую очередь направлены на реализацию Программы государственных гарантий, а также ДП ОМС по обеспечению лекарственными средствами застрахованного населения.

Частные расходы в Кыргызстане представлены в основном средствами домохозяйств. Домашние хозяйства осуществляют наличные платежи за предоставляемые услуги как на первичном, так и на стационарном уровне. Данный вид платежей может быть как формальным (соплата, оплата согласно перечня платных услуг), так и неформальным. Однако, большая часть платежей приходится на приобретение лекарственных средств на амбулаторном уровне.

Начиная с 2006 года, часть средств от международных доноров начала поступать в рамках Широкосекторального подхода (SWAp), предусматривающего аккумуляцию средств доноров для поддержки сектора здравоохранения. Часть средств в виде параллельного финансирования расходуется международными организациями на реализацию различных проектов в сфере здравоохранения.

За период с 2008 года по 2012 год общие расходы здравоохранения возросли с 9,6 до 19,1 млрд. сомов, что дает номинальный рост практически в 2 раза. При этом, отмечен более значительный рост расходов из государственных источников финансирования относительно расходов, производимых населением за предоставляемые медицинские услуги.

В 2012 году государственное финансирование (включая средства ОМС) составили 4,1% к ВВП относительно 2,4% в 2008 году, частные средства сложились на уровне 2,1% относительно 2,6% в 2008 году. Что касается внешнего финансирования, то оно составило менее 0,1% к ВВП.

В пересчете на душу населения, общие расходы здравоохранения увеличились с 1 816,1 сома в 2008 году до 3 372,6 сомов в номинальном выражении в 2012 году. При этом, государственные расходы (включая средства ОМС) за этот период

возросли с 902 до 2 221,2 сома или в 2,5 раза, тогда как расходы населения возросли лишь на 26% и к 2012 году составили 1 151,5 сома.

В настоящее время перспективы развития здравоохранения определяются нерешенными проблемами и негативными тенденциями в уровне общественного здоровья, которые сложились в течение последних десятилетий, и, по оценкам экспертов, будут сохраняться в будущем. Среди главных причин низкого уровня общественного здоровья эксперты выделяют следующие:

- снижение качества жизни значительной части населения;
- низкий уровень заработной платы и пенсионного обеспечения;
- ухудшение условий жизни, труда, отдыха;
- снижение качества и структуры питания;
- чрезмерные стрессовые нагрузки;
- снижение общего уровня культуры, в том числе санитарно-гигиенической;
- изменение приоритетов жизненных ценностей;

Отрасль здравоохранения к началу XXI века нуждалась в существенном реформировании, основой которого было бы соблюдение двух условий: а) разработка стратегии приоритетов и б) оптимальное использование ресурсов.

Основные проблемы, требовавшие решения на этом этапе:

- конституционные гарантии бесплатной медицинской помощи носят декларативный характер и не сбалансированы с финансовыми ресурсами;
- механизм реализации прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи не определен;
- низкое качество медицинской помощи, ее высокая стоимость и возрастающие издержки;
- отсутствуют финансовые стимулы эффективного хозяйствования, из-за чего ресурсы системы здравоохранения используются неэффективно;
- система и уровень оплаты труда работников здравоохранения не мотивируют их к качественной и

результативной работе;

–увеличивается стоимость новых медицинских технологий, растут затраты на здравоохранение, что обостряет проблему экономической эффективности использования ресурсов;

Резюмируя вышесказанное, основные проблемы здравоохранения это:

- ограниченность ресурсов отрасли;
- экстенсивное развитие отрасли;
- неэффективное использование ресурсов системы здравоохранения;
- отсутствие экономической мотивации у медицинских работников в оказании качественных услуг;
- увеличение доли соучастия пациентов в оплате медицинской помощи;
- распространение теневой оплаты медицинских услуг;
- неэффективная система управления отраслью; неэффективная система оказания медицинской помощи.

Из вышеизложенного следуют основные направления реформирования здравоохранения:

- повышение качества предоставляемых медицинских услуг (простых и сложных);
- развитие медицинской науки и научно-медицинского потенциала, развитие потенциала здравоохранения как инвестиционной отрасли;
- внедрение в практику новых форм и методов обеспечения государственного санитарно-эпидемиологического надзора, гигиенической и эпидемиологической экспертизы, мониторинга здоровья людей, медико-санитарного образования;
- обеспечение сбалансированности объемов государственных гарантий в части предоставления населению бесплатной медицинской помощи и лекарственного обеспечения с финансовыми возможностями государства;
- формирование институтов защиты прав пациентов и медицинских работников;
- обеспечение доступности медицинской помощи для сельского населения;
- проведение структурных преобразований в системе

здравоохранения;  
–развитие негосударственного сектора здравоохранения;  
–формирование рынка санаторно-оздоровительных услуг.

Среди направлений необходимых реформ выделяются четыре главных составляющих:

–конкретизация государственных

гарантий бесплатной медицинской помощи;  
–усовершенствование системы медицинского страхования;  
–реструктуризация системы оказания медицинской помощи;  
–реформа оплаты труда.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Аскар М.К.

Медицинский факультет Ошского государственного университета

*В данной работе представлены результаты комплексного исследования организации и качества труда медицинских сестер центров семейной медицины г. Ош; разработана организационно-методическая основа системы повышения качества сестринской помощи; установлены факторы, негативно влияющие на качество труда медицинских сестер городских центров семейной медицины.*

**Актуальность темы.** На современном этапе недостаточное внимание уделяется вопросам изучения и совершенствования деятельности медицинских сестер, особенно в амбулаторно-поликлинических условиях. В отечественной литературе имеются немногочисленные работы, посвященные отдельным аспектам организации труда медицинских сестер (Каратаев М.М., Кожалиев А.К., 2000; Двойников С.И., Пензина О.П., 2004; Васильева Т.П., 2007; Бутенко Т.В., 2012).

Однако до настоящего времени не разработана система обеспечения качества и эффективности сестринской помощи населению в условиях городских амбулаторно-поликлинических организаций; не определены критерии и показатели качества труда медицинских сестер, недостаточно изучены условия и факторы, влияющие на качество и эффективность сестринской помощи; нуждаются в совершенствовании система контроля качества труда и стандарты практической деятельности медицинских сестер. Недостаточно изучено качество труда медицинских сестер, не определены роль и степень их участия в профилактической деятельности амбулаторно-поликлинических организаций, нуждается в совершенствовании система мате-

риального стимулирования медицинских сестер за объем и качество выполняемой работы.

**Целью настоящего исследования** явилась разработка и внедрение системы мероприятий, направленных на повышение качества и эффективности труда медицинских сестер городских центров семейной медицины на основе комплексного изучения основных аспектов их деятельности.

**Материал и методы исследования.** За единицу наблюдения при изучении затрат рабочего времени медицинских сестер взят один рабочий час медицинской сестры; при проведении экспертной оценки качества сестринской помощи – каждый элемент труда медицинских сестер.

Для достижения поставленной цели применена комплексная методика изучения труда медицинских сестер, включавшая методы непосредственного замера времени – фотохронометраж и хронометраж, статистический, экспертный, социологический, экспериментальный методы исследования и метод выкопировки данных из первичной медицинской документации.

Использованная комплексная методика позволила с достаточной степенью репрезентативности изучить фактическое состояние организации труда, содержание и

объем работы медицинских сестер центров семейной медицины, определить затраты рабочего времени медицинских сестер на различные элементы труда, дала возможность выявить нерациональные затраты времени, высвободить резервы времени для проведения лечебно-диагностической работы, а также оценить качество сестринской помощи населению в условиях поликлиники и разработать научно-обоснованные рекомендации по повышению качества и эффективности труда медицинских сестер.

Изучена организация труда 60 медицинских сестер (терапевтического профиля – 48, хирургического профиля – 12).

**Обсуждение результатов исследования.** Изучение содержания, объема и организации труда медицинских сестер показало, что выполнению основной деятельности медсестры терапевтического профиля уделяют  $55,6 \pm 1,53\%$  рабочего времени, а хирургического –  $59,1 \pm 0,85\%$ . Значительные затраты времени приходятся на работу с медицинской документацией (от  $27,2 \pm 0,63$  до  $36,4 \pm 1,7\%$ ), что значительно сокращает время, отводимое на непосредственное общение с больными и отрицательно сказывается на качестве оказываемой населению сестринской помощи.

Медицинские манипуляции в структуре затрат рабочего времени составили всего  $6,9 \pm 0,5\%$  у медицинских сестер терапевтического профиля, а хирургического –  $17,5 \pm 0,35\%$ .

Анализ структуры рабочего времени медицинских сестер показал, что особенно мало времени уделяется профилактической работе (от  $7,7 \pm 1,9$  до  $10,5 \pm 0,64\%$ ), в том числе на санитарно-просветительную работу затрачивается лишь от  $3,6 \pm 0,63$  до  $4,9 \pm 0,99\%$  времени. Треть рабочего времени медицинских сестер ( $33,2 \pm 3,96\%$ ) в структуре профилактической работы фактически расходуется на проведение профилактических прививок; участие в проведении профилактических осмотров населения занимает  $15,2 \pm 4,38\%$  рабочего времени, участие в диспансеризации –  $16,9 \pm 0,85\%$ .

На повышение личной квалификации терапевтические медицинские сестры затрачивают  $4,6 \pm 0,4\%$  рабочего времени, а хирургические –  $3,9 \pm 0,21\%$ . Незнание со-

ответствующих инструкций и методических материалов приводит к недостаткам в организации работы медицинских сестер.

Большой удельный вес в структуре рабочего времени медицинских сестер занимают прочие виды работ (от  $24,2 \pm 0,99$  до  $26,1 \pm 4,6\%$ ), которые включают: служебные разговоры, выполнение общественной работы в рабочее время, участие в собраниях, конференциях вне поликлиники, переходы (переезды) и др. Нерациональные затраты в среднем составили  $26,2 \pm 4,31\%$  рабочего времени медицинских сестер.

При обслуживании больных на дому медицинские сестры также недостаточно времени уделяют основным видам деятельности (профилактической работе, выполнению медицинских манипуляций). Значительны затраты на выполнение подготовительной работы ( $15,6 \pm 0,21\%$ ), работу с медицинской документацией ( $18,2 \pm 0,14\%$ ) и прочие затраты времени ( $19,4 \pm 0,18\%$ ).

С целью выявления преимуществ работы медицинских сестер нами изучены организация труда и структура затрат рабочего времени медсестер терапевтических и хирургических отделений (таблица 1). Анализ проведенного исследования показал, что на выполнение медицинских манипуляций медицинские сестры хирургической практики затрачивают в 2 раза больше времени, чем терапевтические медицинские сестры ( $13,5$  против  $6,8\%$ ). Значительна разница в затратах рабочего времени на выполнение профилактической ( $19,1$  против  $6,9\%$ ) и, в том числе, санитарно-просветительной ( $8,3$  против  $4,9\%$ ) работы.

Нами проанализированы кратность и последовательность выполнения медицинскими сестрами видов деятельности в процессе рабочего дня. Установлено, что они часто переключаются с одного вида деятельности на другой, что существенно снижает качество сестринской помощи из-за отсутствия плановости в работе.

Так, участковая терапевтическая медсестра в течение рабочего дня 16 раз возвращается к работе по заполнению медицинской документации, 8 раз занимается служебными разговорами, 5 раз выполняет медицинские манипуляции, 12 раз занимается выполнением прочей работы и т.д.

Таблица 1 - Структура затрат рабочего времени медсестер (в % к итогу)

Элементы труда	Медсестры терапевтических отделений	Медсестры хирургических отделений	Параметры сравнения по Хи-квадрат	
			$\chi^2$	p
Подготовительная работа	4,9	3,4	10,8	0,001
Письменная работа, связанная с приемом больных	13,7	9,9	27,0	0,00
Работа с медицинской документацией в отсутствие больных	21,2	14,7	203,0	0,00
Медицинские манипуляции	6,7	13,5	99,9	0,00
Профилактическая работа	6,9	19,1	725,3	0,00
Повышение личной квалификации	4,9	13,0	231,4	0,0001
Прочие затраты времени	27,8	19,8	170,0	0,0002
Перерывы в работе	13,9	6,6	113,3	0,00
Итого	100,0	100,0		

Медицинская сестра хирургического кабинета 8 раз возвращается к заполнению медицинской документации, 12 раз выполняет медицинские манипуляции и 5 раз занимается прочей работой.

Нами также изучены факторы, влияющие на качество сестринской помощи: рациональное распределение рабочего времени, организация рабочего места, личностные и профессиональные качества медицинских сестер, уровень внедрения новых форм работы сестринского персонала, материальное стимулирование труда, техническое оснащение поликлиник, система контроля качества труда медицинских сестер, внедрение стандартов практической деятельности медицинских сестер и др. По мнению экспертов, при ранговой оценке факторов по степени значимости их влияния на качество сестринской помощи в поликлиниках на первом месте стоит квалификация медицинских сестер (87,1 на 100 опрошенных), на втором – материальное стимулирование труда (76,2), на третьем – техническая оснащенность (67,3), на четвертом – уровень внедрения новых медицинских технологий (стандартов) практической деятельности (62,4), на пятом – организация труда (52,7), на шестом – система контроля качества сестринской помощи (47,1), на седьмом – личностные и профессиональные качества медицинских сестер (35,3) и прочие факторы (29,2). Полученные результаты послужили основанием для разработки рекомендаций по совершен-

ствованию организации труда и рациональному распределению рабочего времени медицинских сестер лечебно-профилактических организаций.

#### Выводы

1. В сложившихся условиях выполнению основных обязанностей медицинские сестры терапевтического и хирургического профилей уделяют в среднем 57,4% рабочего времени. Недостаточно времени затрачивается на профилактическую работу (9,1%) и повышение личной квалификации (4,3%). Велики затраты на работу с медицинской документацией (27,2 - 36,4%) и прочие виды деятельности (24,2 - 26,1%). Нерациональные затраты времени у медицинских сестер терапевтического профиля составляют 26,2%, а хирургического – 19,7%.

2. Изучение мнения медицинских сестер по вопросам организации труда среднего медперсонала показало, что в сложившихся условиях не удовлетворено системой морального стимулирования 64,4% опрошенных; оснащением рабочего места – 58,2%; системой повышения квалификации – 53,1%; информационным обеспечением – 48,7%; организацией рабочего места – 40,2%; условиями труда – 35,6%; системой материального стимулирования – 25,6%; отношениями с администрацией – 23,6% респондентов.

#### Предложения

1. Для повышения качества и эффективности сестринской помощи и управле-

ния деятельностью среднего медперсонала городских поликлиник главным врачам рекомендуется внедрить в практику работы медицинских сестер новые технологии сестринского процесса с использованием технологических карт. «Карта сестринского наблюдения», «Карта медико-социального патронажа», «Сестринская программа формирования здорового образа жизни», «Карта оценки деятельности медицинских сестер» являются элементом контроля качества сестринского процесса и способствуют рациональной организации труда медицинских сестер.

2. Руководителям ЛПО целесообразно ускорить внедрение новых сестринских технологий в практику работы медицинских сестер городских поликлиник. Однако переход на новые формы работы требует пересмотра нормативных нагрузок на медицинскую сестру, а также усиления материально-технического оснащения сестринской деятельности.

3. Необходимо разработать тарифы на сестринские услуги, усовершенствовать систему материального стимулирования медицинских сестер за объем и качество

сестринской помощи с дифференцированной оценкой персонального вклада.

#### **Литература:**

1. Бутенко Т.В. Трудовая миграция медицинских сестер: проблемы и перспективы решения // Психология науки - теория и практика: материалы международной научной конференции (Москва, февраль 2012 г.) - М.: Буки-Веди, 2012. - С.72-75

2. Васильева Т.П. Инновационная деятельность сестринского персонала в условиях муниципальных учреждений здравоохранения // Проблемы управления здравоохранением. - М., 2007. - №4. - С.47-52

3. Двойников С.И., Пензина О.П. Изучение затрат рабочего времени медсестер стационара и некоторые подходы к оценке качества сестринской помощи // Главная медицинская сестра. - М., 2004. - №2. - С.23-27

4. Каратаев М.М., Кожалиев А.К. Из опыта подготовки средних медицинских работников в Кыргызской республике // Сборник научных трудов «Современная медицина на рубеже XX-XXI веков», Бишкек. - 2000. - С. 604-607.

## **АНАЛИЗ ЭКСПЕРТНЫХ ОЦЕНОК КАЧЕСТВА ТРУДА МЕДСЕСТЕР**

**Аскарров М.К.**

**Медицинский факультет Ошского государственного университета**

---

*В данной работе проведен анализ деятельности труда медицинских сестер, предложены рекомендации по рациональному распределению рабочего времени и планированию работы медицинских сестер; разработана методика анализа и оценки качества работы медицинских сестер; предложена программа непрерывного повышения квалификации средних медицинских работников.*

---

**Актуальность.** Реформирование здравоохранения, внедрение высокотехнологичной помощи, обеспечение новым современным оборудованием лечебных учреждений всех уровней особенно остро ставит вопрос подготовки высокопрофессиональных кадров (Каратаев М.М., Акылбеков И.К., 1997; Чубаков Т.Ч. и соавт., 2002; Кучеренко В.З., 2007; Бражников А.Ю., Камынина Н.Н., 2010). Путем к обеспечению практического здравоохранения такими кадрами является качественная си-

стема медицинского образования на до-, и особенно на последипломном уровне.

Внедряемые технологии и организационные подходы к оказанию медицинской помощи показали необходимость активизации роли сестринского персонала, что, в свою очередь, предъявляет более высокие требования к уровню их профессиональных знаний (Лаптев Е.С., 2007; Ронжина Л.Г. 2009; Камынина Н.Н., 2010).

**Цель исследования.** С целью определения нерациональных затрат труда ме-

дицинских сестер и изучения качества сестринской помощи использован метод экспертной оценки. Проведена экспертиза всех видов деятельности медицинских сестер, включая затраты времени, качество, своевременность и полноценность выполнения отдельных элементов труда.

#### **Материалы и методы исследования**

На основании мнения экспертов была дана характеристика качества и эффективности труда медицинских сестер и разработаны рекомендации по совершенствованию сестринской помощи населению в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений.

В сложившихся условиях всего прохронометрировано 605 рабочих дней медицинских сестер (3900 часов), из них в том числе: у медицинских сестер терапевтического профиля – 474 рабочих дня (3081 часов) и хирургического профиля - 126 рабочих дней (819 часов). За это время всего было заполнено и статистически обработано 615 хронокарт и наблюдательных листов.

Проведен сравнительный хронометраж рабочего времени 15 участков медсестер и 10 медицинских сестер общеврачебной практики в течение двух рабочих недель, всего прохронометрировано 228 рабочих дней (1482 часа), заполнено и статистически обработано 228 хронокарт.

Проведена экспертная оценка качества работы медицинских сестер терапевтического и хирургического профилей: 410 случаев сестринского процесса в сложившихся условиях и 236 случаев - в условиях эксперимента.

Проанализировано 1263 анкет, в том числе полученных от 256 врачей, 450 медицинских сестер, 205 студентов Ошского медицинского колледжа, а также 352 анкет от населения по вопросам качества оказания сестринской помощи в условиях городских поликлиник.

Проведен опрос-интервью 45 медицинских сестер (терапевтического и хирургического профилей) по заранее намеченной программе об организации и качестве оказания сестринской помощи населению.

#### **Обсуждение результатов.**

В условиях эксперимента (2010-2011

гг.) у 24 медицинских сестер было прохронометрировано всего 244 рабочих дня (1586 рабочих часов), из них у медицинских сестер терапевтического и хирургического профилей – по 122 рабочих дня (793 рабочих часа).

Экспертная оценка качества труда медицинских сестер показала, что врачебные назначения в  $37,3 \pm 0,85\%$  случаев выполняются некачественно, а в  $34,2 \pm 1,2\%$  - несвоевременно. При этом в более трети случаев ( $39,9 \pm 0,7\%$ ) имеет место выполнение стандартов (технологий) сестринской помощи в полном объеме. Уровень культуры обслуживания пациентов низкий в  $35,9 \pm 2,2\%$  случаев, средний – в  $44,2 \pm 0,98\%$  и лишь в  $19,9 \pm 1,1\%$  случаев оценен как высокий.

Экспертная оценка показала, что в  $35,4 \pm 1,2\%$  случаев медицинские сестры нерегулярно проводят медико-социальный патронаж, при этом полноценное участие в диспансеризации принимает половина ( $50,8 \pm 1,4\%$ ) медицинских сестер. В  $21,2\%$  случаев контроль явки диспансерных больных проводится нерегулярно, а в трети случаев ( $33,2\%$ ) вновь выявленные больные несвоевременно взяты на диспансерный учет.

По материалам экспертизы, почти в трети ( $32,5 \pm 1,1\%$ ) случаев профилактическая работа медицинскими сестрами выполняется некачественно, профилактические прививки проводятся несвоевременно в  $17,6\%$  случаев. В  $25,6 \pm 1,2\%$  случаев имеет место нарушение санитарно-противоэпидемического режима. Установлено, что в  $21,3\%$  случаев медицинские сестры не имели плана проведения профилактической работы.

Экспертная оценка показала, что  $27,6\%$  медицинских сестер занимается санитарно-просветительной работой нерегулярно. В более половины ( $57,8 \pm 1,4\%$ ) случаев медсестры проводят санитарно-просветительную работу среди населения своего участка качественно, а более трети медсестер ( $37,8\%$ ) ограничивается выпуском санбюллетеней из-за отсутствия материального стимулирования за объем и качество этой работы.

По мнению экспертов, своевременно

выполняют работу по ведению медицинской документации лишь 39,8±1,8% медицинских сестер, а качественно - менее половины (41,7±2,3%).

Экспертная оценка показала, что почти в 2/3 (63,2±2,1%) случаев рабочее место медицинских сестер организовано нерационально. Лишь 33,2% медицинских сестер обеспечиваются стандартными и рецептурными бланками, вкладышами, канцелярскими принадлежностями, средствами оргтехники в полном объеме, а 18,3% - недостаточно. У 28,7% медицинских сестер на рабочем месте отсутствуют инструктивно-

методические материалы по вопросам организации их труда, а 19,8% обеспечены ими лишь частично. 68,3% медицинских сестер, более трети (35,6%) медицинских сестер нерегулярно проходят повышение квалификации. Лишь 9,5% медицинских сестер имеют высшую квалификационную категорию, 21,2% - первую, а 29,3% - вторую.

Эффективность этих рекомендаций апробирована в условиях организационного эксперимента на базе двух городских центров семейной медицины г. Ош.

Таблица 1 - Удовлетворенность населения качеством сестринской помощи на 100 опрошенных)

Основные элементы организации труда медсестер	Полностью удовлетворены	Не совсем удовлетворены	Не удовлетворены
Внешним видом медицинских сестер	26,1	31,8	42,1
Знанием психологии общения с пациентами	27,8	27,9	44,3
Профессиональной подготовкой	25,3	31,8	42,9
Выполнением врачебных назначений	30,4	32,2	37,4
Выполнением санитарно-просветительной работы	31,6	13,6	54,8
Личностными характеристиками медсестер	22,2	18,5	59,1
Условиями труда	33,1	30,7	36,2
Оснащением рабочего места	39,9	32,5	27,6
Уровнем культуры обслуживания	36,1	24,4	39,5
Качеством сестринской помощи	28,4	36,4	35,2

Известно, что на качество работы медицинских сестер значительное влияние оказывает уровень квалификации. Сертификат специалиста имеют

В условиях эксперимента у медицинских сестер терапевтического профиля удельный вес затрат времени на выполнение основной работы повысился до 66,2±0,35 против 55,6±1,53% в сложившихся условиях, особенно на такие виды деятельности, как проведение профилактической, санитарно-просветительной работы, выполнение медицинских манипуляций (таблица 2). Затраты времени на эти виды деятельности у медицинских сестер хирургического профиля увеличились с 59,1±0,85 до 69,2±0,57% от общего бюджета рабочего времени.

Значительную долю в структуре затрат рабочего времени медицинских сестер терапевтического профиля в условиях экс-

перимента занимает профилактическая работа: 12,8±0,8 против 7,7±1,9%. Затраты времени на проведение профилактической работы у хирургических медицинских сестер также значительно возросли (с 10,5±0,64 до 15,3±0,42%).

В структуре профилактической работы значительно увеличились затраты рабочего времени медицинских сестер терапевтического и хирургического профиля на проведение санитарно-просветительной работы (с 4,9±0,99 до 8,1±0,42% и с 3,6±0,63 до 7,8±0,82%).

В условиях эксперимента значительно возросли затраты рабочего времени на выполнение медицинских манипуляций. У медицинских сестер терапевтического профиля эти затраты составили 14,9±0,7 против 6,9±0,5%, а хирургического - 24,2±0,85 против 17,5±0,35% в сложившихся условиях.

Таблица 2 - Структура затрат рабочего времени медсестер терапевтического и хирургического профилей по элементам труда в сложившихся условиях и в эксперименте (в % к итогу)

Элементы труда	Медсестры терапевтического профиля			Медсестры хирургического профиля		
	в сложившихся условиях	в эксперименте	p	в сложившихся условиях	в эксперименте	p
Подготовительная работа	5,4	4,1	0,069	6,6	4,7	0,013
Письменная работа, связанная с приемом больных	14,1	11,9	0,11	10,9	8,7	0,01
Работа с медицинской документацией в отсутствие больных	22,3	17,9	0,033	16,3	13,2	0,016
Медицинские манипуляции	6,9	14,9	0,006	17,5	24,2	0,0015
Профилактическая работа	7,7	12,8	0,07	10,5	15,3	0,01
Повышение личной квалификации	4,6	8,7	0,005	3,9	7,8	0,002
Прочие затраты времени	26,1	20,8	0,25	24,2	18,5	0,029
Перерывы в работе	12,9	8,9	0,006	10,1	7,6	0,22
Итого	100	100		100	100	

В условиях эксперимента медсестры значительно больше времени уделяют повышению личной квалификации (терапевтические медицинские сестры - до  $8,7 \pm 0,1\%$ , хирургические – до  $7,8 \pm 0,14\%$ ) путем изучения специальной медицинской литературы и активного участия в работе сестринских конференций, совета медицинских сестер.

Уменьшились затраты рабочего времени терапевтических медицинских сестер на ведение медицинской документации ( $29,8 \pm 1,3$  против  $36,4 \pm 1,7\%$ ) благодаря использованию штампов-клише, унифицированных бланков и трафаретов для выписывания направлений на различные исследования и консультации специалистов, заполнения справок и др. Медицинские сестры хирургического профиля затрачивают на ту же работу  $21,9 \pm 0,56\%$  рабочего времени против  $27,2 \pm 0,63\%$  в сложившихся условиях.

Сократились затраты времени медицинских сестер терапевтического профиля на выполнение подготовительной работы (с  $5,4 \pm 0,3$  до  $4,1 \pm 0,4\%$ ), на прочие виды работ (с  $26,1 \pm 4,6$  до  $20,8 \pm 0,4\%$ ) за счет передачи ряда несвойственных медицинским сестрам функций младшему медицинскому персоналу. У хирургических медсестер эти за-

траты сократились с  $24,2 \pm 0,99$  до  $18,5 \pm 0,9\%$ .

Сократились перерывы в работе у медицинских сестер терапевтического профиля с  $12,9 \pm 0,2$  до  $8,9 \pm 0,4\%$  и хирургического - с  $10,1 \pm 1,98$  до  $7,6 \pm 0,14\%$  за счет предварительного планирования на этот период времени объема профилактической, санитарно-противоэпидемической и других видов работ.

Анализ частоты переключений медицинских сестер с одного вида деятельности на другой в течение рабочего дня в условиях эксперимента показал, что их общее число у медицинских сестер терапевтического профиля сократилось с 61 до 28, а хирургического профиля – с 54 до 26 в результате внедрения планов работы и рационального использования рабочего времени.

В условиях эксперимента улучшилось качество выполнения врачебных назначений с  $63,4$  до  $70,3\%$  у медсестер терапевтического профиля ( $ДИ_{p495\%}$ :  $9,1-24,8$ ) и с  $62,1$  до  $71,8\%$  - хирургического ( $ДИ_{p495\%}$ :  $8,3-21,2$ ). Доля больных, получивших, по мнению экспертов, полноценный уход составила  $73,8\%$  против  $48,5\%$  в сложившихся условиях ( $ДИ_{p495\%}$ :  $26,8-42,8$ ). Выполнение стандартов (технологий) сестринской

помощи в полном объеме возросло у терапевтических медсестер с 35,7 до 58,9% случаев (ДИ<sub>рч95%</sub>: 15,3-31,2), а у хирургических медсестер - с 44,1 до 61,5% (ДИ<sub>рч95%</sub>: 13,8-23,5).

Улучшились регулярность и качество проведения патронажа в среднем на треть, качество выполнения диспансерной работы в 1,5 раза (ДИ<sub>рч95%</sub>: 7,49-23,19). Объем санитарно-просветительной работы увеличился почти на 15% (ДИ<sub>рч95%</sub>: 18,99-34,98). Удовлетворенность населения качеством сестринской помощи в условиях эксперимента возросла с 63,6 до 76,1% (ДИ<sub>рч95%</sub>: 3,34-19,1).

Таким образом, результаты экспериментальной проверки разработанных нами рекомендаций по совершенствованию организации и повышению качества труда медицинских сестер городских центров семейной медицины подтвердили их эффективность, значимость и целесообразность внедрения в практику.

**Выводы:** 1. Экспертная оценка качества работы медицинских сестер терапевтического и хирургического профилей показала, что некачественное выполнение медицинских манипуляций установлено в 37,3% случаев; неполноценный патронаж – в 35,4%; несвоевременное проведение профилактических прививок – в 17,6%; недостаточное соблюдение санитарно-противоэпидемического режима – в 25,6%; неполноценное проведение санитарно-просветительной работы – в 37,8%; некачественное ведение медицинской документации – в 58,3%; низкий уровень культуры обслуживания – в 35,9% случаев.

2. Изучение мнения населения показало, что личностными характеристиками медсестер не удовлетворено 59,1% опрошенных; санитарно-просветительной работой – 54,8%; психологией общения с пациентами – 44,3%; внешним видом медсестер – 42,1%; уровнем культуры обслуживания – 39,5%; выполнением врачебных назначений – 37,4%; качеством сестринской помощи – 35,2% респондентов.

3. По мнению экспертов, при ранго-

вой оценке факторов по степени значимости их влияния на качество сестринской помощи в поликлиниках на первом месте стоит квалификация медицинских сестер (87,1 на 100 опрошенных), на втором – материальное стимулирование труда (76,2), на третьем – техническая оснащенность (67,3), на четвертом – уровень внедрения новых медицинских технологий (стандартов) практической деятельности (62,4), на пятом – организация труда (52,7), на шестом – система контроля качества сестринской помощи (47,1), на седьмом – личностные и профессиональные качества медицинских сестер (35,3).

### Литература:

1. Бражников А.Ю., Камынина Н.Н. Пути модернизации высшего сестринского образования в России// Проблемы управления здравоохранением, М., 2010.- №2.- С.19-24
2. Камынина Н.Н. Развитие отечественной системы подготовки руководителей сестринских служб // Проблемы управления здравоохранением, М., 2010.- №6.- С.9-12
3. Каратаев М.М., Акылбеков И.К. Реформа системы финансирования учреждений здравоохранения Кыргызской Республики// Журнал "Наука и новые технологии", Бишкек.- 1997.- № 4.- С. 174-178
4. Кучеренко В.З. Особенности организационно-финансовой деятельности медицинских учреждений в современных экономических условиях// Экономика здравоохранения.- 2007.- №4.- С.5-8
5. Лаптева Е.С. Организация контроля качества сестринского ухода в лечебно-профилактических учреждениях// Медицинская сестра.- 2007.- №8.- С.4-13
6. Ронжина Л.Г. Планирование и прогнозирование подготовки медицинских кадров // Сестринское дело.- 2009.- №2.- С.22-23
7. Чубаков Т. Ч. И соавт., Пути улучшения последиplomной подготовки медицинских работников// Журнал Проблемы управления здравоохранением, Москва.- 2002.- № 5.- С.43-45

## СОСТОЯНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ СТАЦИОНАРОВ РЕСПУБЛИКИ

Каратаев М.М., Абдрахманов Ш.Т.

### Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации

**Аннотация.** В данной статье представлены результаты оценки состояния материально-технической базы 50 стационаров республики, эффективность использования основных и оборотных средств. Приведены данные экспертной оценки материально-технической базы, которая показала, что более половины зданий морально и технически устарели, а вновь строящиеся здания законсервированы из-за отсутствия финансирования на строительство.

**Актуальность исследования.** Деятельность здравоохранения по укреплению и сохранению здоровья населения в значительной мере зависит от организации стационарной помощи. Этот вид медицинской помощи остается дорогостоящим и ресурсоемким. Издержки на госпитальную помощь по-прежнему составляют до 70-75% от затрат на здравоохранение (О.П. Щепин, 2000; И.Н.Денисов, 2000; В.З. Кучеренко и соавт., 2003; Мамытов М.М., Каратаев М.М., 2004). Между тем переход на стационарозамещающие технологии осуществляется методом проб и ошибок.

Стационары и поликлиники действуют сами по себе без должной координации их работы, нет достаточных стимулов в пользу выбора (М.М. Каратаев, И.К. Акылбеков, 1997). До сих пор не решен вопрос, какую часть стационарной помощи необходимо переместить на амбулаторно-поликлиническое звено с использованием стационарозамещающих технологий (стационары дневного пребывания, стационары на дому и др.). Нет четкого представления, какой должна быть структура стационаров, в частности, дискутируется вопрос об объемах коечного фонда для интенсивного наблюдения, для лечения больных с хроническими заболеваниями, восстановительного лечения. Особо остро стоит вопрос о целесообразности оказания в стационарах медико-социальной помощи.

Дальнейшая структурная реорганизация больничных учреждений в современных социально-экономических условиях республики предполагает, в первую очередь, рациональное использование имеющихся ресурсов. На этой основе особо актуальный характер принимает рационализация и оптимизация коечного фонда с целью максимального и эффективного использования; дальнейшее развитие стационаро-замещающих технологий оказания медицинской помощи, улучшение деятельности консультативно-диагностической службы.

Вопросы реструктуризации стационарной медицинской помощи и качества ее оказания на сегодняшний день являются чрезвычайно важными, поэтому проблема оптимизации деятельности учреждений здравоохранения является актуальной.

**Целью исследования** явилось изучение материально-технической базы стационарных учреждений в существующих условиях.

#### **Материалы и методы исследования**

Объектом исследования явились стационары государственной системы здравоохранения.

В работе использованы методы, позволяющие решить поставленные задачи: историко-аналитический, экспертных оценок, экономический, контент-анализа и организационного моделирования.

Всего было проведено 654 экспертных исследования: в терапевтических отделениях - 103, кардиологических - 64, неврологических - 73, гинекологических - 102, травматологических - 63, хирургических - 249.

**Обсуждение результатов.** До 1994 года развитие больничных учреждений определялось численностью коечного фонда в расчете на 10 000 населения. Увеличи-

валась численность населения, повышался коечный фонд, что, в свою очередь, развивало мощности стационарной службы. С 1996 г. указанный процесс развития стационарной службы существенно замедлился, хотя финансирование стационаров осуществляется территориальными управлениями фонда обязательного медицинского страхования по пролеченным случаям.

Основное внимание уделялось эффективности использования основных и оборотных средств. С этой целью была проведена переоценка основных средств и их остаточной стоимости.

Экспертная оценка состояния зданий, функциональных помещений и коммуникационной системы стационарных учреждений ООБ, ТБ и ЦОВП (общее количество 50) установила следующее положение:

- 60% зданий технически устарели, так как были построены 20 - 40 лет назад, за последние 5 лет обновления основных средств практически не происходило;

- законсервировано более 54 вновь строящихся объектов здравоохранения, в строительство которых вложено свыше 100 млн. сомов (без учета инфляционного коэффициента);

- 64,9% стационаров и 44,3% амбулаторно-поликлинических учреждений расположены в старых, приспособленных зданиях, не соответствующих строительным нормам и правилам, 47% ФАП нуждаются в капитальном ремонте, а 13% из них находились в аварийном состоянии;

- в 60% стационарных учреждений страдало качество работы таких вспомогательных подразделений, как отделение переливания крови, кухня, прачечная и ЦСО из-за аварийного состояния канализации и водоснабжения, требующих полной или частичной замены водопроводных труб и санитарно-технического оборудования;

- практически все ЛПУ были оснащены твердым и мягким инвентарем на 30 - 40% от нормативной потребности;

- только на 80% ЛПУ обеспечены санитарным автотранспортом. 89,1% ЛПУ, имеющих транспортные средства,

не имели горюче-смазочного материала в достаточном количестве;

- ЛПУ оснащены медицинской техникой и оборудованием лишь на 35,5% от нормативной потребности (табель оснащенности 1963 года). Основная его часть морально и физически устарела. По республике простаивало от 8 до 15% имеющегося оборудования.

- Свыше 7% парка медицинской техники импортного производства, из них 15 - 20% простаивало из-за отсутствия расходных материалов и запасных частей.

- свыше 63% имеющегося медицинского оборудования приобретено свыше 10, а то и 20 лет назад, выработало свои ресурсы и должно быть списано;

- медицинские технические средства, поставленные в более поздний период, более, чем на 70% произведены в западных странах и Японии, не используются из-за отсутствия запасных частей;

- работающая аппаратура повсеместно не подвергается сервисному профилактическому осмотру и обслуживанию. Это, в первую очередь, касается сложных дорогостоящих диагностических приборов (УЗИ, многоканальные ЭКГ, наркозные дыхательные аппараты, лабораторное оборудование, прикроватные мониторы, рентген-аппаратура).

- в 34% ЛПУ отсутствуют такие необходимые приборы и аппараты, как УЗИ, аппараты эндоскопии, суточного мониторинга, наркозные дыхательные аппараты. Практически во всех клиниках на сегодняшний день не работают централизованные системы подачи сжатого воздуха и кислорода.

- из-за отсутствия бумаги не используется до 40% электрокардиографических аппаратов.

Экспертная оценка материально-технической базы ЛПУ показала, что более половины зданий морально и технически устарели, а вновь строящиеся здания законсервированы из-за отсутствия финансирования на строительство, свыше 60% процентов хозяйственных коммуникаций (водопровод, канализация) и санитарно-технических сооружений находятся в аварийном состоянии, больницы оснащены

мягким и твердым инвентарем лишь на 30%. Во всех ЛПУ из-за устаревшего оборудования и отсутствия расходных материалов и реактивов резко сокращены объем и спектр данных услуг. Во многих медицинских учреждениях, из числа обследованных отсутствуют элементарные удобства: нет водопровода в 27,7% зданий поликлиник и в 15,6% стационаров; канализации, соответственно, в 35,3%, и 31,1 %; горячего водоснабжения – в 63,0% и 68,9%, центрального отопления – в 35,3%, и 22,2%, телефонной связи – в 31,1%, и 1,4% соответственно. Особенно низкий уровень благоустройства у фельдшерско-акушерских пунктов: 69,5% из них не имеют водопроводов и 79,8% - телефонной связи.

Таким образом, стационарные учреждения, масштабы которых рассчитывались не по потребности, а по числу коек на 10 000 населения, развертывались в приспособленных помещениях, а средств на их реконструкцию и поддержание практически не выделялось. Как результат на сегодня больницы имеют множество зданий, которые не только не отвечают санитарно-гигиеническим требованиям, но и находятся в аварийном состоянии.

Ветхость основных средств и отсутствие финансов на капитальное строитель-

ство поставили вопрос о проведении функциональной и структурной реорганизации стационарной помощи.

#### **Использованная литература:**

1. Денисов И.Н. Становление семейной медицины в Российской Федерации// Медицинская сестра. – 2000. - № 5. - С.2-4.
2. Каратаев М.М., Акылбеков И.К. Реформа системы финансирования учреждений здравоохранения Кыргызской Республики// Наука и новые технологии. – Бишкек, 1997. - № 4.- С. 174-178
3. Кучеренко В.З., Яковлев Е.П., Кудрявцев Ю.Н., Трофимов А.С. Некоторые подходы к оценке качества лечебно-диагностического процесса // Проблемы управления здравоохранением.- М., 2003.- № 1.- С. 13-17
4. Мамытов М.М., Каратаев М.М. Современное состояние и основные направления развития системы здравоохранения Кыргызстана // Экономика здравоохранения.- М., 2004. - № 2.- С. 5-15
5. Щепин В. О. Структурная эффективность системы лечебно-профилактической помощи в 90-е годы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. - №3. – С. 24-27.

## **ОПЫТ ПРИОРИТЕТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

**Абдрахманов Ш.Т.**

**Кафедра хирургических болезней медицинского факультета  
Ошского государственного университета**

---

В данной работе обоснована тактика лечения больных острым холециститом с приоритетным использованием малоинвазивных холецистэктомий. В результате ретроспективного и проспективного выборочных исследований результатов хирургического лечения распределены на две группы больные с острым холециститом, оперированных в течение 6 лет. Представлены структуры осложнений при остром холецистите и их анализ.

---

**Актуальность.** За последние 20 лет отмечен рост заболеваемости острым калькулезным холециститом (Агафонова Н.А., Яковенко Э.П., Григорьев П.Я.,2005; Екимова Н.В.,2009). В настоящее время в аб-

доминальной хирургии острый холецистит и его осложнения занимают второе место после острого аппендицита (Болдин Б.В.,2000; Брыкалина Ю.В., Куркин А.В.,2012), а послеоперационная леталь-

ность составляет 0,1-15% (Amigo L. et all., 2011), возрастая в группе лиц пожилого и старческого возраста до 26% (Екимова Н.В., 2009; Алиев Ю.Г., 2013).

Новые перспективы радикального хирургического лечения пациентов с желчнокаменной болезнью появились благодаря внедрению в клиническую практику малотравматичных операций: лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из минидоступа (Брыкалина Ю.В., Куркин А.В., 2012; Алиев Ю.Г., 2013).

Холецистэктомии из малоинвазивных доступов обеспечивают более быстрое выздоровление, снижение дискомфорта в послеоперационном периоде, раннее возвращение к активной деятельности, хороший косметический эффект (Агафонова Н.А., Яковенко Э.П., Григорьев П.Я., 2005).

**Цель исследования.** Обосновать тактику лечения больных острым холециститом с приоритетным использованием малоинвазивных холецистэктомий.

**Материал и методы исследования.** Для оценки результатов хирургического лечения проведено исследование 750 больных, оперированных по поводу острого холецистита с 2005 по 2007 и с 2011 по 2013 годы в хирургических отделениях Ошской межобластной объединенной клинической больницы, которые были разделены на две группы.

1. Группа сравнения - ретроспективное выборочное исследование результатов хирургического лечения 361 пациента с острым холециститом в периоды с 2005 по 2007 годы на основании изученных историй болезней.

2. Основная группа - проспективное выборочное исследование результатов хирургического лечения 389 пациентов с острым холециститом оперированных с 2011 по 2013 годы.

Выбор этих групп основан на том, что с 2005 года в практику экстренной хирургии внедрено круглосуточное выполнение лапароскопических операций, а с 2006 года началось выполнение экстренных операций с использованием набора инструментов «Мини-Ассистент».

Критериями исключения в обеих

группах служили пациенты с патологией внепеченочных желчных протоков и острым панкреатитом.

**Результаты и их обсуждение.** При сравнительной оценке, количество оперированных больных по поводу острого холецистита в течение 6 лет достоверно увеличилось на 28 (7,8%) пациента. При этом средний возраст увеличился на 6,2 года. Также отмечен достоверный рост количества больных старших возрастных групп (старше 60 лет). В группе сравнения этот показатель составил 148 (40,1%) пациентов, в основной соответственно 225 (57,9%) ( $p < 0,05$ ). Обращает на себя внимание большое количество больных среднего, наиболее трудоспособного возраста (30-60 лет) - в группе сравнения это количество составило - 210 (51,6%) т.е. более половины, в основной - 184 (40,9%) пациента.

По половой принадлежности значимых отличий нет: в основной группе мужчин было 122 (27,2%), женщин - 328 (72,8%). В группе сравнения, соответственно, 97 (26,9%) и 264 (73,1%).

Распределение пациентов в сравниваемых группах по тяжести состояния согласно классификации ASA представлено в таблице 1.

