

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Ўзбекистон хирургияси

Илмий — амалий журнал

1999 йилда ташкил этилган

Хирургия Узбекистана

Научно— практический журнал

Основан в 1999 году

Главный редактор
Ф.Г. НАЗЫРОВ

Редакционная коллегия:

В.Е. Аваков, М.Х. Азизов, Х.А. Акилов, М.М. Алиев, А.В. Алимов, У.А. Арипов, Д.Л. Арустамов, Дж.А. Ахтамов (ответ.секретарь), Д.С. Гулямов, А.В. Девятов (ответ.секретарь), Ю.И. Калиш (зам.главн.редактора), М.Х. Кариев, Ш.И. Каримов, М.М. Махмудов (зам.главн.редактора), С.Н. Наврузов, А.С. Сулейманов, Б.З. Турсунов, А.М. Хаджибаев

Учредитель — Научный центр хирургии им.акад. В.В.Вахидова МЗ РУз

2000, №5

Адрес редакции: Республика Узбекистан,
г. Ташкент-700115,
ул. Фархадская, 10
E-Mail: akilov@churg.silk.org
Телефон: (371-2) 77-25-22
Телефон / факс: (371-2) 77-04-94

**Журнал зарегистрирован
в Государственном Комитете
по печати Республики Узбекистан
28 января 1999 г.
(Регистрационный № 00253)**

**Расчетный счет: 20212000903999363001
в отд. "Саехат" национального банка
ВЭД РУз, МФО 00905, ИНН 202897523**

**Подписной индекс:
1041 - для индивидуальных подписчиков
1042 - для организаций**

Редакционный совет:

Т.С. Агзамходжаев	(Ташкент)
Ф.А. Акилов	(Ташкент)
М.А. Алиев	(Алматы)
А.А. Асраров	(Ташкент)
Б.Р. Бабаджанов	(Ургенч)
К.Б. Бабажанов	(Ургенч)
Ф.Ш. Бахритдинов	(Ташкент)
И.М. Байбеков	(Ташкент)
Л.А. Бокерия	(Москва)
Э.И. Гальперин	(Москва)
А.К. Ерамишанцев	(Москва)
А.С. Ермолов	(Москва)
А.Т. Ещанов	(Нукус)
Ш.З. Касымов	(Ташкент)
Б.А. Константинов	(Москва)
Н.Ф. Кротов	(Ташкент)
Д.Д. Курбанов	(Ташкент)
Г.В. Кнышов	(Киев)
М.М. Мамакеев	(Бишкек)
К.М. Мадартов	(Термез)
Х.Т. Нишанов	(Ташкент)
С.Р. Рахимов	(Андижан)
Р.К. Рахманов	(Ташкент)
Б.У. Сабиров	(Самарканд)
В.Д. Федоров	(Москва)
М.Х. Ходжибеков	(Ташкент)
А.М. Худайбергенов	(Ташкент)
А.А. Шалимов	(Киев)
А.М. Шамсиев	(Самарканд)
Н.У. Шарапов	(Ташкент)

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Асатова М.М.,
Каракулов Р.К.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У РОДИЛЬНИЦ СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ С ГНОЙНО- СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ташкентский институт усовершенствования врачей.

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в снижении частоты послеродовых гнойно-септических заболеваний (ПГСЗ), они по-прежнему занимают значительное место в структуре материнской заболеваемости и смертности [5]. По данным ряда исследователей частота ПГСЗ составляет: после самопроизвольных родов - 3-10%, после патологических родов - 10-20%, а после операции кесарева сечения - 6-30% [3,4].

В развитии ПГСЗ одно из ведущих мест отводится состоянию иммунитета родильниц. В последние годы появились достаточно хорошо обоснованные данные о перестройке иммунной системы во время беременности и послеродовом периоде [1,6]. Накапливаются сведения о разнообразных защитных реакциях организма в ответ на воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды, которые могут усугублять снижение эффективности защитных механизмов у беременных и предрасполагать к различным формам инфекционного процесса [2,7].