Таблица 1 - Распределение больных по классификации ASA

Классы	Группа сравнения		Основная группа		Достоверность различий
	Абс.	%	Абс.	%	
I класс	83	23,0	53	13,6	P=0,007
II класс	142	39,3	138	35,5	P=0,505
III класс	102	28,3	157	40,4	P=0,018
IV класс	34	9,4	41	10,5	P=0,733
Итого	361	100,0	389	100,0	

Более 65% пациентов в обеих группах (67,6% - группа сравнения, 75,9% - основная группа) имели II и III классы по классификации ASA - это пациенты с компенсированными и частично компенсированными системными заболеваниями, которым можно выполнить малоинвазивную операцию. Больным, у которых была констати-

рована декомпенсация сопутствующих заболеваний (IV класс), на дооперационном этапе проводилась корригирующая терапия совместно со смежными специалистами.

Все пациенты группы сравнения и основной групп поступили в стационар по

экстренным показаниям. Время от начала заболевания колебалось от 2-х часов до 7 суток. Длительность заболевания на момент госпитализации представлена в таблице 2.

Таблица 2 - Распределение больных по длительности заболевания

Длительность заболевания	Группа сравнения		Основная группа		Достоверность различий
	Абс.	%	Абс.	%	
До суток	77	20,3	92	23,7	P=0,604
24-72 часа	196	54,3	191	49,1	P=0,459
Более 3 суток	88	24,4	106	27,2	P=0,543
Итого	361	100,0	389	100,0	

Таким образом, более половины (54,3%) пациентов группы сравнения и 49,1% основной госпитализированы в стационар спустя 1-3 дня от начала заболевания. Достоверных различий в сравниваемых

группах по длительности заболевания не выявлено.

Структура осложнений при остром холецистите представлена в таблице 3.

Таблица 3 - Осложнения острого холецистита

Осложнение острого холецистита	Группа сравнения (n=361)		Основная группа n=389		Достоверность различий
	Абс.	%	Абс.	%	
Околопузырный инфильтрат	26	7,2	38	9,8	P=0,306
Околопузырный абсцесс	19	5,3	27	6,9	P=0,454
Перфорация желчного пузыря	4	1,1	3	0,8	P=0,924
Разлитой перитонит	9	2,5	8	2,1	P=0,883
Итого	58	16,1	76	19,5	P=0,346

Осложненное течение острого холецистита наблюдалось в группе сравнения у 58 (16,1%) больных, в основной – у 76 (19,5%) пациентов ( $p > 0,05$ ).

Чаще всего из осложнений острого холецистита встречались – околопузырный инфильтрат. В группе сравнения частота этих осложнений составила 7,2% в основной - 9,8%. Также часто встречались околопузырные абсцессы – 19 (5,3%) и 27 (6,9%) случаев соответственно.

При анализе морфологических форм воспаления желчного пузыря, по данным патологоанатомического и макроскопического исследования, катаральная форма холецистита в группе сравнения диагностирована у 81 (22,4%) пациентов, флегмонозная – у 164 (45,4%), гангренозная – в 116 (32,1%) случаях. В основной группе эти формы устанавливались соответственно в 87 (22,3%), 180 (46,3%) и 122 (31,4%) слу-

чаях. По поводу острого деструктивного холецистита оперированы 77,5% пациентов группы сравнения и 77,7% основной группы ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, сравниваемые группы были сопоставимы по полу, морфологическим формам, количеству осложненных форм острого холецистита и срокам от начала заболевания до госпитализации.

Предоперационное лабораторное обследование больных заключалось в выполнении клинического анализа крови, общего анализа мочи, биохимического анализа, исследования свёртывающей системы крови (коагулограмма), определения группы крови и резус-фактора, реакции Вассермана.

Из инструментальных исследований всем пациентам в обязательном порядке выполнялась рентгенография органов грудной клетки, электрокардиография, ультразвуковое исследование органов брюшной

полости и брюшинного пространства, эзофагогастродуоденоскопия с осмотром большого дуоденального соска, а при наличии показаний (подозрение на холедохолиази, механическую желтуху) – эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография.

Обязательным являлась консультация терапевта. При наличии сопутствующих жалоб и анамнеза проводилась консультация смежных специалистов (гинеколог, невролог, эндокринолог и т.д.).

После клинического, лабораторного и инструментального обследования пациентам проводили консервативное лечение, включающее в себя в обязательном порядке новокаиновую сакроспинальную блокаду, голод, инфузионную терапию, введение спазмолитиков.

При лечении больных с острым холециститом, оперированных с 2005 по 2007 года (группа сравнения) применялась следующая тактика. При поступлении в стационар, пациентам с клинической картиной перитонита, после кратковременной предоперационной подготовки (в течение 6 часов) выполнялась верхне-срединная лапаротомия, холецистэктомия под эндотрахеальным наркозом.

Больные, у которых отсутствовали показания к экстренной операции.

Этим пациентам проводился комплекс консервативного лечения и предоперационное обследование в течение первых 2-х суток от момента госпитализации.

Вопрос о проведении оперативного лечения решался в утренние часы третьих суток с момента поступления больного в хирургический стационар. Показанием к оперативному лечению служило отсутствие положительной динамики от проведенного консервативного лечения и / или признаки острого деструктивного холецистита, основанные на следующих критериях: клиническая картина деструктивного холецистита; ультразвуковые признаки деструкции стенки желчного пузыря; сохраняющиеся воспалительные изменения в общем анализе крови.

Выбор способа операции осуществлялся на основании тяжести состояния больного с учётом сроков заболевания и

классификации американской ассоциации анестезиологов – ASA.

При наличии у больных I и II класса по классификации ASA выполнялась лапароскопическая холецистэктомия (до 3-х суток заболевания) либо традиционная холецистэктомия (более 3-х суток заболевания).

Противопоказаниями к лапароскопической холецистэктомии считали следующие: выраженные легочно-сердечные нарушения, нарушения свертывающей системы крови, поздние сроки беременности, перенесенные операции на верхнем этаже брюшной полости, выраженные рубцово-инфильтративные изменения в области шейки желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки.

При III классе больным выполнялась традиционная холецистэктомия.

Пациентам, с вышеописанными классами операционно-анестезиологического риска и с осложнённым течением острого холецистита холецистэктомия выполнялась из лапаротомного доступа, которая при необходимости дополнялась холедохотомией.

Больным с IV классом проводилось двухэтапное лечение: на первом этапе формировалась лапароскопическая холецистостома, на втором осуществлялась холецистэктомия.

После внедрения в хирургические стационары способов неотложной малоинвазивной хирургии, тактика лечения больных с острым холециститом, оперированных с 2011 по 2013 года (основная группа), изменилась следующим образом.

Вопрос о проведении оперативного лечения решался в первой половине вторых суток с момента поступления больного в хирургический стационар. Показания к оперативному лечению остались прежними.

Выбор способа операции в основной группе больных осуществлялся следующим образом (положительное решение на патент «Выбор способа оперативного лечения при остром деструктивном холецистите»). При наличии у пациента I-II класса по ASA (до 3-х суток заболевания), после проведения предоперационной подготовки и дообследования, выставлялись показания к лапаро-

скопической холецистэктомии.

При выявлении противопоказаний во время операции: отсутствие дифференцировки ткани в области желчного пузыря и печёчно – двенадцатиперстной связки, наличие плотных рубцовых сращений в области желчного пузыря, наличие плотного околопузырного инфильтрата, если в течение 30 минут от начала попыток выделения желчного пузыря из воспалительного инфильтрата идентифицировать анатомические структуры взаимоотношения элементов гепатодуоденальной связки не удалось, выполняется переход на холецистэктомию из минидоступа.

Если при выполнении лапароскопической холецистэктомии возникало массивное кровотечение либо верифицировался холецисто-дуоденальный свищ, то выполняется переход на традиционную холецистэктомию. Разрез брюшной стенки – верхне-срединная лапаротомия.

При III классе ASA либо при сроке от момента заболевания более 3-х суток выбирали холецистэктомию из минидоступа, с использованием набора инструментов «Мини-Ассистент».

Показания для перехода на традиционную холецистэктомию: массивное кровотечение, холецисто-дуоденальный свищ, если в течение 30 минут от начала попыток выделения желчного пузыря из воспалительного инфильтрата идентифицировать анатомические структуры взаимоотношения элементов гепатодуоденальной связки не удалось.

Противопоказания к малоинвазивным холецистэктомиям мы считали следующие: выраженные легочно-сердечные нарушения, нарушения свертывающей системы крови, поздние сроки беременности (для лапароскопической холецистэктомии), необходимость ревизии других органов брюшной полости (для холецистэктомии из минидоступа).

При наличии у пациента тяжёлых декомпенсированных сопутствующих заболеваний, что соответствовало IV классу по ASA, и наличии противопоказаний к малоинвазивным холецистэктомиям выполняли традиционную холецистэктомию.

Показаниями к традиционной холе-

цистэктомии служили распространенный перитонит, интраоперационные осложнения при малоинвазивных холецистэктомиях.

### Выводы

1. За 6 лет в увеличилось число операций выполненных в Ошской межобластной объединенной клинической больнице по поводу острого холецистита на 7,8%, со смещением среднего возраста с 56,4 до 62,6 лет, сопровождающейся увеличением числа и выраженности сопутствующих заболеваний, при этом сохраняется высокий процент деструктивных форм –77,7%, что ограничивает возможность выполнения лапароскопических холецистэктомий.

2. Приоритетное использование малоинвазивных холецистэктомий возможно у 87, 7% больных, при этом уменьшается число летальных исходов до 1,3% послеоперационных осложнений до 6,9%.

### Использованная литература:

1. Агафонова, Н.А. Синдром диспепсии после холецистэктомии / Н.А. Агафонова, Э.П. Яковенко, П.Я. Григорьев // Материалы V съезда Научного общества гастроэнтерологов России. – М., 2005. – С. 325–326.
2. Алиев, Ю. Г. Минилапаротомный доступ в хирургическом лечении желчнокаменной болезни / Ю. Г. Алиев // Хирургия. Журнал им.Н.И. Пирогова. 2013. - №3.- С. 95-97
3. Болдин, Б.В. Клиника, диагностика и хирургическое лечение холестероза желчного пузыря : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Б.В. Болдин – М., 2000. – 41с.
4. Брыкалина, Ю.В. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы (обзор литературы) / Ю.В. Брыкалина, А.В. Куркин //
5. Вестник клуба панкреатологов .– 2012. – №3. – С. 19-22.
6. Екимова, Н.В. К этиопатогенезу желчнокаменной болезни и холестероза желчного пузыря / Н.В. Екимова, В.Б. Лифшиц // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5, № 3. – С. 337–341.
7. Amigo, L Apolipoprotein A-I deficiency does not affect biliary lipid secretion and gallstone formation in mice / L. Amigo, V. Quicones, A. Leiva et al. // Liver Int. - 2011.- Vol.31, N 2. - P.263–271.

## ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫЕ ТИПЫ ЭЭГ ПРИ ИШЕМИЧЕСКИХ И ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ

Турдубаева Г.Т.

*КГМИПуПК*

В статье описывается частота встречаемости тех или иных картин ЭЭГ при острых нарушениях мозгового кровообращения (ишемические и геморрагические инсульты)

*Ключевые слова:* электроэнцефалограмма при инсультах, биоэлектрическая активность головного мозга при сосудистых заболеваниях головного мозга.

This study is intended to develop a modified EEG classification (patterns-35), and based on the review of the clinical data in 31 patients with cerebral vascular disorders

*Key words:* EEG, vascular diseases

**Актуальность работы:** Как и ЭКГ в кардиологии характеризует функциональное состояние сердечной мышцы, так и ЭЭГ характеризует и довольно успешно функциональное состояние головного мозга, используя для анализа биотоки, суммирующиеся в довольно сложные кривые. Частота встречаемости хронических нарушений мозгового кровообращения во всем мире очень высокая и имеет тенденцию к росту. Большинство людей трудоспособного возраста теряют качество жизни из-за перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения. Смертность в Кыргызстане, как и во всем мире от сердечно - сосудистых заболеваний высокая, в том числе и от инсультов головного мозга проведение данного исследования нам представилось

актуальным.

**Материал и методы исследования:** Обследовано 31 пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения в остром периоде, из них 22 человека с ишемическим инсультом, 9 человек с геморрагическим инсультом. Обследованы стационарные пациенты отделения ангионеврологии Национального госпиталя при МЗ КР. Обследование проводили на ЭЭГ аппарате фирмы «Нейрософт», Россия, Нейроспектр -5, 2013г. производства. Накладывание электродов по системе 10-20.

Полученные картины анализировались визуально с использованием сжатой модифицированной классификации-шаблоны 35 (табл.1).

Таблица 1 – Часто встречаемы типы ЭЭГ у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (P±m %)

Шаблоны 35	Ишемический инсульт		Геморрагический инсульт	
	N	P±m %	N	P±m %
Уровень биоэлектрической активности снижен	1	4.7±4.6	-	
Синхронизация биопотенциалов I	1	4.7±4.6	-	
Диффузная epileptiformная активность и пароксизмы	1	4.7±4.6	2	25.0±15.3
Лабильность снижена (замедление биоритмики)	1	4.7±4.6		
Тонус снижен(замедление частоты, снижение амплитуды и высокий индекс тета волн)	-		1	12.5±11.7
Медленная патологическая активность и пароксизмы	-		2	25.0±15.3
Дизритмия на низкоамплитудном уровне	2	9.5±6.4	-	
Локальная медленная активность			3	37.5±17.1
Локальная epileptiformная активность	1	4.7±4.6	-	
Локальная ирритация коры г.м.	6	28.5±9.8	-	
ДСО (дисфункция стволовых образований г.м.)	2	9.5±6.4	-	
Асимметричное замедление биоритмики по обеим полушариям	4	19.0±8.5	-	
Нестабильность картины ЭЭГ -I	1	4.7±4.6	-	
Микст	2	9.5±6.4	1	
Всего	22		9	12.5±11.7

Из классификации в таблице указаны только те картины, которые имелись у данных пациентов. Самыми частыми типами ЭЭГ в остром периоде ишемического инсульта были - локальная регистрация ирритативных знаков.. (28.5±9.8), и асимметричное замедление биоритмики (19.0±8.5), что также является свидетельством дисфункции срединных неспецифических образований головного мозга. При геморрагическом инсульте самым частым типом ЭЭГ явился тип - локальная регистрация патологической медленной активности (37.5±17.1), диффузная регистрация эпилептиформной активности с пароксизмами и патологическая медленная активность с пароксизмами одинаково часто встречались (25.0±15.3).

**Вывод:** Самыми частыми типами

ЭЭГ в остром периоде ишемического инсульта были локальная регистрация негрубых патологических знаков и асимметричное замедление биоритмики, что также является свидетельством дисфункции срединных неспецифических образований головного мозга. При геморрагическом инсульте самым частым типом ЭЭГ явилась локальная регистрация медленной активности и пароксизмальная активность, сочетающаяся как с эпилептиформной, так и медленной активностью. Самыми частыми типами ЭЭГ при ДЭ 1–2 степени явились шаблоны с корково-подкорковым дисбалансом и дисфункцией стволовых образований. Шаблоны, связанные со снижением метаболизма, замедлением биоритмики и микст встречались менее часто.

## ВОПРОСЫ К ВРАЧУ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ЭЭГ)

Турдубаева Г.Т.

КГМИПуПК

---

*В статье описываются вопросы клинических врачей к врачу функциональной диагностики.*

*Ключевые слова ЭЭГ, функциональное состояние головного мозга, классификация ЭЭГ.*

*The article deals the questions to functional doctor by diseases of brain.*

*Key words: EEG, function of brain, EEG classification.*

---

Учитывая индивидуальность электроэнцефалограммы каждого человека, мы не можем не отметить и ее изменчивость в течение суток, дней, лет и динамическое изменение в разные этапы заболевания головного мозга.

Немалую роль в нормальном функционировании организма и в частности работы нервной системы играют климатические условия проживания человека, генотип, образ жизни, особенности питания, состав почвы, воды, эндемические заболевания. Но, несмотря на это, общие черты и законы изменений картин ЭЭГ присущи для многих электроэнцефалограмм, что дает возможность их группировать в определенные типы кривых.

Как и клиницисты, опирающиеся на МКБ-10, так и врачи кабинетов функциональной диагностики, в частности кабинетов функционального исследования головного мозга – электроэнцефалографии (ЭЭГ), должны опираться на классификации патологических изменений при тех или иных заболеваниях головного мозга [1-3]. Для врачей функциональной диагностики, которые сталкиваются каждый день с пациентами различной патологией зачастую не имеющих достаточного времени для изучения клинических проявлений заболеваний, классификация ЭЭГ просто необходима. Классификация ЭЭГ, которая бы передавала информацию о целостной картине ЭЭГ без излишней детализации составля-

ющих кривую графоэлементов. Чтобы максимально объективизировать процесс обработки нативной ЭЭГ, исключить неправильные, размытые заключения, которые не только не помогают врачам клиницистам, но и зачастую вводят в заблуждение в правильной диагностике заболеваний головного мозга. Современные компьютерные методы обработки часто путают артефакты с эпилептиформной активностью, сложность полученной картины не позволяет использовать компьютерные виды анализа для клинической интерпретации данных. Описания большинства заключений ЭЭГ не отвечают поставленным вопросам к врачу функциональной диагностики.

Прежде всего, врачей клиницистов интересуют вопросы:

1 Имеется ли локальность в регистрации патологических знаков, и какого они характера?

2 Имеется ли эпилептиформная активность и специфические знаки, пароксизмы характерные для эпилепсии и судорожных синдромов?

3 Какова степень поражения функционального состояния головного мозга (при судебных разбирательствах, при определении степени тяжести травмы и т. д.)?

4 Для прогноза исхода заболевания, декортикации (при коме, сопоре). Многие родственники больных в коматозном состоянии и их лечащие врачи нуждаются в тех или иных прогностических критериях для определения сроков продолжения дорогостоящего в наше время медикаментозного лечения?

5 Имеются ли признаки поражения базальных образований головного мозга?

6 Дифференцировка непонятных пароксизмальных состояний, имеющих различный генез, в том числе и истерический.

7 Сохранность нормального функционального состояния головного мозга, сохранность адекватных реакций на функциональные раздражители.

8 Возможность рекомендации обследуемого пациента на профессии с повышенной ответственностью (авиаперевозки, работа в высокогорье - золоторудная компания «Кумтор», работа водолазами, ношение и применения огнестрельного оружия

(работники спецотрядов и служб), работа в шахтах, на территории с повышенной радиоактивностью, отбор в военкомат и т.д.). Для профессионального отбора неопределима помощь ЭЭГ с его возможностью проследить картину работы головного мозга не только в покое, но при подаче функциональных нагрузок (гипервентиляция).

Врачи клиницисты, несмотря на проходимые курсы повышения квалификации по ЭЭГ часто не имеют опыта практического анализа большого количества материала для свободной ориентировки в заключениях ЭЭГ. Что может позволить себе только врач функциональной диагностики, ежедневно анализирующий до 150 заключений в день. Практика показывает, что клиницист часто нуждается в помощи функционального врача. Классификация видов ЭЭГ не должна быть сильно громоздкой, но в тоже время и не сильно короткой. Должна состоять из тех видов фоновых и реактивных ЭЭГ, которые не только бывают при различных заболеваниях, но и из тех которые по частоте встречаемости превалируют в клинике над другими. Типы ЭЭГ для научных исследований и для диагностики заболеваний должны быть различными, в зависимости от поставленной цели. Классификации, используемые клиницистами для научных исследований, широко описаны в литературе, они очень детальны и громоздки, включают все редко встречающиеся графоэлементы и даже артефакты. Необходима более сжатая форма классификации видов ЭЭГ для врачей функциональной диагностики. Что делает вопрос правильной классификации типов ЭЭГ для функциональной диагностики актуальным, и просто необходимым для совместной слаженной работы функционального врача и врача клинициста (невропатолога, психиатра, нейрохирурга, нейротравматолога, реаниматолога и т. д.). К сожалению, большинство ЭЭГ оборудований в Кыргызстане имеет стационарный характер, что требует доставку тяжелого пациента, в частности, с геморрагическим инсультом или в коматозном состоянии в кабинет функциональных исследований, что крайне нежелательно. Поэтому востребованы виды оборудования портативного характера,

мобильные и легкие для перемещения, используемые за рубежом в реанимационных отделениях больниц.

Изучив историю разработки классификаций ЭЭГ, мы предложили модифицированную классификацию типов ЭЭГ (Шаблоны 35) для врачей функциональной диагностики, которая позволяет анализировать картину в целом, без излишнего детального анализа составляющих кривую биопотенциалов. Она позволяет максимально объективизировать процесс обработки нативной ЭЭГ, унифицировать и уменьшить значительно число ошибочных интерпретаций картин ЭЭГ, а также мы предложили более упрощенную систему анализа графоэлементов ЭЭГ.

По данной классификации 3 первых типа - это варианты нормы, затем группа шаблонов связанных с корково-

подкорковым дисбалансом, группа шаблонов с эпилептиформной активностью, с медленной активностью, с признаками поражения подкорковых образований, с нарушениями ритма, вольтажа и частоты, а также шаблоны при декорткации. Составлено руководство для врачей функциональной диагностики по анализу ЭЭГ.

#### Список литературы

1. Зенков Л.Р. В кн.: Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии. М. Медицина. 2002, 368с.
2. Гриндель О.М. В.кн.: Клиническая электроэнцефалография. М. Медицина, 1973, 340с.
3. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней. 2-е издание. М. Медицина. 1991, с.7-146.

## КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАСТИН «ЦМ» И НЕЙТРАЛЬНОГО АНОЛИТА В ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА

Таиров У.Т., Шомуродова Б.С.

### Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (г. Душанбе)

*Резюме.* Приведены результаты изучения эффективности комбинированного применения нейтрального анолита и пластин «ЦМ» при лечении пародонтита. Пластины «ЦМ» состоят из экологически чистых компонентов природного происхождения: водорастворимые экстракты лекарственных трав, витамины, минеральные вещества. Нейтральный анолит – бесцветная прозрачная жидкость, содержащая высокоактивные кислородные соединения хлора, обладает антимикробным действием, не оказывая раздражающее действие на слизистую оболочку полости рта. В результате исследований установлено быстрое купирование воспалительных процессов в разгар болезни, нормализацию микробного пейзажа полости рта, активацию местных иммунных механизмов, улучшение трофики и кровообращения и усиление регенеративных процессов в тканях пародонта. Побочных реакций во время лечения и после не выявлено. Методика лечения пародонтита комбинацией нейтрального анолита и пластин «ЦМ» может быть рекомендована для эффективной терапии пародонтита, обеспечивая выраженный противовоспалительный, противомикробный, регенерирующий и стимулирующий иммунитет эффекты.

В структуре заболеваний пародонта наиболее часто встречается и тяжело протекает пародонтит, являясь главной причиной потери зубов. В развитии пародонтита наиболее обосновано значение микробных и иммунных механизмов. Поэтому адекватное медикаментозное воздействие должно быть направлено на купирование роста патогенных микроорганизмов и стимуляцию иммунных механизмов. Весьма перспективным представляется применение нейтрального анолита и пластин

«ЦМ». Пластины «ЦМ» представляют собой медленно рассасывающиеся пластины длительного (продолжительного) действия. Состоят пластины из экологически чистых компонентов природного происхождения: водорастворимые экстракты лекарственных трав (зверобой, шалфей, тысячелистник), витамины (С, группы В, А – в виде каротина), минеральные вещества (калий, натрий, кальций, магний, железо, цинк и др.). Основу пластин составляет желатин, благодаря чему, они хорошо прилипают к

десне. Они хорошо переносятся больными, удобны в применении, не обладают раздражающим действием. За счет постепенного набухания желатина с экстрактами растительных препаратов обеспечивается оптимальная длительность терапевтического воздействия на ткани пародонта и противовоспалительный эффект. Пластины «ЦМ» обладают противовоспалительным, стимулирующим местный иммунитет, укрепляющим сосуды, детоксицирующим и улучшающим регенераторные и обменные процессы действиями.

Нейтральный анолит – бесцветная прозрачная жидкость с запахом хлора, содержащая высокоактивные кислородные соединения хлора, в виде активных нестабильных (электрохимически активированных) оксидантов, количественно оцениваемых по эквивалентам «активного хлора», рН раствора составляет  $7,0 \pm 1,5$ , т.е. приближен к нейтралитету. Нейтральный анолит обладает антимикробным действием, оказывая повреждающее действие на группы микроорганизмов (бактерии, вирусы, грибы, споры, простейшие), не оказывая раздражающее действие на слизистую оболочку полости рта. Нейтральный анолит активен в отношении мезофильных аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов, бактерии группы кишечной палочки, бактерии рода *Proteus*, *Salmonella*, *Str.aureus*. Кроме того, нейтральный анолит повышает чувствительность микроорганизмов к лекарственным средствам, в том числе к антибиотикам и химическим антисептикам.

Целью работы было изучение эффективности комбинированного применения нейтрального анолита и пластин «ЦМ» при лечении пародонтита.

По поводу пародонтита средней степени тяжести нами обследовано и пролечено 35 пациентов в возрасте 30-45 лет, 17 мужчин и 18 женщин. Всем больным про-

водили профессиональную гигиену полости рта, полноценную диету и витаминотерапию.

Методика лечения заключалась в следующем. После ультразвуковой чистки зубных отложений с последующей шлифовкой и полировкой пациенты массируются движениями зубной щетки, в течение 2-3 мин обрабатывали десна раствором нейтрального анолита утром и вечером. Нейтральный анолит получали на установке СТЭЛ-1М, рН – 6,0, ОВП –  $700 \pm 100$  мВТ, содержание активного хлора –  $350 \pm 50$  мг/л. Затем на десна плотно фиксировали пластины «ЦМ» обладающие хорошей адгезией и пролонгированным действием 2 раза в день на 1,5 – 2 часа и на ночь до полного рассасывания, тем самым дополняя и поддерживая лечебные действия друг друга. Курс лечения составлял от 7 до 10 дней.

Для оценки лечебного эффекта использовали гигиенический индекс Федорова-Володкиной и количественный индекс (ПИ) по Russell до и после проводимой терапии, которые коррелировали с улучшением после ликвидации клинических симптомов.

В результате мы наблюдали быстрое купирование воспалительных процессов в разгар болезни, нормализацию микробного пейзажа полости рта, активацию местных иммунных механизмов, улучшение трофики и кровообращения и усиление регенеративных процессов в тканях пародонта. Побочных реакций во время лечения и после не выявлено.

Методика лечения пародонтита комбинацией нейтрального анолита и пластин «ЦМ» является эффективной и может быть рекомендована для эффективной терапии пародонтита, обеспечивая выраженный противовоспалительный, противомикробный, регенерирующий и стимулирующий иммунитет эффекты.

---

Пародонтиттерди ЦМ жалпак тилке жана нейтралдуу анолит комбинациясыны колдонуу менен дарылоо.  
Таиров У.Т., Шомуродова Б.С.

Таджикистан Республикасынын Стоматология жана  
бет – жаак хирургия илимий-клиникалык институту (Душанбе ш. Таджикистан)

**Резюме.** Макалада ЦМ жалпак тилке дарысы жана нейтралдуу анолит кошулган комбинациядагы пародонтитте колдонулган дарылоонун жыйынтыктары келтирилген. ЦМ жалпак тилке дарысы экологиялуу таза суда эритуу чоп дары компоненттери, витаминдер комплекси, минералдык нерселерден ибарат. Нейтралдуу анолит – иренсиз тунук хлордун чон активдуу кычкылтек кошумчалары бар суу, микробторго каршы, жана ооз ткандарына таасир жеткирбеген чаралары

менен. Изилдоонун негизинде оорунун кучолушу кезиндеги тез шийшик процесстердин таралып кетиши, ооз ичиндеги микроб пейзажынын нормалдуулугуб иммунитеттин активдуулону, кан айлануу жана азыктандыруу пародонттогу ткан-дар регенерациялоосу аныкталды. Дарылоо учурунда оорунун кабылдап кетиши байкалган жок. Аталган ЦМ жалпак тилке дарысы жана нейтралдуу анолит кошулган комбинациядагы пародонтитте колдонулган дарылоо ыкмасы эффективдуу дарылоо катары сунуштаганга мумкунчулугу бар: корунгон шийшикке каршы, микробторго каршы регенерациялоо жана стимуляциялоо эффекттерине жараша.

#### Combined using of TcM plates and Neutral Anolit in Parodontitis treatment

Shomurodova B. S., Tairov U. T.

Scientific – Clinical Institute of Stomatology.

Dushanbe, Tajikistan.

**Resume.** Article present results of the effectiveness investigation of the preparation – Neutral Anolite and Plates TcM in the treatment of Parodontitis. Phytopreparation plates TcM contains ecologically pure balanced natural components of water soluble plants vitamin complex, mineral things. Neutral Anolite – fluid with no color, contains active Chorus components with antimicrobial action. Preparation don't irritates Oral mucosa. As a results of investigation authors established fast decreasing if inflammatory process during disease peak, Microbial environment normalization, suppression of local immune mechanisms, improving of blood supply and feeding, and increasing of regeneration processes on parodontal area tissues. There were no complication and side effects during and after treatment. Parodontitis treatment, using combination of Neutral anolite and TcM plates can be recommend as effective treatment, because of prominent antiinflammatory, regenerative and immune stimulating effects.

УДК- 616.831-089

### ГИГАНТСКАЯ НЕВРИНОМА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С МАССИВНЫМ ЭКСТРАВЕРТЕБРАЛЬНЫМ РОСТОМ. Клинический случай.

Кадыров Р.М., Голев Р.А.

Кафедра нейрохирургии до – и последипломного образования КГМА  
им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика

*В работе представлены данные клинического случая и результаты лечения больной с гигантской невриномой на уровне Th8-Th10 с массивным экстравертебральным ростом с прорастанием в плевральную полость. Полученные результаты лечения позволили оптимизировать диагностические методы и хирургическую тактику у данной тяжелой категории больных.*

*Ключевые слова: опухоль, невринома, ламинэктомия.*

**Введение.** О первом успешном удалении экстремедуллярной опухоли спинного мозга было сообщено в 1887 г. Менингиома спинного мозга была впервые удалена с хорошим послеоперационным результатом Krause в 1900 году. В дальнейшем с развитием дооперационной диагностики, разработки микрохирургической техники, хирургическое лечение этих образований стало сопровождаться высоким показателем тотального удаления и низким процентом осложнений.

В последние годы совершенствуются и получают более широкое распространение методы обследования позвоночного столба и паравертебральных мягких тканей (МРТ, СКТ, остеосцинтиграфия, денситометрия и др.). На этом фоне увеличивается количество патологических процессов, находящихся на стыке профессиональной активности нескольких медицинских специальностей.

Опухоли спинного мозга наблюдаются с частотой 0,2 случая на 100 000 населения и составляют 10-12 % всех опухолей центральной нервной системы у взрослых и около 5 % у детей. Опухоли спинного мозга встречаются в 8-10 раз реже, чем опухоли головного мозга. Продолжительность течения - от нескольких месяцев до нескольких лет.

Экстремедуллярные интрадуральные опухоли являются наиболее часто встречающимися опухолями спинного мозга. По данным Акимовой Г.А. из общего числа опухолей спинного мозга около 20% - составляют интрамедуллярные и 80% - экстремедуллярные опухоли (в том числе 65% - интрадуральные и 15% - эпидуральные) (1,2). Опухоли экстремедуллярной интрадуральной локализации составляют 60% всех спинальных опухолей. Эти опухоли развиваются преимущественно - из спинальных корешков (невриномы) и мозго-

вых оболочек (менингиомы). По данным Окладикова Г. И. (1988) экстрадуральные интрадуральные опухоли составляют около - 83,6%, интрадуральные составляют - 16,4%. Невриномы составляют 45,9%, менингиомы - 34,0% и опухоли глиального ряда - 17,3%. Гистологически среди экстрадуральных интрадуральных опухолей в подавляющем большинстве случаев, встречаются доброкачественные образования - 80 % экстрадуральных опухолей спинного мозга (3,4).

Клиническое и нейровизуализирующее изучение расположения экстрадуральных интрадуральных новообразований с целью разработки дифференцированных хирургических доступов и методов их микрохирургического удаления имеет определяющее значение для опухолей этой группы (5,8). Симптомы экстрадуральных интрадуральных новообразований не являются специфическими. Из-за медленного роста, большинство этих опухолей ведет себя не агрессивно, симптоматика медленно усугубляется на протяжении значительного периода времени. Наиболее частый симптом это боль, местная или радикулярная. Шваномы или нейрофибромы происходят из спинномозговых корешков и поэтому проявляются радикулярной болью у 80 % пациентов. Менингиомы имеют тенденцию проявляться миелопатическим синдромом, или ограниченной локальной болью.

Классически выделяют три стадии экстрадуральных интрадуральных опухолей: 1) умеренная компрессия спинного мозга, корешковая боль, сегментальные сенсорные или моторные проявления; 2) выраженная компрессия мозга, синдром Броун-Секара; 3) грубая компрессия, неврологическая картина полного поперечного поражения спинного мозга. Полное поперечное поражение спинного мозга в настоящее время благодаря широко доступной нейровизуализации встречается только в случае быстро растущих опухолей (12,13).

Разновидностью вентролатеральных опухолей, которые через дуральный выворот корешка распространяются к межпозвонковому отверстию, а также за его пределы латерально являются опухоли по типу

«песочных часов». Межпозвонковое отверстие служит как бы барьером, который формирует «перетяжку» посередине опухоли, что дало ей специфическое название – тип песочных часов. Степень распространения опухоли за пределы межпозвонкового отверстия латерально может значительно варьировать, что ведет к большому разнообразию этих опухолей. Таким ростом обладают опухоли корешков – невриномы, нейрофибромы (13,14).

Невриномы сборный термин, многие авторы под этим понятием объединяют шваномы и нейрофибромы. Спинальные невриномы составляют приблизительно 30% от всех первичных опухолей спинного мозга. По отношению к твердой мозговой оболочке невриномы локализовались в 74% - интрадурально, 23% - интраэкстрадурально и 15% - экстрадурально. Невриномы с вентролатеральной локализацией наиболее часто встречаются в шейном отделе позвоночника. Большинство опухолей рассматриваемой локализации дебютирует к 40-50 годам. (10,11).

Невриномы передних корешков, на шейном уровне располагаются обычно вентролатерально по отношению к спинному мозгу, а изредка располагаются вентрально (3,6). В грудном отделе невриномы, в связи с вентролатеральным расположением передних корешков, также чаще принимают вентро-латеральную локализацию (8,9). На уровне конуса-эпиконуса спинного мозга передние корешки располагаются более кпереди спинного мозга и конечной нити. Соответственно этому невриномы локализуются чаще вентрально от спинного мозга (4,5).

**Целью данной работы** явился анализ клинического течения и оптимизация хирургической тактики при невринамах с экстравертебральным ростом.

**Материалы и методы.** Больная С., 1953 г.р., поступила в отделение хирургии МЦ КГМА с диагнозом: Гигантская неврина с экстрадуральным расположением на уровне Th 9 позвонка и массивным паравертебральным (вентральным ростом), нижний спастический парализ, грубее справа, выраженным болевым синдромом. При поступлении пациентка жаловалась на

постоянные ноющие боли в области отдела позвоночника, больше справа, боль и слабость в обеих нижних конечностях, больше в левой ноге, постоянное чувство жжения и онемения в них, затруднение при ходьбе.

Анамнез: Больной себя считает в течение около 2х лет когда стала беспокоить боль в грудном отделе позвоночника. Неоднократно получала лечение по месту жительства с кратковременным эффектом. Ухудшение состояния с августа 2015 года, когда боль приобрела постоянный характер и присоединилась боль и слабость в левой ноге, позже присоединилась слабость правой ноги по поводу чего получила консервативное лечение в поликлинике по месту жительства без эффекта. Характерного радикулярного синдрома не наблюдалось. Последнее ухудшение состояния с сентября 2015 года, когда слабость стала прогрессировать, появилось затруднение при ходьбе. После проведенного МРТ исследования, выявлено: объемное образование (опухоль) на уровне ТН 8-Th11 с экстравертебральным ростом (менингиома? Невринома?). Передвигается с посторонней помощью, или на костылях.

МРТ грудного отдела позвоночника от 11.09.2015– данные за интра-экстрадуральное, экстрамедулярное объемное образование (невринома) на уровне тела Th9 позвонка.

В неврологическом статусе было выявленн: движения в ногах сохранены, тонус повышен по спастическому типу, мышечная сила – нижний парапарез справа до 3,5 баллов, слева до 3,0 баллов. Резко положительные симптомы натяжения грубее слева. Положительный симптом «звонка». Сухожильные рефлексы: коленные s > d, ахилловы без четкой разницы сторон. Гипестезия в зоне иннервации L5, S1 корешков с обеих сторон, грубее слева. Патологических и менингеальных знаков нет. Функции тазовых органов сохранены.

15.09.15 больной произведена операция: Экономная ламинэктомия тела Th9 позвонка, с тотальным удалением экстрамедулярной экстрадуральной опухоли спинномозгового канала на уровне Th8-Th9-Th10 сегментов спинного мозга с субтотальным удалением экстравертебральной

части опухоли, прорастающей в плевральную полость и паравертебральные мягкие ткани.



Рис.1 МРТ снимок больной С. Сагитальная проекция. Опухоль распространяется С Th8 по Th10



Рис.2 МРТ снимок больной С. Аксиальная проекция Опухоль распространяется в правую плевральную полость

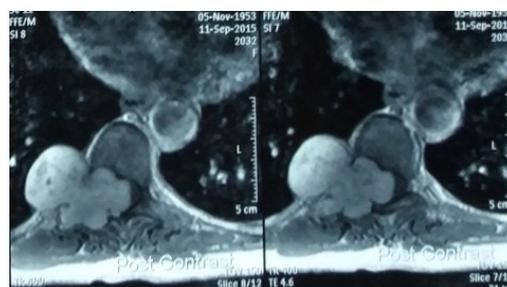


Рис.3 МРТ снимок больной С. Корональная проекция. опухоль тампонирует спинномозговой канал



Рис.4 Интраоперационный снимок, выделение опухоли

В ходе операции обнаружено, что опухоль (невринома) прорастает париетальную плевру. При удалении опухоли дном раны явилось легкое. Роста опухоли в

плевральной полости не обнаружено. Интраоперационно установлен вакуумный дренаж по Бюлау—Петрову через ложе опухоли в плевральную полость.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно, на контрольном рентгене органов грудной клетки – пневмоторакса нет. Дренаж удален на 3 сутки. Рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 12 сутки, рекомендован курс реабилитационной терапии. Больная выписалась с улучшением, на фоне регресса болевого синдрома и частичного регресса нижнего парапареза. Гистологическое заключение – невринома. Злокачественного роста нет.

Ближайший катанамнез: Через 1,5 мес. после операции – полный регресс неврологической симптоматики. Пациентка ходит самостоятельно без посторонней помощи. Особых жалоб не предъявляет.

**Заключение:** Таким образом, четкое определение локализации опухоли на основании точной дооперационной диагностики, позволяет спланировать оперативный доступ, уменьшить зону костной резекции, обеспечить прямой хирургический доступ к опухоли. Применение современных микрохирургических технологии и адекватной микроскопической визуализации позволяет уменьшить травматизацию спинного мозга и корешков во время удаления опухоли, что приводит к тотальному удалению опухоли, а следовательно, к значительному улучшению послеоперационных результатов лечения.

### Литература

1. Арутюнов А. И. О латентном течении и ремиссиях при опухолях спинного мозга. *Вопр. нейрохир.*, 1996, №2, 18—25.
2. Гринберг С. А., Валеев Е. К. Клиника, диагностика опухолей спинного мозга. *Труды Казанск. Мед. Инст.*, 1997, т.57, №5, 448-449.
3. Евзиков Г. Ю., Новиков В. А., Смирнова А. Ю., Буров С. В., Результаты хирургического лечения спинальных опухолей. *Нейрохир.*, № 3, 2000, с. 26-29.
4. Иргер И. М. *Нейрохирургия*. М., "Медицина", 1982, с. 305-324.
5. Коновалов А. Н., Корниенко В. Н., Пронин И.Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии. М. "Видар", 1997, 400-454.
6. Маргишвилли Г. М. Реабилитация больных, оперированных по поводу доброкачественных опухолей спинного мозга. *Журн. Врач.*, 2002, № 11, 18-19.
7. Мацко Д. Е., Коршунов А. Г. Опухоли центральной нервной системы. С-Пб., 1998.
8. Стародубцев А. И. Ранняя диагностика и хирургическое лечение опухолей спинного мозга и позвоночника. Дис.докт., М., 2003.
9. Фомичёв В. Г. Результаты хирургического лечения спинальных опухолей. Матер, науч. конф. "Опыт интеграции научных исследований НИИ ВУЗ - Клиника", М., 2012, 367-368.
10. Boisserie-Lacroix M., Kien P., Imaging of intradural extramedullar tumors: neurinomas and meningiomas. *J.* 2007., 66-81.
11. Buchfelder M. Spinal-thoracic dumbbell neurinomas: a case report. *Spine*, 2001; 26(13): 1500-1504.
12. Chern S.H., Lin S.M. et al. Prognosis factors of intraspinal neurilemmoma and meningioma with severe preoperative motor deficits. *J-Formos-Med-Assoc.*, 1993, 92(3): 227-230.
13. Derenda M. Thoracic spine intramedullary tumor. *Neurol.Neurochir. Pol.*, 2000; 34(2): 357-65.
14. Principles of Neurosurgery. Second Edition., 1998. Ch.: Spinal, tumor 782-784.

## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА «КОНСКОГО ХВОСТА» У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ ГРЫЖАМИ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Кадыров Р.М., Голев Р.А.

Кафедра нейрохирургии до и постдипломного обучения КГМА им. И.К. Ахунбаева

*В работе представлены клинические данные и результаты лечения 13 больных с гигантскими секвестрированными грыжами пояснично-крестцового отдела позвоночника, осложнённого развитием синдрома радикулоишемии «конского хвоста». Все пациенты подвергнуты хирургическому лечению: в большинстве случаев (70% больных) проведена классическая микродискэктомия по Каспару, в 23% случае оперативный доступ расширен до гемиламинэктомии и у 8% произведена экономная ламинэктомия. Полученные результаты лечения позволили разработать рациональную схему хирургической тактики у данной тяжелой категории больных.*

**Ключевые слова:** грыжа диска, «конский хвост», радикулоишемия.

Боли в спине, ограничение подвижности позвоночника - эти симптомы знакомы многим людям и часто причиной этого является грыжа межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника. (1,3). Согласно статистике 60-80 % людей в течение своей жизни сталкиваются с болью в спине разной степени выраженности (1,2).

Актуальность проблемы заключается в том, что примерно 25% людей моложе и почти 60 % людей старше 40 лет страдают грыжей межпозвоночного диска. (4)

Грыжа межпозвоночного диска – сложная проблема, которая является одной из значимых в здравоохранении. (5,6) Это обусловлено несколькими факторами:

- массовостью ее распространения во всем мире (ежегодно в среднем 10-12 случаев на 100 человек);
- поражает трудоспособную часть населения
- при несвоевременном лечении, тяжестью последствий со стойкой или временной утратой трудоспособности, что влечет за собой экономические потери для государства и общества в целом.

Целью данного исследования явился анализ клинического течения и оптимизация хирургической тактики при развитии синдрома конского хвоста.

В большинстве случаев грыжа межпозвоночного диска требует консервативного лечения, при котором назначают охранительный режим (ограничивается актив-

ность, нагрузки, пациент должен избегать резких движений и поз, провоцирующих боли), противовоспалительные препараты, витамины, препараты, улучшающие кровоснабжение, паравертебральные и эпидуральные блокады, физиотерапию и лечебную физкультуру (3,7). Блокады с введением анестетиков и стероидных противовоспалительных препаратов позволяют быстро снять болевой синдром и облегчить состояние пациента (4,7). Лечебная физкультура назначается только после снятия болевого синдрома и проводится под наблюдением специалиста ЛФК, определяющего виды упражнений и нагрузку (8, 9).

При неэффективности консервативного лечения грыжи межпозвоночного диска пациентам, испытывающим болевые ощущения в ноге свыше шести недель, при наличии гигантской секвестрированной, мигрирующей грыжи межпозвоночных дисков (рис № 1.) проводят хирургическое лечение, «золотым стандартом» которого, считается микродискэктомия (3,9). Это малоинвазивная нейрохирургическая операция по удалению грыжи, которая проводится под микроскопом при помощи микрохирургических инструментов, позволяющим удалять грыжи в любом месте и любого размера без повреждений внутренних позвоночных структур (4, 6).

После микродискэктомии больной может приступать к нефизическому труду через неделю после операции, а к физиче-

скому — через 1- 1,5 месяца. При этом ходить, сидеть и нагибаться не запрещается, а разрешается(5).

Однако бывают случаи, когда грыжа межпозвоночного диска или другая причина, вызвавшая появление этих болей, приводит к сдавлению нервных корешков, которые обеспечивают иннервацию тазовых органов и нижних конечностей. Компрессия нервного пучка, которая происходит вследствие сдавления его грыжевым выпячиванием межпозвоночного диска, приводит к радикулоишемии (7,9). В результате, у таких больных пропадает способность управлять процессами мочеиспускания и дефекации, а также нарушаются функции нижних конечностей (9).

Синдром конского хвоста представляет собой сочетание асимметричных периферических параличей стоп, отсутствия ахилловых рефлексов, гипестезии (потери чувствительности) и болей в области ног и промежности с нарушением функций тазовых органов, обусловленное поражением корешков спинного мозга, входящих в состав, так называемого, конского хвоста (1, 4).

Причины появления синдрома конского хвоста. Наиболее распространенной причиной синдрома конского хвоста является травма позвоночника; проникающие ранения; осложнения после СМА; поражения сосудов в области спинного мозга (сгусток крови); *cansef*, а также грыжа межпозвоночного диска, оказывающая компрессию на нервные корешки при секвестрации и миграции (5, 10).

Материалы и методы. В хирургическом отделении МЦ КГМА за 2014г. было прооперировано 118 больных с грыжей межпозвоночного диска, из них с синдромом конского хвоста - 13 пациентов. Все пациенты были работоспособного возраста от 30 до 55 лет.

Результаты собственных исследований: В ходе анализа клинических наблюдений были выявлены жалобы на постоянные, усиливающиеся со временем боли в пояснично-крестцовой области, иррадиирующие в нижнюю конечность, нарастающую слабость и онемение в нижних конечностях и/или потеря чувствительности в

них. Эти явления наблюдались у всех пациентов с синдромом конского хвоста. Характерной жалобой больных являлась: анестезия в аногенитальной зоне- 92,3% случаев, парез нижней конечности до 4х баллов наблюдался у 61,5%, до 3х баллов- 30,7% грубый парез до плегии в дистальных отделах – 7,8% случаев; нарушение функций тазовых органов в виде задержки или недержания мочи – 69,2% и запоры – 46,1%. Анамнез заболевания пациентов от момента возникновения синдромов конского хвоста до операции составлял: до суток у 38,5%, до 2х суток – 30,8%, до 3х суток – 15,3%, до 4х суток – 7,7% и до 5 суток 7,7% больных. (Рис. № 2).

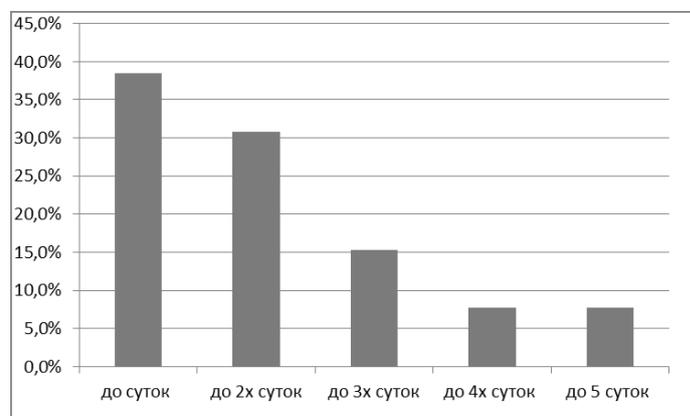


Рис. 2. Анамнез заболевания пациентов

Неврологические проявления были преимущественно в виде нарушений чувствительной и двигательной сферы разной степени выраженности, нарушений функций тазовых органов. Всем пациентам было проведено оперативное лечение.

Диагностика синдрома конского хвоста включает в себя - жалобы, анамнез, неврологический осмотр, данные МРТ и КТ, миелограмма и др..

У оперируемых больных для нейровизуализации использовалось МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, где были выявлены грыжи межпозвоночных дисков L4-5 и L5-S1 уровней от 9мм до 22 мм, с секвестрацией и миграцией по каналу.

В хирургическом лечении использовались операции: микродискэктомия, ламинэктомия, гемиламинэктомия, целью которых является декомпрессия корешков каудальной группы. В зависимости от сроков

проведенного оперативного лечения, восстановительный период может варьировать от частичного до полного восстановления неврологического дефицита. В послеоперационном восстановительном периоде может потребоваться реабилитационная терапия, включающая в себя физиолечение, ИРТ, ЛФК.

Согласно полученным данным преобладают операции микродискэктомия они составили 69,2% с дополнительной декомпрессией корешков спинного мозга, а именно гемиламинэктомия 23,1 % и ламинэктомия – 7,7% случаев. (рис. № 3).

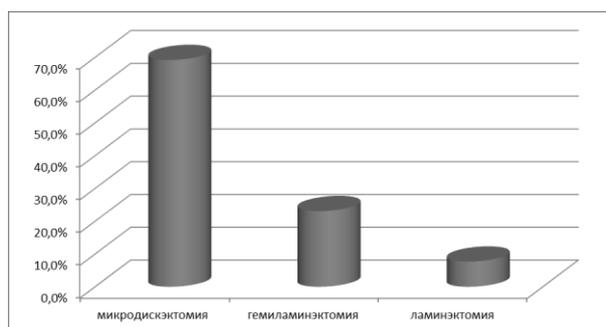


Рис 3. Виды операций.

Лечение синдрома конского хвоста оперативное и, по возможности, срочное. Самым оптимальным неотложным мероприятием считается срочная декомпрессия, то есть, устранение сдавления нервного корешка. Синдром конского хвоста считается неотложным состоянием и требует хирургического лечения в ближайшие сутки с момента появления симптомов. Чем быстрее будет устранена причина сдавления корешков, тем больше вероятность того, что восстановится иннервация поврежденного участка. В противном случае, велика опасность развития постоянного паралича нижних конечностей и полной потери контроля за мочеиспусканием и дефекацией. Все пациенты в послеоперационном периоде получали курсы реабилитационной терапии. Согласно полученным данным, в послеоперационном периоде полный регресс боли наблюдался у 76,9%, частичный - у 23,1% случаев, полный регресс пареза -30,7%, частичный - у 69,3%; полный регресс нарушений функций тазовых органов -61,5%, частично - у 38,5% случаев.

Через 10 дней (после снятия швов): полный регресс боли наблюдался у 92,3%,

частичный - у 7,7% случаев, полный регресс пареза -53,8%, частичный - у 46,2%; полный регресс нарушений функций тазовых органов -69,2%, частичный - у 30,8% случаев. Через 21 день (после операции): боль регрессировала у всех больных – 100%, полный регресс пареза -84,6%, частичный - у 15,4%; полный регресс нарушений функций тазовых органов -76,9%, частичный - у 23,1% случаев.

#### Выводы:

1. Синдром «конского хвоста» является неотложным состоянием в нейрохирургической практике и требует экстренного оперативного вмешательства в течение 24 часов.

2. Оперативные вмешательства проведенные в сроки позднее 2 суток, в случаях позднего обращения, приводят к развитию стойких неврологических осложнений, преимущественно в виде различных дисфункций тазовых органов

3. Операцией выбора является интерламинарная микродискэктомия и лишь в случаях наличия секвестра площадью более 2\3 спинномозгового канала появляется необходимость удалить часть дужки или провести экономную ламинэктомию, с целью уменьшить травматизацию и без того ишемизированных корешков «конского хвоста».

#### Литература

1. Арутюнов А. И., Бротман М. К. Клиника и лечение выпадений межпозвоночных дисков поясничного отдела как хирургическая проблема. — Нов. хир. арх., 2012, М 4, с. 3—17.
2. Бабчин И. С. К диагностике и оперативной технике удаления грыжи при сдавлении спинного мозга. — Сов. хир., 1935, № 9, с. 99—106.
3. Берзиньш Ю. Э. Реактивные изменения при дисках пояснично-крестцового отдела позвоночника. — Вопр. нейрохирургии, 1961, № 3, с. 20—24.
4. Герман Д. Г., Годованик О. О., Скоромец А. А. Спондилогенный пояснично-крестцовый радикулит — Кишинев: Штиинца, 2003. — 144 с.
5. Шефер Д. Г., Иванова А. С., Мякоти А. Е. Отдаленные результаты хирургического лечения дискогенных пояснично-крестцовых радикулитов. — В кн.: Актуальные вопросы нейрохирургии. Рига, 1998 с. 280—283.
6. Макарова Е. В. Клиника и хирургическое лечение грыжи межпозвоночных дисков. — В кн.: Актуальные вопросы неврологии и нейрохирургии. М., 2013, с. 127—139.
7. Попелянский Я. Ю. Вертебральные синдромы поясничного остеохондроза. — Казань, новое издание 2012. — 219 с.
8. Эсперов Б. Н. Результаты хирургического лечения грыж межпозвоночных дисков. — Вопросы нейрохирургии, 2010, № 3, с. 56—56.
9. Stahl S. M. Awakening to the psychopharmacology of sleep and arousal: novel neurotransmitters and wake-promoting drugs//J. Clin. Psychiatry. 2002; 63 (5): 382—383.
10. Victor M., Ropper A. H.//Adams and Victor's principles of Neurology. New York. 2001.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗАМИ ПОЯСНИЧНОГО КАНАЛА ДО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Акматалиев А.А.

### Отделение нейрохирургии №2 Национального Госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Лечение стеноза поясничного отдела позвоночника и его осложнений - одна из актуальнейших проблем в современной вертебрологии, о чем свидетельствует большое число публикаций и изобретений в этом направлении за последние 10 лет. (Verbiest Н. 1992 Coric D. 1997., Басков А.В. 1998., Аганесов А.Г. 2006., Симонович А.Е. 2008). Частота выявленного поясничного стеноза составляет 5 случаев на 1000 обследованных. Клиника осложненного (дегенеративного) стеноза позвоночного канала может проявляться нейрогенной перемежающейся хромотой, болями в нижних конечностях и пояснице и часто сопровождаются парезом или плегией нижних конечностей, а также выраженными нарушениями чувствительности, что приводит больного к инвалидности. Консервативное лечение поясничного стеноза широко распространенное в наши дни и дает положительные результаты лишь на ранних стадиях заболевания. Однако после нескольких лет медикаментозной терапии больные часто вынуждены обращаться к специалистам за хирургической помощью.

Несмотря на длительное изучение этой патологии, многие кардинальные вопросы этиологии и патогенеза развития симптомов остаются неясными, а успешные результаты оперативного лечения имеют значительный разброс от 55% до 96%. (Atlas S.J. 1996, Kawaguchi Y. 1996, Ахадов Т.А. 2000, Антипко Л.Э. 2001, Болгов М.А. 2001, Швец В.В. 2008).

Оценка неврологических изменений от степени сужения позвоночного канала, а также корешкового туннеля и межпозвоночного отверстия на уровне поясничного отдела позвоночника играет ключевую роль в успехе хирургического вмешательства наряду с современными визуализирующими методами диагностики (КТ и МРТ). Кроме объективных данных большое зна-

чение имеет и психоэмоциональное состояние самих пациентов. Совокупность выраженности физических и эмоциональных страданий пациентов с данной патологией определяет их качество жизни до оперативного лечения заболевания.

**Цель исследования:** Оценить клинические проявления и изменения психоэмоционального статуса пациентов при различных вариантах (центральном и латеральном) стеноза поясничного канала на основе использования современных унифицированных оценочных шкал и анкет.

**Материалы и методы.** Комплексному обследованию подверглись 50 пациентов с различными вариантами стенозов поясничного канала (латеральным и центральным). Всем обследуемым пациентам проводились нагрузочные пробы, велоэргометрия, определение интенсивности болевого синдрома по ВРШ, определение тяжести проявления вертеброгенной боли по КБА, определение степени выраженности невропатической боли по шкале PD, определение способности передвигаться с опорой и без, определение расстояния на выявление синдрома «перемежающейся хромоты», определение степени трудоспособности и качества жизни по опроснику Освестри, анализ состояния эмоционально-личностной сферы по шкале Бека, оценка когнитивных составляющих болевого ощущения при помощи опросника стратегий преодоления хронической боли.

**Результаты и обсуждение.** Все обследованные пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составляли пациенты со стенозом латерального канала (56% - 28 человек). Вторая группа включала пациентов с центральным стенозом позвоночного канала (44% - 22 человека). По половому составу группы незначительно отличались. В группе со стенозом латерального канала преобладали мужчины -

18(64,2%). В группе с центральным стенозом было несколько больше женщин - 12(54,5%). Средний возраст составил обследованных пациентов составил  $41,53 \pm 10,42$  лет в 1-ой группе, что оказалось достоверно меньшим ( $P < 0,05$ ), чем во второй группе -  $46,01 \pm 10,49$  лет.

На момент поступления в стационар все обследованные пациенты имели хронические боли в нижней части спины и конечностях и часто сочетающееся с синдромом каудогенной перемежающейся хромоты разной степени выраженности. Анамнестически выявлялись клинические предвестники данного синдрома в виде: усиления болевого феномена или преходящих симптомов выпадения, возникновение боли, онемения и слабости в ногах при ходьбе, обусловленное преходящей ишемией спинного мозга вследствие ангиоспазма, венозной и ликворной гипертензии. Эта симптоматика регрессировала при остановке и наклоне вперед. Наблюдалось расширение зоны иррадиации боли и парестезий с захватом зон нескольких корешков, при продолжении нагрузки, например при разгибании, маршевой пробе. Боль приобретала вегетативный оттенок с жжением, ощущением распирания на фоне преходящих нарушений чувствительности, в виде онемения, зябкости, чувства ватности и усталости, тяжести, подгибания ног в коленных и голеностопных суставах и т.д.. При прекращении движения или принятии удобной, облегчающей позы эти явления несколько уменьшались, но не проходили полностью, последнее нередко свидетельствовало о наличии венозного стаза в позвоночном канале. Последнее находило подтверждение на операции в виде варикозного расширения эпидуральных вен. Боли нечетко локализованные, могут быть по типу дизестезий, распространяясь на всю конечность, характерна их связь с физической нагрузкой и уменьшение в покое лежа. При СПК нами использовались пробы с переразгибанием позвоночника. При наличии клиники стеноза корешкового канала дополнительно производится наклон в больную сторону. Во время фиксации позвоночника в положении переразгибания в течение примерно минуты появлялись боли,

онемение, слабость в ногах. Использовались нагрузочные пробы (дозированная ходьба), велоэргометрия. У больных с поясничным стенозом при велоэргометрии не возникает симптоматики нейрогенной перемежающейся хромоты, так как тело находится в согнутом положении.

По интенсивности болевого синдрома по ВРШ у обследованных больных в целом средний балл в дооперационном периоде составил  $6,57 \pm 2,21$ , в группе пациентов с латеральным стенозом -  $6,35 \pm 2,70$  и у больных с центральным типом стеноза -  $6,77 \pm 1,64$  (таблица 3.3). Однако статистической достоверной разницы между группами по интенсивности болевого синдрома по ВРШ до оперативного лечения выявлено не было.

По степени тяжести проявления вертеброгенной боли по КБА в дооперационном периоде преобладали пациенты с тяжелой (3 ст.) и крайне тяжелой степенью (4 ст.) болевого синдрома.

У 9 (18%) пациентов вертеброгенный болевой синдром был легкой (1 ст.) и средней степени выраженности (2 ст.)

В первой группе при исследовании по КБА преобладали пациенты с крайне тяжелой 11(39,3%) и тяжелой 9(32,1%) степенью выраженности вертеброгенной боли. У 6(21,4%) пациентов боль была средней степени выраженности, у 1(3,5%) пациента - легкой степени.

Во второй группе также доминировали пациенты 20(90,9%) с тяжелой степенью вертеброгенной боли по КБА. В этой группе не было пациентов с легкой степенью выраженности боли. У 9(9,1%) больных с центральным стенозом вертеброгенная боль носила среднюю степень выраженности. В группе больных с центральным стенозом чаще наблюдается вертеброгенная боль тяжелой и крайне тяжелой степени.

Для определения степени выраженности невропатической боли была использована шкала PD (Pain Detect). В дооперационном периоде в группе в целом средний балл составил  $13,66 \pm 7,05$ . У пациентов с центральным стенозом средний балл до операции был  $15,42 \pm 5,82$  баллов, что до-

стоверно ( $p < 0,025$ ) больше, чем в группе с латеральным стенозом  $12,35 \pm 7,03$  баллов.

Среди всех обследованных больных 13(26,0%) могли передвигаться с помощью трости или были вынуждены лежать и передвигаться только по квартире в связи с болями в пояснице и конечностях. У 13(26%) больных синдром перемежающейся хромоты с выраженными болями в нижних конечностях возникал не более чем через 50 метров ходьбы, у 9(18%) пациента - через 100 метров, и у 15(30%) обследованных - при прохождении расстояния до 300 метров.

В группе пациентов с латеральным стенозом 13(46,4%) человек могли пройти расстояние до 300 метров до возникновения болей в нижних конечностях. У 9(32,1%) пациентов синдром «перемежающейся хромоты» с выраженными болями в ногах возникал не более, чем через 50 метров ходьбы, у 3(10,7%) пациентов - через 100 метров. Среди обследованных 3(10,2%) человек могли передвигаться с тростью или только по квартире.

В группе с центральным стенозом 9(40,9%) пациентов могли передвигаться с тростью или были вынуждены лежать из-за боли в поясничной области и конечностях. 2(9,09%) человек могли пройти расстояние до и более 300 метров, у 5(22,7%)

пациентов болевой синдром возникал через 50 метров ходьбы, только у 6(27,3%) - через 100 метров.

В группе с центральным стенозом степень выраженности синдрома «перемежающейся хромоты» был более выражен, чем у больных с латеральным стенозом. При центральных стенозах дистанция, при которой начинал проявляться этот синдром, была короче, выраженность болевого синдрома парестезии и преходящие тазовые расстройства были ярче.

По латерализации болевого синдрома в первой группе различий не выявлено, т.е. одинаково с обеих сторон. Во второй группе у 14(54,5%) больных т.е. чем у более половины больных боль носила двусторонний характер. У 6(27,3%) пациентов боль локализовалась в правой ноге, а у 4(18,2%) - в левой.

Опросник нарушения жизнедеятельности Освестри для определения степени трудоспособности и качества жизни больных при СПК выявил, что в дооперационном периоде у 24(48%) пациентов выявлены тяжелые нарушения функций. У 16(32%) пациентов - нарушения умеренной степени, у 9(18%) человек - легкие нарушения, только 1(2%) пациента - нарушений функций не было (таблица 1).

Таблица 1 - Показатели утраты трудоспособности и снижения качества жизни больных при различных типах стенозов поясничного канала до оперативного лечения

	Больные с латеральным стенозом (n = 28)	Больные с центральным стенозом (n = 22)	все пациенты (n=50)
Нет нарушений (0-4 балла)	1(3,5%)	0(0%)	1(2%)
Легкие нарушения (5-14 баллов)	4(14,2)%	4(18,2%)	8 (16,0%)
Умеренные (15-24 балла)	11(39,3%)	6(27,2%)	17(34,0%)
Тяжелые (25-34 балла)	5(17,85%)	7(31,8%)	12(24,0%)
Функция нарушена (> 34 баллов)	7(25%)	5(22,3)	12(24,0%)
Индекс инвалидизации (%)	$47,10 \pm 23,53$	$53,07 \pm 19,84^*$	$50,12 \pm 21,8$

Как видно из таблицы, в группе с латеральным стенозом умеренные и легкие

нарушения утраты трудоспособности были у 15(53,5%) больных и у 12(42,9%) пациен-

тов выявлены тяжелые нарушения функций или функции были нарушены полностью. У пациентов с центральным стенозом наоборот преобладали больные с тяжелыми нарушениями 12(54,5%) человека, а у 10(45,5%), человек были умеренные и легкие нарушения утраты трудоспособности.

Среди всех обследованных пациентов по опроснику Освестри, трудоспособность и качество жизни до оперативного лечения были снижены в среднем до  $25,53 \pm 12,26$  баллов. В группе с центральным стенозом в дооперационном периоде среднее количество баллов составило  $27,8 \pm 9,0$  баллов и было значимо ( $p < 0,05$ ) выше, чем в группе с латеральными стенозами ( $24,4 \pm 14,3$  баллов). Индекс инвалидизации в дооперационном периоде у пациентов с центральным стенозом был  $53,07 \pm 19,84\%$ , что достоверно ( $p < 0,05$ ) выше, чем у больных с латеральным стенозом  $47,10 \pm 23,53\%$ . Качество жизни у пациентов второй группы до оперативного лечения по опроснику Освестри достоверно было ниже ( $P < 0,05$ ), а процент инвалидизации выше, чем в первой группе.

Поскольку хронический болевой син-

дром часто сочетается с эмоциональными расстройствами, у больных со стенозами ПК, была исследована степень депрессии по шкале Бека у 21 больного. Обследованные пациенты в дооперационном периоде находились в состоянии субдепрессии, средний балл по шкале Бека составил  $12,5 \pm 0,5$ , что достоверно выше ( $P < 0,0001$ ), чем в группе сравнения  $4,2 \pm 1,9$ . Средний балл по шкале депрессии Бека в дооперационном периоде был достоверно выше в группе с центральным стенозом  $14,1 \pm 3,8$  ( $P < 0,025$ ), чем с латеральным  $10,8 \pm 3,9$

Анализ состояния эмоционально-личностной сферы пациентов со стенозами позвоночного канала по шкале депрессии Бека показал, что у большинства выявлен невротический уровень депрессии (10-19 баллов), так в группе с центральным стенозом он был у 8(88,8%). В группе с латеральным стенозом преобладала 6(50%) легкая степень депрессивных нарушений. Согласно данной шкале, депрессия отсутствовала у 4(33,3%) человек в первой группе и только у 1(11,1%) пациента во второй (таблица 2).

Таблица 2 - Уровень депрессии по шкале Бека у пациентов в обеих группах до оперативного лечения

Баллы	Больные с латеральным стенозом (n=12)	Больные с центральным стенозом(n=9)
Отсутствие депрессии (0-9)	4(33,3%)	1(11,1%)
Легкая (10-15)	6(50%)	3(33,3%)
Умеренная (16-19)	2(16,7%)	5(55,5%)

Нами также проведена оценка когнитивных составляющих болевого ощущения с помощью опросника стратегий преодоления хронической боли. Данные показатель

тесно сопряжен с эмоционально-личностными нарушениями, что имеет важное значение в эффективности лечения больных с любой патологии (таблица 3).

Таблица 3 - Когнитивные составляющие болевого ощущения у пациентов со стенозами ПК в дооперационном периоде.

	«ориентированные на болезнь» неадаптивные	«ориентированные на здоровье» адаптивные
Больные с латеральным стенозом (n=12)	3(25%)	9(75%)
Больные с центральным стенозом(n=9)	4(44,4%)	5(55,5%)
Все пациенты (n=21)	7(33,3%)	14(66,7%)

Исследование когнитивных составляющих было изучено у этих же 21 больных. При этом установлено, что у 14 (66,7%) пациентов преобладают «ориентированные на здоровье» адаптивные стратегии преодоления боли (самоубеждение, сохранение активности, выполнение упражнений), а у 7 (33,3%) человек выявлены «ориентированные на болезнь» неадаптивные стратегии, такие как защита, отдых, обращение за помощью

Исследование показало, что в группе с латеральным стенозом преобладают пациенты с адаптивными стратегиями преодоления боли 9(75%) человека, а у пациентов с центральным стенозом в одинаковой мере присутствуют как адаптивные, так и неадаптивные стратегии (4(44,4%) и 5(55,5%). При сравнении в дооперационном периоде, по шкале депрессии Бека выявлена достоверная ( $P < 0,001$ ) разница между пациентами, «ориентированными на болезнь»  $15,3 \pm 2,76$  и «ориентированными на

здоровье»  $10,6 \pm 3,93$ .

#### **Выводы**

1. При центральных СПК отмечалась более грубая клиничко-неврологическая симптоматика, почти с 2-х кратным преобладанием двигательных нарушений (17,85%-31,80%) и тазовых расстройств (3,5%-9,1%), чем при латеральных стенозах.

2. Важной составляющей клинической симптоматики СПК является психоэмоциональные и когнитивные расстройства, определяющие в конечном итоге качество жизни больного и перспективы послеоперационной реабилитационной терапии, поэтому, возможно, подключение рациональной психотерапии, при необходимости - консервативной терапии с использованием нейролептиков, транквилизаторов и/или антидепрессантов (по показаниям) улучшит в конечном итоге показатели жизни пациентов со стенозами поясничного характера в восстановительный период.

## **АКТУАЛЬНОСТЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Арупова Д.Р.**

**Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Национальный центр акушерства, гинекологии и перинатологии г. Алматы**

Нервно-мышечные болезни занимают первое место по частоте среди всех наследственных моногенных неврологических заболеваний. По данным А. Emery (1991), суммарная распространенность всех наследственных нервно-мышечных болезней составляет  $250-300 \times 10^{-6}$  (т.е. приблизительно 1 случай на 3500 населения). Принимая во внимание тот факт, что для основной части заболеваний из данной группы характерно неуклонно прогрессирующее течение и отсутствие эффективных методов лечения, нервно-мышечные болезни следует признать одной из наиболее актуальных проблем клинической неврологии. Профилактика повторных случаев нервно-мышечных болезней в семьях «высокого риска» является на сегодняшний день единственным эффективным

средством борьбы с этими тяжелыми и нередко фатальными недугами, при этом центральное место в системе профилактических мероприятий занимает ДНК-диагностика.

Одним из разделов клинической медицины, наиболее ярко демонстрирующим современные возможности молекулярной генетики, является неврология [1]. Это объясняется исключительной сложностью генетической организации функции мозга, высокой степенью дифференцировки и «энергетической ранимости» нейронов, и как следствие – их частым вовлечением в патологический процесс при наследственно обусловленных системных заболеваниях, метаболических расстройствах и повреждениях структурных белков клетки.

Разнообразные методы ДНК-анализа

заняли свое прочное место в исследовательском арсенале клинической неврологии с начала 90-х гг. XX столетия. К настоящему времени известно уже более 300 наследственных заболеваний нервной системы, для которых полностью расшифрованы первичные молекулярные дефекты, или установлена хромосомная локализация мутантных генов. К числу таких заболеваний относятся большое число форм прогрессирующих мышечных дистрофий и врожденных миопатий, наследственные спастические параплегии, спинальные амиотрофии, наследственные моторные и сенсорные невропатии, наиболее частые наследственные заболевания экстрапирамидной системы (хорея Гентингтона, эссенциальный тремор, торсионная дистония, болезнь Вильсона – Коновалова), митохондриальные энцефалопатии и др. По существу, на фоне этих открытий происходит коренное преобразование идеологии и методических возможностей нейрогенетики и ряда других разделов клинической неврологии. Наиболее ярким отражением достигнутого прогресса стало появление новейших и надежных методов диагностики, основанных на ДНК-тестировании и идентификации конкретных генетических дефектов, лежащих в основе болезни. Это, в свою очередь, повлекло за собой изменение базовых принципов систематизации наследственных болезней нервной системы и пересмотр всей номенклатуры этих заболеваний. Существенно изменились принципы медико-генетического консультирования: благодаря ДНК-диагностике у неврологов появилась возможность раннего выявления носителей мутантного гена и в ряде случаев проведения превентивной терапии на пресимптоматической стадии болезни. Более того, проведение пренатальной ДНК-диагностики позволяет в настоящее время достоверно оценивать генетический статус плода и при необходимости рекомендовать прерывание беременности, способствуя профилактике повторных случаев заболевания в отягощенных семьях. Новейшей страницей профилактики наследственной неврологической патологии является разработка методов преимплантационной ДНК-диагностики.

Генетический риск до 5% оценивается как низкий и не считается противопоказанием к деторождению в консультируемой семье. Риск от 6 до 20% принято считать средним, а свыше 20% - высоким. При среднем и высоком риске рекомендации относительно возможности деторождения определяются в основном тяжестью медицинских и социальных последствий конкретного заболевания, а также возможностями и доступностью пренатальной ДНК-диагностики [5].

До использования методов ДНК-диагностики генетический риск при менделирующих заболеваниях определяется путем вероятных расчетов, основанных на закономерностях сегрегации патологического фенотипа при том или ином типе наследования. Точность расчета генетического риска зависит от информативности родословной и возможности установления генотипов консультируемых родителей. Если генотипы родителей (тип брака) известны или могут быть предложены с высокой вероятностью, оценка риска манифестации патологического фенотипа у потомков сравнительно проста [5].

Наследственные заболевания, в основе которых лежит первичное нарушение мышечной ткани, объединены в большую группу, именуемую миопатиями. В основе клиники лежит атрофия мышц, мышечная слабость, снижение глубоких рефлексов. Типичны системность поражения поперечно-полосатых мышц и прогрессирующий характер течения заболевания. Миопатии – наиболее часто встречающаяся патология в большой группе наследственных нервно-мышечных заболеваний. Будучи сходными по клиническим признакам, миопатии являются разнородными заболеваниями, отличающимися типом наследования, особенностями мышечного метаболизма, иногда специфическими изменениями структуры мышечного волокна. Сходство клинических проявлений миопатий, в первую очередь, относится к особенностям передвижения больных, их типичной походке, моторике верхних конечностей, туловища, обусловленных начальным вовлечением в патологический процесс мышц тазового пояса и плечевого пояса, проксимальных

отделов конечностей, туловища. Атрофии мышц, сопровождающиеся прогрессирующей мышечной слабостью, постепенно усиливаются, вовлекая в симметричный процесс новые мышечные группы. Дегенеративные изменения, происходящие в мышечной ткани, ведут к развитию мышечных и сухожильных ретракций, усиливающих деформации конечностей. Особенно опасны для жизни больного поражения сердечной мышцы и мускулатуры, участвующей в процессе дыхания. Сходство клинической картины миопатий относится только к кардинальным признакам. Каждое из нозологически самостоятельных заболеваний имеет клинические особенности, позволяющие с достаточной точностью установить диагноз.

X-сцепленная рецессивная псевдогипертрофическая мышечная дистрофия Дюшенна, впервые подробно описанная G. Duchenne в 1868 г., - одна из наиболее частых и злокачественных форм нервно-мышечной патологии детского возраста, характеризующаяся началом клинических проявлений в первом пятилетии жизни, прогрессивным течением заболевания с последующей инвалидизацией и летальным исходом, как правило, в конце второго десятилетия жизни. Клиническая симптоматика носительства может проявляться умеренным снижением мышечной силы и сухожильных рефлексов, утолщением (за счет гипертрофии) икроножных мышц, поясничным гиперлордозом, варусной деформации стоп, другими симптомами. Клиническая картина миодистрофии Дюшенна достаточно изучена [4]. Заболевание характеризуется сравнительно ранним началом и относительно быстрым прогрессированием процесса. Первые признаки заболевания в виде мышечной слабости проявляются в возрасте 2-5 лет. У части детей отмечается задержка темпов моторного развития уже на первом-втором году жизни. Дети начинают испытывать затруднения при ходьбе по лестнице, вставании с пола, перестают бегать. Очень типичной становится переваливающаяся «утиная» походка, заключающаяся в раскачивании в тазобедренных суставах. Рано возникают псевдогипертрофии за счет разрастания жировой и соедини-

тельной ткани, захватывающие главным образом икроножные, дельтовидные и ягодичные мышцы. В последующем постепенно появляются гипотрофии мышц бедер и тазового пояса, нередко внешне скрытые из-за развитой подкожной жировой клетчатки. Процесс носит отчетливо восходящий характер: мышечная слабость и гипертрофии распространяются на мышцы спины, плечевого пояса, проксимальных отделов верхних конечностей. Характерны «крыловидные лопатки», симптом «свободных надплечий». Из-за усиливающейся слабости к 9-12 годам дети, как правило, перестают ходить, постепенно превращаясь в «кресельных пациентов». Становятся заметными вторичные деформации скелета, усиливаются атрофии и сухожильные ретракции. Наиболее ранние изменения обнаруживаются в ахилловых сухожилиях, приводящие в последующем к патологической деформации стоп. Возможны контрактуры в локтевых, коленных и тазобедренных суставах. Первым из глубоких рефлексов исчезает коленный, затем – рефлексы с двуглавой и трехглавой мышц. При ЭКГ-исследовании обнаруживается углубление зубца Q, патологии зубца R, блокада ножки пучка Гиса. Причиной летального исхода являются обычно пневмония, которые больные не в силах перенести из-за включения в дыхательную мускулатуры [4]. Ген миодистрофии Дюшенна является самым большим из известных на сегодня генов человека и имеет весьма сложную молекулярную организацию: он содержит, как минимум, 5 промоторов, свыше 80 экзонов, состоит из 24000 кб и кодирует белок с молекулярной массой 427 килодальтон, получивший название «дистрофин» [8]. В норме в мышечном волокне дистрофин локализуется на цитоплазматической сарколемме, являясь составной частью цитоскелета и обеспечивая связь между активными филаментами (т.е. сократительным аппаратом мышечного волокна) сакроллемой [13].

Приблизительно 55-65% всех случаев ПМД Дюшенна / Беккера обусловлены делециями гена дистрофина различной протяженностью, 5-10 % случаев – дубликациями части гена, у остальных больных имеют место точковые мутации. Делеции в

гене дистрофина распределяются отнюдь не равномерно по его длине, а преимущественно группируются вокруг двух областей гена, образуя так называемые «горячие точки» делеции – 5-области гена (экзоны 2-20) и в его дистальной части в области экзонов 44-53 [8]. Интересно отметить, что проксимальные делеции гена чаще выявляются при семейных формах болезни, тогда как дистальные делеции обычно ассоциированы со спорадическими случаями (т.е. возникшими как результат новой мутации); при выявлении проксимальной делеции гена повторный риск заболевания в семье почти на порядок выше, чем при дистальных (соответственно 30 и 4%) [12].

Открытие генетического дефекта при ПМД Дюшенна и Беккера дало возможность с молекулярных позиций объяснить причину различий в клинической картине этих форм миопатий. Тяжелая форма Дюшенна развивается обычно при наличии мутаций, повреждающих рамку считывания кодирующей области гена либо нарушающих структуру функционально значимых доменов дистрофина. Результатом таких мутаций является грубое нарушение синтеза или функции дистрофина. Напротив, у больных миопатией Беккера имеют место, как правило, внутренние делеции или дубликации гена, не приводящие к сдвигу рамки считывания кодонов; вследствие этого синтезируется измененный, «усеченный» дистрофин, сохраняющий частичную функциональную активность. Не случайно у больных ПМД Дюшенна отмечается полное отсутствие дистрофина при иммуногистохимическом исследовании мышечных биоптатов с помощью антидистрофиновых антител, тогда как при миопатии Беккера в препарате выявляются небольшие дистрофин-позитивные участки. Указанная теория «рамки считывания», объясняющая характер клинической картины в зависимости от типа мутации, подтверждается в абсолютном большинстве (92%) всех случаев ПМД Дюшенна и Беккера. В зависимости от характера молекулярного дефекта могут наблюдаться клинически и иммуногистохимически «промежуточные» варианты болезни [6]; описан также ряд необычных мышечных синдромов, обусловленных му-

тациями гена дистрофина-крампи с рецидивирующей миоглабинурией и сниженной толерантностью к физической нагрузке, изолированная кардиомиопатия, доброкачественная миопатия позднего возраста [10]. В связи с молекулярным единством МПД Дюшенна, ПМД Беккера и указанных выше атипичных вариантов миопатий в литературе в последнее время принято объединять эти формы общим термином дистрофинопатии.

«Золотым стандартом» при постановке диагноза дистрофинопатии является исследование мышечной ткани на дистрофин. Этот метод однако, весьма дорог, технически сложен и требует проведения биопсии мышцы. Поэтому в настоящее время широко применяется неинвазивная диагностика ПМД Дюшенна/Беккера с использованием различных молекулярно-генетических подходов на клетках крови. Наиболее простым методом ДНК-диагностики дистрофинопатий является так называемая мультиплексная (мультипраймерная) ПЦР. Она заключается в одновременной амплификации набора наиболее часто мутирующих экзонов гена дистрофина; при электрофорезе продуктов реакции отсутствие одного или нескольких экзонов будет свидетельствовать о делеции, т.е. служить молекулярным подтверждением диагноза. Комбинированное использование нескольких мультиплексных реакций позволяет диагностировать до 98% всех делеций, имеющих место у больных ПМД Дюшенна/Беккера [10]. Для диагностики носительства мелких или редких делеций в гене дистрофина, а также при наличии других мутаций (вставки и дубликации, точковые мутации) могут применяться более сложные методы ДНК-анализа, такие как Саузерн-блоттинг с использованием кДНК-зондов. Важно отметить, что указанные ДНК-методы не только значительно повышают процент выявляемости мутаций в гене дистрофина у обследуемых больных, но и позволяют осуществлять диагностику мутаций у женщин-носительниц делеция на мутантной хромосоме «маскируется» наличием нормального экзона, аплифицируемого с другой X-хромосомы.

В 25-30% всех ПМД Дюшен-

на/Беккера у больного не удается выявить доступными методами повреждения в гене дистрофина, но при этом возникает необходимость установления генетического статуса как лиц из группы риска в обследуемой семье (сибсы мужского пола, родственники больного по женской линии), так и плода у женщин-носительниц (для решения вопроса о сохранении или прерывании беременности) [1]. В таких ситуациях может использоваться косвенная ДНК-диагностика, позволяющая проследить наследование мутантной хромосомы в изучаемой семье. Для этой процедуры необходимо наличие образцов ДНК либо заведомо больного ребенка, либо заведомо здоровых братьев пробанда. Поскольку для гена дистрофина характерна высокая частота внутривенных рекомбинаций, при проведении косвенной ДНК-диагностики ПМД Дюшенна/Беккера используются обычно несколько маркеров, расположенных в проксимальной, дистальной и центральной частях гена либо тесно сцепленных с геном и фланкирующих его с теломерного и цетромерного конца.

Серьезной проблемой при проведении ДНК-диагностики в семьях ПМД является высокая частота спонтанных мутаций, что частично может объясняться его гигантским размером [6]. Предполагается, что около трети всех случаев ПМД Дюшенна/Беккера обусловлены мутациями *de novo* [4]. Возникновение новых мутаций в гене дистрофина может происходить на любых этапах гамето- и онтогенеза, в результате чего единая клетка-предшественник дает начало смешанной популяции нормальных и мутантных клеток (феномен соматического гонадного мозаицизма).

Следует особо отметить, что успехи «молекулярной медицины» относятся не только к узкой области наследственных моногенных заболеваний нервной системы. Напротив, они имеют широкое общеклиническое значение и чрезвычайно важны для понимания патогенеза наиболее частых мультифакториальных болезней мозга. При этом моногенные болезни выступают в качестве своеобразных моделей для изучения близких к ним спорадических (наиболее частых) форм соответствующих заболева-

ний.

Таким образом, достигнутый процесс в области молекулярных исследований изменяет само мышление неврологов и диктует настоятельную необходимость более активного внедрения достижений молекулярной генетики в повседневную практику.

Профилактика наследственной патологии и уменьшение «генетического груза» в популяции представляет собой одну из важнейших медицинских и социально-экономических задач, которые стоят перед современным индустриальным обществом испытывающим беспрецедентное давление неблагоприятных экологических фактов. Эта задача особенно актуальна в отношении наследственных заболеваний нервной системы, характеризующихся в большинстве случаев тяжелой физической и психической инвалидизацией больных. Профилактика наследственных заболеваний может быть первичной (предупреждение зачатия или рождения больного инвалида) и вторичным (разнообразные способы коррекции патологического генотипа). На современном этапе развития клинической нейрогенетики возможности вторичной профилактики наследственной патологии (т.е. патогенетического лечения нейрогенетических заболеваний) достаточно ограничены, поэтому на первый план выходит предотвращение появления «генетически больного» потомства [1].

Исследования в области молекулярной генетики представляют особую актуальность в связи с высоким удельным весом нейрогенетических заболеваний в общей структуре неврологической патологии, глубокой инвалидизацией больных с прогрессирующей психической и физической дезадаптацией, а также фатальным течением этих тяжелых и в большинстве случаев неизлечимых страданий.

#### Список использованной литературы

1. Иллариошкин С.Н., Иванова-Смоленская И.А., Маркова Е.Д. ДНК-диагностика и медико-генетическое консультирование в неврологии. – М.: Мед. Информ. аг-во «Миа». – 2002 г.
2. Иванова-Смоленская И.А. Клинические и молекулярно-генетические аспекты изучения наследственных заболеваний нервной системы//Журн. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1996. – 1.
3. Вельтищев Ю.Е., Темин П.А. Наследствен-

ные заболевания нервной системы. – М.: Медицина, 1998.

4. Акимов Г.А., Одинак М.М. Издательство «Гиппократ» 2001.

5. Козлова С.И., Демикова Н.С., Семанова Е., Блинникова О.Е. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. – М.: Практика, 1998. – 416.

6. Tinsley J.M., Blake D.J., Zuellig R.A., Davies K.E. Increasing complexity of the dystrophin-associated protein complex//Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 1994. – 8307–8313.

7. Goodfellow P.N., Davies K.E., Ropers H.H. Report of the committee on the genetic constitution of the X and Y chromosomes//Cytogenet. Cell Genet. – 1985. – 40. – 296–352.

8. Koenig M., Hoffman E.P., Bertelson C.J. Complete cloning of the Dushene muscular dystrophy (DMD) cDNA and preliminary genomic organization of the DMD gene in normal and affected individuals//Cell. – 1987. – 50. – 509–517.

9. Monaco A.P., Neve R.L., Coletti-Finner C. et al. Isolation of candidate cDNAs for portions of the Duchene muscular dystrophy gene//Nature. – 1986. – 323. – 646–650.

10. Doriguzzi C., Palmucci L. et al. Systematic use of dystrophy testing in muscle biopsies results//Eur. J. Clin. Invest. – 2000. – 27. – 352–358.

11. Forrest S.M., Cross G.S., Flint T. et al. Further studies of gene deletions that cause Duchenne and Becker muscular dystrophies//Genomics. 1998. – 109–114.

12. Passos-Bueno M.-R., Bashir R., Bakker E. et al. Different mosaicism frequencies for proximal and distal Duchenne muscular dystrophy (DMD) mutations indicate difference in etiology and recurrent risk//Am. J.

Hum. Genet. – 1995. – 51. – 192–195.

13. Ahn A.N., Kunkel L.M. The structural and functional diversity of dystrophin//Nat. Genet. – 1995. – 3. – 283–291.

### SUMMARY

## MODERN SCOPES OF MOLECULAR AND GENETIC DIAGNOSIS OF PROGRESSIVE MUSCULAR DYSTROPHIES

(Literature review)

**D.R. Arupova**

*Kazakh National University n. a. Asfendiyarov S.D.*

*National center of obstetrics, gynecology and Perinatology, Almaty c.*

*Neurology is one of clinical medicine issues, which is brightly demonstrates modern scopes of molecular genetics. Taking into account the fact, that for major part of diseases from this group progressive course and lack of effective methods of treatment are typical, neuro-muscular diseased ought to be considered as most actual problems of clinical neurology. Prophylaxis of repeated cases of neuro-muscular diseases in families under “high risk” is the most effective means of struggle with this painful and very often fatal diseases, where DNA diagnostics take the central place in the system of prophylaxis measures.*

## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОДИСТРОФИИ ДЮШЕННА

**Арупова Д.Р., Мурзалиев А.М.**

**Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Национальный центр акушерства, гинекологии и перинатологии г. Алматы**

**Актуальность исследования.** В последние десятилетия достигнуты впечатляющие успехи в области молекулярной генетики человека, позволившие от формального описания генов и менделевских законов наследования перейти к их детальной идентификации. Определена организация основных элементов генома человека, построены подробные цитогенетические карты являющиеся основой для выявления, изоляции и анализа индивидуальных генов человека. Проведено секвенирование пол-

ной нуклеотидной последовательности молекулы ДНК человека, длина которой достигает от 80 до 100 тысяч. В настоящее время известна цитогенетическая локализация около 30 000 генов человека и расшифрована молекулярная природа более 10 000 этих генов. Около 1000 из них связаны с моногенными наследственными заболеваниями.

Прогрессирующие мышечные дистрофии (ПМД) представляют собой клинически и генетически гетерогенную группу

наследственных заболеваний, характеризующихся первичным поражением скелетной мускулатуры невоспалительного характера. Распространенность данных заболеваний весьма высока – около 200 случаев на 1 млн. населения (EmeryA., 1993). Общей характеристикой ПМД является развитие нарастающих мышечных атрофий и парезов вследствие прогрессирующей дегенерации миоцитов, обусловленной поражением структурных белков сарколеммы или ключевых ферментов скелетных мышц. По данным Всемирной организации здравоохранения 4–5% всего населения страдают тяжелыми наследственными заболеваниями и аномалиями развития, среди которых наследственные дефекты с поражением нервной системы составляют третью часть и занимают одно из ведущих мест. На долю всех наследственных болезней приходится почти 30% случаев госпитализации в детские больницы, кроме того, они являются причиной почти половины случаев смерти в развитых странах. Наследственные болезни нервной системы характеризуются неуклонно прогрессирующим течением, вызывая тяжелую инвалидность уже с детского возраста, и поэтому проблема их изучения является не только одной из наиболее актуальных медицинских, но и социально значимых проблем современной медицины. Данные исследований наследственных заболеваний, а именно прогрессирующих мышечных дистрофий, полученных в одних регионах, малопримемлемы для других ввиду наличия существенных различий в структуре наследственных болезней в разных популяциях из-за неоднородности этнических, географических и социальных факторов.

В связи с малой изученностью наследственных заболеваний нервной системы в Казахстане становится очевидным актуальность такого рода исследований, что позволит правильно организовать специализированную медицинскую помощь, провести их раннюю диагностику и профилактику.

**Материал и методы.** Материалом для исследования послужили образцы ДНК пациентов. Было обследовано 26 больных мужского пола от 5 до 16 лет. Исследова-

ние проводили в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии, в медико-генетической лаборатории под руководством д.м.н., профессора Святовой Г.С.

Выделение ДНК из периферической крови обследуемых проводилось солевым методом с последующей хлороформ-фенольной очисткой и тестированием на 3% агарозном геле с различными концентрациями фага  $\lambda$  (MillerS.A. etal., 1988).

Для регистрации фрагментов 19 различных экзонов и промоторной области гена дистрофина использовали диагностический набор праймеров DMD-del производства ООО «Центрмолекулярной генетики», г. Москва. Реакция проведена в 23 мкл общего объема смеси, содержащей ПЦР-буфер 5,8 мкл, dNTP 2,5 мкл, по 10,0 мкл специфического праймера и 0,3 мкл активной Taq-полимеразы. ПЦР проводили по схеме: начальная денатурация (95°C, 45 секунд; 2) отжиг - 60°C, 45 секунд; 3) синтез – 72°C, 45 секунд; после чего проводили инкубацию при 72°C в течение 7 минут.

Проводили мультиплексную (мультипраймерную) ПЦР, основанную на одновременной амплификации в одной реакции нескольких экзонов исследуемого гена. Набор предназначен для регистрации фрагментов 19 различных экзонов и промоторной области гена дистрофина. Наиболее частой причиной возникновения миодистрофии Дюшенна/Беккера являются протяженные делеции в гене дистрофина. Локализация гена на X-хромосоме позволяет регистрировать фрагменты 19 экзонов и промоторной области гена дистрофина в гемизиготном состоянии у лиц мужского пола, и таким образом, делеция, затрагивающая один или несколько фрагментов, будет проявляться отсутствием соответствующих полос на геле. Система мультиплексной амплификации (МПА) позволяет в одной пробирке проводить одновременную регистрацию 10 фрагментов, что значительно убыстряет анализ по сравнению с обычной ПЦР.

Фрагменты анализировали в 7% акриламидном геле (сток – раствор АА/БА 29:1). Электрофоретическое разделение фрагментов проводят при напряженности поля 17В/см в течение 1,5 – 2 часов (к мо-

менту окончания разделения фрагментов лидирующий краситель ксилол-цианол должен пройти расстояние в 2/3 длины геля). В таблице 1 представлены длины регистрируемых фрагментов.

**Результаты и обсуждение.** Прогрессирующие мышечные дистрофии Дюшенна и Беккера относятся к самым частым формам мышечных дистрофий (1 на 3500 и 1 на 20000 рожденных мальчиков) и наследуется по X-сцепленному рецессивному типу (EmeryA., 1991). Миодистрофия Дюшенна начинается в возрасте 3 – 6 лет со слабости мышц тазового пояса и проксимальных отделов ног, нередко сопровождающейся псевдогипертрофиями икроножных, ягодичных, дельтовидных и других мышц, кардиомиопатией. В дальнейшем характерна быстрая генерализация парезов и атрофий, нарастающая обездвиженность, развитие контрактур и дыхательных нарушений: гибель больных наступает обычно на 2-3м десятилетии жизни (Темин П.А. и др., 1997; EmeryA., 1993; SpechtL., KunkelL., 1993). Форма Беккера традиционно рассматривается как “мягкий” клинический вариант ПМД Дюшенна с более поздним началом болезни (в 12-15 лет), относительно доброкачественным течением и сохранностью способности к самостоятельной ходьбе на протяжении 15 – 20 лет от момента появления первых симптомов (Темин П.А. и соавт., 1997).

Таблица 1 - Длины регистрируемых фрагментов гена дистрофина

Номер экзона	Длина фрагмента, п.н.	Номер экзона	Длина фрагмента, п.н.
48	506	19	459
3	401	17	416
51	388	8	360
43	357	50	271
45	307	13	238
44	268	6	202
53	212	47	181
4	196	Pm	168
60	139	42	155
52	113	32	122

Женщины, являющиеся гетерозиготными носительницами мутантного гена, как

правило, остаются клинически здоровыми, однако иногда у них могут наблюдаться отдельные субклинические проявления носительства мутации – умеренно выраженная мышечная слабость, увеличение объема икроножных мышц, высокий уровень в крови мышечного фермента креатинфосфокиназы (EmeryA., 1993; SpechtL., KunkelL., 1993).

ПМД Дюшенна и Беккера являются аллельными заболеваниями и обусловлены мутациями одного гена в хромосомном локусе Xp 21 (GoodfellowP. Etal., 1985; MonacoA. etal., 1986; KoenigM. etal., 1987). Данный ген является самым большим из известных на сегодня генов человека и имеет весьма сложную молекулярную организацию: он содержит, как минимум, 5 промоторов, свыше 80 экзонов, состоит из 24 000 кб и кодирует белок с молекулярной массой 427 килодальтон, получивший название “дистрофин” (KoenigM. etal., 1987; HoffmanE. etal., 1992).

В норме в мышечном волокне дистрофин локализуется на цитоплазматической поверхности сарколемы, являясь важной составной частью цитоскелета и обеспечивая связь между актиновыми филаментами (т.е. сократительным аппаратом мышечного волокна) и сарколемой (AhnA., KunkelL., 1989). Известна также изоформадистрофина, экспрессирующаяся в центральной нервной системе, с отсутствием данной изоформы белка в мозге может быть связана умственная отсталость, имеющая место у 1/3 больных ПМД Дюшенна. Прогресс в изучении данной группы заболеваний связан с раскрытием в последние годы структурных и молекулярных основ, регулирующих функционирование мышечного волокна (Иллариошкин С.Н., Иванова – Смоленская И.А., 1998; CampbeelK., 1995; WortonR., EmeryA., 1998).

Молекулярно-генетическая диагностика миодистрофии Дюшенна была проведена у 26 человек больных мужского пола от 5 до 16 лет. Из них у 10 (38,5%) человек были выявлены делеции в гене дистрофина. У 20,0% больных выявлены делеции в гене дистрофина с 44 по 51 экзона, у 20,0% – делеции в гене дистрофина с 47 по 50 экзона. У остальных пациентов (6 человек) вы-

явлены делеции в различных экзонах.

Наиболее тяжелые клинические случаи наблюдаются у двух пациентов с миодистрофией Дюшенна.

*Проводим наблюдения.*

Пациент М.А., 9 лет. Молекулярно-

генетическое исследование ДНК пациента показала наличие делеции в праймере МПА1 большой протяженностью с 32 – 47 экзон и 50 экзона, что сказалось на клиническом проявлении болезни (рис. 1).

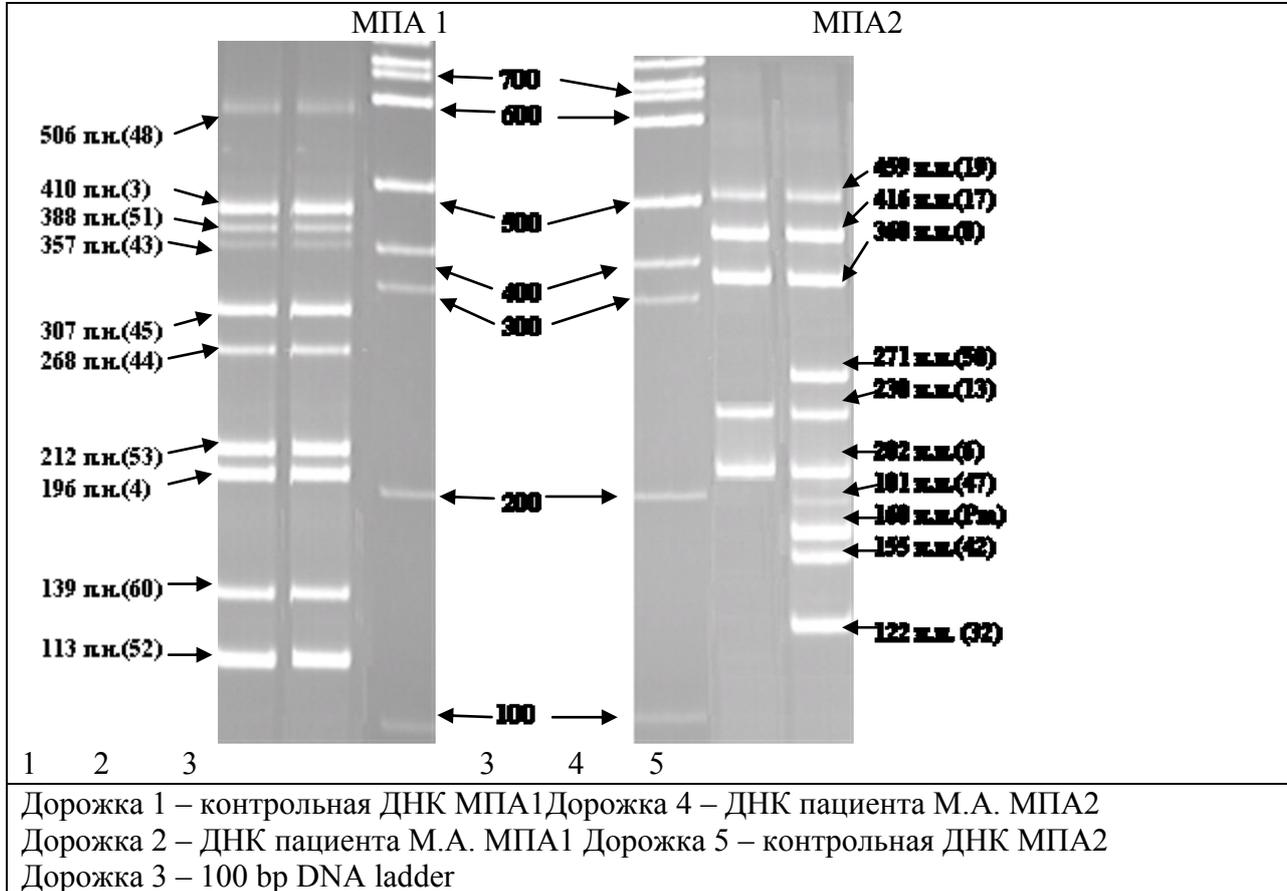


Рис.1. Электрофореграмма ПДРФ-анализа промоторной области и 19 экзона гена дистрофина ДНК пациента М.А.

У данного ребенка наблюдается семейный характер течения болезни. В семье старший сын умер в возрасте 17 лет от прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна. У Арманазаболевание стало проявляться в возрасте 6 лет, быстро прогрессировало, и на момент взятия крови на молекулярное исследование ребенок полностью утратил двигательную активность. Клинически наблюдались: слабость мышц тазового пояса и проксимальных отделов ног, псевдогипертрофия икроножных мышц, дельтовидных. Снижение сухожильных рефлексов, мышечного тонуса, мышечная сила в руках 2 балла. Имеются контрактуры в коленных, голеностопных суставах. Необходимо отметить, что чем раньше дебютирует заболевание, тем злокачественнее оно

протекает.

У данного пациента были выявлены делеции в двух праймерах в МПА1 52, 53 экзонах и в МПА2 делеция 50 экзона, что сказалось на клинических проявлениях данного заболевания (рис. 2). Заболевание протекает злокачественно, очень быстро прогрессирует. На момент осмотра ребенок уже практически утратил двигательную активность, наблюдалась слабость мышц проксимальных отделов ног, псевдогипертрофия икроножных мышц. Снижение сухожильных рефлексов, снижение мышечного тонуса, мышечная сила в руках 2 балла. Имеются контрактуры в коленных, голеностопных суставах. Со стороны сердечно-сосудистой системы кардиомиопатия.

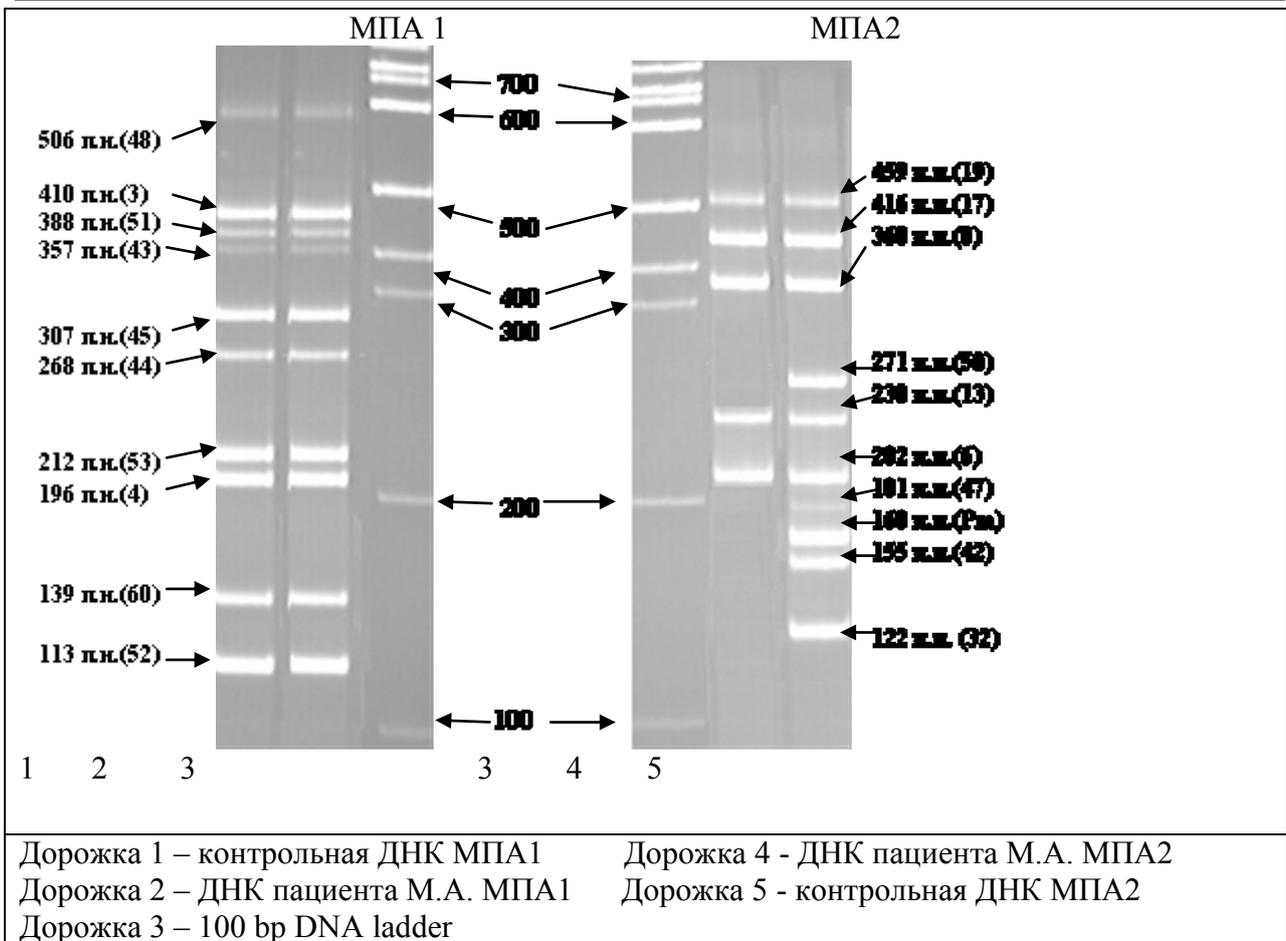


Рис. 2. Электрофореграмма ПДРФ-анализа промоторной области и 19 экзона гена дистрофина ДНК пациента М.А.

Приблизительно 55–65% всех случаев ПМД Дюшенна/Беккера обусловлены делециями гена дистрофина различной протяженности, 5 – 10% случаев – дупликациями части гена, у остальных больных имеют место точковые мутации (ForrestS. et al., 1998; NuX. et al., 1988; KoenigM. et al., 1989).

Делеции в гене дистрофина распределяются отнюдь неравномерно по его длине, а преимущественно группируются вокруг двух областей гена, образуя так называемые “горячие точки” делеций – в 5-й области гена (экзоны 2 – 20) и в его дистальной части в области экзонов 44 – 53 (KoenigM. et al., ForrestS. et al., 1988).

Интересно отметить, что проксимальные делеции гена чаще выявляются при семейных формах болезни, тогда как дистальные делеции обычно ассоциированы со спорадическими случаями (т.е. возникшими как результат новой мутации); при выявлении проксимальной делеции гена повторный риск заболевания в семье почти на порядок выше, чем при дистальной (со-

ответственно, 30% и 4%) (Passos – BuenoM. et al., 1992).

Серьезной проблемой при проведении ДНК-диагностики в семьях с ПМД Дюшенна/Беккера является чрезвычайно высокая частота спонтанных мутаций, что частично может объясняться их гигантским размером.

Предполагается, что около трети всех случаев ПМД Дюшенна/Беккера обусловлены мутациями *de novo*.

Таким образом, исследования в области молекулярной генетики представляют особую актуальность в связи с высоким удельным весом нейрогенетических заболеваний в общей структуре неврологической патологии, глубокой инвалидизацией больных с прогрессирующей психической и физической дезадаптацией, а также фатальным течением этих и в большинстве случаев неизлечимых страданий.

Впервые в популяции города Алматы и Алматинской области была проведена молекулярно-генетическая диагностика

миодистрофии Дюшенна у детей. На сегодняшний день данный метод является единственным профилактическим мероприятием, что тем самым дает возможность для проведения пренатальной диагностики в семьях высокого риска иметь здоровых детей.

Принимая во внимание тот факт, что для основной части заболеваний из данной группы характерно неуклонно прогрессирующее течение и отсутствие эффективных методов лечения, нервно-мышечные болезни следует признать одной из наиболее актуальных проблем клинической неврологии. Профилактика повторных случаев нервно-мышечных болезней в семьях “высокого риска” является на сегодняшний день единственным эффективным средством борьбы с этими тяжелыми и нередко фатальными недугами, при этом центральное место в системе профилактических мероприятий занимает ДНК-диагностика.

#### **Использованная литература:**

1. Иллариошкин С.Н., Иванова-Смоленская И.А., Маркова Е.Д. ДНК-диагностика и медико-генетическое консультирование в неврологии // Медицинское консультирование в неврологии // Медицинское информационное агентство. – 2002. – 136-159 с.;
2. Вельтищев Ю.А., Темин П.А. Наследственные болезни нервной системы; руководство для врачей. – Медицина, 1998. – 496 с.;
3. Иллариошкин С.Н., Иванова-Смоленская И.А. Молекулярные основы прогрессирующих мышечных дистрофий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, - 1998. - №10. – С. 52-62;
4. Emery A. E, Dushenne muscular dys-

trophy Oxford University Press 1993;

5. Goodfellow P.N, Davies K.E, Ropers H.H. Report of the committee on the genetic constitution of the X and Y chromosomes. *Cytogenet. Cell Genet.* 1985; 40: 296-352;

6. Koenig M., Hoffman E.P. Complete cloning of the Duchenne muscular dystrophy (DMD) cDNA and preliminary genomic organization of the DMD gene in normal and affected individuals. *Cell* 1987; 50: 509-517.

#### **SUMMARY MOLECULAR-GENETICS DIAGNOSTICS OF THE PROGRESSIVE MUSCULAR DYSTROPHY**

*D.R. Arupova, A.M. Murzaliyev*

*Kazakh National University n. a. Asfendiyarov S.D.*

*National center of obstetrics, gynecology and Perinatology, Almaty c.*

Progressive muscular dystrophy represents clinically and genetically heterogeneous group of hereditary diseases, which are characterized by primary lesion of skeletal muscular system of no inflammatory nature.

Specimens of patients DNA were as a material for research. 26 Patients, among them men from 5 to 16 years old were examined on molecular-genetics diagnostics of Dushennmyodystrophy. Among them at 10 persons (38,5%) deletion in dystrophy gene was revealed. Deletion in dystrophy gene from 44 to 51 exons was revealed at 20,0%. Deletions in various exons were revealed at the rest patients (6 persons). More dangerous medical cases were observed at 2 patients with Dushennmyodystrophy.

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ОПЕРАТИВНОМ  
ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ****Кочоров О.Т., Жолдошбеков Э.Ж., Чапыев М.Б.****Национальный госпиталь Министерства здравоохранения КР**

*Представлены результаты лечения 52 больных с эхинококкозом печени. В основной группе применены малоинвазивные методы лечения эхинококкоза печени - чрескожная пункция и дренирование эхинококковых кист печени под ультразвуковым контролем. В контрольной группе выполнены традиционные хирургические вмешательства.*

**Ключевые слова:** эхинококкоз печени, хирургическое лечение, чрескожная пункция

***Miniinvasive methods in operative treatment of liver echinococcosis****Kochorov O.T., Joldoshibekov E.J., M.B.Chapyev**National hospital of the Ministry of Health of Kyrgyz Republic*

**Resume:** Results are presented of treatment of 52 patients with hepatic echinococcosis. The basic group treatment consisted of transcutaneous puncture and drainage of hydatid hepatic cysts under ultrasound control. In the comparison group performed surgery interferences using transabdominal access.

**Key words:** liver echinococcosis, surgical treatment, transdermal punction.

Эхинококкоз – паразитарное заболевание с преимущественным поражением печени, относится к очаговым поражениям. В настоящее время основным и наиболее эффективным методом в лечении больных эхинококкозом печени остается хирургический [1, 2]. Наряду с этим, в последние годы традиционному оперативному методу лечения больных с эхинококкозом печени появилась альтернатива, основанная на малоинвазивных технологиях, заключающаяся в проведении чрескожной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии под УЗ-контролем [1-3].

**Цель исследования** - улучшение результатов хирургического лечения больных с эхинококкозом печени.

**Материалы и методы** В период с января 1997 г. по декабрь 1999 г. в клинике общей хирургии им. И.К. Ахунбаева на базе Национального госпиталя МЗ КР находились на лечении 52 пациента с эхинококкозом печени: 24 пациента составили основную группу, 28 — контрольную группу. В контрольной группе выполнены традиционные хирургические операции, в основной группе чрескожные пункции и дренирование эхинококковых кист печени под УЗ-контролем.

Традиционное хирургическое лечение проведено 28 пациентам с гидатидозным эхинококкозом печени. Возраст больных от

18 до 65 лет, из них женщин — 15 (53,5%), мужчин — 13 (46,5%). Одиночные паразитарные кисты печени наблюдались в 22 случаях (78,5%), две и более — в 6 (21,5%), размеры варьировали от 2.0 до 24.0 см в диаметре.

При хирургических вмешательствах производили эхинококкэктомию (20), резекцию пораженной части печени (5), правостороннюю гемигепатэктомию (3).

Эхинококкэктомия с предварительным вскрытием полости кисты произведена в 71,4% случаях. В основном это были больные с большими и гигантскими эхинококковыми кистами, осложненные нагноением, разложением. При проведении операции соблюдали принципы апаразитарности и антипаразитарности. Для антипаразитарной обработки эхинококковых кист применялся 30% раствор хлорида натрия с экспозицией 10-12 минут, а также спиртовой раствор йода 5% с экспозицией 8-10 минут. После эхинококкэктомии свободные части фиброзной капсулы иссекали, остаточная полость дренировалась трубками с широким просветом, края ложа кисты сводились узловыми швами. Недостатками данного вида операции являются длительное закрытие остаточной полости кисты, возникновение гнойных и желчных свищей.

Атипичная резекция печени выполне-

на у 5 пациентов с периферическим расположением небольшой эхинококковой кисты. При тотальном и множественном поражении одной из долей печени выполняли гемигепатэктомию — 3 наблюдения (10,7%).

Анализ результатов традиционного хирургического лечения эхинококкоза печени показал, что осложнения в контрольной группе отмечены у 8 больных (28,5%).

Средняя длительность пребывания в стационаре в группе сравнения составила  $24,6 \pm 3,2$  койко-дня.

Аспирационная эхинококкэктомия под УЗ-контролем выполнена 24 больным (основная группа) в возрасте от 16 до 72 лет. Мужчин было 10 (41,7%), женщин — 14 (58,3%). Размеры эхинококковых кист в основной группе варьировали от 3,5 до 10 см.

Показаниями для данного метода были изолированные эхинококковые кисты, не превышающие в диаметре 100 мм, расположенные в толще паренхимы, пациенты с высоким операционно - анестезиологическим риском, нагноившиеся формы эхинококкоза печени.

Оперативные вмешательства под ультразвуковым контролем выполнялись под местной анестезией. После проведения обзорного ультразвукового исследования выбирается траектория движения инструмента (стиллет-катетер). После попадания в полость эхинококковой кисты стиллет извлекали, а дренаж фиксировали к коже. Через катетер производили максимальную аспирацию содержимого кисты. Далее полость промывали 30% раствором NaCl. Интраоперационных осложнений не было. В раннем послеоперационном периоде у одного пожилого пациента развилась правосторонняя нижнедолевая пневмония, еще в одном наблюдении произошло нагноение остаточной полости. Средний срок пребывания больных в стационаре при чрескожных вмешательствах составил  $13 \pm 2,1$  койко-дня. Летальных исходов в данной группе больных не было.

Средний срок пребывания больных в стационаре при чрескожных вмешательствах составил  $13,0 \pm 2,1$  койко-дня. На основании оценки отдаленных результатов

сроком до 3 лет применения чрескожной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии под УЗ-контролем удовлетворительный результат был отмечен у всех пациентов. Данных за рецидив заболевания не обнаружено. При УЗИ у 17 больных (70,8%) отмечена полная облитерация кисты, а у 7 — сохранились небольшие остаточные полости.

**Заключение** Методы малоинвазивных вмешательств имеют большое преимущество перед традиционными операциями: малая травматичность, ранняя активизация больных, снижение количества послеоперационных осложнений, уменьшение пребывания пациентов в стационаре. Наш опыт использования пункционно-аспирационной эхинококкэктомии позволяет рекомендовать данный метод лечения к более широкому применению по строго обоснованным показаниям, а также при дальнейшем совершенствовании техники операций и её инструментального обеспечения.

#### Литература:

1. Вахидов, А.В. Диагностика и лечение эхинококкоза печени, осложненного цитобилиарным свищом [Текст] / А.В. Вахидов, В.А. Ильхамов, Л.В. Струцкий // Хирургия. — 1989. - № 5. — С. 15-17.
2. Вишневский, В.А. Современные принципы техники оперативных вмешательств на печени [Текст] / В.А. Вишневский // Анналы хирургической гепатологии. — 1998. — № 1. — С.15-23.
3. Гаврилин, А.Р. Чрескожная эхинококкэктомия из печени [Текст] / А.Р. Гаврилин, В.А. Вишневский, В.В. Икрамов // Диагностика и лечение опухолей печени: Материалы научной конференции. — СПб., 1989. — С. 43-44.
4. Джалалов, Ю.В. Диагностическая и лечебная тактика при эхинококкозе печени, осложненном механической желтухой [Текст] / Ю.В. Джалалов, Г.М. Багаудинов, И.Г. Ахмедов // Вестник медицины. — 2009. - № 3. — С.55-58.
5. Альперович Б.И. Хирургия печени / Б.И. Альперович. — М.: ГЭОТАР Медиа, 2010. — 352 с.
6. Гаврилин А.В., Кунцевич Г.И., Вишневский В.А. Пункционный метод лечения эхинококковых кист печени под контролем ультразвукового исследования // Хирургия. — 2002. — № 8. — С. 39-46.

## МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Мусаев У.С.

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

**Резюме:** Наблюдали 76 больных с механической желтухой на почве желчнокаменной болезни и ее осложнений. С целью профилактики осложнений у 8 использована предоперационная чрескожная холангиостомия, у 4 – эндоскопическая папиллосфинктеротомия. В момент операции в круглую связку печени фиксировали микроирригатор, через который вводили лимфотропную смесь с антибиотиками. Все 76 больных оперированы, после основного этапа операции у 47 выполнили наружное дренирование, у 29 – внутреннее. Осложнения возникли у 6 (7,9%), умер 1 (1,3%).

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, механическая желтуха, оперативное лечение, меры профилактики, осложнения, летальность.

### MEASURES OF PREVENTION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

U.S. Musaev

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Municipal clinical hospital №1, Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary:** We observed 76 patients with obstructive jaundice due to gallstone disease and its complications. In order to prevent complications in 8 used preoperative percutaneous cholangiostomy, in 4 - endoscopic papillosphincterotomy. At the time of the operation in the round ligament of the liver we fixed mikroirrigator through which the lymphotropic mixture with antibiotics was injected. All of 76 patients were operated after the main phase of the operation, we performed external drainage in 47 and internal drainage in 29. Complications occurred in 6 (7.9%), 1 (1.3%) died.

**Keywords:** cholelithiasis, obstructive jaundice, surgical treatment, prevention, complications, mortality.

Одним из наиболее опасных последствий желчнокаменной болезни и ее осложнений является механическая желтуха, которая существенно влияет на течение заболевания [1,2]. Эта группа больных нуждается в индивидуальном подходе, как в выборе предоперационной подготовки, так и в методе оперативного лечения. Ряд исследователей [3,4,5] рекомендует выполнять подготовку для разгрузки желчных путей (холангиостомия, папиллосфинктеротомия), а вторым этапом выполнять основную операцию и после операции осуществлять детоксикационную терапию.

Выполнение инфузионной терапии до операции малоэффективно, так как остается непроходимость холедоха и улучшение в состоянии больных наблюдается кратковременное. Поэтому все исследователи указывают, что инфузионная терапия перед операцией не должна быть продолжительной, необходимо восстановить проходимость желчных протоков, а затем выполнять массивную детоксикационную терапию [5,6].

Несмотря на большое количество исследований, посвященных лечению больных с механической желтухой различного генеза, частота осложнений (32-61%) и летальность остаются на высоком уровне [5,6], что является основанием для поиска мер профилактики, которые позволили бы улучшить результаты лечения.

**Цель исследования** – обосновать разработанные меры профилактики у больных с механической желтухой.

**Материалы и методы исследования.** В клинику в период 2008-2014 гг. поступило 76 больных с механической желтухой. Женщин – 46, мужчин – 30, в возрасте от 28 до 76 лет. Сроки желтухи колебались от 3 до 12 дней. Из числа поступивших, механическая желтуха при остром холецистите была у 18, при хроническом – у 22, у всех она была обусловлена холецистохоледохолизмом, 40 больных были ранее оперированы по поводу калькулезного холецистита, у них периодически появлялись приступообразные боли, а после последнего приступа возникла желтуха, которая не ис-

чезала после спазмолитических средств, и они были направлены в клинику.

В обследовании больных, помимо общеклинических методов применялись УЗИ, по показаниям КТ и МРТ (8 больных), чрескожная чрезпеченочная холангиография, проводилось определение печеночных и почечных тестов по общепринятой методике.

В момент операции использовали зондирование холедоха, холедохоскопию, трансиллюминацию, УЗИ и по показаниям интраоперационную холангиографию

В послеоперационном периоде выполняли многократно УЗИ для своевременного выявления осложнений и при длительно незаживающих желчных свищах или длительном выделении большого количества желчи через дренаж – холангиографию .

Используя комплекс этих методов диагностики, удавалось определить характер заболевания и наметить объем предстоящей операции.

**Результаты и их обсуждение.** В результате выполненных исследований установлено, что желтуха обусловлена непроходимостью холедоха – холедохолитиазом, что требовало восстановления его проходимости. Уровень билирубина колебался от 85 до 356 мкмоль/л и отмечено повышение уровня трансаминаз.

Большое значение мы придавали предоперационной подготовке. У 8 больных с высоким уровнем билирубина (выше 250 мкмоль/л) выполнена чрескожная чрезпеченочная холангиостомия, которую держали 7-8 дней, через дренаж выделялась желчь, улучшалось общее состояние, уменьшалась желтуха, затем больные были оперированы изминидоступа.

Еще у 4-х больных выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, конкременты из холедоха были успешно удалены, желтуха уменьшилась, быстро снизился уровень билирубина, и пациенты в плановом порядке были оперированы.

Остальные больные (64 чел.) получали перед операцией инфузионную терапию, но не более 2-3 дней.

В оперативном лечении применяли холецистэктомию и дренирование холедо-

ха, а при осложнениях после холецистэктомии (резидуальный и рецидивный холедохолитиаз) – холедохолитотомию и наружное или внутреннее дренирование. Наружнодренирование произведено у 47 пациентов, из них по методике Вишневецкого у 28, по Керу – у 19. Внутреннее дренирование выполнено у 29 больных (холедоходуоденоанастомоз и холедохоюноанастомоз).

Особое внимание было обращено на меры профилактики осложнений. До операции при выполнении УЗИ решали вопрос о выборе доступа и чаще использовали минилапаротомию, как менее травматичную, по ходу операции выполняли тщательный гемостаз, так как скопление геморрагической жидкости приводит в дальнейшем к нагноению. Тщательно ушивали ложе желчного пузыря и подводили страховый дренаж. При высоком уровне билирубина и трансаминаз осуществляли реканализацию пупочной вены и через нее вводили антибиотики, гепатотропные препараты, комплекс витаминов, глюкозу с инсулином. Это предотвращало прогрессирование печеночной недостаточности, быстро исчезали явления эндотоксикоза. После удаления катетера из пупочной вены, инфузионную терапию продолжали через периферические вены.

Также использовали регионарную лимфостимуляцию через круглую связку печени. В момент операции в круглую связку печени фиксировали микроирригатор и через него 2 раза в сутки вводили антибиотик (цефазолин 1,0 или ампициллин 1,0), гепарин 70 ед на кг веса больного, лидазу 8-12 ед, тактивин 1 мл и 0,5% раствор новокаина 15-20 мл. Регионарную лимфостимуляцию выполняли 5-6 суток.

В послеоперационном периоде из 47 больных с наружным дренированием осложнения отмечены у 3. У одного имело место выпадение дренажа, потребовавшее повторной операции, у одного отмечено прогрессирование печеночной недостаточности, которое явилось причиной смерти, и еще у одной больной выявлен плеврит, который излечен плевральными пункциями. Дренажи из холедоха удаляли после контрольной холангиографии, обычно на 7-8

сутки и значительно реже на 9-10 сутки (5 больных).

Из 19 больных, которым выполнено внутреннее дренирование, осложнения обнаружены также у 3 больных: у одной больной послеоперационный период осложнился частичной несостоятельностью анастомоза, повторная операция не потребовалась, дренажи обеспечивали адекватное дренирование, еще у одной больной отмечена пневмония и у одного нагноение операционной раны.

Среднее пребывание в стационаре пациентов с наружным дренированием составило  $14,2 \pm 1,91$  койко-день и при внутреннем дренировании -  $12,1 \pm 1,7$  койко-день.

Послеоперационные осложнения при механической желтухе составили 7,9% (6 больных) и летальность 1,3% (1 больной).

Таким образом, наши исследования показали, что улучшение результатов лечения больных с механической желтухой можно добиться при индивидуальном подходе к проведению предоперационной подготовки, выполнением малотравматичного

доступа и выполнением мер профилактики в момент операции и в послеоперационном периоде.

### Литература.

1. Ардаинов, Т.Б. Особенности хирургического лечения сложных форм холедохолитиаза [Текст] / Т.Б. Ардаинов, С.А. Будзинский, А.Г. Паньков // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2013. – Том 18, №1. – С.23-26.
2. Борисов, А.Г. Возможности малоинвазивных технологий в лечении холедохолитиаза у больных повышенного риска [Текст] / А.Г. Борисов, В.П. Земляной, В.В. Моячин // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2012. – №1. – С.88-90.
3. Гариков, Р.М. Сравнительная оценка результатов использования различных методов хирургического лечения рецидивного и резидуального холедохолитиаза [Текст] / Р.М. Гариков, Р.Д. Нажипов // *Хирургия*. – 2007. – №3. – С.138-144.
4. Ермаков, Т.А. Миниинвазивные методики лечения желчнокаменной болезни, осложненной нарушением проходимости желчных путей [Текст] / Т.А. Ермаков // *Хирургия*. – 2003. – №6. – С.68-71.
5. Жумадылов, К.С. Билиодigestивные анастомозы в лечении больных желчнокаменной болезнью и ее осложнений и качества жизни после их выполнения [Текст] / Автореферат дисс. канд. мед. наук: К.С. Жумадылов. – Бишкек, 2013. – 21 с.
6. Schafez, M. Cholelithiasis – laparoscopy or laparotomy? [Text] / M. Schafez // *Juer.Umsch.* – 1998. – Vol.55, №6. – P.110-115.

## МЕТОДЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ХОЛЕДОХА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Мусаев У.С.

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

**Резюме:** даны результаты дренирования холедоха у 76 больных с механической желтухой. У 18 больных механическая желтуха обусловлена холедохолитиазом при остром холецистите, у 22 – при хроническом холецистите и у 40 – различными осложнениями после холецистэктомии. Использовано дренирование по Вишневскому у 28, по Керу – у 19 и внутреннее дренирование у 29. Умер 1 (1,3%). Осложнения отмечены у 6 (7,9%).

**Ключевые слова:** механическая желтуха, оперативное лечение, дренирование холедоха, наружное и внутреннее дренирование.

### METHODS OF CHOLEDOCH DRAINAGE IN OBSTRUCTIVE JAUNDICE AND THEIR EFFECTIVENESS

Musaev U.S.

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

**Summary:** Given the results of the common bile duct drainage in 76 patients with obstructive jaundice. In 18 patients obstructive jaundice due to choledocholithiasis in acute cholecystitis, in 22 - in chronic cholecystitis and 40 - various complications after cholecystectomy. Used Wisniewski drainage at 28, Kehr's T-tube drainage - 19 and the internal drainage at 29.1 (1.3%) patient died. Complications were in 6 (7.9%).

**Keywords:** obstructive jaundice, surgical treatment, drainage of the common bile duct, external and internal drainage.

**Введение.** Механическая желтуха – это осложнение многих заболеваний печени и желчных путей [1,2], возникновение которого существенно влияет на течение и исход болезни. Наиболее часто это осложнение имеет место при желчнокаменной

болезни, а также при возникновении осложнений после холецистэктомии (рецидивный, резидуальный холедохолитиаз, стриктуры холедоха), лечение которых представляет сложную задачу [3,4]. Основной задачей является восстановить прохо-

димось желчных протоков, а затем обеспечить дренирование холедоха [5,6]. В этом плане после удаления конкрементов или ликвидации стриктуры выполняют наружное дренирование, используя при этом различные варианты дренажей и внутреннее – это наложение билиодигестивных анастомозов. Среди хирургов нет единого мнения об эффективности наружного и внутреннего дренирования, идут поиски более совершенных подходов к ликвидации механической желтухи и обеспечение оптимальной проходимости желчных путей.

Цель работы – дать оценку наружному и внутреннему дренированию при механической желтухе у больных желчнокаменной болезнью.

#### **Материал и методы обследования.**

Под наблюдением находилось 76 больных с механической желтухой, которые были оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 с 2008 по 2014 год включительно. Из 76 поступивших, женщин было 46, мужчин – 30. Возраст пациентов колебался от 28 до 76 лет. При остром холецистите механическая желтуха была отмечена у 18, при хроническом – у 22. Остальные 40 больных ранее были оперированы по поводу желчнокаменной болезни. В период от 3 месяцев до 3-х лет после операции у них возобновились боли в правом подреберье, и после очередного приступа появилась желтуха.

При поступлении после выяснения анамнеза, объективного осмотра, выполняли УЗИ по общепринятой методике, а при неясной картине назначали КТ, МРТ (8 больных), выполняли общий анализ крови и мочи, ЭКГ, определяли свертываемость крови, показатели функционального состояния печени и почек до операции и в послеоперационном периоде. При поступлении уровень билирубина колебался от 85 до 356 мкмоль/л, а также отмечен высокий уровень трансаминаз.

УЗИ выполняли до операции для выяснения характера заболевания и после операции – многократно для своевременного выявления осложнений (скопление жидкости в поддиафрагмальном, подпеченочном пространстве, малом тазу, в плевраль-

ной полости).

В момент операции выполняли ревизию холедоха, зондирование, холедохоскопию, трансиллюминацию, интраоперационное УЗИ и по показаниям интраоперационную холангиографию (16 больных).

**Результаты и их обсуждение.** После обследования и установления диагноза, все 76 больных были оперированы под эндотрахеальным наркозом. У 18 больных с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, была выполнена холецистэктомия, холедохотомия и наружное дренирование по Вишневному или по Керу, а у одного наложен билиодигестивный анастомоз, так как в холедохе было множество мелких камней и после удаления их и ревизии холедоха не было уверенности, что все конкременты были удалены, поэтому выполнен холедоходуоденоанастомоз с дренированием анастомоза микроиригатором.

При хроническом калькулезном холецистите, осложненном механической желтухой из 22 у 18 выполнено наружное дренирование, а у 4 – внутреннее (холедоходуоденоанастомоз у 2 и также у 2-х – холедоходуоденоанастомоз на выключенной петле по Ру).

У 40 поступивших больных механическая желтуха развилась после холецистэктомии в сроки от 3 месяцев до 3 лет. Это были больные с резидуальными и рецидивными конкрементами. Деление на резидуальные и рецидивные чисто условное, но мы ориентировались на сроки появления болевого синдрома, если до одного года, то считали резидуальными, а в более поздние сроки – рецидивными. Лечение этой группы больных было более сложное, поскольку эти больные требовали проведения повторной операции. Наружное дренирование было выполнено у 16 больных, а внутреннее – у 24. При одиночных конкрементах отдавали предпочтение наружному дренированию по Вишневному или Керу, а при выполнении внутреннего дренирования обращали основное внимание на характер конкрементов и их количество и на состояние двенадцатиперстной кишки (наличие или отсутствие дуоденостаза), и из 40 больных холедоходуоденоанастомоз вы-

полнен у 18, а у 22 – холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру.

При внутреннем дренировании через микроирригатор, который к концу операции фиксировался в холедохе выше анастомоза, осуществляли орошение озонированными растворами хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл 3-4 раза в сутки, это позволяло добиться санации желчных путей и предотвратить несостоятельность анастомоза, возникновение которого ведет к развитию желчного перитонита.

Из 76 больных дренирование холедоха по Вишневскому выполнено у 28, по Керу – у 19 и внутреннее дренирование – у 29.

Во всех группах после операции больные получали антибиотики, обезболивающие и инфузионную терапию, включающую гепатотропные препараты, а у 8 с наиболее тяжелой степенью эндотоксемии в момент операции выполнена канализация пупочной вены и введение медикаментозных средств осуществлялось интрапортально в момент операции и в послеоперационном периоде на протяжении 4-5 дней.

При анализе течения послеоперационного периода нами было отмечено, что при использовании наружного дренирования быстро снижался уровень билирубина, заметно уменьшалась желтушность склер и кожных покровов, более благоприятным было течение у больных с дренированием по Керу, поскольку при этом желчь поступает и в кишечник, улучшаются процессы пищеварения.

Из 47 больных, которым выполнено наружное дренирование, умер 1, он поступил с хроническим калькулезным холециститом, механической желтухой с тяжелой степенью эндотоксикоза, ему была проведена кратковременная предоперационная подготовка (2 суток), операция выполнена из минидоступа, удален желчный пузырь и холедох дренирован по Вишневскому, но явления печеночной недостаточности нарастали, на 2-е сутки после операции больной умер.

При использовании наружного дренирования осложнения имели место у 3 больных (прогрессирование печеночной недостаточности у одного, выпадение дренажа у

одного и еще у одного плеврит), что составило 6,4%.

Из числа больных, которым произведено внутреннее дренирование (29 чел.) осложнения возникли также у троих. У одного отмечена частичная несостоятельность анастомоза, но повторная операция не потребовалась, так как дренажи обеспечили адекватное дренирование. Количество отделяемого постепенно уменьшалось, а затем прекратилось, дренажи удалили и больной был выписан в удовлетворительном состоянии.

Также у одного пациента послеоперационный период осложнился нагноением операционной раны и еще у одного отмечена пневмония. Все осложнения излечены до выписки из стационара.

Среднее пребывание в стационаре при наружном дренировании составило  $14,2 \pm 1,91$  койко-дня, а при внутреннем –  $12,1 \pm 1,37$  койко-дня.

При оценке течения послеоперационного периода нами была отмечена положительная динамика клинического течения и биохимических показателей после наружного и внутреннего дренирования, но более быстрое улучшение функциональных показателей печени и почек было при наружном дренировании, а улучшение общего состояния – при внутреннем.

На наш взгляд это обусловлено тем, что при наружном дренировании идет большая потеря желчи, и, кроме того, стояние дренажа оказывает влияние на психическое состояние больных.

Таким образом, наши исследования показали, что наружное и внутреннее дренирование при механической желтухе не следует противопоставлять, так как они применяются при различных показаниях. Осложнения из 76 оперированных возникли у 6 (7,9%), умер 1 (1,3%).

#### Литература.

1. Абеуов, М.Е. Метод дренирования холедоха при механической желтухе [Текст] / М.Е. Абеуов, Т.Т. Жукен, М.А. Асанов // Вестник хирургии Казахстана. – 2012. – №1, спец. выпуск. – С.89-90.

2. Алибеков, А.Г. Профилактика осложнений у больных механической желтухой [Текст] / А.Г. Алибеков, А.Б. Баши-

ров, А.А. Нурбеков // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2013. – Том 18, №1. – С.23-26.

3. Ахаладзе, Г.Г. Холедохолитиаз. Холангит и билиарный сепсис [Текст] / Г.Г. Ахаладзе // *Вестник хирургии Казахстана*. – 2012. – №1, спец. выпуск. – С.81-82.

4. Бебезов, Х.С. Тактика хирургического лечения механической желтухи [Текст] / Х.С. Бебезов, Т.А. Осмонов, А.Э. Раимкулов // *Здравоохранение Кыргызста-*

на. – 2005. – №1. – С.24-28.

5. Ветшев, П.С. Хирургическое лечение холелитиаза: незывлемые принципы, щадящие технологии [Текст] / П.С. Ветшев, А.М. Шулутко, М.И. Прудков // *Хирургия*. – 2005. – №8. – С.21-28.

6. Williams, G.T. Peroperative cholangiography: needle puncture of the hepatic duct versus cannulation of the cystic duct [Text] / G.T. Williams // *Brit. J. Surg.* – 1998. – Vol.75, №2. – P.149-150.

## ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Белеков Ж.О.<sup>1</sup>, Джапиев У.Х.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Национальный Госпиталь МЗ КР, Бишкек

<sup>2</sup>Ошская межобластная объединенная клиническая больница, Ош  
Кыргызская Республика

*цель работы – анализ результатов хирургического лечения рубцовых стриктур желчных протоков. На основании анализа оперативного лечения 23 больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков было показано, что основным видом оперативного лечения является реконструктивная операция по Ру.*

*Ключевые слова: стриктура желчных протоков, реконструктивная операция, билиодигестивный анастомоз по Ру.*

### *Choice of method of surgical treatment cicatricial strictures of the bile ducts*

*Belekov J.O.<sup>1</sup>, Djapiev U.H.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*National Hospital of the Ministry of Health, Bishkek*

<sup>2</sup>*Osh Interregional united clinical hospital, Osh*

*Kyrgyz Republic*

*The purpose of the work - analysis of results of surgical treatment of cicatricial strictures of the bile ducts. Based on the analysis of surgical treatment of 23 patients with scar strictures of the bile ducts, it was shown that the main type of surgery is reconstructive surgery Roux.*

*Keywords: bile duct stricture, reconstructive surgery, Roux biliodigestive anastomosis.*

**Актуальность.** Рубцовые стриктуры желчных протоков (РСЖП) в основном развиваются при торогенных травмах желчных протоков во время холецистэктомии (ХЭ), а также при резекции желудка, эхинококкэктомии из печени, после первичного восстановления «свежих» поврежденных желчных протоков при абдоминальных травмах [1-3]. По данным Э.И. Гальперина (2004), травмы желчных протоков при открытой ХЭ встречаются в 0,1-0,8%, при лапароскопической ХЭ – 0,3-3% случаев [1]. Частота повреждений желчных протоков при резекции желудка невелика и составляет в среднем 0,14% [2, 4, 5]. Реже травмы желчных протоков возникают в результате эхинококкэктомии из печени, при проникающих и закрытых травмах живота [3, 4]. После ятрогенных травм РСЖП развиваются в отдаленном периоде у 20-30%

больных [1, 5].

Неудовлетворительные результаты оперативного лечения повреждений желчных путей связаны с задержкой созревания соединительной ткани в месте ранения протока с образованием грубого рубца; микрофлорой, проникающей в желчные пути из кишечника после наложения билиодигестивного анастомоза; ишемией проксимального отдела общего печеночного протока; наложением анастомоза с тонкостенным узким протоком; выполнением операции недостаточно опытным хирургом; недостаточной прецизионностью при наложении соустья; оставлением рубцовых тканей в области анастомоза [3, 4].

**Цель работы:** анализ результатов хирургического лечения РСЖП.

**Материал и методы.** Представленная работа основана на опыте хирургического

лечения 23 больных с РСЖП, оперированных в Национальном Госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики хирургическом отделении №1 Ошской межобластной объединенной клинической больницы в период с 1998 по 2014 года. Возраст больных от 21 до 81 года. Мужчин было 6 (26 %), женщин – 17 (74 %).

Основным видом операции, ставшей причиной РСЖП, была ХЭ – 21 (91,3%). Из них традиционная ХЭ была произведена в 16 (76,2%) наблюдениях, лапароскопическая ХЭ – в 5 (23,8%). В остальных 2 (8,7%) случаях причиной РСЖП оказались эхинококкэктомия из печени (1) и ушивание посттравматического разрыва печени (1).

В таблице 1 представлено распределение больных с РСЖП, основанное на классификации Э.И. Гальперина [1].

Таблица 1 - Распределение больных с РСЖП

Тип	Описание повреждения	абс	%
+2	Культи ОПП $\geq 2$ см	7	30,4
+1	Культи ОПП = 1 см	6	26,1
0	Культи ОПП = 0 см	7	30,4
-1	Культи ОПП нет, сохранен свод конfluence печеночных протоков	2	8,7
-2	Конfluence печеночных протоков разрушен	1	4,3
-3	Разрушение долевых протоков	-	-
Итого:		23	100

Диагностический алгоритм включал в себя общеклинические и биохимические лабораторные и инструментальные методы исследования. УЗИ проводилось во всех случаях на до- и послеоперационном этапах и позволял выявить механическую желтуху, гепатомегалию, расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, наличие протоковых конкрементов, состояние поджелудочной железы, наличие свободной жидкости в брюшной полости. В норме, внутрипеченочные желчные протоки при УЗИ не видны. При наличии наружного желчного свища, из-за отсутствия расширения желчных протоков, информативность УЗИ снижается. Основную роль в топической диагностике (уровень и протяженность

стриктуры у больных с дренажами в желчных протоках) играла фистулохолангиография (рисунок 1).



Рисунок 1. Фистулохолангиография собст. наблюдения. Стриктура тип 0 (по Э.И. Гальперину)

Ведущими клиническими проявлениями РСЖП являлись механическая желтуха, холангит, наружный желчный свищ и симптомы, обусловленные билиарным циррозом печени.

**Результаты и обсуждение.** Основным методом хирургической коррекции явилось наложение билиодигестивных анастомозов. Малоинвазивные эндоскопические методы декомпрессии желчных путей не могут радикально излечить основной процесс, устранить стриктуру, а достигаемый положительный эффект – явление временное. Выбор способа операции зависел от локализации стриктуры, ее протяженности, состояния дистального и проксимального сегментов гепатикохоледоха, выраженности перидуктального фиброза, воспалительных изменений, а также от тяжести состояния больного.

Реконструктивное оперативное лечение заключалось в формировании би-, три- и гепатикоеюностомии по Ру. При высоких стриктурах для создания оптимального билиодигестивного анастомоза производили продольное рассечение левого печеночного протока по Керу до 1-1,5 см. У пациентов, которым производили предоперационное наружное дренирование желчных протоков, дренажные трубки удаляли. После мобилизации гепатикохоледоха участок тощей

кишки длиной 60-80 см изолировали по Ру для создания билиодигестивного анастомоза, который формировали конец в бок с использованием узловых швов рассасывающимися нитями условных размеров 3/0-4,0 (Biosin, PDSII, Monocol, Айкол) (рис. 2). В методологии билиодигестивной операции по Ру важное значение придаем прецизионной технике анастомозирования и атравматическому шовному материалу с декретированными сроками рассасывания. Если в процесс было вовлечено более одного протока, то накладывали отдельные анастомозы на одной кишечной петле.

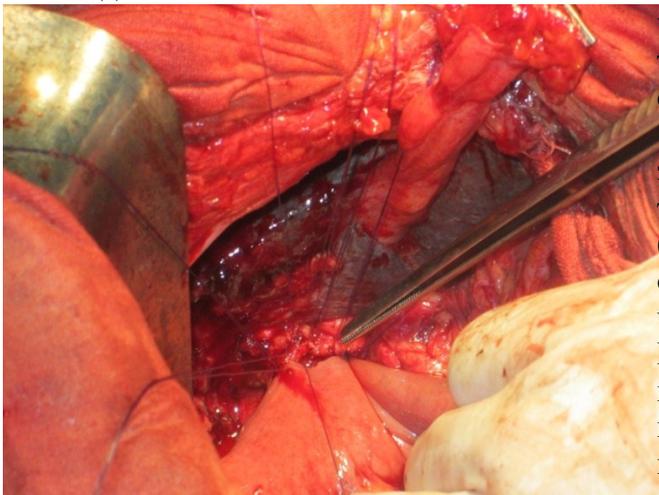


Рисунок 2. Формирование передней губы бигепатикоюноанастомоза однорядными узловыми швами.

Из всех больных 9 (39,1%) на первом этапе было произведено наружное дренирование желчных протоков, у 2 (8,6%) больных имелся наружный желчный свищ. Соответственно эти 11 (47,8%) больных госпитализированы с купированной механической желтухой. А остальные 12 (52,2%) больных госпитализированы с механической желтухой. Были выполнены следующие операции: тригепатикоюностомия по Ру (1 больной), бигепатикоюностомия по Ру (12 больных), гепатикоюностомия по Ру (4 больных), холедохоеюностомия по Ру (2 больных), холецистоеюностомия по Ру (1 больной), холедоходуоденостомия по Юрашу-Виноградову (1 больной), наружное дренирование желчных протоков (2 больных). Одной больной был наложен раздельный бигепатикоюноанастомоз на одной тонкокишечной петле, выключенной по Ру. В одном наблюдении

предварительно были проведены эхонавигационные чрескожные чреспеченочные дренирования 3 абсцессов печени.

Хирургические операции при РСЖП приходится выполнять в сложных условиях. В связи с наличием выраженного спаечного процесса, инфильтратов, нарушающих топографо-анатомические взаимоотношения между органами, большой частоты высоких стриктур (10 больных, 43,4%) возникает опасность повреждения сосудов гепатодуоденальной связки, полого органа. Больные с РСЖП нередко находились в тяжелом состоянии, обусловленном механической желтухой, гнойным холангитом, интоксикацией, печеночной недостаточностью.

В 3 наблюдениях во время адгезиолизиса и ревизии были обнаружены и вскрыты абсцессы брюшной полости (2) и печени (1). У одного больного была удалена оставшаяся во время первой операции часть шейки желчного пузыря и кармана Гартмана. У 4 больных проведены гепатиколитотомии, из которых в двух случаях в комбинации с устранением холедоходуоденального свища (1) и разобщением гепатикодуоденоанастомоза из-за стриктуры этого соустья (1). Интраоперационно у 3 больных было кровотечение из воротной вены, которое было остановлено ушиванием атравматическим шовным материалом. В двух случаях операция была завершена наружным дренированием ВЖП как окончательный этап оперативного лечения.

Ближайшие результаты оперативного лечения оценивали по частоте послеоперационных осложнений и летальности. Из всех 23 больных послеоперационные осложнения зарегистрированы у 3 (13%) пациентов: несостоятельность швов бигепатикоюноанастомоза по Ру – 1, нагноение операционной раны – 2. Послеоперационная летальность составила 4,3 % (1 больной). Причиной летальности явилась несостоятельность швов бигепатикоюноанастомоза по Ру, развившейся на 2 сутки после операции.

#### **Вывод**

Таким образом, анализ хирургического лечения РСЖП показывает, реконструктивные оперативные вмешательства в объ-

еме билиодигестивного анастомозирования по Ру с применением однорядного прецизионного шва считаются операцией выбора. Реконструктивные операции, как завершающий этап хирургического лечения РСЖП, должны выполняться в специализированных учреждениях хирургами высокой профессиональной компетенции в области гепатобилиарной хирургии.

### Литература

1. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю., Кузовлев Н.Ф., Дюжева Т.Г. Диагностика и лечение различных типов вы-

ких рубцовых стриктур печеночных протоков. Хирургия. – 2004. - № 5. – С. 26-31.

2. Зюбина Е.Н. Ятрогенные травмы и стриктуры желчевыводящих протоков. Хирург. – 2008. - № 4. – С. 13-20.
3. Назыров Ф.Г. и др. Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков. Хирургия. – 2006. - № 4. – С. 46-51.
4. Шевченко Б.Ф. Хирургическое лечение рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков. Хирург. – 2008. - № 5. – С. 15-19.
5. Tocchi A., Mazzoni G., Liotta G. et al. Management of benign biliary strictures: biliary enteric anastomosis vs endoscopic stenting. J Arch Surg. – 2000. – V. 135. – N. 2. – P. 153-157.

## ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И СПОСОБЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Белеков Ж.О.<sup>1</sup>, Джапиев У.Х.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Национальный Госпиталь МЗ КР, Бишкек

<sup>2</sup>Ошская межобластная объединенная клиническая больница, Ош  
Кыргызская Республика

*цель работы – улучшение результатов хирургического лечения интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков. Представлен опыт лечения 21 больного в возрасте от 21 до 81 года. У 6 (28,6%) больных повреждение было обнаружено интраоперационно. Восстановительная операция была произведена одному (4,8%) больному. Реконструктивные операции в объеме билиодигестивного анастомоза по Ру выполнены 18 (85,7%) больным (гепатикоюностомия – 4, бигепатикоюностомия – 12, тригепатикоюностомия – 2). Двоим (9,5%) больным операции были завершены наружным дренированием желчных путей. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 2 (9,5%) больных. Летальных исходов не было. Ключевые слова: интраоперационное повреждение, желчные протоки, реконструктивная операция.*

### *Intraoperative damage to the extrahepatic bile ducts and the ways of their correction*

*Belekov J.O.<sup>1</sup>, Djapiev U.H.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>National Hospital of the Ministry of Health, Bishkek*

*<sup>2</sup>Osh Interregional united clinical hospital, Osh  
Kyrgyz Republic*

*The aim of the work - to improve the results of surgical treatment of intraoperative injuries of the extrahepatic bile ducts. Experiences in treatment of 21 patients aged 21 to 81 years are presented. 6 (28.6%) patients injury was detected intraoperatively. Reconstructive surgery was performed one (4.8%) patients. Reconstructive surgery in a volume biliodigestive anastomosis Roux performed 18 (85.7%) patients (hepaticojejunostomy – 4, bihepaticojejunostomy – 12, trihepaticojejunostomy – 2). Two (9.5%) patients the operation was completed external drainage of the biliary tract. Postoperative complications registered with 2 (9.5%) patients. Lethal outcomes were not.*

*Keywords: intraoperative damage, bile ducts, reconstructive surgery.*

**Актуальность.** Интраоперационное повреждение внепеченочных желчных протоков (ИПВЖП) продолжает оставаться одним из наиболее грозных осложнений в абдоминальной хирургии. Как правило, травма внепеченочных желчных протоков (ВЖП) происходит во время операций на желчных путях, чаще всего холецистэктомии (ХЭ), реже - при операциях на желудке, двенадцатиперстной кишке, поджелудочной железе [2, 4].

Интерес к проблеме не только не ослабевает, но в последние годы даже возрос в связи с широким внедрением в хирургическую практику малоинвазивных технологий: видеолапароскопии и минилапаротомии с элементами открытой лапароскопии. В настоящее время до 63,5-95% ХЭ выполняется этими способами [1-3]. Частота ИПВЖП, которая составляла 0,1-0,3% при открытой ХЭ, с внедрением лапароскопической ХЭ увеличилась до 0,4-3,0%

[2, 4]. Удельный вес этого осложнения при минилапаротомной ХЭ составляет 0,2-2,5% [3]. Максимальное количество осложнений возникает в период освоения эндоскопической методики и проведения первых 20-50 операций [1].

Хирургическое лечение ИПВЖП – один из самых сложных разделов желчной хирургии. Несмотря на прогресс в этой области в течение последних десятилетий, осложнения после восстановительных и реконструктивных операций возникают у 10-47% больных, послеоперационная летальность составляет 5-28,2%, а повторные оперативные вмешательства вследствие формирования стриктур после первичной пластики ВЖП требуются 10-38% больных [1-4]. Судьба значительной части больных с рубцовыми стриктурами ВЖП – это длительное страдание, повторные операции, желтуха, гнойный холангит, билиарный сепсис, печеночная недостаточность, вторичный билиарный цирроз печени, портальная гипертензия и, как следствие, высокая летальность [2, 3]. Все вышеизложенное заставляет искать оптимальные варианты лечения ИПВЖП, разрабатывать алгоритм диагностических и тактических мероприятий при возникших осложнениях.

**Цель работы:** улучшение результатов хирургического лечения ИПВЖП.

**Материал и методы.** С 1998 по 2014 года в Национальном Госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и в хирургическом отделении №1 Ошской межобластной объединенной клинической больницы находился 21 больной с ИПВЖП. Возраст больных колебался от 21 до 81 года. Мужчин было 13 (29,5%), женщин – 31 (70,5%).

Основным видом операции, ставшей причиной ятрогенной травмы ВЖП, была ХЭ – 41 (93,2%). Из них традиционная ХЭ была произведена в 36 (87,8%) наблюдениях, ЛХЭ – в 4 (9,8%), ХЭ из мини-доступа – в 1 (2,4%). В остальных 3 (6,8%) случаях причиной ятрогении оказались соответственно резекция желудка (1), эхинококкэктомия из печени (1) и ушивание посттравматического разрыва печени (1).

Ятрогенные травмы ВЖП в наших учреждениях развились у 19 (43,2%) боль-

ных (Национальный Госпиталь – 1, Ошская межобластная объединенная клиническая больница – 18). Остальные 25 (56,8%) больных были оперированы или переведены из других областных, городских и территориальных больниц нашей страны.

У 21 (47,7%) пациентов имелись «свежие» ятрогенные повреждения. Характер «свежих» травм ВЖП был следующим: краевое пересечение холедоха – 1, полное пересечение и перевязка холедоха – 1, странгуляция холедоха лигатурой дренажа по Холстеду-Пиковскому – 1, полное пересечение гепатикохоледоха с иссечением холедоха – 1, краевое повреждение (коагуляционная перфорация) гепатикохоледоха при ЛХЭ – 1, пересечение гепатикохоледоха – 9 (краевое – 7, полное – 5), перевязка гепатикохоледоха – 1, пересечение и перевязка гепатикохоледоха – 1, клипирование гепатикохоледоха – 2, повреждение правого печеночного протока – 3.

С целью дифференциальной и топической диагностики проводили комплексное обследование, включающее, помимо общеклинических и биохимических лабораторных и инструментальных методов, специальные методы исследования. Ультразвуковое исследование проводили рутинно во всех случаях до применения инвазивных методов и позволяло выявить механическую желтуху, гепатомегалию, расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, наличие протоковых конкрементов, состояние поджелудочной железы, наличие свободной жидкости в брюшной полости.

**Результаты и обсуждение.** Выбор лечебной тактики зависел от вида повреждения, наличия в клинической картине желчного перитонита, степени механической желтухи, тяжести состояния больных, а также от количества ранее перенесенных операций, выполненных с целью «исправить ошибку».

Мы являемся сторонниками бескаркасного билиодигестивного дренирования. Реконструктивное оперативное лечение заключалось в формировании би-, три- и гепатикоэюностомии по Ру (рисунок 1). Поврежденный ВЖП идентифицировали и

мобилизовывали в проксимальном направлении. При высоких стриктурах для создания оптимального билиодигестивного анастомоза производили продольное рассечение левого печеночного протока по Керу до 1-1,5 см. У пациентов, которым производили предоперационное наружное дренирование желчных протоков, дренажные трубки удаляли. После мобилизации гепатикохоледоха участок тощей кишки длиной 60-80 см изолировали по Ру для создания билиодигестивного анастомоза, который формировали конец в бок с использованием

узловых швов рассасывающимися нитями условных размеров 3/0-4,0 (Biosin, PDSII, Monocol, Айкол). В методологии билиодигестивной операции по Ру важное значение придаем прецизионной технике анастомозирования и атравматическому шовному материалу с декретированными сроками рассасывания.

Если в процесс было вовлечено более одного протока, то накладывали отдельные анастомозы на одной кишечной петле. Область анастомоза дренировали с помощью дренажей.

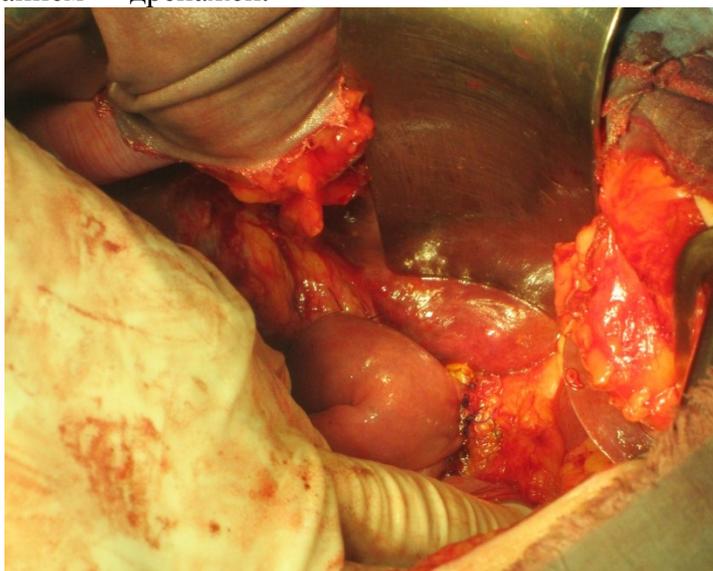


Рисунок 1. Законченный вид бигепатикоеюностомии по Ру:  
а – схема, б – фото собств. наблюдения.

Как правило, результаты попыток восстановления билиарного пассажа в территориальных и городских больницах при «свежей» травме ВЖП, как правило, были неудовлетворительными. Эти больные были направлены к нам на 2 сутки и позднее после операции.

Из 21 больного со «свежими» травмами ВЖП лишь у 6 (28,6%) повреждение было обнаружено интраоперационно. Из этой группы больных у одного сразу произведена хирургическая реконструкция – гепатикоеюностомия на выключенной по Ру петле тощей кишки. А в остальных 5 наблюдениях первый этап операции был завершен наружным дренированием желчных протоков.

В целом же при «свежих» повреждениях ВЖП 5 (23,8%) больным были выполнены одноэтапные заключительные опера-

ции в более ранние сроки после выявления травмы ВЖП. Из них в одном случае на 7 сутки после ЛХЭ было произведено ушивание гепатикохоледоха, в двух случаях – бигепатикоеюноанастомоз по Ру, в одном случае – гепатикоеюноанастомоз по Ру, в последнем случае операция завешена наружным дренированием по Вишневскому.

В 13 (61,9%) наблюдениях из 21 произведено двухэтапное оперативное лечение. На первом этапе выполняли лапаротомию и наружное дренирование ВЖП (11 больных) или чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей под ультразвуковым наведением (2 больных). Вторым этапом осуществляли гепатико- (2), бигепатико- (8) и тригепатикоеюностомии по Ру (2). У одной пациентки осуществить билиодигестивную реконструкцию по Ру не оказалась

возможной и второй этап операции был завершен наружным дренированием ВЖП. На наш взгляд такой исход хирургического лечения связан с неправильно выбранной первичной хирургической тактики в территориальном лечебном учреждении.

У 3 (14,3%) больных из 21 со «свежей» травмой ВЖП в целом было произведено трехэтапное оперативное лечение. На первых двух этапах было осуществлено наружное желчеотведение с целью купирования желчного перитонита, стихания воспалительных процессов брюшной полости и стабилизации общего состояния больных. Лишь третьим этапом произведено наложение гепатико- (1) и бигепатикоюноанастомоза по Ру (2). Здесь следует отметить, что этим 3 больным после операции ХЭ в других лечебных учреждениях были предприняты тактически ошибочные попытки восстановления целостности ВЖП, что повлекло за собой повторные операции. Наш опыт показывает, что при отсутствии возможностей первичной коррекции ятрогенной «свежей» травмы ВЖП (квалификация хирурга, желчный перитонит, механическая желтуха, тяжелое состояние больного) путем выполнения восстановительной или реконструктивной операции оптимально задренировать магистральные ВЖП на первом этапе и выполнить билиодигестивную реконструкцию по Ру на втором этапе хирургом с соответствующей профессиональной компетенцией в гепатобилиарной хирургии.

Таким образом, при «свежих» травмах ВЖП первично-восстановительная операция была произведена одному (4,8%) больному (ушивание травмы гепатикохоледа после ЛХЭ). Реконструктивные операции в объеме билиодигестивного анастомоза по Ру выполнены 18 (85,7%) больным (гепатикоюностомия по Ру – 4, бигепатикоюностомия по Ру – 12, тригепатикоюностомия по Ру – 2). Двоим (9,5%) больным операции были завершены наружным дренированием ВЖП.

Ближайшие результаты оперативного лечения больных с ятрогенными травмами оценивали по частоте послеоперационных осложнений и летальности. Из всего 21 случая послеоперационные осложнения за-

регистрованы у 2 (9,5%): острая спаечная кишечная непроходимость и стриктура бигепатикоюноанастомоза.

Повторно оперировано 2 больных по поводу острой спаечной кишечной непроходимости (1) и стриктуры бигепатикоюноанастомоза по Ру, развившейся через 4 месяца. В последнем случае произведена реконструкция бигепатикоюноанастомоза по Ру. Но, несмотря на это, у данного пациента развился рестеноз анастомоза, в связи с чем было выполнено наружное дренирование ВЖП.

Послеоперационной летальности не было.

### **Вывод**

Таким образом, ИПВЖП в большинстве случаев (71,4%) диагностируется в поздние сроки после развития желчного перитонита, наружного желчного свища и механической желтухи. Анализ опыта хирургического лечения ИПВЖП позволяют констатировать, что при желчном перитоните вследствие ятрогенной травмы ВЖП оптимально проведение двухэтапного лечения: 1-этап – наружное дренирование ВЖП и ликвидация перитонита, 2-этап – реконструктивная операция. Альтернативным методом реконструктивного лечения ИПВЖП считается формирование бескаркасного билиодигестивного анастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки с использованием прецизионной техники и рассасывающегося атравматического шовного материала. Реконструктивные операции должны выполняться хирургом, владеющим техникой выполнения операций на органах гепатобилиарной системы.

### **Литература**

1. Гальперин Э.И. Что делать хирургу при повреждении желчных протоков: 50 лекций по хирургии. Под ред. акад. В.С. Савельева. - М: MediaMedica, 2003. – С. 226-232.
2. Зюбина Е.Н. Ятрогенные травмы и стриктуры желчевыводящих протоков. Хирург. – 2008.- № 4. – С. 13-20.
3. Назыров Ф.Г. и др. Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков. Хирургия. – 2006. - № 4. – С. 46-51.
4. Archer S.B. Bile Duet Injury During Laparoscopic cholecystectomy: Results of a National Survey. Ann Surg. – 2001. – V. 234. – N. 4. – P. 2001-2007.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСФАГИИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИАТОПЛАСТИКИ И ФУНДОПЛИКАЦИИ

Султанов Е.Е.

**Южно-Казахстанская областная больница, г. Шымкент, Казахстан.**

*Проанализированы результаты лечения 200 пациентов с проявлениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, оперированных с 2004 по 2011 годы. В исследование включены пациенты, которым выполнены стандартная лапароскопическая хиатопластика с тотальной (циркулярной) фундопликацией. Оценивались случаи возникновения дисфагии, при этом, уточняли длительность этого проявления, уровень возникновения препятствия, причины дисфагии и степень выраженности.*

*There were analyzed the results of treatment of 200 patients with symptoms of gastroesophageal reflux disease, operated from 2004 to 2011. The study included patients whom made standard laparoscopic hiatoplastic with total (circular) fundoplication. There was estimated cases of dysphagia, the duration of this manifestations, the level of of obstruction and dysphagia severity.*

Цель работы: предложить классификацию дисфагии после антирефлюксных операций для выбора метода лечения данного осложнения.

Материал и методы: Проанализированы результаты лечения 200 пациентов с проявлениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, оперированных с 2004 по 2011 годы. В исследование включены пациенты, которым выполнены стандартная лапароскопическая хиатопластика с тотальной (циркулярной) фундопликацией. Оценивались случаи возникновения дисфагии, при этом, уточняли длительность этого проявления, уровень возникновения препятствия, причины дисфагии и степень выраженности.

На основе полученных данных нами предложена комбинированная классификация дисфагии после антирефлюксных операций в форме аббревиатуры SLOG (S1-2, L1-3, O0-2, G1-4).

По длительности нарушения проходимости (Level) различали следующие виды дисфагии: S1-временная дисфагия (до 6 недель) или S2 -стойкая дисфагия (более 6 недель);

По уровню возникновения (Level) рентгенологически определяли следующие виды дисфагии: L1-надхиатальная (выше диафрагмы), L2 - хиатальная (уровень диафрагмальных ножек) и L3-подхиатальная (уровень фундопликации);

По наличию дефекта или нарушения в

антирефлюксной конструкции (offense): O0- без нарушения операционной техники выполнения (например, послеоперационная пост-травматическая дисфагия после сложной трансхиатальной интрамедиастиноскопической диссекции укороченного пищевода); O1 -дисфагия в связи с нарушением техники выполнения операции, O2 -дисфагия в связи с нарушениями в послеоперационном периоде.

По степени выраженности дисфагии (grade) различали: G1 -легкая (твердая пища проходит, но с легким затруднением), G2-средняя (твердая пища проходит только с приемом жидкости), G3-тяжелая (проходит только жидкая пища), G4-крайне тяжелая (полная не проходимость);

Состояние проходимости пищевода фиксировали через 2 недели и через 7-8 недель после операции путем дачи бариевой взвеси с рентген-оценкой в случаях наличия дисфагии и путем очного и заочного (телефонного) опроса пациентов. В случае наличия дисфагии опрос и рентген-исследование пищеводной проходимости проводили чаще.

Результаты: Случаи временной дисфагии (S) выявлены у 67 (33,5%) из всех оперированных. Временная переходила в случаи стойкой дисфагии (S2) у 11(5,5%) пациентов.

Уточняли уровень препятствия. При этом установлено, что L2 - хиатальный уровень препятствия выявлен у 20 (10%)

пациентов временной и у 5 (2,5%) со стойкой дисфагией и L3-поддиафрагмальный уровень выявлен в 47 (23,5%) временной и 6 (3%) случаев стойкой дисфагии.

При анализе причин временной дисфагии установлено, что в 32 (16%) случаях из всех оперированных выявлена ее взаимосвязь с интрамедиастиноскопической мобилизацией укороченного пищевода и низведения пищеводно-желудочного перехода ниже диафрагмы, что объясняли операционной травмой нижней трети пищевода с отеком окружающих тканей (O0). В 34 (17%) случаях причиной временной дисфагии (O1) явилось использование для калибровки пищеводно-желудочного зонда среднего калибра 36-40 Fr (толщиной 12-13 мм) вместо зонда большого калибра 56-60 Fr (18,5-20 мм). В одном случае (0,5%) наблюдали временную дисфагию O2, связанную с обструкцией области нижней трети пищевода крупным плохо пережеванным куском мяса, проглоченным через 6 дней после выписки из стационара. Обструкция устранена эндоскопически. А в 10 случаях стойкая дисфагия была связана с дефектами операционной техники выполнения антирефлюксной операции (O1). На повторных лапароскопических операциях выявлено, что причиной стойкой дисфагии в трех случаях явилась сужение хиатального отверстия после двухсторонней (передней и задней крурорафии) из-за использования пищеводно-желудочного зонда среднего калибра (36-40 Fr). Выполненная диафрагмокруротомия полностью устранила дисфагию. При этом установлено, что фундопликационная манжетка во всех этих случаях была свободной и эластичной.

В остальных 7 случаях стойкой дисфагии до 8-12 недель причиной была в 3-х случаях сниженная двигательная активность пищевода, а в 3-х случаях была гиперфункция фундопликационной манжетки, также связанная с использованием более тонкого зонда, потребовавшей однократной пневмокардиодилатации, которая в этих случаях полностью устранила дисфагию. При гиперфункции манжетки эндоскопически до дилатации определяли тугое прохождение эндоскопа в зоне фундопликации, а в положении ретрофлексии

определяли более выраженную и удлинненную складку в области фундопликационной манжетки, которая вместе с тем, анатомически была всегда параллельна диафрагме и располагалась в верхней части желудка.

Причиной возникновения дисфагии через 2 месяца у одной пациентки явился пролежень стенки пищевода, вызванный полипропиленовой сеткой, которой была укреплена область большой грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Выполнена лапаротомия, иссечены выступающие части сетки, ушивание дефекта пищевода с укреплением его стенкой желудка.

Из 67 (33,5%) случаев временной дисфагии (S1), G1-легкая степень дисфагии выявлена у 42 (21%) пациентов, G2-средняя наблюдалась у 19 (9,5%), которая дополнительно к консервативному медикаментозному лечению потребовала физиотерапевтическое лечение. Степень дисфагии G3, мы расценивали как тяжелую и наблюдали ее у 6 (3%) пациентов. Здесь во всех случаях потребовалось бужирование фиброэзофагогастроскопом. Случаев со степенью G4 мы не наблюдали;

Из 11(5,5%) пациентов со стойкой дисфагией (S2), G1 -легкая степень дисфагии выявлена у 6 (3%) - лечение ограничилось консервативными средствами, G2-средняя наблюдалась у 3 (1,5%). G3-тяжелая дисфагия выявлена у 2 (1%) пациентов. В одном случае (0,5%) на фоне нарушения проходимости образовался крупный безоар пищевода, удаленный эндоскопически. Всем им проводилась баллонная кардиодилатация, но только в 2-х случаях она оказалась эффективной. В двух случаях G3 и одном случае G2 потребовалась повторная операция с переводом тотальной фундопликационной манжетки в парциальную типа Тупе. А в двух случаях дополнительно к разобшению манжетки выполнена диафрагмокруротомия (всего выполнена у 3-х пациентов). Случаев со степенью G4 в случаях стойкой дисфагией мы также не наблюдали.

**Выводы:** предложенная SLOG-классификация дисфагии после антирефлюксных операций позволяет систематизировать данные, выбрать оптимальную тактику ведения и лечения.

**РЕСТРИКТИВНЫЕ БАРИАТРИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ****Султанов Е.Е.****Южно-Казахстанская областная больница, г. Шымкент, Казахстан.**

В соответствии с общепринятыми принципами в бариатрии, показаниями к оперативному лечению служит отнесение к III классу (степени) ожирения при индексе массы тела  $> 40$  кг/м<sup>2</sup> или при II классе (степени) ожирения при ИМТ  $> 35-39.9$  кг/м<sup>2</sup> при наличии связанных с ожирением сопутствующих заболеваний, особенно при сахарном диабете 2-го типа [1]. Хирургические бариатрические операции могут быть классифицированы как:

I. Рестриктивные (ограничительные);

II. Рестриктивно-мальабсорбтивные (комбинированные);

III. Мальабсорбтивные;

IV. Другие бариатрические вмешательства.

Рестриктивный вид бариатрических операций является менее агрессивным, более доступным, менее экономически затратным и поэтому развивался и изучался на всех исторических этапах становления бариатрической хирургии [2 3 4 5 6].

Kirk R.M. (1969) является одним из пионеров рестриктивных операций в целом и для гастропластики в частности, им экспериментально доказано, что инверсия большой кривизны желудка в просвет данного органа наиболее эффективная для снижения веса по сравнению с другими типами инверсии стенки желудка [7].

Printen K J, Mason EE (1973) были первыми, кто внедрил чисто рестриктивные операции в хирургию ожирения [8].

Mason E.E. (1982) предложил вертикальную бандажируемую гастропластику - vertical banded gastroplasty (VBG) с созданием малого желудка емкостью менее 50 мл с окольцовыванием выхода из него с помощью полипропиленовой сетки [9]. Данная операция может быть проведена и для больных с тяжелой степенью ожирения [1011]. В лапароскопическом варианте данная операция выполнена и впервые описана Chua TY, Mendiola RM (1995) [12]. Но дан-

ная методика подверглась критике из-за неудовлетворительные результаты [1314]. И поэтому частота выполнения данной гастропластики снизилась, составив, например в США, только 7% бариатрических операций в 2002 году [15]. Несмотря на это было предложено использовать различные устройства для ограничения емкости желудка, из них наиболее примечательным было использование силиконовой полоски или ленты [161718]. Другим было предложением Hess DW, Hess DS (1994) выполнять вертикальную бандажируемую гастропластику с полным пересечением степлерной линии [19].

Однако, в виду неудовлетворительных результатов нерегулируемых методик VBG, были проведены экспериментальные работы для разработки регулируемых методик, которые затем применены и в клинической практике [2021]. В последующем, Natalini G, Breccolotto F, Carloni G, Calzoni L (1999) рекомендовали применять только регулирующую рестриктивную операцию, а именно регулируемый бандаж (бандажирование) желудка - adjustable gastric band (AGB) [22]. При сравнительном анализе в отдаленном периоде 1011 пациентов, повторные операции составили для AGB группы 7% в то время как для VBG до 15,6%, что подтверждает превосходство регулируемого бандажирования над нерегулируемым [23].

Накопленный значительный опыт в Европе по использованию системы «LAP-BAND» произведенной компанией Bioenterics (Inamed Corporation, США) [242526272829] и устройство шведской группы (SAGB, Obtech AG, Ethicon) [3031], привел к их постепенному совершенствованию и улучшению результатов их использования. С помощью технологии бандажирования желудка можно добиться снижения до 50-60% лишнего веса [32,33,34,35,36,37].

Результаты изучения применения регулируемого бандажирования желудка по всему миру показало, что в 2003 году на лапароскопическую AGB приходилось 24% от всех операций по поводу ожирения, в то же время 26% приходилось на лапароскопическое желудочное шунтирование по Ру и 23% на открытое желудочное шунтирование [38]

Современный бандаж желудка (AGB) - это сложная многокомпонентная структура, разделяющая желудок на две части: верхнюю вмещающую не более 10-15 миллилитров и нижнюю, основную часть желудка [39]. Применение бандажа основано на формировании иллюзии сытости, путем создания высокого давления в верхней части желудка сразу после первого глотка пищи. Небольшое количество пищи поступает в верхнюю часть желудка и медленно проходит через узкое переходное отверстие в нижние отделы желудка, при этом осуществляя длительное воздействие на верхние рецепторы слизистой оболочки желудка. Сигналы от нервных окончаний поступают в головной мозг, возбуждая центр насыщения, формируя и сохраняя иллюзию сытости в течение длительного времени. Внутри бандажа находится мягкий баллон, который имеет возможность изменять диаметр отверстия между малым и основным желудком. Регулировка диаметра бандажа осуществляется через 3-5 недель после его установки через специальный катетер, который выходит из брюшной полости и соединяется со специальным титановым портом, расположенным под кожей. Как правило, необходимо две-три регулировки, чтобы подобрать необходимый диаметр отверстия.

До недавнего времени бандажирование желудка считалось наименее инвазивной и общедоступной бариатрической операцией, но, к сожалению, после накопления значительного опыта оказалось, что осложнения данной операции встречаются от 5% до 37% случаев [4041]. Установлено так же, что данная операция у 13.7% оперированных приводит к менее 25%-му результату по потери лишнего веса тела. Однако, у 12,7% требуется проведение реоперации в виду таких специфичных осложнений, та-

кие как дисфагия, пищеводная дилатация и эффект «соскальзывания» требующие в свою очередь хирургического репозиционирования [42]. Кроме того, выявлены сложности настройки порта для регулирования внутреннего отверстия, дискомфорт от наличия устройства, его миграции, образование эрозий и пролежни стенки желудка, и другие поломки системы, а так же прочие тяжелые осложнения данного метода [434445]. При этом повторное бандажирование так же сопровождаются высокой частотой осложнений [4647]. Поэтому, в данном случае, методом выбора может стать перевод бандажирования желудка в гастрешунтирование [48].

Все вышеперечисленное объясняет поиск новых безопасных методов хирургического лечения ожирения и развитие старых, «незаслуженно» забытых методов, как например, гастропликация, экспериментально обоснованный Kirk R.M. еще в 1969 году.

Wilkinson LH, Peloso OA.(1981) с 1976 года прооперировали 100 пациентов с ожирением по оригинальной рестриктивной методике, включавшую фундопликацию типа Ниссена и гастропликацию со стороны малой кривизны желудка для уменьшения емкости желудка [49]. Несмотря на хороший эффект операции и отсутствие рефлюкс-эзофагита после операции данный метод не получил распространения, по-видимому из-за травматичности применявшегося открытого метода и технической несовершенности предложенного способа. Продолжил реализацию данной идеи Tretbar L.L. и др. (1996), которые противопоставляли лапароскопическую фундопликацию и гастропликацию в качестве альтернативы традиционным и популярным на тот момент, но гораздо более агрессивным операциям, таким как тощеподвздошное и желудочное шунтирование [50]. Их предложение было основано на наблюдениях за результатами оперированных 400 больных, которым выполнены были антирефлюксные операции. Потеря веса за 5-16 месяцев после операции в среднем составила 36%. При этом конверсия лапароскопических операций потребовалась только у 20 пациентов.

Neumayer C, Ciofica R, Gadenstatter M

и др. (2004) [51], так же описали "значительную" потерю веса после фундопликации по Nissen, без использования сетки, которую ранее предлагали применять для обертывания желудка. Потеря веса в среднем 3,9 кг, со слов авторов, оказалась стабильной и устойчивой после 12 месяцев. По их мнению, это было в пользу развития идеи индуцированного, устойчивого снижения веса без удаления и реконструкции желудка или кишечника, а так же без использования инородных материалов типа пластиковых устройств.

Fusco P.E. и др. (2007) проанализировав данные своего исследования с 2006 по 2007 годы и сравнив бариатрическую эффективность двух методов: инвагинацию передней стенки желудка и инвагинацию большой кривизны желудка, выявили, что большая потеря веса наблюдается при инверсии большой кривизны желудка [52]. Данная работа так же стала подтверждением опубликованных экспериментальных данных Kirk R.M. [ ].

Talebpoor M, Amoli BS. (2007) впервые представили с современных позиций клинический доклад по уменьшению объема желудка с помощью лапароскопической гастропликации, как самостоятельной операции для хирургии ожирения [53]. Опубликованный опыт использования их метода на 100 пациентах показал относительную безопасность и минимальные осложнения. Средняя потеря лишнего веса через 1 год составила 61%, через 2 года была 60%, а через 3 года составила 57% (в 56, 50 и 11 случаях соответственно).

George Skrekas (2008) опубликовал результаты своего исследования по применению новой лапароскопической техники гастропликации, названной им как «лапароскопическая тотальная вертикальная желудочная пликация» ("Laparoscopic Total Gastric Vertical Plication"(LTGVP)) [54]. В доклад автора включены данные по 52-м пациентам, которые находились под наблюдением после операции от 6 до 16 месяцев. Средняя потеря лишнего веса составила 62%, а в целом 80% пациентов потеряли более половины своей избыточной массой тела. Кроме того, в работе отмечено, что по сравнению с результатами

бандажирования желудка, потеря веса после LTGVP происходит раньше и более интенсивно.

Ramos A, и др.(2010), применив гастропликацию у 42 пациентов, установили, что средняя потеря избыточной массы тела составила 62% через восемнадцать месяцев наблюдения [55].

Brethauer, и др. (2011) представил данные о гастропликации как альтернативы другим бариатрическим операциям, которые требуют использования сшивающих устройств и бандажирования. Гастропликация выполнена по двум методикам и оказалось, что через один год после операции процент потери лишнего веса при пликации большой кривизны составил 53% против 23% при пликации передней стенки желудка [56].

Популяризация гастропликации поставила вопросы о возможном закономерном увеличении («растяжении») желудка у пациентов с ожирением. И в этой связи актуальными оказались данные Csendes A, Burgos AM.(2005), которые исследовав размеры, объемы и вес желудков у людей с ожирением и с нормальным весом не нашли существенных различий [57].

Наиболее важным преимуществом гастропликации является то, что процесс пликации является обратимым, что подразумевает устранение пликации желудка при желании пациента или врача с возвратом его объема и формы. Кроме того, поглощающая способность желудка остается неизменной и поэтому не возникает демпинг-синдрома или пищевой непереносимости, характерных для других бариатрических операций [ ].

Среди различных стран лидирующие позиции в бариатрии занимает США, где по разным оценкам, проводятся сотни тысяч бариатрических операций в год и поэтому информация, поступающая из Американского Общества метаболических и бариатрических хирургов (American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS)) является важным не только для развивающихся, но и других развитых стран Америки, Европы и Азии.

В ответ на многочисленные запросы, поступающие в ASMBS от пациентов, вра-

чей, членов общества, больниц относительно лапароскопической гастропластики для лечения ожирения, 8 марта 2011г. обнародованы следующие рекомендации ASMBS: лапароскопическая гастропластика является новым и находящимся на стадии исследования бариатрической операцией в США; сообщения о ближайших и отдаленных (долгосрочных) данных по безопасности и бариатрической эффективности в медицинской литературе будут всячески поощряться; любой маркетинг или реклама для этой операции должны включать информацию о том, что это исследуемое (изучаемое) вмешательство; вышепредставленные рекомендации не должны быть препятствием для внедрения инновации в бариатрической хирургии [58].

Другой современной ограничительной операцией, которая вытекает из концепции вертикальной гастропластики и операции «Magenstrasse and Mill» [59-60], является лапароскопическая рукавная (слив) резекция желудка (laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG)). LSG была описана в 1988 году в качестве одного из этапов операции Scopinaro для билиопанкреатического шунтирования или желудочного шунтирования [61]. В дальнейшем она предложена Marceau P, Viron S, Vouque R-A и др. (1993) [62], как первый этап операции Scopinaro для пациентов с высоким операционным риском. Последующие исследования показали, что при использовании LSG в качестве первого этапа, снижается вес, тяжесть сопутствующих заболеваний и операционный риск во время второго этапа бариатрической операции [63,64,65].

В течение двухэтапного оперативного лечения было замечено, что изолированное применение LSG оказалось так же действенным методом и в настоящее время данная операция применяется в качестве основной (единственной, изолированной) бариатрической операции [66,67,68, 69, 70]. Данные различных авторов показали, что LSG обеспечивает существенное снижение веса и улучшение сопутствующих заболеваний в течении 3-5 лет наблюдения [71,72,73].

Очень важным выводом из проведенных исследований являются результаты по

определению процента потери лишнего веса. Lee CM, Cirangle PT, Jossart GH (2007) указывают на то, что сравнительные данные показали процент EBWL при LSG через 1 год превосходит процент EBWL при AGB и приближается к данному значению для желудочного шунтирования по Ру и билиопанкреатическому шунтированию [74].

Существенным недостатком LSG является снижение антирефлюксных функций пищеводно-желудочной зоны с развитием рефлюкс-эзофагита [757677]. Но более опасными осложнениями являются несостоятельность линии механического шва и кровотечение из степлерной линии [7879].

Первый международный консенсус по LSG прошел в 2007 году в США. Участниками консенсуса отмечено, что рукавная резекция желудка является миниинвазивной операцией, которая показывает хорошее разрешение сопутствующих заболеваний и хорошие показатели потери лишнего веса. Но есть риск развития интраоперационных осложнений, которые должны выявляться быстро и устраняться незамедлительно. Как и у других бариатрических операциях, существуют различия в используемой технике выполнения. Лапароскопическая рукавная резекция желудка осуществляется как первый этап операции билиопанкреатического шунтирования при суперожирении и у пациентов с высоким операционным риском. При второй степени (классе) ожирения данная операция может быть выполнена как самостоятельное вмешательство с высокой степенью безопасности [80]. Но главным недостатком рукавной (трубчатой) резекции желудка по сравнению с гастропластикой является высокая вероятность развития рефлюкс-эзофагита [81].

Использование внутрижелудочных баллонов как рестриктивный метод может играть определенную самостоятельную роль в снижении веса при ожирении пациентов или использоваться в предоперационной подготовке для снижения веса при хирургическом лечении пациентов с крайней степенью ожирения [82,83]. Чаще всего используют внутрижелудочный баллон BIB (Bioenterics Intra gastric Balloon)

корпорации Bioenterics. После введения большую часть объема желудка занимает гладкий шар емкостью 500 мл. В результате этого ограничивается объем съеденной пищи, количество получаемых калорий уменьшается и происходит снижение массы тела [84]. Преимущество метода в том, что введение в желудок баллона - это не хирургическая операция, а манипуляция, которая выполняется под контролем ФЭГДС. Устройство помещается в желудок длительностью до 6 месяцев, в связи с его разрушением соляной кислотой желудочного сока [85].

К сожалению, использование внутрижелудочных баллонов не только не надежная, но и не достаточно эффективная методика. Процент потери лишнего веса составляет примерно 10, 9% [86], а снижение ИМТ чаще всего находится в интервале от 2-х до 6 кг/м<sup>2</sup>

#### Список литературы

1. Яшков, Ю. И. Операция билиопанкреатического шунтирования у больной сахарным диабетом 2 типа и гиперхолестеринемией / Ю. И. Яшков, Т. А. Оппель // Хирургия. 2002. - №12. - С. 71-72.
2. Феденко В.В. История хирургии ожирения электронный ресурс. / В.В. Феденко, В.В. Евдошенко. Режим доступа: <http://vv\v\v.vseovese.ru/surgery/surgery1st/>.
3. Егиев, В. Н. Уменьшающая резекция желудка в лечении морбидного ожирения Текст. / В. Н. Егиев // Эндоскопическая хирургия. 2007. - № 1. — С. 42.
4. Отдаленные результаты лечения больных с крайними степенями алиментарно-конституционального ожирения методом формирования малого желудка / Н. М. Кузин, В. К. Марков, М. М. Романов и др. // Хирургия. 1991. -№10.-С. 64-69.
5. Егиев, В. Н. Рестриктивные вмешательства на желудке в лечении больных ожирением Текст. / В. Н. Егиев, М. Н. Рудакова, Д. С. Белков. М.: Медпрактика-М, 2004. - 98 с.
6. WRAP Wrap-Up A Short History of Gastric Volume Reduction <http://www.waldrepwrap.com/wrap-history/#>
7. Kirk RM. An Experimental Trial of Gastric Plication as a Means of Weight Reduction in the Rat. Br J Surg. 1969 Dec;56(12):930-3.
9. Printen KJ, Mason EE (1973) Gastric surgery for relief of morbid obesity. Arch Surg 106:428-431.
10. Mason EE. Vertical banded gastroplasty for obesity Arch Surg. 1982 May;117(5):701-6.
11. Яшков, Ю. И. Первый опыт вертикальной гастропластики в лечении больных ожирением IV степени / Ю. И. Яшков, А. Д. Тимошин, А. А. Мовчун // Хирургия. 1996. - №2. - С. 35-38.
12. Яшков, Ю. И. Технические аспекты вертикальной гастропластики в модификации Мейсона для лечения морбидного ожирения / Ю. И. Яшков // Хирургия. - 1999. №6. - С. 47-53.
13. Chua TY, Mendiola RM (1995) Laparoscopic vertical banded gastroplasty: the Milwaukee experience. Obes Surg 5:77-80.
14. Оленева, В. А. Питание больных, перенесших вертикальную гастропластику по поводу тяжелых форм ожирения / В. А. Оленева, Ю. П. Попова, Ю. И. Яшков // Вопр. питания. 1999. - №3. - С. 27-31.
15. Verselewel de Witt Hamer PC, Hunfeld MA, Tuinebreijer WE (1999) Obesity surgery: discouraging long term results with Masons vertical banded gastroplasty. Eur J Surg 165:855-860;
16. Santry HP, Gillen DL, Lauderdale DS (2005) Trends in bariatric surgical procedures. JAMA 294(15): 1909-1917
17. Егиев, В. Н. Первый опыт применения лапароскопической нерегулируемой ленточной гастропластики в лечении алиментарно-конституционального ожирения Текст. / В. Н. Егиев, М. Н. Рудакова, Д. С. Белков // Эндоскопическая хирургия. 2004. - № 1. - С. 59-60.
18. Использование регулируемого силиконового бандажа при горизонтальной гастропластике у больных морбидным ожирением / Н. М. Кузин, С. А. Дадвани, СБ. Кашеваров и др. // Хирургия. 2000. - №10. -С. 16

## ОСОБЕННОСТИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Токтогулов О.Ж.

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

*Представлены результаты использования полипропиленовой сетки у 177 больных с вентральными грыжами. В лечении применено 4 усовершенствованных метода фиксации и расположения сеток. Рецидив выявлен у одной больной (0,6%).*

**Ключевые слова:** послеоперационные вентральные грыжи, оперативное лечение, полипропиленовая сетка, рецидив.

*Features of hernioplasty in postoperative ventral hernias*

*O.J.Toktogulov*

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

*The results of polypropylene mesh use in 177 patients with ventral hernias are presented. During the treatment 4 improved methods of fixation and meshes situation had been used. Recurrence was in one patient (0.6%).*

**Key words:** *postoperative ventral hernias, surgical treatment, polypropylene mesh, recurrence.*

Одним из наиболее частых осложнений после операций на органах брюшной полости в отдаленные сроки являются послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ). Причины их возникновения многообразны: осложненное течение послеоперационного периода (нагноение ран, парез кишечника, воспалительные заболевания легких и др.), использование рассасывающегося шовного материала, раннее выполнение тяжелой физической нагрузки [1,4,11,14]. Также необходимо отметить, что число больных с послеоперационными вентральными грыжами продолжает увеличиваться в основном за счет травматичных, продолжительных операций, выполненных при деструктивных формах холецистита, аппендицита и заболеваний половых органов у женщин, грыжевые ворота увеличиваются, снижается трудоспособность и нередко возникают такие осложнения как невправляемость и ущемление грыжи, что существенно влияет на исход заболевания, поэтому очень важно выполнить операцию до появления этих осложнений.

Основным методом лечения ПВГ является оперативный. К настоящему времени предложены различные методы аутопластики и применение полипропиленовых, пропиленовых сеток [2,5,8,15]. Однако, несмотря на совершенствование методов, частота рецидивов болезни остается на высо-

ком уровне (12-26%) [3,4,9,13]. Это обусловлено тем, что до настоящего времени не разработаны критерии для использования эндопротезов, не решен окончательно вопрос о фиксации сеток и места их расположения, не выработаны мэры профилактики рецидива. Все это явилось основанием для выполнения данного исследования, в котором мы попытались решить некоторые вопросы оперативного лечения ПВГ.

**Цель работы:** представить результаты использования усовершенствованных методов герниопластики с применением полипропиленовой сетки.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 177 больных, которым в лечении ПВГ применена полипропиленовая сетка в различных вариантах с учетом показаний для их использования. Все они были оперированы в хирургических отделениях ГКБ № 1 с 2000 по 2013 год включительно. Из 177 женщин было 121, мужчин - 56. Возраст их колебался от 32 до 72 лет, но большинство поступивших были в возрасте старше 50 лет. Давность заболевания колебалась от 6 месяцев до 20 лет.

Превалирование женщин обусловлено частотой ПВГ после гинекологических операций. При анализе характера операций, которые были ранее выполнены у больных, установлено, что наиболее часто ПВГ воз-

никали после холецистэктомии и у женщин после гинекологических операций и реже после аппендэктомии. При этом было отмечено, что ПВГ чаще возникают после экстренно выполненных операций, при которых имели место различные осложнения. Из 177 больных у 17 были рецидивные грыжи. Вправимые грыжи выявлены у 122, невправимые – у 52 и ущемленные – у 3. Небольшой удельный вес ущемленных грыж обусловлен тем, что при ущемлении мы чрезвычайно редко (3 чел.) применяли сетку при пластике грыжевых ворот из-за риска возникновения раневых осложнений.

При поступлении в обследование больных помимо общеклинического исследования (общий анализ крови и мочи, ЭКГ, флюорография органов грудной клетки, свертываемость крови), использовали УЗИ органов брюшной полости и малого таза, размера грыжи и грыжевых ворот, характера содержимого грыжевого мешка и эхоморфометрию операционной раны.

Для решения вопроса об объеме операции исследовали показатели внешнего дыхания и коэффициент интенсивности напряжения брюшной стенки по Хитарьяну А.Г. и соавт. [10]. В оценке эффективности течения послеоперационного периода судили по срокам нормализации температуры, исчезновению болевого синдрома, частоте осложнений и срокам стационарного лечения. Отдаленные результаты оценивали путем личного осмотра больных в клинике.

**Результаты и их обсуждения.** В результате выполненных исследований было установлено, что 72 больных нуждаются в пластике грыжевых ворот с сохранением объема брюшной полости. Это решение основывалось на показателях внешнего дыхания и коэффициенте напряжения брюшной стенки. Если показатели внешнего дыхания были в пределах нормы или незначительно сниженными, а коэффициент напряжения – до 2,09, то применяли пластику с изменением объема брюшной полости, а если показатели внешнего дыхания были сниженными и коэффициент напряжения был выше 2,10, то использовали методы с сохранением объема брюшной полости. Типы операций даны в таблице 1.

Таблица 1 – Варианты фиксации сетки и их расположения

Варианты	Всего больных	
	абс. число	%
По периметру грыжевых ворот	18	10,2
По периметру с дополнением узловых швов	56	31,6
Под апоневрозом с заранее подготовленными нитями	12	6,7
С поворотом грыжевого мешка	9	5,1
С фиксацией к реберным дугам и надкостнице подвздошной кости	4	2,3
С укреплением шва	78	44,1

В процессе работы мы совершенствовали методы фиксации и расположение полипропиленовой сетки и ведение послеоперационного периода (рис. 1)

В начале нашей работы мы при сохранении объема брюшной полости выкраивали сетку по размерам грыжевых ворот и фиксировали ее по периметру ворот (18 чел.) (рис. 1-а), но потом убедились в необходимости дополнительной фиксации сетки и при этом использовали наложение узловых швов в нескольких местах, чтобы в случае прорезывания обвивного шва не наступило скручивание сетки (56 чел.) (рис. 1-б). При ПВГ мы никогда не размещали сетку внутрибрюшинно из-за возможности возникновения спаечной непроходимости, формирования кишечного свища и арозии сосудов.

Для профилактики отвислого живота у 4 больных мы использовали фиксацию верхних краев сетки к реберным дугам, а нижних – к надкостнице подвздошных костей (метод В.И. Утешева) [10] (рис. 1-в), но обязательно дополнительно по боковым краям фиксировали сетку к апоневрозу, что более надежно предотвращало рецидив болезни.

Мы попытались расположить сетку под апоневрозом в тех случаях, когда имели место выраженные дистрофические изменения со стороны тканей брюшной стенки вокруг грыжевых ворот (рис. 1-г). Здесь мы сетку выкраивали больше грыжевых

ворот на 2-3 см, сетку в нескольких местах прошивали П-образными нитями, а затем подводили под апоневроз с заранее освобожденными краями от сращения. Ранее наложенными нитями прошивали апонев-

роз, завязывали нити и сетка фиксирована.

Но этот метод оказался более травматичным, и не всегда симметрично удается прошить апоневроз изнутри, поэтому применяли его редко.

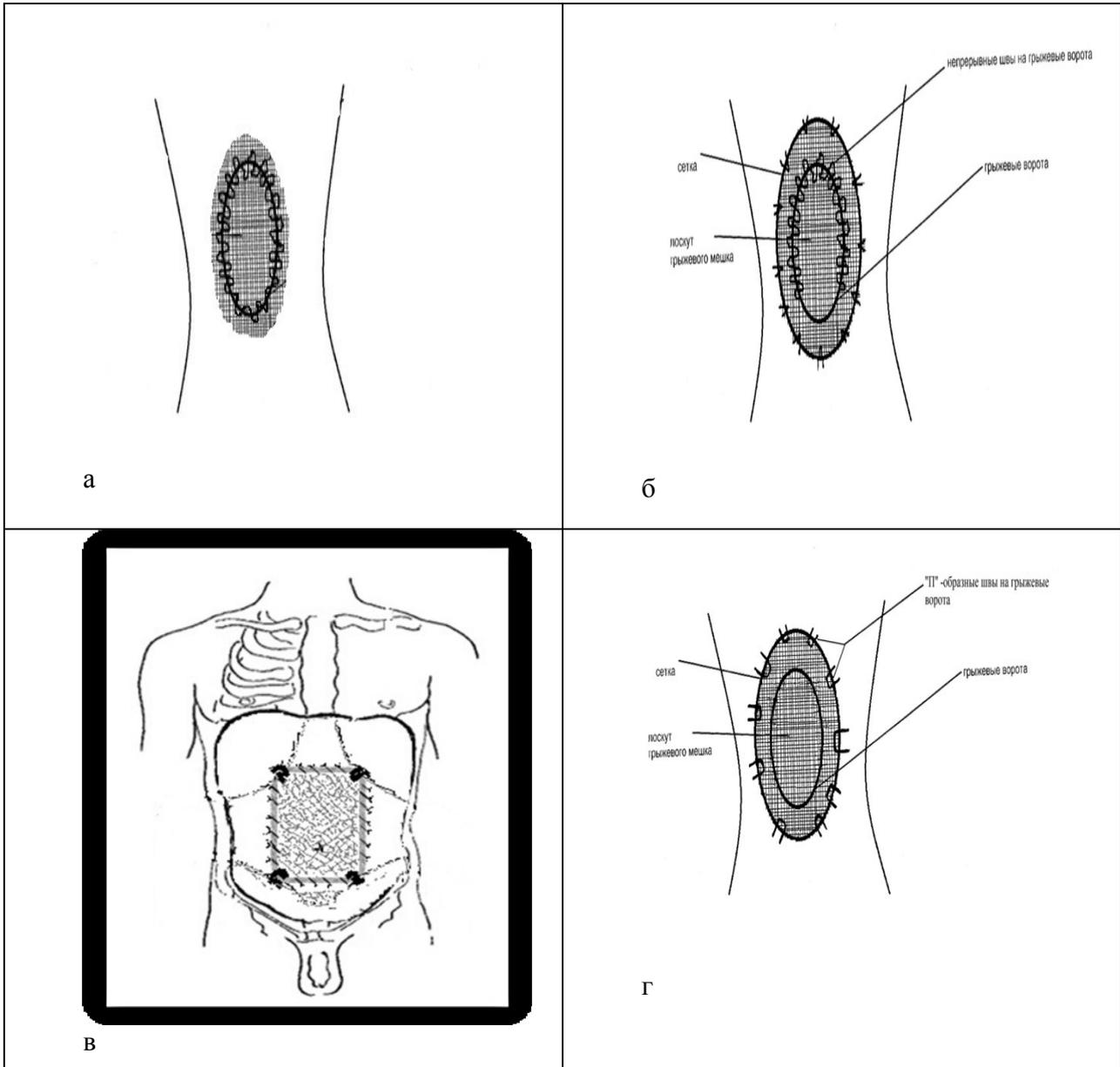


Рис.1. Варианты расположения и фиксации полипропиленовой сетки

Мы обратили внимание, что через микроиригаторы, подведенные в подкожную клетчатку, длительно время наблюдается лимфоррея, серозно-геморрагическое отделяемое, при которых раннее удаление микроиригаторов опасно скоплением экссудата с последующим нагноением, а при позднем удалении (15-20 дней) велик риск инфицирования подкожной клетчатки, поэтому после выделения грыжевого мешка

мы его рассекали продольно, на 2 лоскута и одним прикрывали сальник и кишечник, а во втором лоскуте соскабливали эпителий с брюшинной стороны, лоскут поворачивали и фиксировали к краям грыжевых ворот, затем укладывали сетку и над ней ушивали, а если невозможно, то сближали края апоневроза, а подкожную клетчатку дренировали в верхнем углу двумя микроиригаторами, и в нижнем – двумя. Через верхние

микроиригаторы вводили озонированные растворы для орошения подкожной клетчатки, а через нижние аспирировали отделяемое. Эта методика применена у 77 больных.

В тех случаях, когда вокруг грыжевых ворот ткани были изменены и при ушивании наблюдалось расслаивание мышц, апоневроза, это чаще при локализации грыж в правом подреберье после холецистэктомии и при грыжах после гинекологических операций, мы выкраивали сетку так, чтобы при ее фиксации она охватывала расстояние не менее 3-4 см с каждой стороны шва. Это укрепляло линию шва и обеспечивало благоприятное течение раневого процесса.

Все эти типы операций выполнялись нами у больных в плановом порядке, а у 3 женщин при наличии гигантской ущемленной грыжи, у одной из которых выполнена резекция тонкого кишечника ушить грыжевые ворота край в край было крайне рискованно из-за возможности возникновения таких осложнений, как парез кишечника и легочно-сердечной недостаточности. Мы грыжевые ворота закрыли полипропиленовой сеткой с дренированием подкожной клетчатки и орошением озонированными растворами. Все 3 больных были в возрасте старше 75 лет.

Отдаленные результаты изучены у 123 больных (69,9%) в сроки от 1 года до 3-х лет. Рецидив выявлен у одной больной (0,8%).

Таким образом, наши исследования показали возможность улучшения результатов лечения больных с ПВГ с использованием различных вариантов фиксации полипропиленовых сеток и профилактике раневых осложнений.

### Литература

1. Белоконев, В.И. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж [Текст] / В.И. Белоконев, Т.А. Федорина, З.В. Ковалева. – Самара: Перспективная серия «Трудные вопросы хирургии», 2005. – 208 с.
2. Гостевской, А.А. Нерешенные вопросы протезирования передней брюшной стенки при грыжах [Текст] / А.А. Гостевской // Вестник хирургии. – 2007. - № 6. – С. 93-95.
3. Григорьев, С.Г. Размещение и фиксация эндопротеза при пластике послеоперационных грыж [Текст] / С.Г. Григорьев, Е.П. Кривошеков, Т.С. Григорьева // Вестник хирургии Казахстана. – 2012. – Спец. выпуск, № 1. – С. 248-249.
4. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж [Текст] / [В.В. Жебровский, К.Д. Тоскин, Ф.Н. Ильченко и др.] // Вестник хирургии. – 1996. - № 6. – С. 105-108.
5. Десквамация и перитонеодез грыжевого мешка при пластике послеоперационных грыж [Текст] / [С.Г. Григорьев, В.И. Кривошеков, Т.С. Григорьев и др.] // Вестник хирургии Казахстана. – 2012. – Спец. выпуск, № 1. – С. 248.
6. Калиш, Ю.И. Наш опыт протезирующей пластики у больных с ущемленными послеоперационными обширными, гигантскими грыжами [Текст] / Ю.И. Калиш, Л.З. Аметов, А.Р. Шаюсупов // Вестник хирургии Казахстана. – 2012. – Спец. выпуск, № 1. – С. 216-217.
7. Кочнев, О.С. Аутодермально-монофильная пластика вентральных грыж [Текст] / О.С. Кочнев, Г.Б. Курбанов, В.Н. Биряльцев // Хирургия. – 1991. - № 9. – С. 113-118.
8. Оценка способов размещения полипропиленовых стенок при аллопластике вентральных грыж [Текст] / [Т.А. Машкова, С.Б. Васильева, В.В. Олейник и др.] // Вестник хирургии. – 2007. - № 2. – С. 78-81.
9. Утешев, В.И. Метод оперативного лечения больших грыж с фиксацией аллотрансплантата за костные основания [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.00.27 / В.И. Утешев. – Фрунзе, 1970. – 24 с.
10. Хитарьян, А.Г., Мишоян, М.Р., Эльсахли, З.И., Ковалев, С.А., Гущина, Е.В. // Патент. – 2001. – Ru, А 61 В 17/00 № 2199271.
11. Эндзинас, Ж.А. Причины послеоперационных вентральных грыж [Текст] / Ж.А. Эндзинас // Советская медицина. – 1986. - № 12. – С. 104-105.
12. Янов, В.Н. Анализ результатов 40-летнего применения погружного трансплантата в хирургической практике [Текст] / В.Н. Янов // Клиническая хирургия. – 2003. - № 11. – С. 36.
13. Cassar, K. Surgical treatment of incisional hernia [Text] / K. Casar, A. Munro // Br. J. Surg. – 2002. - # 9. – P. 534-545.
14. Deysine, M. Hernia repair with expanded polytetrafluoroethylene [Текст] / M. Deysine // Amer. J. Surg. – 1992. – Vol. 163, # 4. – P. 422-424.
15. Korenkov, M. Randomized clinical trial of suture repair, polypropylene mesh of autodermal hernioplasty for incisional hernia [Text] / M. Korenkov, S. Sanerland, M. Amdt // British J. Surg. – 2002/ - Vol. 89. – P. 50-56.

**ПОЛИПРОПИЛЕНОВАЯ СЕТКА ЕЕ ПОМЕЩЕНИЕ И ФИКСАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ****Токтогулов О. Ж.****Кыргызская Государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева, Городская клиническая больница №1 г. Бишкек, Кыргызская Республика**

*Представлено два способа размещения и фиксации полипропиленовой сетки у 21 больного с послеоперационной грыжей. При первом способе сетка узловыми швами фиксируется под апоневрозом, а при втором – над апоневрозом. Ни у одного пациента в ближайшие сроки осложнений не возникло.*

**Ключевые слова:** *вентральные послеоперационные грыжи, полипропиленовая сетка, размещение и фиксация сетки.*

**Placing and fixing the mesh after treatment of postoperative ventral hernias.**

**O.J. Toktogulov**

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

**Key words:** *ventral hernia postoperative, polypropylene mesh, placement and fixing the mesh.*

*Presented two ways of placement and fixation of polypropylene mesh with 21 patients with postoperative hernia. In the first method, the mesh by interrupted sutures is fixed under the aponeurosis, and in the second - above the aponeurosis. None of the patients have complications in the nearest time.*

Одной из актуальных проблем в абдоминальной хирургии на протяжении многих лет остается лечение послеоперационных вентральных грыж, особенно больших гигантских размеров. Установлено, что методов аутопластики при этом заболевании не совершены, после них часто возникают рецидивы. В настоящее время в оперативном лечении послеоперационных вентральных грыж стали широко использоваться эндопротезы. Многие исследователи отмечают более благоприятное течение после операции и снижение частоты рецидива болезни (1,2). Однако, несмотря на накопленный опыт, многие вопросы по применению эндопротезов остается не решенными, это касается размещения протеза и его фиксации как основного этапа пластики (3, 4). Особенно сложным вопросом остается лечение больших и гигантских грыж, при которых необходимо сохранить объем брюшной полости.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 21 больной с послеоперационными вентральными грыжами, которые были оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы №1, г. Бишкек.

Мужчин было 8, женщин 15, из них у 5 были рецидивные грыжи, Возраст колебался от 27 до 64 лет, длительность суще-

ствования грыж составляет от 2 до 18 лет. В обследовании больных, помимо общепринятых методов обследований было использовано определение показателей внешнего дыхания коэффициент интенсивности напряжения брюшной стенки и ультразвуковое исследование.

По результатам обследования все они нуждались в пластике с сохранением объема брюшной полости. Ранее мы использовали полипропиленовую сетку с её фиксацией по периметру грыжевых ворот, но при длительном существовании грыж развивается атрофия мышечно-апоневротического слоя и при фиксации сетки есть риск формирования «отвислого живота», кроме того через дренажи, которые подводили в подкожную клетчатку, длительное время выделялось отделяемое, что представляло угрозу возникновения раневых осложнений. Учитывая это обстоятельство, нами разработано 2 метода размещения и фиксации сеток, которые мы применили у 21 больного.

**Результаты и их обсуждение.** Первый способ мы применили у 13 больных, его суть заключается в том, что после рассечения кожи и подкожной клетчатки выделяем грыжевой мешок, рассекаем имеющиеся сращения, вправляем содержимое, ушиваем грыжевой мешок у ворот, а

остальную его часть не иссекаем, а подшиваем по периметру к грыжевым воротам, по внутренней поверхности к сетке, которую располагаем под апоневрозом и фиксируем «П» - образными узловыми швами, ко-

торые предварительно накладываем на сетку, а после расположения ее под апоневрозом этими же нитями прошиваем апоневроз. Затем дренируем подкожную клетчатку.

Схема-1

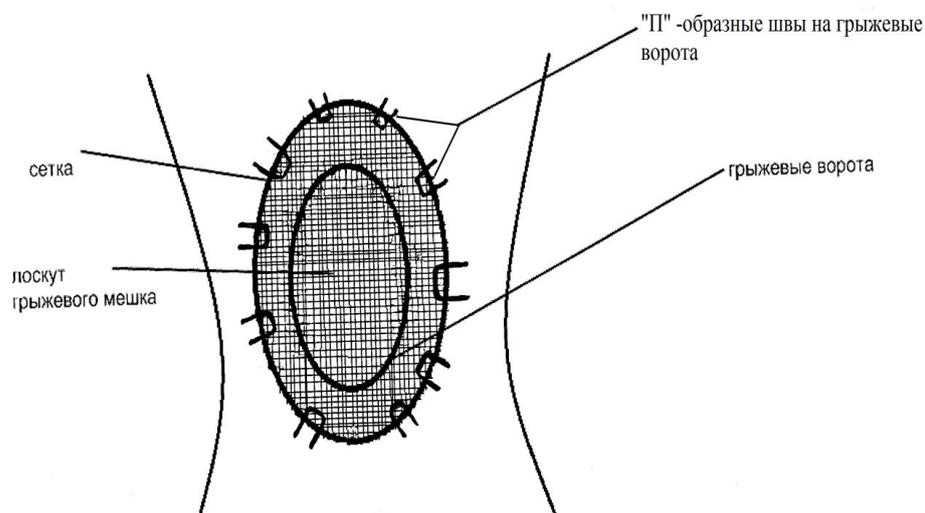
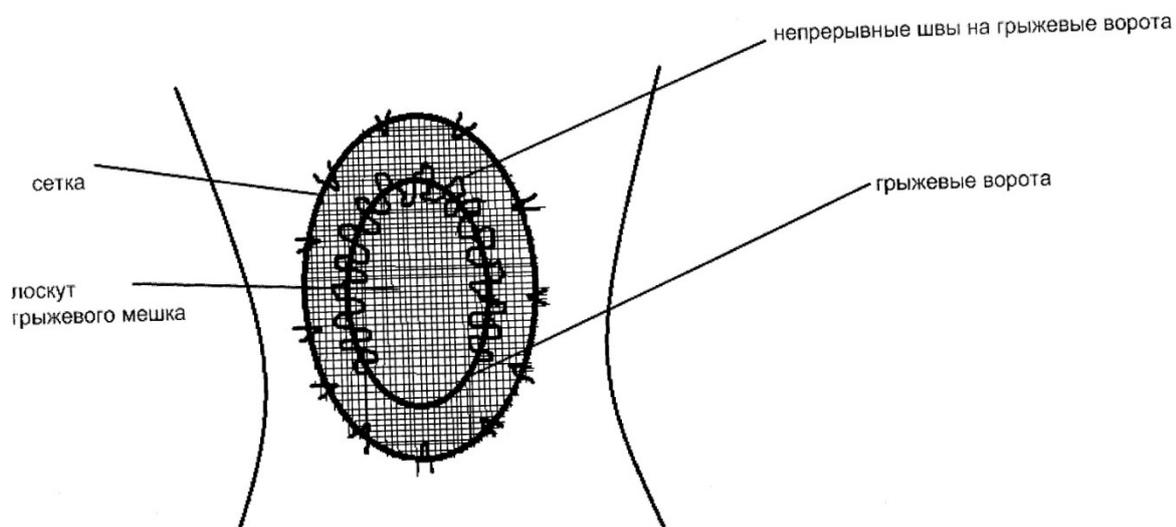
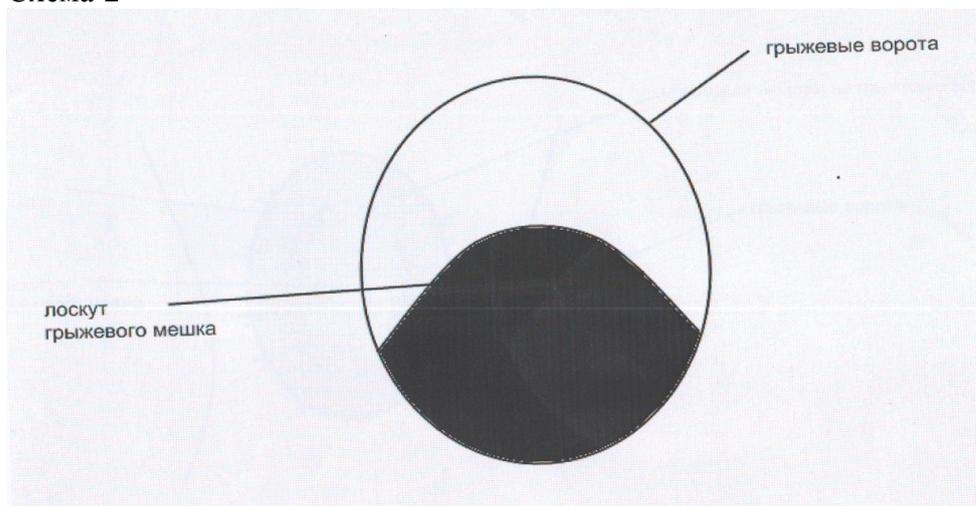


Схема-2



Второй способ отличается от первого тем, что после подшивания грыжевого мешка по периметру полипропиленовую сетку размещаем над апоневрозом и тоже узловыми швами фиксируем сетку к апоневрозу. Подкожную клетчатку также дренируем.

После операции выполняли УЗИ для своевременного выявления накопления экссудата, но ни в одном наблюдении этого осложнения мы не наблюдали, через дренажи лишь в первые сутки было небольшое количество отделяемого, что позволило удалить дренажи на 4-5 сутки. Очевидно, расположение нами брюшины грыжевого мешка обратной стороной к полипропиленовой сетке, плотно прилегающая, обеспечивает всасывание и предотвращает скопление экссудата. Наши наблюдения не многочисленны и в основном мы оценили результаты в ближайшие сроки, но по мере накопления клинического материала мы дадим оценку отдаленным результатам, но даже наблюдения в ближайшие сроки показали эффективность применения усовер-

шенствованных нами методов расположения и фиксации эндопротеза при вентральных грыжах.

Таким образом, наши исследования показали, что при пластике вентральных грыж можно использовать наши приемы, которые имеют цель предотвратить раневые осложнения.

### Литература

1. Алишев О. Т., Шаймарданов Р. Ш., Хазиева А. Г., Оптимизация методов профилактики послеоперационных осложнений при протезирующей герниопластике больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж // Хирургия Кыргызстана .- 2013. -№1 С.15-18
2. Григорьев С. Г., Кривоцеков Е. П., Григорьева Т. С., Размещение и фиксации эндопротеза при пластике послеоперационных грыж. // Вестник хирургии Казахстана .—2012.-№1 .-с 248
3. Лукомский Г. Шулутоко А. М., Аитронова Н. Д., Частные аспекты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж // Хирургия. – 2005. - №2. – С.51-56
4. Krpata D.M., Blatnik Y.A., Novitsky V.W. Evaluation of high-risk, comorbid patients undergoing open ventral hernia repair with synthetic mesh.

## АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

Аширкулов З.Т.

Зав. хир. отд. г. Кызыл-Кия, и Кадамжайской ТБ Баткенской обл. КР.

Клиническая картина язвенной болезни осложненной перфорацией может значительно варьировать, и в последние годы отмечается увеличение количества больных со стертой клинической картиной перфоративной язвы, что вместе с поздним обращением за врачебной помощью является одной из основных причин роста числа диагностических ошибок. /1.3.5.7/

При обследовании пациентов с подозрением на перфоративной язвы по-прежнему широко применяют обзорное рентгеновское исследование грудной и брюшной полости с целью выявления свободного газа под диафрагмой. Однако, данный признак не постоянен и может отсутствовать даже при больших размерах. /2.7.9./

Поэтому в сомнительных случаях используют Эндоскопическое исследования для визуализации язвы, выявления признаков ее перфорации, а также наличия пилородуоденального стеноза. /2.3.6.7./

Экстренная ЭГДС позволяет выявить у 5% прямые признаки перфорации, а косвенные - у 48% больных. Повторная рентгеноскопия-графия поддиафрагмального пространства после проведения ЭГДС позволяет выявить наличие воздуха в поддиафрагмальном пространстве у 91% больных, не имевших эндоскопических признаков перфорации. /4.5.10./

При отсутствии свободного газа под диафрагмой на обзорных рентгенограммах для выявления косвенных признаков пер-

форации язвы (наличие свободной жидкости в брюшной полости) применяют УЗИ брюшной полости.

Сложную проблему представляет диагностика прикрытой перфорации язвы ДПК. В подобных случаях наиболее эффективным диагностическим методом является лапароскопия, позволяющая с минимальной травматичностью поставить правильный диагноз и определить показания к операции. /2.3.7.9./

С 2007 по 2014 гг. в хирургическом отделении г. Кызыл-Кия и Кадамжайской территориальной больницы Баткенской области оперировано 111 пациентов с перфоративными язвами ДПК в возрасте от 15 до 85 лет, из них мужчин было 99 (89,5%), женщин 12 (10,5%).

Из 111 больных у 59 (53,3%) человек при расспросе был выявлен язвенный анамнез длительностью от 1 до 7 лет, из них 1 больной ранее уже перенес операцию ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. В то же время у 52 (46,7%) пациентов при расспросе язвенный анамнез выявить не удалось, то есть, перфорация язвы ДПК почти у половины наших больных явилась первым клиническим проявлением ЯБ.

У 4 больных была прикрытия перфорация язвы передней стенки ДПК, из них у 2 больных операция была выполнена сразу при поступлении, а у 2 пациентов - через 6 и 8 часов из-за неясной клинической картины, что потребовало проведения динамического наблюдения и дополнительных диагностических исследований.

Для того, чтобы точнее судить о возможных различиях в результатах хирургического лечения пациентов с перфоративной пилородуоденальной язвы в зависимости от особенностей использованной хирургической тактики, все 111 оперированных больных были ретроспективно разделены на 2 группы: основная группа (51 человек, оперированные за период 2011-2014 гг.) и группа сравнения (60 человека, оперированные за период 2007-2010 гг., то есть, до начала данного исследования). В этих двух группах больных не было отмечено статистически значимых различий по основным выделенным параметрам, кото-

рые включали распределение больных по полу, возрасту и срокам поступления в стационар, доля пациентов без язвенного анамнеза.

При физикальном исследовании больных с перфоративной пилородуоденальной язвы боль в животе разной интенсивности отмечена в 100% наблюдений. Боль локализовалась обычно в эпигастральной области и правом подреберье. У 13 (12,5%) больных характер боли и ее динамика заставляли исключать диагноз острого аппендицита - после появления в эпигастральной области боль спускалась к низу и локализовалась в правой подвздошной области. Однако, ошибочного диагноза острого аппендицита нам удалось избежать - ни у одного больного операцию разрезом в правой подвздошной области мы не начинали.

В ряде случаев отмечена иррадиация боли - в грудную клетку у 3 (2,7%), в область ключицы у 2 (1,8%), в поясницу у 2 (1,8%) больных.

Распространенное напряжение мышц передней брюшной стенки (выраженное в разной степени) определялось у большинства больных, но у 8 человек (7,6%) оно локализовалось в эпигастрии и правом подреберье, у 3 (2,7%) человек - только в правой подреберной области, а у 2 (1,8%) человек живот был мягкий (обе больные были старческого возраста).

В 54 (49,8%) случаях имели место тошнота и рвота, в 27 (25,3%) - слабость и головокружение.

У 4 (1,4%) больных клиническая картина перфоративной пилородуоденальной язвы развивалась атипично, из-за чего они поздно обратились за медицинской помощью. Так, например, один из этих 4 пациентов, 60-летний больной С. (история болезни № 372) был доставлен в стационар через неделю (!) от начала заболевания, так как дома он сам принимал различные таблетки от привычных болей в животе. В анамнезе у больного в 2001 г. было ушивание перфоративной пилородуоденальной язвы, через год возник рецидив язвы, по поводу чего он лечился консервативно. При физикальном обследовании больного возникло подозрение на перфорацию язвы, но

при обзорной рентгенографии брюшной полости свободного газа под диафрагмой обнаружено не было. Диагноз помогло подтвердить УЗИ брюшной полости, выявившее скопление жидкости под левой долей печени. Больной был экстренно оперирован - при ревизии обнаружен и вскрыт подпеченочный абсцесс, после разделения сращений на передней стенке двенадцатиперстной кишки выявлена перфоративная язва диаметром 1 см, которая была успешно тампонирована сальником на ножке по Оппелю-Поликарпову. Таким образом, у данного пациента произошла повторная перфорация язвы двенадцатиперстной кишки, а спаечный процесс, развившийся после первой операции, способствовал ограничению язвы от свободной брюшной полости, что вызвало изменение клинической картины заболевания и отрицательный результат обзорного рентгенологического исследования.

Необходимо отметить, что типичный рентгенологический признак перфоративной язвы свободный газ под диафрагмой, - у наших больных оказался далеко не постоянным: этот симптом был выявлен при поступлении только у 81 человек (73%). Причем, свободного газа под диафрагмой могло не быть и при перфорациях большого размера - диаметром около 1 см, что, по-видимому, бывает связано с отсутствием большого количества содержимого в желудке и быстрым прикрытием перфорации соседними органами. Прямым эндоскопическим признаком перфорации язвы является визуализация дефекта в стенке ДПК, через который (при достаточно больших его размерах) могут быть видны те или иные органы брюшной полости. Такой признак (визуализация участка сальника) мы обнаружили только у 2х из 17 (15,3%) больных, подвергнутых экстренной ЭГДС. Чаще всего отечные складки слизистой двенадцатиперстной кишки, ее деформация, и небольшие размеры перфоративной язвы не позволяют этого обнаружить. В таких случаях приходится ориентироваться на косвенные признаки, такие как локализация язвы на передней стенке двенадцатиперстной кишки, ее большая глубина, наличие некротических тканей в области ее

дна, усиление болевого синдрома при инсуффляции воздуха в полость желудка и двенадцатиперстной кишки.

У 60 больных 2-ой группы (сравнения) клиническая диагностика дополнялась главным образом обзорным рентгенологическим исследованием органов грудной и брюшной полости и данными лабораторных исследований. В этой группе ЭГДС при поступлении в неясных диагностических случаях была сделана у 4 (3,6%) больных, диагностическая лапароскопия у 1 (0,9%) пациента, а экстренное УЗИ брюшной полости не применялось. Диагностическая лапароскопия жестким оптическим прибором под местной анестезией позволила объективно установить наличие в подпеченочном пространстве серозно-фибринозного выпота с примесью желчи, воспалительные изменения передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки и перфоративное отверстие диаметром около 3 мм (у этого больного свободного газа под диафрагмой при рентгенографии выявлено не было, а экстренная ЭГДС не выполнялась).

У 23 (20,7%) больных 2-ой группы произошла определенная задержка экстренной операции. Из этих 23 пациентов 9 (8,1%) больных были оперированы в сроки от 4 до 12 часов после поступления, причем у 2х пациентов такая задержка была обусловлена необходимостью проведения им краткосрочной предоперационной подготовки в условиях реанимационного отделения из-за наличия клинической картины распространенного перитонита и признаков полиорганной недостаточности. Остальным больным операция была сделана в пределах первых 4 часов после поступления в стационар, но, по-видимому, могла быть сделана и в более ранние сроки (1-2 часа). При ретроспективном изучении историй болезни было выяснено, что показания к операции у последних больных были установлены благодаря динамическому наблюдению, т.е. в основном на основании клинических данных.

В 1-ой (основной) группе мы стали шире использовать в комплексе неотложной диагностики перфоративной пилородуоденальной язвы экстренную ЭГДС (у 17

или 15,3% больных). У всех 17 больных выявлена язва двенадцатиперстной кишки, причем у 2 из них – прямые признаки перфорации. Также в комплекс неотложной диагностики в основной группе мы ввели экстренное УЗИ брюшной полости, которое выполнено у 15 (13,5%) больных: у всех пациентов была обнаружена свободная жидкость в брюшной полости, причем у 12 из них локальное ее скопление в подпеченочном пространстве (под левой долей печени) свидетельствовало в пользу предполагаемого диагноза перфоративной язвы.

Диагностическая лапароскопия под наркозом сделана в этой группе 2м (1,8%) пациентам с неясной клинической картиной в сроки до 2 часов после поступления, что позволило после точного выявления

перфоративная язва двенадцатиперстной кишки без какой-либо задержки сразу выполнить лапаротомию.

Такая более активная диагностическая тактика дала возможность исключить неоправданно длительное наблюдение, поэтому в основной группе не было случаев выполнения экстренной операции больным в сроки свыше 4 часов после поступления, связанных с несвоевременной и недостаточно точной диагностикой.

Принятый нами на вооружение с 2011г. алгоритм диагностики и установления показаний к операции при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки, использованный в основной группе больных (51 человек), представлен на схеме, приведенной на рис. 1.

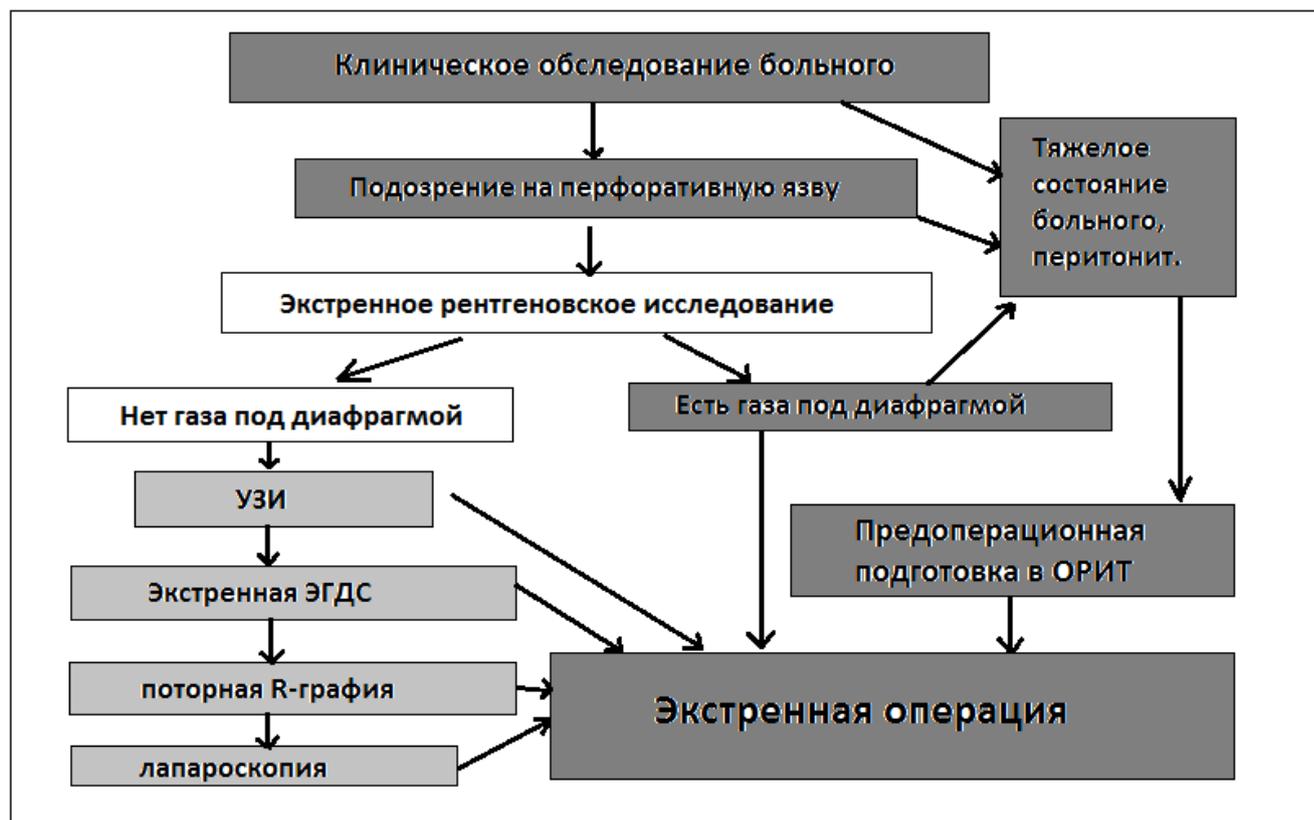


Рис. 1. Алгоритм диагностической тактики при перфоративной пилородуоденальной язве (схема).

Как видно из приведенной схемы, последовательность действий хирурга при подозрении на наличие у больного перфоративной гастродуоденальной язвы определена достаточно четко и в принципе не сложна, но каждый из этапов данного протокола диагностики и лечения является очень важным.

Главной, безусловно, остается клиническая диагностика, большое значение по-прежнему имеют данные обзорного рентгенологического исследования. Однако, в неотложной диагностике перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки в настоящее время оказывают большую помощь УЗИ и ЭГДС, и, в неясных случаях, лапароскопия.

К сожалению, экстренную ЭГДС невозможно выполнить при поступлении у всех пациентов с подозрением на перфоративную язву двенадцатиперстной кишки. Этому чаще всего препятствуют выраженный болевой синдром и беспокойное поведение больного.

Во всех случаях поступления больного в тяжелом состоянии, обусловленном перитонитом и интоксикацией, инструмен-

тальная диагностика (УЗИ, рентгенография брюшной полости в латеропозиции) проводилась одновременно с интенсивной предоперационной подготовкой в условиях ОРИТ.

Разработанный и принятый нами на вооружение алгоритм выбора объема экстренной операции у больных с ПЯ ДПК отражает схема на рис. 2.

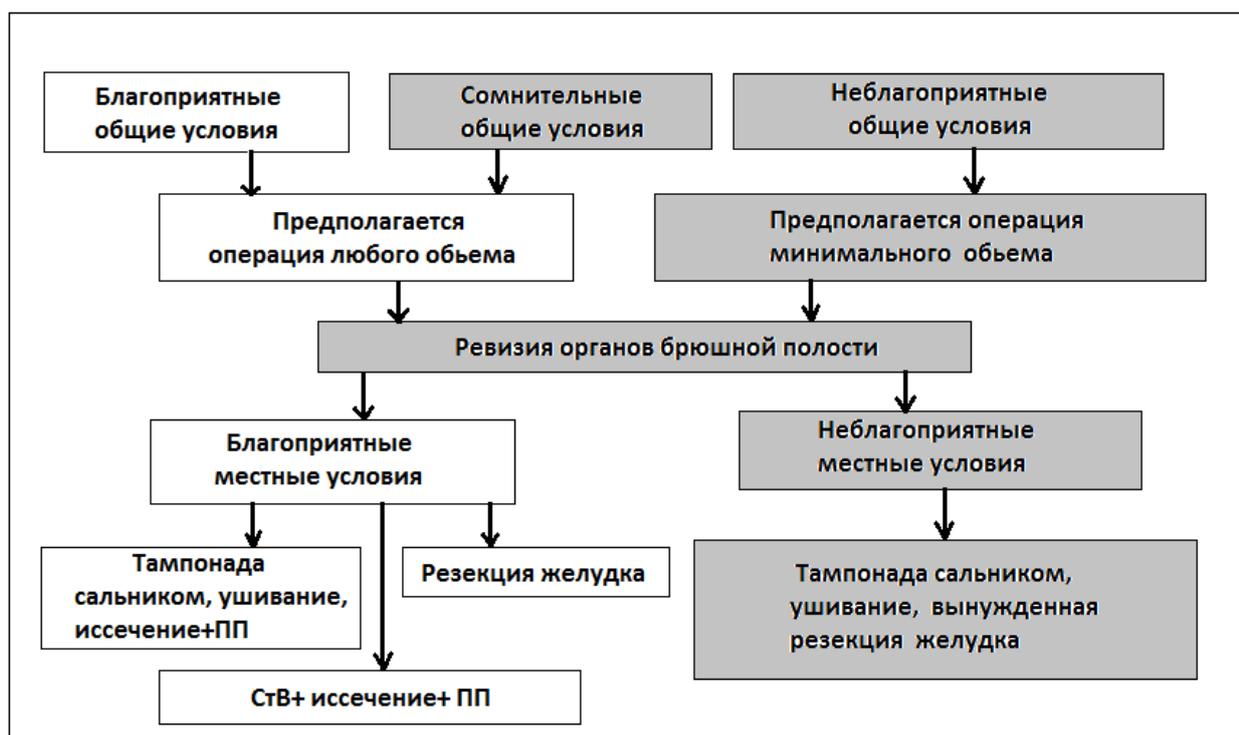


Рис. 2. Алгоритм выбора способа операции при перфоративной пилородуоденальной язве (схема)

Как видно из приведенной на рис. 2 схемы, выбор объема предполагаемого вмешательства на первом этапе принятия решения зависит от наличия ряда объективных и субъективных факторов. Предварительное решение об объеме и характере предстоящей операции принимается хирургом по окончании обследования больного, при этом оно зависит от благоприятных, или неблагоприятных общих объективных и субъективных условий, к которым мы относим тяжесть состояния больного, его возраст, наличие язвенного анамнеза, сопутствующих заболеваний, время, прошедшее с момента перфорации, наличие признаков перитонита, квалификации операционной бригады.

Таким образом, у молодого и крепко-

го пациента о диагнозом перфоративной пилородуоденальной язву, при небольшом времени, прошедшем с момента перфорации, при отсутствии признаков разлитого перитонита, тяжелых сопутствующих заболеваний и при высокой квалификации операционной бригады можно планировать операцию любого объема. Это решение может быть спланировано уже во время лапаротомии и ревизии брюшной полости - в зависимости от местных условий принимается конкретное решение о выполнении радикальной, или паллиативной жизнеспасающей операции минимального объема.

С другой стороны, все противоположные общие условия нужно считать неблагоприятными, и при их наличии необходимо планировать операцию минималь-

ного объема.

### Выводы:

Таким образом, своевременная активная диагностическая тактика перфоративных пилородуоденальных язв является одним из главных факторов благоприятного исхода.

Для постановки диагноза перфоративной пилородуоденальной язвы необходимо использовать комплексный метод диагностики, включающий в себя анамнез, клиническую картину, рентгенологическое обследование брюшной полости, а также эндоскопические и лапароскопические методы исследования.

Разработанный и принятый нами на вооружение алгоритм выбора диагностической тактики и объема экстренной операции способствует с большей степенью своевременно установить диагноз и принять решение о выполнении необходимого оперативного вмешательства.

### Список литературы

1. Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Кудайбердиев А.Т. Лечебно-диагностическая тактика в хирургии гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии. Журнал "Хирургия Кыргызстана" - №2. с.8-11. Бишкек 2008.
2. Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Искаков М.Б. Современные принципы диагностики перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Журнал "Вестник КГМА" - №1 с.230-233. Бишкек 2009
3. Борисов А.Н. Неотложная хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / А.Л. Борисов, В.П. Земляной, В.П. Акимов. - СПб.: Человек, 2002. - 48 с.
4. Гостищев В.К. Антисекреторная терапия как составная часть гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях [Текст] / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // Хирургия. - 2005. - № 8. - С. 52-57.
5. Каштаев Р.Е., Алыбаев Э.У., Джумабеков А.Т. Эффективность применения ингибиторов протонной помпы у больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями. Здоровье и болезнь. - Алматы, 2012. - № 2 (104). - С. 66-69.
6. Кудайбердиев А.Т., Бектуров Ж.Т., S. Unal, Алыбаев Э.У., Жапаров А.Т., Эгенбаев Р.Т. Лечебно-диагностическая эндоскопия при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. // «Хирургия Кыргызстана» 2006. - №3. - с. 54-57.
7. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Хирургия, №1,2001. С.27-32.
8. Лебедев Н.В. Гастродуоденоскопия в диагностике и лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений [Текст] / Н.В. Лебедев // Хирургия. - 2007. - № 3. - С. 17-21
9. Лопатинский В.В. Эндоскопическая диагностика и лечение гастродуоденальных кровотечений в условиях городской больницы [Текст] / В.В. Лопатинский, З.Я. Клюева, К.И. Попов // Мат. 9 – го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. - Москва, 2005 С. 180 – 182.
10. Мидленко В.И. Лечебно-диагностическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях [Текст] / В.И. Мидленко // Хирургия. - 2005. - № 10. - С. 64-67.

## ПАТОМОРФОЛОГИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ

Тухватшин Р.Р., Аширкулов З.Т., Алыбаев М.Э.

Кафедра Госпитальной хирургии с курсом  
Оперативной хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева. НХЦ МЗ КР

Целью наших гистологических исследований явилось выявление морфологических предпосылок, ведущих к прободению, и установление компенсаторно-приспособительных изменений слизистой, которые могли бы быть использованы при разработке рациональных методов лечения.

Морфологическому исследованию подвергались как язвенный дефект, так и

периульцерозная зона. Выделяли дно язвы, края язвы и слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки, окружающую хроническую язву на расстоянии до 2 см от ее края.

Материалы для морфологических исследований взяты у 37 больных после иссечения перфоративной язвы и двенадцатиперстной кишки в НХЦ г. Бишкек за период с 2010 до 2014 г.

Язвы двенадцатиперстной кишки чаще были круглой, овальной или неправильной формы. На разрезе язвы имели кратерообразную или шахтообразную форму с нависшими, подрытыми краями. Дно язвы в большей части наблюдений углубленное, проникающее в мышечную оболочку. Поверхность дна язв гладкая или мелкобугристая, обычно с сероватыми наложениями.

При микроскопическом исследовании поверхность язв, включая стенки перфоративного канала, были покрыты толстым слоем фибриноидного некроза с бухтообразными внедрениями его в подлежащие ткани, часто были представлены зернистыми, частью глыбчатыми оксифильными массами, в различной степени инфильтрированными нейтрофильными и эозинофильными лейкоцитами. В месте перфорации зона некроза обширная, распространяющаяся на все слои дна, включая серозную оболочку. На поверхности слизистой оболочки и на стенках прободного канала определялось значительное количество слизи, скопления лейкоцитов, пласты слущенных клеток покровного эпителия. В пяти наблюдениях на поверхности язв определялись колонии микробов, что, по-видимому, обусловлено поздними сроками оперативного вмешательства.

Слой грануляционной ткани в глубине переходит в нежно- и глубоковолокнистую соединительную ткань. Глубоковолокнистая соединительная ткань представлена широкой зоной, замещающей частично или полностью разрушенную мышечную оболочку, которая распространяется к стенке двенадцатиперстной кишки за пределы границ язвы. Во всех случаях имела место преимущественно диффузия, местами выраженная очаговая инфильтрация соединительной ткани дна язвы лимфоцитами, плазматическими клетками, нейтрофильными и эозинофильными лейкоцитами с примесью тучных клеток. В большей части наблюдений колагеновые пучки соединительной ткани - неравномерно набухшие с накоплением в межклеточном веществе альцианофильной субстанции, что свидетельствует о мукоидном набухании, переходящим нередко в фибриноидный некроз, которому также подвергались

и стенки проходящих здесь артериальных и венозных сосудов.

В периульцерозной зоне изменения наблюдались, главным образом, в слизистом и подслизистом слоях двенадцатиперстной кишки.

При этом повреждение эпителия и прилежащей к язве слизистой оболочки носило выраженный и распространенный характер. Собственная пластинка слизистой оболочки отечна, разрыхлена с расширенными полнокровными сосудами и явлениями стаза и краевого стояния лейкоцитов в них, с выраженной клеточной инфильтрацией, преимущественно, лимфоцитами, плазматическими клетками с примесью значительного количества нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов, а также тучных единичных клеток и русселевских телец. Как правило, в краях язвы отмечалось разрастание волокнистой соединительной ткани. Во всех наблюдениях обнаружена гиперплазия бруннеровых желез в слизистой оболочке краев хронических язв. Железы проникали в поверхностные отделы слизистой, вытесняя крипты, доходя местами до полнокровного эпителия.

На наибольшем расстоянии от края хронической язвы морфологические изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки укладывались в картину хронического диффузного дуоденита с атрофией и перемещением бруннеровых желез в зону слизистой, лимфоидно-плазмоцеллярной инфильтрацией ее и избыточным развитием соединительной ткани, паретическим расширением кровеносных сосудов. В большинстве случаев в подслизистом слое определялась гиперплазия лимфоидных фолликулов со значительным расширением центров роста, в ряде случаев с формированием диффузионного лимфостаза, что свидетельствует об активности процессов иммуногенеза. В некоторых случаях в слизистой оболочке периульцерозной зоны обнаруживалось развитие геморрагических эрозий, что, по-видимому, следует рассматривать как фактор, определяющий прогрессирование заболевания.

Значительные изменения возникали в сосудистой системе в зоне язвы и в периульцерозных участках. Эти изменения

свидетельствуют о предшествующей перестройке сосудистой системы и новообразований сосудов, что в целом может быть обозначено как ангиоматоз. Степень этих значительных изменений варьирует в отдельных случаях и бывает наиболее выраженной при значительных рубцовых изменениях. В артериях мышечного типа облитерация просвета за счет организованных тромбов с широкой реканализацией их и образованием многоствольных сосудов. В разветвлениях таких сосудов частью возникают изменения по типу аккомодационного склероза с облитерацией просвета, которому предшествует гиперпластические изменения эластичных волокон, особенно эластичной внутренней пластинки, образующей многослойные структуры, что свидетельствует о волнообразности этих изменений.

В артериях, расположенных в рубцовом поле, возникают подушкообразные и циркулярные утолщения интимы за счет накопления межклеточного мукоидного альцианофильного вещества, приводящего к миоэластофиброзу, частью со значительным сужением просвета. Они имеют извитой ход, окружены периваскулярной воспалительной инфильтрацией. Вокруг недифференцированных сосудов грануляционной ткани, в участках ее фиброзирования можно наблюдать образование эластичных муфт из нежных, бледно окрашенных волокон с появлением светлых эпителиодных клеток, свойственных артериовенозным анастомозам, каждая из которых оплетается эластическими волокнами, что свидетельствует об их сократительной способности. Эти сосуды образуют клубковые структуры с наличием среди них тонкостенных синусоидов с широким просветом и мелких вен. Как известно, артерио-венозные анастомозы клубкового вида способствуют улучшению кровоснабжения в системе микроциркуляции, являясь регуляторами кровотока местной гемодинамики. На периферии рубцовой ткани, где она граничит с функционально-активными элементами стенки двенадцатиперстной кишки, возникает большое число широких сосудистых полостей синусоидного типа, выстланных эпителием, частью анастомозирующих между собой.

Местами в стенке формируются циркулярные пучки гладкомышечных клеток, образующих муфту, что является свидетельством активной гемодинамики. На периферии рубцовой ткани, где она граничит с функциональными активными элементами стенки двенадцатиперстной кишки, возникает большое число широких сосудистых полостей синусоидного типа, выстланных эндотелием, частью анастомозирующих между собой. Наибольшего развития сосуды синусоидного типа приобретают вблизи волокон средней оболочки стенки двенадцатиперстной кишки. Это указывает на циркуляторную гипоксию в язвенной и периульцерозной зоне, обусловленную редукцией предшествующей сосудистой сети за счет склероза, облитерации и некроза сосудистых сегментов.

Следует также подчеркнуть, что в воспалительном инфильтрате язвы, а также в периваскулярных зонах, в прилежащих мышечных пучках средней оболочки обнаруживается множество одиночных и расположенных группами тучных клеток, нагруженных метахроматическими гранулами с выраженным феноменом дегрануляции и гранулолизиса, что свидетельствует о их высокой функциональной активности. Как известно, тучные клетки выделяют физиологически активные вещества многонаправленного действия и являются регуляторами тканевого гомеостаза, обеспечения, в частности, тонус сосудов и сосудистой проницаемости.

В целом следует отметить, что количество сосудов в дне и краях язвы несравненно больше, нежели в «здоровых» участках двенадцатиперстной кишки. Этот ангиоматоз возникает вследствие редукции кровообращения (тромбоз, облитерация, склероз) и вызывает компенсаторно-приспособительную гиперплазию и перестройку сосудистой системы (формирование артерио-венозных клубочковых анастомозов, усиленное развитие паравазального тока, появление многочисленных широких синусоидов).

Однако, в конечном итоге приспособительные структурно-функциональные элементы сосудов подвергаются склерозу и в рубцовых тканях пенетрирующих язв

имеются знаки полностью выключенных из гемодинамики «теней» сосудов, которые выявляются благодаря длительному сокращению эластического каркаса. Это дает основание считать, что прогрессирование язвенного процесса может быть обусловлено, в частности, декомпенсацией гемодинамики и обуславливая новые зоны некроза, способствуют развитию осложнений, в частности, перфораций.

Таким образом, перфорация хронической язвы двенадцатиперстной кишки возникает в период обострения процесса при нарастании деструктивных изменений. Об этом свидетельствует обширная зона фибриноидного некроза, густо инфильтрованная лейкоцитарными элементами в месте перфорации, распространяющаяся на все слои вплоть до серозной оболочки. Выраженное снижение секреторной активности защитного мукозно-мукоидного секрета покровного и железистого эпителия двенадцатиперстной кишки за счет атрофического гастрита и дуоденита, циркуляторная гипоксемия, обусловленная редукцией сосудистой сети; ведут к прогрессированию деструктивных процессов (мукоидное и фибриноидное набухание, фибриноидный некроз), ослабление сопротивляемости тканей дна язвы. В связи с этими изменениями размеры язвы увеличиваются, возникает возможность разрушения всей стенки двенадцатиперстной кишки, что может обуславливать перфорацию.

#### Список литературы

1. Борисов А.Н. Неотложная хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / А.Л. Борисов, В.П. Земляной, В.П. Акимов. - СПб.: Человек, 2002. - 48 с.
2. Багненко Ю.М. Неотложная хирургическая гастроэнтерология [Текст] / Ю.М. Багненко, А.А. Курыгин, С.Ф. Стойко. - СПб. Питер, 2001. - 483 с.  
УДК 618.32:618.39
3. Курыгин А.А. Неотложная хирургическая гастроэнтерология [Текст] / А.А. Курыгин, Ю.М. Стойко, С.Ф. Багненко. - СПб., - 2001. - 228 с.
4. Курбанов Ф.С. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [Текст] / Ф.С. Курбанов // Вестник хирургии. -2001. - Т. 160. - №4. - С. 17-21.
5. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века [Текст] / В.М. Лобанков // Хирургия. - 2005. - № 1. - С. 58-64.
6. Майстренко Н.А. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки [Текст] / Н.А. Майстренко, К.Н. Мовчан. - СПб. - "Гиппократ", 2000. - 358 с.
7. Нижевич А.А. Клинико-морфологическая характеристика, генетические маркеры, диагностика и лечение *Helicobacter pylori*-ассоциированных гастродуоденальных заболеваний у детей [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / А.А. Нижевич. - Москва, 2010. - С. 45.
8. Огороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т.1. Диагностика болезней органов пищеварения [Текст] / А.Н. Огороков. - М.: Мед. лит., 2000. - 560 с..
9. Черноусов А.Ф. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский // Клинич. Медицина. - 2000. - Т.78. - № 8 - С. 88-91.
10. Baron J.H. Peptic ulcer [Text]: / J.H. Baron // Mt. Sinai J. Med.- 2000.- Vol. 67.- № 1- P. 58-62.
11. Smith B.R. Emerging trends in peptic ulcer disease and damage control surgery in the H. pylori era [Text]: / B.R. Smith, B.E. Stabile // Am. Surg.- 2005.- Vol. 71.- № 9.- P. 797-801.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ПРЕРЫВАНИЯ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Аманова А.М.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
кафедра акушерства и гинекологии № 2. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Проведено проспективное исследование 300 женщин с замершей беременностью. Дана сравнительная оценка характеристики медикаментозных и хирургических методов прерывания замершей беременности в сроке до 12 недель. В результате исследования установлено, что наиболее эффективным и безопасным методом прерывания замершей беременности в первом триместре является медикаментозный аборт. Эффективность данного метода в сроке 4-9 недель в 96 % случаях, а в 10-12 недель беременности - 93 %.

**Ключевые слова:** замершая беременность, медикаментозный аборт, МВА, кюретаж полости матки.

### COMPARATIVE EVALUATION METHOD OF TERMINATION OF MISSED ABORTION

Amanova A.M.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva, Department of obstetrics and gynecology № 2, Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary:** The article presents a prospective study of 300 women with missed abortion. The comparative characteristic of medical and surgical methods of interruption of missed abortion before 12 weeks. The study found that the most effective and safest method interrupt missed abortion in the first trimester is a medical abortion. The effectiveness of this method in the period 4-9 weeks in 96% of cases, and at 10-12 weeks - 93%.

**Key words:** missed abortion, medical abortion, MVA, curettage of uterine cavity.

**Введение.** К числу приоритетных направлений современного здравоохранения относят вопросы охраны здоровья матери и ребёнка. В настоящее время во всём мире проводятся широкомасштабные исследования, направленные на изучение причин нарушения репродуктивной функции человека, в том числе невынашивания [5,7]. Среди различных форм невынашивания особое место занимает замершая беременность (ЗБ). По данным Ю. Э. Доброхотовой и соавт. (2010) частота данной патологии составляет 10-20% среди репродуктивных потерь [1]. Причины ЗБ многочисленны. Длительная задержка эмбриона или плода в полости матки создает угрозу здоровью и жизни женщины [6]. При несвоевременном прерывании замершей беременности возможно развитие геморрагических и гнойно-септических состояний, что ухудшает благоприятный прогноз последующих беременностей [5].

В настоящее время существуют хирургические и медикаментозные методы прерывания замершей беременности. Традиционным методом прерывания замершей беременности в нашей стране является ма-

нуальная вакуум аспирация (МВА) и реже кюретаж полости матки I триместре. Г.В. Долгая В.Е., Радзинский и соавторы указывают, несмотря на то, что МВА и кюретаж полости матки высокоэффективными методами лечения, имеют свои недостатки [2,4]. К ним относятся: кровотечение, инфекционно-воспалительные осложнения, травмы шейки и тела матки, синдром Ашермана, бесплодие и возможные осложнения наркоза. Медикаментозное прерывание беременности исключает механическое повреждение матки, но не исключает вероятность развития функциональных нарушений [3].

Таким образом, замершая беременность считается общемедицинской проблемой, при этом выбор метода прерывания ЗБ в первом триместре остается открытым и является актуальной проблемой в гинекологии.

**Цель работы.** Провести сравнительную характеристику методов прерывания замершей беременности в зависимости от срока гестации.

**Материал и методы исследования.** Проведено проспективное исследование 300 женщин с замершей беременностью,

госпитализированных в гинекологическое отделение Исскульского областного родильного дома в период с 2011 по 2014 гг. Все пациентки были поделены на 3 группы. Первую группу метода вакуум - аспирации вошли 100 пациенток. Во вторую группу медикаментозного аборта составили 100 пациенток. И в третью группу вошли 100 пациенток с кюретажем полости матки. Аспирация плодного яйца в первой группе проводилась при помощи шприца с пластмассовой канюлей диаметром 4-7 мм фирмы «Iras». Кюретаж полости матки производился традиционным методом. Операция проходила с соблюдением правил асептики и антисептики. При медикаментозном прерывании замершей беременности применялся препарат мифепристон в дозировке 200 мг и через 36-48 часов мизопростол в дозировке 400 мкг. Сроки при прерывании беременности двумя методами были сопоставимы и подтверждались данными УЗИ.

В данных группах у пациенток с ЗБ проведен анализ клинических проявлений постабортного периода. Оценивались количество, длительность кровянистых выделений и сроки элиминации плодного яйца. Выявлены осложнения в постабортном пе-

риоде. Проведены клинические, биохимические, серологические и микробиологические методы исследования. Всем пациенткам выполнялось ультразвуковое исследование до и после прерывания замершей беременности.

Статистическая обработка проводилась на персональном компьютере с использованием систем программного обеспечения анализа данных: «STATISTICA v. 6.0».

**Результаты исследования и их обсуждение.** Возраст всех пациенток варьировал от 15 до 47 лет. Средний возраст составил  $25,5 \pm 4,5$ . Городскими жительницами были 55 % женщин, сельские - 45 %. В основном все пациентки были домохозяйками (70 %), работающими были 25 %, учащимися - 5 %.

При поступлении в стационар предъявляли жалобы на боли в низу живота и мажущие кровянистые выделения 40 % женщин первой и второй группы, в третьей группе – 67 % (табл.1). Чаще всего женщины отмечали жалобы в течение нескольких дней, в среднем  $3 \pm 1,5$ . На учете состояли лишь 10 % всех пациенток.

Таблица 1. Основные жалобы у пациенток с замершей беременности.

№	Жалобы при поступлении	I группа (n=100)	II группа (n=100)	III группа (n=100)
1.	Жалоб не отмечали	23	11	8
2.	Боли и кровянистые выделения	39	41	67
3.	Кровянистые выделения	18	32	10
4.	Боли в низу живота	20	16	15
5.	Повышение температуры тела	7	9	12

Анализ менструальной функции показал, что средний возраст менархе составил  $13 \pm 1,2$  лет (12 – 15 лет), продолжительность менструального цикла составила  $28,4 \pm 2,0$  дней, длительность менструации –  $4,7 \pm 0,9$  дней (3 – 7 дней). Настоящая беременность была первой у 25 % пациенток всех трех исследуемых групп.

Гинекологический анамнез у женщин обеих групп был отягощен воспалительными заболеваниями (20 %). Среди гинекологических заболеваний были выявлены: миома матки (6 %), загиб матки (5 %), киста

яичника (5,5 %), эрозия шейки матки (3,3 %), эндоцервицит (13 %), двурогая, матка.

Акушерский анамнез был отягощен у 5 % пациенток первой группы, у 14 % и 18 % в первой и второй группах соответственно. У 70 % женщин беременность протекала с осложнениями: угроза прерывания беременности (30 %), ОРВИ с повышением температуры (15 %), анемией (30 %), многоводие или маловодие (3 %), гестационный пиелонефрит (12 %). Резус отрицательной крови была у 2,6 % женщин.

Воспалительные изменения крови

наблюдались у 6 % в первой и второй группах и в третьей – 11 %. Коагулопатии по типу гиперкоагуляции и гипокоагуляции наблюдались у первой группы 22% и 5% во второй и третьей группах.

У женщин обследуемых групп, I – II степень чистоты влагалищного мазка выявлена у 55,3 % пациенток, III – IV степень чистоты у 44,7 %. Анализ посева содержимого из влагалища показал, что в 41,6 % случаев определялась условно-патогенная и сапрофитная флора, а также были выявлены грибы рода *Candida albicans* (6 %), трихомонады (1,8 %), гарднереллы (2,6 %) и гонорея (0,1 %).

Ультразвуковые признаки по типу замирания эмбриона отмечены в 90 % случаях и по типу анэмбрионии в 10 % случаев.

В первой группе медикаментозное прерывание замершей беременности в сроке 4-9 недель (до 63 дней) происходило в комбинации: мифепристон 200 мг + мизопростол 400 мкг сублингвально или буккально через 24–48 ч после приема мифепристона. При сроке беременности 9–12 недель (63–84 дня) применялась комбинация мифепристона в дозе 200 мг внутрь и

через 36–48 ч 600 мкг мизопростол интравгинально. Прерывание замершей беременности в I и во II группе проводилось традиционными методами МВА и кюретаж полости матки.

В группе, после приема мифепристона некоторые пациентки незначительные тупые боли в нижней части живота, диспептические расстройства в виде тошноты (5 %). Умеренные боли отмечали 23 % женщин в группе медикаментозного аборта, 20 % в группе МВА, 35 % в группе с кюретажем. Хирургический аборт проводился под внутривенной или парацервикальной анестезией.

Средняя продолжительность кровянистых выделений в первой группе была достоверно дольше и составила 7,3±4,5 дней, по сравнению со второй и третьей 5,3±2,5дней. В постабортном периоде, в первой группе длительность кровянистых выделений составила от 7 до 14 дней, во второй и в третьей группах 3-7 дней. Обнаружено, что при медикаментозном аборте кровянистые выделения продолжаются более длительно, по сравнению с группой метода вакуум – аспирации и кюретажа.

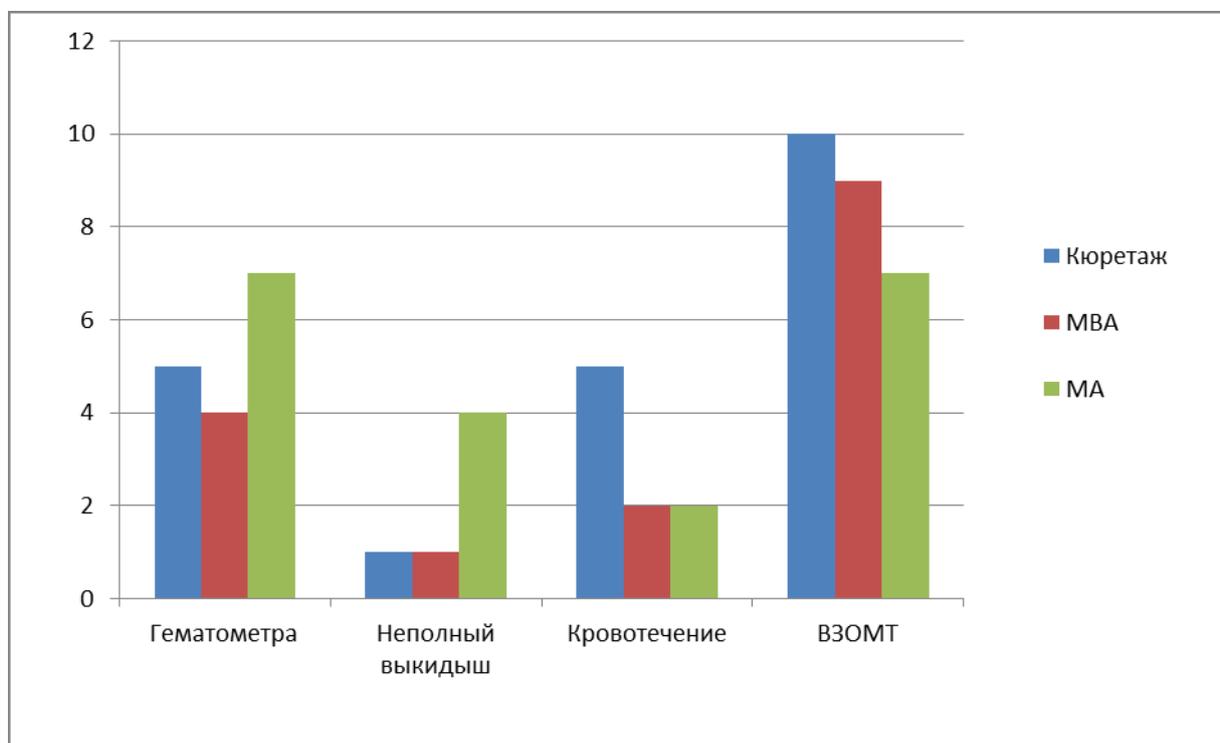


Рисунок 1. Структура осложнений медикаментозных и хирургических методов прерывания замершей беременности.

Эффективность медикаментозного аборта в 4-9 недель беременности составил - 96 %, и 10-12 недель беременности составил - 93 %. В группах вакуум-аспирации и кюретажа полости матки, полный аборт завершился у 94 % пациенток соответственно.

Среднее пребывание в стационаре составило  $5,1 \pm 3,4$  койко дней.

В результате исследования в постабортном периоде выявлены такие осложнения, остатки плодного яйца, плацентарный полип в полости матки, гематометра, кровотечение. Осложнения в группе медикаментозного прерывания замершей беременности выявлены в 20 % случаях, во второй группе - 16 %, в третьей группе - 21 % (рис. 1). При гематометре всем пациенткам назначались: утеротоники (сайтотек  $\frac{1}{2}$  таблетки 2 раза в день 3-5 дней), спазмолитики (но-шпа 2% - 2,0 мл внутримышечно 2 раза в день). По поводу неполной элиминации плодного яйца, была проведена мануальная вакуум аспирация у 4 % женщин в группе медикаментозного аборта.

Все пациентки находились под динамическим наблюдением, что дало нам возможность определить осложнения, которые имели место после аборта. После прерывания беременности женщины с замершей беременностью получали антибактериальную и общеукрепляющую терапию. Всем пациенткам рекомендована контрацепция в течение 6 месяцев.

**Выводы.** Таким образом, медикаментозный аборт является высокоэффективным методом прерывания замершей беременности до 12 недель, его клиническая эффективность при 4-9 недель замершей беременности составляет 96 %, а при 10-12-недельном сроке - 93 %.

Медикаментозный аборт, по сравнению с хирургическим абортom, характеризуется более низкой частотой осложнений (воспалительные заболевания матки и придатков, гематометра) и считается наиболее физиологичным методом аборта.

#### Список литературы.

1. Доброхотова, Ю.Э. Неразвивающаяся беременность: тромбофилические и клиничко-иммунологические факторы: руководство [Текст] / Ю.Э. Доброхотова, Э.М. Джобава, Р.И. Озерова - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2010. - С. 144.
2. Долгая, Г.В. Диагностика, лечение и реабилитация женщин с несостоявшимся выкидышем / Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Бишкек. - 2010г. - С. 30.
3. Клокова, Е.В. Сравнительная характеристика исходов медикаментозного и хирургического абортom с фармакоэкономическим анализом [Текст] / Е.В. Клокова / Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Иваново. - 2013г. - С. 24.
4. Радзинский, В.Е. Неразвивающаяся беременность [Текст] / В.Е. Радзинский, В.И. Димитрова, И.Ю. Майскова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - С. 200.
5. Сидельникова, В.М. Привычная потеря беременности [Текст] / В.М. Сидельникова. - М.: Триада-Х, 2000. - С. 304.
6. Табунова, Б.К. Медицинские аспекты современных технологий медикаментозного аборта [Текст] / Б.К. Табунова, Г.Ж. Жатканбаева, С.В. Куттыгожина // Здоровье и болезнь. - 2011, № 6 (101). - С.40-43.
7. Юлбарисова, Р.Р. Оптимизация ведения пациенток с неразвивающейся беременностью / Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Уфа. - 2014г. - С. 23.

**АЛГОРИТМИЗАЦИЯ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В УРОЛОГИИ****Мурзалиев А.Д.****Чуйская объединенная областная больница**

*Под наблюдением находилась 503 больных с различными урологическими заболеваниями, которые были разделены по степени тяжести эндогенной интоксикации. На основании полученных результатов детоксикационной терапии составлен алгоритм ведения данной категории больных.*

**Ключевые слова.** Уропатия, эндотоксикоз, детоксикация, алгоритм.

**Algorithmization detoxification therapy in urology****Murzaliev A.D.****Chui Regional Hospital**

*We observed 503 patients with various urological diseases, which were divided according to severity of endogenous intoxication. Based on these results detoxification composed algorithm of this category of patients.*

**Key words.** Uropathy, endotoxemia, detoxification, the algorithm.

**Введение.** Синдром эндогенной интоксикации—это сложный патологический комплекс, включающий глубокие нарушения гомеостаза, метаболические, иммунологические отклонения. К симптомам основного заболевания присоединяются признаки патологии со стороны различных органов и систем. При гнойно-воспалительных заболеваниях из-за преобладания катаболических процессов обмена образуется большое количество промежуточных и конечных токсических продуктов, обуславливающих декомпенсацию гуморальных регуляторных систем. При этом накапливаются в токсических концентрациях протеолитические ферменты, кинины и другие вазоактивные пептиды, анафилатоксины, медиаторы воспаления, микробные экзо- и эндотоксины. В условиях эндогенной интоксикации происходит расстройство всех видов обмена, детоксицирующие системы не в состоянии «справиться» с выведением токсических продуктов [1; 2]

Повышение эффективности проводимой терапии при почечной недостаточности, которое во многом предопределяется ее ранней диагностикой и своевременным подключением почечно-заместительной терапии, является одной из важных проблем современной клинической нефрологии и реаниматологии [3].

**Материал и методы исследования.**

Под наблюдением находилось 503 больных с различными урологическими заболеваниями с инфекционно-воспалительными осложнениями. Из них 59% (296) больных

были госпитализированы с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), с мочекаменной болезнью (МКБ) 28% (141) и с первичным пиелонефритом 13% (66 больных).

Проводили общеклинические исследования: общий анализ крови и мочи, почечные и печеночные тесты, свертываемость крови, сахар крови, ЭКГ, обзорная рентгенография, экскреторная урография, цистография, УЗИ почек, мочевого пузыря, а также печени и органов малого таза с целью выявления сопутствующих заболеваний. Для определения степени тяжести эндотоксикоза определяли массу средних молекул (МСМ), перекисное окисление липидов (ПОЛ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ).

После обследования было установлено, что у 87 (17,9%) больных имелась легкая степень, у 256 (50,1%) средняя и у 160 (32,0%) эндотоксикоза.

Занимаясь вопросами определения степени тяжести эндотоксикоза и методами его ликвидации, мы обратили внимание на то обстоятельство, что большинство урологических больных, в последние годы поступают с большой давностью заболевания, что безусловно, влияет на своевременную диагностику и выбор метода и объема лечения. Было отмечено, что нередко заболевание прогрессирует довольно быстро и клинические проявления отстают от морфологических изменений в почке, в результате чего производится запоздалая операция.



Рис.1 – Алгоритм ведения больных с осложненными урологическими заболеваниями

Нельзя также исключить влияние на показатели эндогенной интоксикации тяжесть оперативного вмешательства, которое предпринимается при МКБ и ДППЖ.

Несмотря на то, что ранние операции имеют преимущество перед экстренными, мы придерживались тактики активного оперативного вмешательства, особенно если речь идет об окклюзионном пиелонефрите. В подгруппе с легкой степенью тяжести эндотоксикоза установлено, что здесь преобладали пациенты с острым пиелонефритом. Со средней и тяжелой степенью эндотоксикоза были пациенты с окклюзионным пиелонефритом с гидронефрозом и с ХПН. Таким больным необходима предоперационная подготовка, про-

должительность которой зависит от тяжести состояния больных, но в большинстве случаев она была кратковременной и включала, как правило мероприятия, направленные на коррекцию основных показателей.

Основными принципами эффективности при проведении лечения мы считали удаление токсинов из тканевых депо, т.е. стремились добиться хотя бы незначительного снижения МСМ, ПОЛ, ЛИИ и почечных тестов.

При этом метод интракорпоральной детоксикации в сочетании с форсированным диурезом не всегда приемлемы, т.к. при этом если имеется окклюзионный пиелонефрит состояние почек только ухудшается. У таких больных в качестве предопе-

рационной подготовки использовали 1-2 сеанса обменного дискретного плазмафереза (ПФ). Однако эффективность ПФ непродолжительна, так как не устранена причина. Поэтому после проведения сеанса сразу же на следующий день брали больного на операцию, что обеспечивало более гладкое течение послеоперационного периода, но и после операции больные нуждались в проведении адекватной детоксикационной терапии. Положительный эффект получили и при назначении озонированных растворов. Для внутривенного введения использовали физиологический раствор (400 мл) с концентрацией озона 3-4 мкл/мл, а для орошения раны или полости мочевого пузыря 8-10 мкг/мл.

Основываясь на определении степени тяжести эндотоксикоза и трактовке патологических процессов, протекающих в организме, мы составили следующую схему детоксикационной терапии.

При легкой степени тяжести эндотоксикоза организм хорошо справляется с выпавшей нагрузкой и к традиционному лечению целесообразно добавить лишь те препараты и методы, которые направлены на улучшение непосредственно функции почек.

Средняя степень тяжести эндотоксикоза характеризуется тем, что ее детоксицирующие органы работают в напряженном режиме, и организм, хотя и плохо, но справляется с нагрузкой. В данной ситуации возможно использование методов хирургической детоксикации, в частности ПФ, как предоперационной подготовке, так и после операции. Всего 2-3 сеанса.

При тяжелой степени тяжести эндотоксикоза происходит декомпенсация основных систем организма и в этой ситуации необходимо сочетать хирургические методы детоксикации с местной и общей озонотерапией. Количество сеансов ПФ достигает 4-6.

Учитывая положительное влияние детоксикационной терапии при интоксикации, мы проанализировали конечные ре-

зультаты лечения больных, получивших традиционное лечение, и больных, которым использовались хирургические методы детоксикации и отметили существенные различия в исходах лечения и в сроках пребывания в стационаре, что имеет немаловажное экономическое значение, так как увеличение срока лечения ведет к повышению материальных затрат.

Как видно из рисунка 1, больной после полного обследования, после определения характера болезни и ее осложнения идет на консервативное или оперативное лечение. Метод и объем лечения должен определяться в зависимости от степени тяжести эндотоксикоза.

**Вывод.** Несмотря на использование комплекса лечения (консервативного, оперативного) к моменту выписки далеко не у всех показатели достигают нормальных величин, поэтому после выписки больные должны находиться под наблюдением ГСВ и уролога по месту жительства и в зависимости от состояния получать лечение амбулаторно. Больным с МКБ проводить метафилактику МКБ, контрольное обследование, а пациентам с ДГПЖ и пиелонефритом также показано наблюдение и лечение с учетом выявленных нарушений почек.

#### **Литература.**

1. Валиев Р.А. Диагностика эндогенной интоксикации у детей с острой и хронической почечной недостаточностью [Текст] / Р.А. Валиев, А.М. Шарипов // Урология. – 2005. - № 6. - С. 41-42.
2. Синюхин В.Н. Цитокины в диагностике осложненных форм пиелонефрита / Под ред. Лопаткина Н.А. Интерпретация результатов лабораторных методов диагностики урологических заболеваний: Сборник научных трудов [Текст] / В.Н. Синюхин, Л.А. Ходырева, Н.В. Чирун. - М., 2002. - Т. 3. – С. 135-138.
3. Зверев Д.В. // Анестезиология и реаниматология [Текст] / Д.В. Зверев, А.Л. Музуров, А.С. Далецкий. – 2002. № 1. – С. 32-35.

**ОСЛОЖНЕНИЯ КОРАЛЛОВИДНОГО НЕФРОЛИТИАЗА****Мурзалиев А.Д.****Чуйская областная больница**

**Резюме.** Проведен анализ осложнений 17 больных с коралловидным нефролитиазом. После обследования у всех выявлено различные осложнения: гидронефротическая трансформация, нефросклероз, пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность, которые сопровождались выраженной интоксикацией. Наряду с проведением оперативного лечения использованы сеансы обменного дискретного плазмафереза с общей и местной озонотерапией. При этом только на 12-14 сутки удалось нормализовать показатели биохимии крови и маркеров эндотоксикоза.

**Ключевые слова.** Коралловидный нефролитиаз, эндотоксикоз, плазмаферез, озонотерапия.

**Complications staghorn nephrolithiasis.****Murzaliyev A.D.****/ Chui regional hospital /**

**Summary.** The analysis of 17 patients with complications with coral nephrolithiasis. After the examination, all identified various complications: hydronephrosis transformation, nephrosclerosis, pyelonephritis, chronic renal failure, accompanied by severe intoxication. Along with the surgical treatment used discrete plasmapheresis sessions exchange with general and local ozone therapy. However, only 12-14 days were able to normalize blood chemistry parameters and markers of endotoxemia.

**Keywords.** Staghorn nephrolithiasis, endotoxemia, plasmapheresis, ozone therapy.

**Ведение.** Из обструктивных пиелонефритов большую роль играет МКБ, которая относится к числу распространенных заболеваний, приводящих к длительной и временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности. Уролитиаз занимает второе место среди острых заболеваний приводящих к смерти, его удельный вес среди госпитализированных составляет 30-60%, а амбулаторных - до 20-25%. В последние годы отмечается рост заболеваемости и увеличение числа больных с осложненными формами. (Л.А. Досаева и соавт. 2004; М. Robert et. al. 1995)

Э.К.Яненко и соавт. (2000) сообщают, что острый гнойный калькулезный пиелонефрит часто завершается летальным исходом в течение первых 2-3 суток, с развитием бактерио-токсического шока. Установлено, что причиной последнего, наряду с инфекционным началом, является сенсибилизация организма, развивающаяся в результате гнойно-воспалительного процесса в мочевой системе. Выделяют 3 стадии бактерио-токсического шока – стертая, ранняя и поздняя. Эти стадии характеризуются резким снижением защитных сил организма, выраженным интоксикационным синдромом и нарушениями гомеостаза.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 141 больных с МКБ. Из

них мужчины составили 53,2% (75 больных), а женщины - 46,8% (66 чел.). Пик развития МКБ приходился на возраст 51-60 лет. (39 больных, 27,7%). При анализе локализации конкрементов было установлено, что камень мочеточника выявлен у 56 (39,7%) и мочевого пузыря у 6 (4,2 %). У 36 пациентов выявлены гидронефротические изменения со стороны почек вследствие длительного нарушения пассажа мочи. У 2 (1,4%) пациентов была МКБ единственной почки. Следует отметить, что им обоим ранее произведена нефрэктомия по поводу МКБ, осложненной гидронефрозом.

У 17 (12,0%) пациентов обнаружены коралловидные камни. На экскреторной урограмме отмечалось четкое повторение чашечно-лоханочного рисунка конкрементом. Коралловидные камни имели сложную форму строения, во всех случаях были осложнены гидронефрозом, нефросклерозом и пиелонефритом. Из анамнеза больных выявлено, что они страдают от 3 до 12 лет с периодами обострения и ремиссии.

Часто у больных с коралловидным нефролитиазом клиника протекала длительное время латентно, без выраженных проявлений. Длительность заболевания обычно определяется с момента выявления конкремента, однако это не совсем верно, так как формирование и увеличение размеров камня могут продолжаться от несколь-

ких месяцев до нескольких лет, протекая бессимптомно. Поэтому к моменту выявления коралловидного камня, как правило, уже имеются определенные морфологические и функциональные изменения в почках, которые проявляются местными и общими симптомами. Именно длительное нарушение уродинамики и определяло начало и тяжесть осложнений. Из анамнеза выяснено, что все пациенты периодически получали лечение по поводу пиелонефрита в течение длительного времени с временным улучшением состояния.

При анализе клинических проявлений у больных с коралловидными камнями отмечена зависимость от локализации камня, степени нарушения оттока мочи из почки и наличия инфекции мочевых путей. Размеры камня не являлись определяющим в клинической картине болезни. Например: при крупных коралловидных камнях редко остро нарушался пассаж мочи по верхним мочевым путям, так как они были неподвижны и только присоединение инфекции явилось причиной острого пиелонефрита.

Хроническая почечная недостаточность выявлена у всех больных с коралловидным нефролитиазом (17 больных, 12,0%) Ранее радикальных методов лечения не проводилось. Кроме того, ХПН выявлено у 2 пациентов (1,4%) с нефролитиазом единственной почки, из 56 больных с камнем мочеточника у 19 (13,4%) и у 6-и больных (4,2%) с двухсторонним поражением почки МКБ (табл.1).

Таблица 1 – Частота ХПН у больных с МКБ

Характер патологии	Количество больных	
	абс. число	%
Коралловидный нефролитиаз	17	12,0
Нефролитиаз единственной почки	2	1,4
МКБ с двухсторонним поражением почки	6	4,2
МКБ мочеточника	19	13,4
Всего	44	31,2

С момента поступления больных с коралловидным нефролитиазом, детокси-

кационная терапия начиналась сразу при поступлении и продолжалась после операции, до наступления устойчивой компенсации функциональных показателей оперированной почки. Назначались спазмолитики и спазмоаналгетики (нош-па, спазмалгон, платифиллин, баралгин). Проводили антибактериальную и противовоспалительную терапию. Чаще использовали антибиотики цефалоспоринового ряда. Назначались они у больных при сохранении пассажа мочи.

У всех 17 пациентов использовали традиционную терапию в сочетании с плазмаферезом и озонотерапией, как предоперационная подготовка, так и в послеоперационном периоде. При выполнении плазмафереза в предоперационном периоде удаляли от 200 до 600,0 мл плазмы за сеанс. Плазмозамещение проводили реополиглюкином, инфезолом, озонированным раствором. Озонированный физиологический раствор (400,0) с концентрацией озона 3-4 мкг/мл использовали внутривенно, а с концентрацией 8-10 мкг/мл промывали послеоперационную рану, по необходимости полость мочевого пузыря.

Главной задачей оперативного лечения при МКБ было восстановление пассажа мочи и максимально сохранить функциональное состояние почки. При проведении оперативного лечения, соблюдался органосохраняющий принцип, но у трёх пациентов был пионефроз III степени. Почка практически не функционировала, в связи, с чем выполнена нефрэктомия.

После стабилизации общего состояния больных, выполняли оперативное лечение. (табл. 2).

Таблица 2 - Характер оперативного лечения МКБ

Название операции	Количество больных	
	абс. число	%
Нефрэктомия	3	17,6
Пиелолитотомия	9	53,0
Нефролитотомия	5	29,4

При проведении операции играла роль и тип строения чашечно-лоханочной системы. При слабых геометрических стро-

ениях коралловидного камня проводили нефротомию, или по возможности пиелотомию. Далее накладывали П-образные гемостатические швы. Следует отметить, что одним из главных условий после проведения операции является адекватное дренирование почки и забрюшинного пространства, во избежание мочевых затеков, прогрессирования воспалительного процесса. Удаление дренажных трубочек проводили после проведенного обследования мочевыводящих путей рентген контрастными

веществами и восстановлением беспрепятственного пассажа мочи из почки или из мочевого пузыря.

При анализе биохимических показателей (табл.3) было установлено высокое содержание мочевины, остаточного азота и особенно креатинина. Под влиянием лечения идет медленное снижение показателей, на 5-7 сутки имеется значительное снижение показателей, а на 12-14 сутки также наблюдается снижение, но они не достигают нормы.

Таблица 3. - Динамика биохимических показателей у больных с коралловидным нефролитиазом

Показатели	При поступлении	Сроки обследования (сутки)				Норма
		1-2	3-4	5-7	12-14	
Остаточный азот, моль/л	29,4±1,12	27,3±0,17	21,4±0,92	20,5±0,76	18,4±0,37	17,6±1,2
Мочевина, ммоль/л	12,9 ±0,37	8,1±0,19	7,4±0,21	7,1±0,18	6,12±0,27	5,3±0,08
Креатинин, мкмоль/л	162,8±1,18	118,4±1,21	112,6±0,97	110,4±0,37	94,0±1,12	68,7±1,14

Таблица 4 - Динамика показателей эндотоксикоза у больных с коралловидным нефролитиазом

Показатели	До операции M1±m1	После операции			Норма M5±m5
		3-4 сутки M2±m2	7-8 сутки M3±m3	при выписке M4±m4	
МСМ	0,350 ±0,003	0,374 ±0,005	0,384 ±0,002	0,341 ±0,003	0,239 ±0,001
Р	M1-M5<0,01		M1-M3<0,001	M4-M5<0,001	
ПОЛ инт. быстрой вспышки	19,1 ±1,17	18,9 ±1,32	10,4 ±1,12	12,8 ±0,97	12,4 ±1,12
Р	M1-M5<0,001		M1-M3 >0,05	M4-M5 >0,05	
ПОЛ ин.медл. вспышки	6,4 ±0,54	6,0 ±0,72	7,5 ±0,48	7,8 ±0,61	8,3 ±0,72
Р	M1-M5<0,001		M1-M3 <0,05	M4-M5 >0,05	
ЛИИ	4,42 ±0,03	3,30 ±0,05	2,1 ±0,04	1,1 ±0,03	0,9 ±0,01
Р	M1-M5<0,001		M1-M3 <0,001	M4-M5 >0,05	

При анализе показателей эндотоксикоза отмечено, что исходный уровень МСМ был высокий, после операции у больных септическим состоянием и ХПН он нарастал, особенно на 3-4 сутки, затем шло его медленное снижение, но к моменту выписки она не достигала нормы.

Показатели ПОЛ имели очень высокий уровень интенсивности быстрой

вспышки и значительное угнетение медленной вспышки. К моменту выписки они были на уровне нормы. При поступлении высокие показатели были и ЛИИ, но к моменту выписки они также снизились до уровня нормы. Следует отметить, что несмотря на использование наряду с традиционным лечением сеансов плазмафереза, местной и общей озонотерапии биохими-

ческие показатели крови и масса средних молекул к моменту выписки не достигали нормы, что свидетельствует о глубоких патологических изменениях при коралловидном нефролитиазе.

**Вывод.** Таким образом, больные с коралловидным нефролитиазом представляют тяжелую категорию, так как практически всегда осложняется пиелонефритом, гидронефротической трансформацией и хронической почечной недостаточностью. При этом выявляется тяжелая степень эндотоксикоза с глубокими обменными нарушениями. Поэтому лечение должно быть комплексным с включением таких методов хирургической детоксикации как

плазмаферез, местная и общая озонотерапия.

#### **Литература.**

1. Досаева Л.А. Диагностика, медикаментозное лечение и профилактика мочекаменной болезни [Текст] / Л.А. Досаева, С.Н. Шатохина, Е.М. Шилов // Клиническая медицина. – 2004. – № 1. – С. 21-27.

2. Яненко Э.К., Дзеранов Н.К., Румянцев В.Б. и др. // Пленум правления Российского науч. о-ва урологов. – Киров, 2000. – С. 246-248

3. Roberts J.A.. Management of pyelonephritis and upper urinary tract infections [Text] / J.A. Roberts // Urol. Clin. N. Am. – 1999. – Vol. 26, # 4. – P. 753-763.

## **ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА ПРОМЕЖНОСТИ**

**Багиев Т.А.**

**ННЦХ им. А.Н. Сызганова, Алматы**

Опыт, полученный нами при лечении проктологических заболеваний неопухолевой этиологии, позволяет обосновать программу профилактики родового травматизма промежности. Эта программа позволит снизить количество разрывов промежности во время родов и их осложнений.

Профилактические меры, направленные на сохранение анатомических структур влагалища, должны проводиться в дородовом периоде в женских консультациях до организации обследования беременных женщин.

Во время первого обращения беременных женщин в женскую консультацию, внимательно собирается анамнез. Врача-гинеколога, несомненно, должны интересоваться следующие важные моменты: ранее перенесенные заболевания, менструальная функция, течение предыдущих родов, течение последних родов, вес плода, послеродовые осложнения, состояние органов желудочно-кишечного тракта. Если беременная женщина ранее перенесла роды, сопровождающиеся

травмой влагалища, нужно определить функцию анальной недостаточности и цикличность дефекации. Затем проводится обследование, в том числе и гинекологическое обследование беременной женщины. Последнее начинается с обследования промежности и во время его проведения определяется состояние наружных половых органов. Обращается внимание на наличие ригидности тканей промежности, высоту промежности, наличие рубцов после разрывов и деформаций промежности и т.д., и основательно отмечается в медицинской карте.

У женщин из группы риска повышенной вероятности разрывов промежности следует определить дисбиотические изменения.

В изданных до сегодняшнего дня учебниках по акушерству и гинекологии мы обнаружили рекомендации по методам инструментального исследования функционального состояния ЗАПК у беременных женщин с разрывами промежности различной степени, возникшие во время предыдущих родов. Во время исследова-

ния историй родов полноценные сведения о состоянии промежности в момент поступления беременной в родильный дом, о функции анального сфинктера.

Отсутствие в обменных картах примечаний о состоянии тканей промежности, функции удержания кишечного содержимого, по нашему мнению, вследствие этого - отсутствие у медицинского персонала родильных домов предварительной информации о высоком риске развития родовых разрывов промежности, становится причиной неготовности оказывать роженицам полноценную акушерскую помощь в достаточной степени.

Нами была разработана следующая программа профилактики разрывов промежности во время родов:

К группе риска относятся следующие обстоятельства:

- рубцовые изменения промежности;
- крупный плод в анамнезе и во время настоящей беременности;
- «низкая» промежность;
- «высокая» промежность;
- многочисленные роды.

Диагностические и профилактические лечебные мероприятия в дородовом периоде:

- обследование проктологом женщин, страдающих хроническими заболеваниями дистального отдела прямой кишки и склонных к запорам (в том числе включает ректороманоскопию в раннем периоде беременности и, при необходимости, обследование в связи с дисбактериозом);
- диета с целью регулирования дефекации;
- назначение пшеничных отрубей по схеме;
- курс ЛФК: приспособленные специальные упражнения с дыхательной гимнастикой;
- коррекция дисбактериоза;
- санация влагалища и промежности.

Рациональная диета, назначенная в дородовом периоде, должна обеспечивать не только полноценное

питание, но и регулярную дефекацию. В состав пищевого рациона должны входить продукты, богатые целлюлозой. Женщинам, предрасположенным к запорам, рекомендуется использовать легкие слабительные препараты, особенно в последние недели беременности - черная слива, инжир, вазелиновое масло, Сенна - александрийский лист, кора крушины. Для нормализации кишечного пассажа следует также назначить фрукты и овощные блюда. Назначение пшеничных отрубей играет особую роль в лечении запора. Однако, в отличие от привычной схемы, беременным женщинам нельзя принимать более 15-20 гр. отрубей в сутки. Диета с отрубями в определенной степени требует повышения количества принимаемой жидкости, а это не нужно беременным женщинам, склонным к отекам.

Очень важной задачей является коррекция обнаруженных дисбиотических изменений.

Проведение ЛФК в дородовом периоде имеет большое значение. Из упражнений должны исключаться моменты, требующие проворство и силу. Большое внимание должно уделяться дыхательной гимнастике с чередованием специальных упражнений для укрепления мышц живота, тазового дна и анального сфинктера.

Изложенная программа позволит комплексно подойти к проблеме профилактики родовой травмы промежности. Обладая первыми сведениями высокого риска травм, возможных во время родов, можно целенаправленно подготовить роженицу к пластической операции, предполагаемой в связи с разрывом промежности.

Обзор: После анализа ретроспективных материалов мы подготовили программу профилактики для снижения родового травматизма беременных женщин. Для этого во время первого обращения беременных женщин в женскую консультацию, внимательно собирается анамнез. Врача-гинеколога, несомненно, должны интересовать сле-

дующие важные моменты: ранее перенесенные заболевания, менструальная функция, течение предыдущих родов, течение последних родов, вес плода, послеродовые осложнения, состояние органов желудочно-кишечного тракта. Если беременная женщина ранее перенесла роды, сопровождающиеся травмой влагалища, нужно определить функцию анальной недостаточности и цикличность дефекации. Затем проводится обследование, в том числе и гинекологическое обследование беременной женщины. Последнее начинается с обследования промежности и во время его проведения

определяется состояние наружных половых органов.

Обращается внимание на наличие ригидности тканей промежности, высоту промежности, наличие рубцов после разрывов и деформаций промежности и т.д., и основательно отмечается в медицинской карте. Рациональная диета, назначенная в дородовом периоде, должна обеспечивать не только полноценное питание, но и регулярную дефекацию, должны корректироваться дисбиотические изменения, проведение курса ЛФК в дородовом периоде обязательно.

## **ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЯМОКИШЕЧНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ ФИСТУЛ**

**Бапиев Т.А.**

**ННЦХ им. А.Н. Сызганова, Алматы**

Хирургическое лечение - ликвидация интрасфинктерно расположенных ректовагинальных фистул достигается посредством рассечения фистулы по направлению к полости влагалища. Однако при удалении трансфинктерно расположенных фистул операция завершается операцией сфинктеропластики, так как при этом нарушается целостность наружного сфинктера.

Экстрасфинктерное течение фистулы требует более точного выбора его ликвидации. Принцип опускания слизистого или слизисто-мышечного лоскута является менее травматичным. Эти способы при минимальном контакте со структурами ЗАПК позволяют радикально удалить фистулу. При опускании адекватного лоскута слизистой оболочки прямой кишки в ряде случаев со стороны влагалища хирургическая манипуляция не требуется.

В процессе хирургического лечения 84 пациенток с ректовагинальными фистулами были проведены всего 92 операции.

В 16,3% случаях результатом пластической операции, проведенной по поводу ректовагинальной фистулы, было нарушение способности удержания. По нашему мнению, это состояние связано с применением лобково - прямокишечной мышцы в качестве пластического материала для создания промежуточного слоя. Так, захват всех слоев мышцы в шов даже при спокойном течении послеоперационного периода указанная мышца вовлекается в толстый рубец промежности. Поэтому для лечения ректовагинальной фистулы, осложненной нарушением способности удержания кишечного содержимого, более важным является леваторопластика, завершающаяся при необходимости сфинктеропластикой.

Техника: после размещения пациентки на гинекологической кресле и после антисептической обработки кожи промежности делаем инфильтрацию с 0,5%-ным раствором новокаина, после чего под контролем пальца в прямой кишке вводится 10 мл смеси вышеуказанных растворов от центра до 1/3 середины влагалища, а это образует в тканях антисептическую «подушку». За-

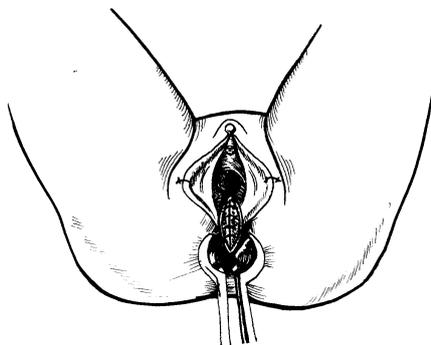
тем игла извлекается из толстого слоя промежности на половину своей длины и поворачивается на  $45^\circ$  к поперечному участку промежности, и в каждую половину вводится 10 мл антисептического раствора. В результате в ходе вмешательства зона операционной площади постоянно смачивается антисептиком, а диоксидин, поступающий из окружающих тканей, заполняет «слепые» полости, образующиеся после зашивания раны.

Самая простая с технической точки

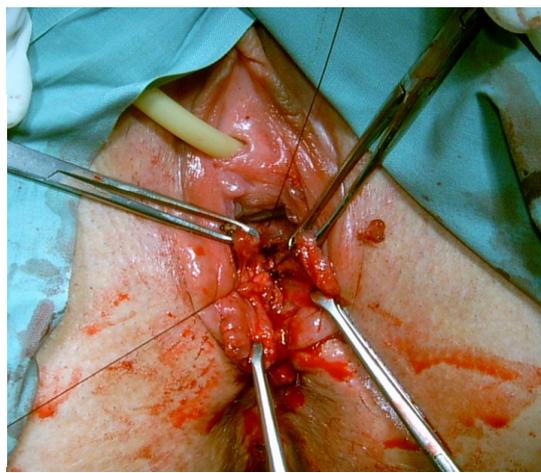
зрения операция - разрез фистулы по направлению к влагалищу. Данная операция была проведена нами у 4 больных.

Техника операции: пройдя зондом через вход фистулы, срезаются и удаляются стенки и рубцовые ткани фистулы дно раны зашивается кетгутом.

При трансфинктерной фистуле I степени тяжести в большинстве случаев применяется операция - фистулэктомия с зашиванием сфинктера.



Фистулэктомия с зашиванием сфинктера



Это методика была использована нами в лечении 12 больных. После окрашивания входа фистулы раствором бриллиантового голубого анальный канал расширяется ректальным зеркалом. Во вход фистулы вводится желобный зонд, распределяются окрашенные ткани, в составе которых имеются волокна наружного сфинктера и рубцовая ткань срезается и удаляется. Рана по глубине принимает форму клина. На перекрестные края волокон сфинктера накладываются отдельные узловатые швы хромированным кетгутом. В конце зашивается слизистая оболочка прямой кишки.

У больных с фистулой среднего уровня при минимальном выражении рубцового процесса возможно выполнение операции удаления фистулы инвагинационным путем. Мы провели эту операцию только у 4 больных. Вмешательство происходит через трансвагинальный доступ. Наружное отверстие фистулы, окруженное до слизистой оболочки пря-

мой кишки, срезается.

Со стороны внутреннего отверстия фистулы вводится пуговчатый зонд. Мобилизованный вход фистулы немедленно за «пуговкой» зонда укрепляется шелковой лигатурой, что позволяет ему инвагинировать в кишечную полость. Вход фистулы отделяется и после этого зонд вынимается и закрывается лигатурой. На стенку кишечника трансвагинальным способом накладываются постельные швы. Рана влагалища зашивается кетгутом

Очень часто в 20 случаях проводится операция по удалению фистулы с зашиванием стенок прямой кишки и влагалища. Показания - расположение первого отверстия фистулы выше анального канала, то есть экстрафинктерное строение входа фистулы.

Вмешательство можно выполнить как транспериально, так и трансвагинальным доступом. Первый случай удобен при ликвидации трубных фистул

нижнего или среднего уровня при их сопровождении рубцовым процессом I степени. Суть операции: на 2-3 см выше внутреннего отверстия фистулы ректовагинальной перегородки дугообразным разрезом рассекаются кожа и подкожная соединительная ткань. Затем отделенный вход фистулы срезается, края ран прямой кишки и влагалища очищаются.

Трансвагинальный доступ удобен у больных с губовидными фистулами и повреждениями II степени. Этому методу также отдается предпочтение при сигмовагинальных фистулах. Этот доступ позволяет снизить до минимума повреждение кишечника, опущенного в ходе мобилизации. При маленьких размерах фистулы проводится круговой разрез стенок, относящихся к рубцу, до кишечной стенки. Если диаметр отверстия фистулы больше 1,0 см, фистулу следует удалить, а после этого, обновив его края, следует срезать рубцовые ткани. Манипуляции выполняются очень бережливо, однако в то же время они должны обеспечивать мобилизацию передней стенки кишечника адекватного участка для наложения швов.

Зашивание дефекта кишечной стенки является самым важным моментом обеих обсуждаемых вопросов. На выбор метода зашивания кишечной стенки в значительной степени оказывают влияние размеры дефекта, его высота от края анального отверстия, глубина рубцовых изменений.

Маленькие размеры дефекта позволяют зашивать его без захвата слизистой оболочки узловатыми двухрядовыми швами в длину (согласно Черни). На верхнюю часть дефекта, которая может быть использована в качестве первой опоры, накладываются швы. После наложения последнего шва первый ряд закрывается. Линии швов обрабатываются асептиком и накладывается второй ряд швов, предпочитая расположить лигатуру первого ряда на расстояниях между ними.

Зашивание обширных дефектов кишечника мы предпочитаем проводить в поперечном направлении и

рассматриваем ее в качестве наложения анастомоза толстого кишечника на  $\frac{3}{4}$  часть окружности. Здесь мы пользуемся принципами кишечных швов по Альберту.

Первый ряд швов охватывает всю стенку и игла вводится со стороны слизистой оболочки, после чего игла аналогично проходит через все слои однако в это случае выход во

Каждая лигатура выводится из анального отверстия и захватывается отдельным зажимом. Нитки завязываются со стороны кишечной полости и срезаются. После обработки раневой линии асептиком, смены салфеток и перчаток первый ряд раны закрывается вторым рядом швов.

При лечении осложненных ректовагинальных фистул возможно применение операций, предусматривающих смещение местных тканей. Нами было выполнено 22 таких вмешательств.

На первом этапе у одной больной была применена операция опускания слизистой оболочки кишечника.

Техника операции: по ходу переходящей складки анального отверстия делается разрез в виде полумесяца длиной 2-3 см. Слизистая оболочка отделяется от мышечного слоя. Затем от углов раны на 2-3 см выше от фистулы делаются два вертикальных разреза, и делается это так, чтобы это составляло 4-5 см длины основы формирующего трансплантата. Трапезиевидная форма лоскута обеспечивает его лучшее кровоснабжение. Лоскут мобилизуется и фистула срезается. Во время мобилизации требуется очень точная техника.

Нарушение целостности трансплантата вынуждает отказываться от этого вмешательства в пользу более приемлемых методов. В мышечном слое отверстие фистулы срезается и соскабливается ложкой Фолькмана. Дефект зашивается монофильной нитью. Мобилизованный участок слизистой оболочки вместе с отверстием фистулы опускаются за пределы анального канала и шелковыми нитями прикрепляются к

краям раны. На вертикальные разрезы слизистой оболочки накладываются кетгутовые швы. Если диаметр

наружного отверстия больше 0,5 см, оно закрывается зашиванием раны кетгутом.



Этап операции фистулоэктомии с опущением слизистой оболочки

В дальнейшем, при рубцовом повреждении кишечной стенки применяется простая с технической точки зрения операция опускания слизисто-мышечного лоскута. Наличие в опущенном трансплантате слизистого, подслизистого и мышечного слоев обеспечивает хорошее кровоснабжение и прочное закрепление. Это вмешательство выполнено при лечении 21 больной. Техника операции: проводим дугообразный разрез кожи и подкожно соединительной ткани на расстоянии 0,5 см кожно-слизистой границы анального отверстия на отметке 3-9 часов условного циферблата. Затем раскрывается наружная поверхность мышечного слоя кишечника. Следя остроконечными ножницами и контролируя пальцем, введенным в кишку, проводится мобилизация передней полуокружности кишечника до нижнего края фистулы. Вход фистулы отрезается после мобилизации. Мобилизация продолжается до момента, когда опущение лоскута с фистульным отверстием от верхнего края раны в сторону становится невозможным без натяжения. Закрепление опущенного участка кишечника проводится узловатыми атравматичными монофильными швами и начинается от центра.

Проходя первой лигатурой из фистульного отверстия через все слои верхнего лоскута, зашивается кожный

край раны. Затем накладываются аналогичные швы по всей передней окружности. при необходимости наружное фистульное отверстие рассекается, рана зашивается кетгутом.

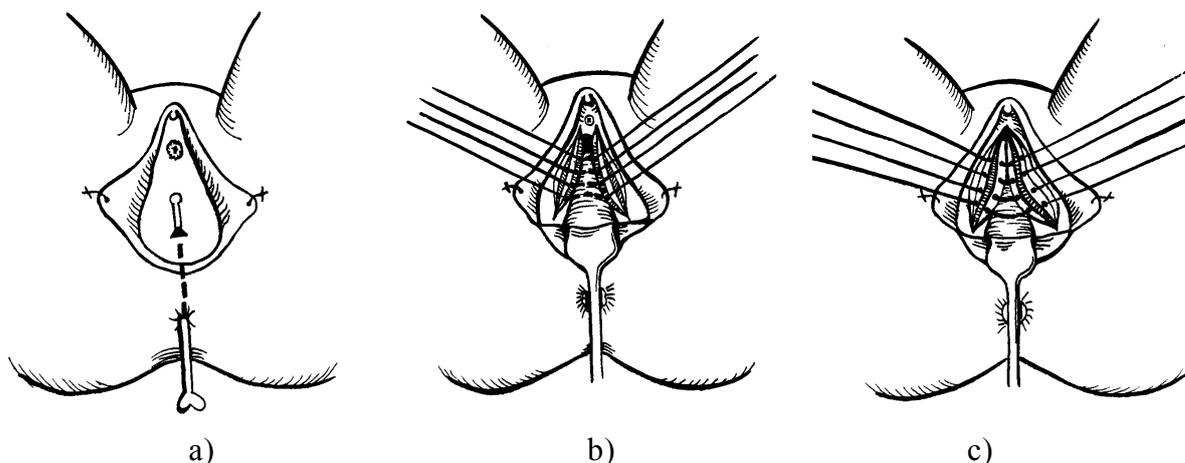
Оставленный излишек опущенного лоскута служит для контроля за состоянием трансплантата. Следует отметить, что при лечении фистул II степени тяжести вмешательство можно завершить любой пластикой структур ЗАПК.

При лечении прямокишечно - влагалищных фистул самым широко распространенным методом пластики анатомических структур промежности является сфинктеролеваторопластика. Сведения в литературе и приобретенный опыт показывают, что традиционная методика имеет определенные недостатки. Самым важным из них является коррекция, не обеспечивающая анальную недостаточность. Это побуждает разработать новый метод хирургического лечения прямокишечно-влагалищной фистулы, осложненной недержанием кишечного содержимого. Техника операции: после раздвижения рубцовых тканей, разреза мостика до фистулы между прямой кишкой и влагалищем проводится расслоение истонченной ректовагинальной перегородки.

Расслоение проводится смесью 1%-го раствора диоксида и 0,5%-го раствора новокаина в соотношении 1:1.

От рубцов острым и тупым методом методом как краинальном, так и в латеральном направлении отделяется передняя стенка прямой кишки. В это время мобилизация кишечной стенки проводится до обеспечения максимальной подвижности. От рубцов отделяются ножки (конечности) лобково - прямокишечных мышц, покрытых своей фасцией. Фасция отделяется по ходу мышечных тканей слева и справа (рис. b). Начиная от краниального края раны, край нового

сформировавшегося заднего слоя собственно фасции лобково-прямокишечной мышцы зашивается атравматической иглой монофильными нитками. Той же лигатурой, на переднюю стенку прямой кишки 1-2 см дистальнее от прокола в заднем слое фасции накладываются гофрирующие швы. Выход иглы проводится напротив уровня первого прокола в заднем слое фасции. Таким образом, от краиниального края раны до его каудального края накладываются 5-6 швов (рис. c).



Фистулоэктомию со сфинктеропластикой предложенным нами методом

Во время закрывания швов осуществляют тракцию передней стенки в каудальном направлении. Затем на ножки лобково - прямокишечной мышцы, выделенных из собственной фасции, накладывают 5-6 швов. При ушивании лобково - прямокишечной мышцы в шов нужно захватывать одинаковые части мышцы и нужно следить за правильным прокалыванием иглы справа и слева. При вхождении адекватной части мышцы в шов в максимальной степени корректируются ано-ректальный угол. Швы завязываются от краниального края раны до его каудального края и образуют при этом вторую линию швов. Третий ряд швов создается новых сформированных наружных слоев собственной фасции лобково-прямокишечной мышцы. При необходимости, операция завершается сфинктеропластикой. Отдельными узловыми швами кетгутом зашивается задняя стенка влагища и формируется заднее

соединение.

Метод был применен при лечении 5 больных с фистулами II и даже III степени тяжести. Это позволило отказаться от травматической методики - метода лигатуры - удаление фистулы с проведением лигатуры, осложняющей рубцовый процесс.

При парацервикальной локализации фистул IV степени тяжести одним из вариантов его удаления является операция А.Е. Мандельштама в модификации НЦ Колопроктологии МЗ РФ. Хирургический доступ - трансвагинальный. Рубцовое повреждение III степени, в связи с чрезмерным натягиванием делает двухрядное зашивание дефекта кишечной стенки крайне сложным и рискованным. Поэтому этот метод предусматривает использование шейки матки в качестве второго «этажа». Операция выполнена во время лечения двух больных.

Техника операции: фистула и рубцово-измененная стенка кишечника рассекаются в пределах, позволяющих очистить края кишечного дефекта. Затем дефект кишечной стенки зашивается несколькими рядами швов, проходя через все слои. На задней губе шейки матки проводится демукозация.

Приготовленная таким образом слизистая оболочка накладывается на линию кишечных швов и интимно закрепляется узловатыми кетгутowymi швами к краям дефекта слизистой оболочки влагиалища. Сложная техническая проблема возникает во время лечения забрюшинных сигмовагинальных фистул, осложненных стриктурой колоанальных анастомозов. Смежно выполняя ликвидацию недостаточности анастомоза, фистулы и рубцового сужения, для крепкого ушивания дефекта кишечной стенки нужно создавать условия для попытки избежания лишнего давления, возникающего во время стриктур.

Этот вопрос мы решаем рассечением передней полуокружности анастомоза. После гидропрепаровки мобилизуются слизистая оболочка передней стенки опущенного кишечника с пересечением фистулы. Слизистая оболочка отделяется не менее 1 см от верхнего края анастомоза. Дефект в мышечном слое соскабливается ложкой Фолькмана и зашивается кетгутowymi швами. Отделенный участок слизистой оболочки посредством кетгутowych швов прикрепляется к мобилизованному краю слизистой оболочки анального канала. Эта методика была использована во время лечения одной больной.

Более сложной проблемой во время лечения коловагинальных фистул является проблема их ликвидации трансабдоминальным путем. Осуществляется нижнее-средняя лапаротомия, кишечник отделяется от соединений и слияний, расположенных до фистулы, острым и тупым методом. Во всех случаях фистула локализуется в прямокишечно-влажалищном участке. Самая трудоемкая стадия - ликвидация фистулы проводится только под контролем глаз и острым методом. Манипуляцию упрощает гидропрепаровка. После отделения сигмовидной кишки от влагиалища его петля выходит в рану, края внутреннего

отверстия обновляются, дефект кишечной стенки зашивается двухрядовым швом согласно Альберту. Дефект стенки влагиалища зашивается двухрядовым швом посредством кетгута.

При ректовагинальных фистулах техника операции более сложная. Трудности связаны с ограниченной мобильностью (подвижностью) прямой кишки, узости операционного участка, хрящевидная плотность рубцов в области фистулы.

Вмешательство требует одномоментную операцию двумя бригадами - абдоминальной и промежностной. Отделение двух полых органов требует очень точной техники и большого терпения. От этого зависят размеры дефекта и условия для наложения швов. Мобилизация упрощается при введении в полость влагиалища или прямой кишки осветителя - ретроскопа. После мобилизации кишечника дефект можно зашивать через брюшную полость двумя рядами узловатых швов. Если это не получается, тогда промежностная бригада отделяет остальную часть ректовагинальной перегородки. Это позволяет сместить вниз переднюю стенку прямой кишки и зашить дефект со стороны промежности.

На очередной стадии зашивается дефект на стенке влагиалища. Соприкосновение швов друг с другом на обоих органах можно устранить наложением вспомогательных швов. В качестве варианта отделения шовной линии используются большой сальник и гемостатическая пластинка.

Метод внутрибрюшинного отделения коловагинальной фистулы был использован у одной пациентки. Это оперативное вмешательство было выполнено в качестве обязательного мероприятия вследствие увеличения процесса рубцевания.

Глубокий рубцовый процесс делает мобилизацию кишечника трудно выполняемой манипуляцией. Технические сложности реально увеличивают опасность внутриоперативных кровотечений из ягодичных сплетений, а при нарушении кровоснабжения опущенного кишечника развивается недостаточность колоанального анастомоза с последующими тяжелыми осложнениями.

## ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПУБЛИКАЦИЯМ научно-практического журнала «Медицинские кадры XXI века».

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 повторов.

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](http://www.chubakov.fmc.kg)

**РЕДАКЦИЯ**

**СОДЕРЖАНИЕ**

<b>№№</b>	<b>Авторы, название статьи</b>	<b>стр.</b>
1.	ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <b>Абдраимов Т.Д.</b>	3
2.	ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ <b>Абдраимов Т.Д., Аралбаева А.Р.</b>	7
3.	СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР <b>Аскарров М.К.</b>	10
4.	АНАЛИЗ ЭКСПЕРТНЫХ ОЦЕНОК КАЧЕСТВА ТРУДА МЕДСЕСТЕР <b>Аскарров М.К.</b>	13
5.	СОСТОЯНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ СТАЦИОНАРОВ РЕСПУБЛИКИ <b>Каратаев М.М., Абдрахманов Ш.Т.</b>	18
6.	ОПЫТ ПРИОРИТЕТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ <b>Абдрахманов Ш. Т.</b>	20
7.	ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫЕ ТИПЫ ЭЭГ ПРИ ИШЕМИЧЕСКИХ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ <b>Турдубаева Г.Т.</b>	25
8.	ВОПРОСЫ К ВРАЧУ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ЭЭГ) <b>Турдубаева Г.Т.</b>	26
9.	КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАСТИН «ЦМ» И НЕЙТРАЛЬНОГО АНОЛИТА В ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА <b>Таиров У.Т., Шомуродова Б.С.</b>	28
10.	ГИГАНТСКАЯ НЕВРИНОМА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С МАССИВНЫМ ЭКСТРАВЕРТЕБРАЛЬНЫМ РОСТОМ. Клинический случай. <b>Кадыров Р.М., Голев Р.А.</b>	30
11.	КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕ- НИЯ СИНДРОМА «Конского хвоста» У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ ГРЫЖАМИ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА <b>Кадыров Р.М., Голев Р.А.</b>	34
12.	ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗАМИ ПОЯСНИЧНОГО КАНАЛА ДО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ <b>Акматалиев А.А.</b>	37

13.	АКТУАЛЬНОСТЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <b>Арупова Д.Р.</b>	41
14.	КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОДИСТРОФИИ ДЮШЕННА <b>Арупова Д.Р., Мурзалиев А.М.</b>	46
15.	МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ <b>Кочоров О.Т., Жолдошбеков Э.Ж., Чапьев М.Б.</b>	52
16.	МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ <b>Мусаев У.С.</b>	54
17.	МЕТОДЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ХОЛЕДОХА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ <b>Мусаев У.С.</b>	56
18.	ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ <b>Белеков Ж.О., Джапиев У.Х.</b>	59
19.	ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И СПОСОБЫ ИХ КОРРЕКЦИИ <b>Белеков Ж.О., Джапиев У.Х.</b>	62
20.	КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСФАГИИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИАТОПЛАСТИКИ И ФУНДОПЛИКАЦИИ <b>Султанов Е.Е.</b>	66
21.	РЕСТРИКТИВНЫЕ БАРИАТРИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ <b>Султанов Е.Е.</b>	68
22.	ОСОБЕННОСТИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ <b>Токтогулов О.Ж.</b>	73
23.	ПОЛИПРОПИЛЕНОВАЯ СЕТКА ЕЕ ПОМЕЩЕНИЕ И ФИКСАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ <b>Токтогулов О. Ж.</b>	77
24.	АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ <b>Аширкулов З.Т.</b>	79
25.	ПАТОМОРФОЛОГИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ <b>Тухватшин Р.Р., Аширкулов З.Т., Алыбаев М.Э.</b>	84

26.	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ПРЕРЫВАНИЯ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ <b>Аманова А.М.</b>	88
27.	АЛГОРИТМИЗАЦИЯ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В УРОЛОГИИ <b>Мурзалиев А.Д.</b>	92
28.	ОСЛОЖНЕНИЯ КОРАЛЛОВИДНОГО НЕФРОЛИТИАЗА <b>Мурзалиев А.Д.</b>	95
29.	ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА ПРОМЕЖНОСТИ <b>Бапиев Т.А.</b>	98
30.	ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЯМОКИШЕЧНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ ФИСТУЛ <b>Бапиев Т.А.</b>	100
31.	«ПРАЙС – РЕЛИЗ» научно-практического журнала «Медицинские кадры XXI века»...	106

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

Ул. Полярная 11.

Печать офсетная. Формат бумаги 60x90/8.

Объем 14 п.л. Тираж 250 экз.