В Сурхандарьинской области Республики Узбекистан имеет место широкое распространение инфекционно-воспалительных заболеваний среди женщин фертильного возраста, с частыми обострениями во время беременности, которые могут оказать негативное влияние на состояние иммунитета. Знание уровня и выраженности нарушений функционирования иммунной системы могли бы способствовать проведению рациональной иммунопрофилактики и иммунокоррекции ПГСЗ у родильниц.

Учитывая вышеизложенное, в областном акушерско-гинекологическом комплексе (г. Термез) было изучено состояние Т- и В- системы лимфоцитов и фагоцитарная активность нейтрофилов у 56 родильниц. Учитывая, что Сурхандарьинская область относится к зоне экологического неблагополучия в связи с функционированием на границе таджикского алюминиевого завода, было решено, на первом этапе изучить иммунный статус у родильниц на 1-2 сутки после родов с физиологическим течением беременности, родов и послеродового периода (31 чел. вторая контр. гр.).

Первую контрольную группу составили 20 практически здоровых родильниц на 1-2 сутки после родов, постоянно проживающих в г. Ташкенте (данные лаборатории иммунодиагностики НИИ Иммунологии МЗ РУз). Учитывая, что развитие ПГСЗ и нерациональная и необоснованная антибактериальная терапия во время беременности способствует усугублению иммуносупрессивного состояния, нами было изучена выраженность иммунологических нарушений у 25 родильниц Сурхандарьинской области с ПГСЗ на 1-2 сутки послеродового периода.

Исследования проведены в лаборатории иммунодиагностики детского возраста (зав. лаб. доктор мед. наук Т.У. Арипова) института иммунологии АН Республики Узбекистан.

Для выделения лимфоцитов использовали гепаринизированную кровь из локтевой вены. Лимфоциты вы-

деляли в градиенте фиколл-верографина (плотность раствора 1,077 г/мл). Концентрацию клеток доводили до 2×10^6 в 1 мл. Количество циркулирующих Т-лимфоцитов периферической крови выявляли в тесте спонтанного розеткообразования (Е-РОК) по Jondal et al (1972) T_j и T_m , - субпопуляции Т-лимфоцитов проводилось методом комплиментарного розеткообразования по методу Mendes N.S. et al (1973) с дополнениями Р.В. Петрова с соавт. (1984). Определение сывороточных иммуноглобулинов классов G, A, M производили методом радиальной иммунодиффузии по Manchini (1965). Фагоцитарную активность лейкоцитов определяли путем инкубации смеси лейкоцитов и латексных частиц в термостате при 37°C, 30 мин. После центрифугирования из верхнего слоя делали мазок, окрашивали по Романовскому-Гимзе.

Статистическая обработка полученных данных произведена с помощью пакета программ на персональном компьютере IBM.

Результаты сравнительного изучения относительных и абсолютных показателей Т- и В- системы иммунитета и специфических факторов защиты у 20 родильниц постоянно проживающих в г. Ташкенте (1 контр. гр.), 31 здоровой родильницы (2 контр. гр.) и 25 родильниц с ПГСЗ Сурхандарьинской области отражены в таблице 1 и 2.

Анализ полученных результатов выявил, что среднее значение лейкоцитов в первой контрольной группе составил 6050 ± 52 кл в 1 мкг. Этот показатель в группе

Таблица 1

Показатели Т-клеточного звена иммунитета у здоровых родильниц и родильниц с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями Сурхандарьинской области на 1-3 сутки после родов ($M \pm m$).

Изученные показатели	Здоровые родильницы г.Ташкента (1 контрольная группа) $N=24$	Родильницы Сурхандарьинской области	
		здоровые 2 контр. группа $N=31$	Больные ПСЗ (основная) $N=25$
Лейкоциты, абс	$6050,0 \pm 52$	5700 ± 30	$6260,0 \pm 23$
Лимфоциты, %	$26,6 \pm 1,8$	$27,1 \pm 1,0$	$21,3 \pm 0,7^* **$
Лимфоциты, абс	1522 ± 12	1548 ± 94	$1312 \pm 68^* **$
Е-РОК, %	$53,7 \pm 1,6$	$45,6 \pm 1,4^*$	$37,3 \pm 1,1^* **$
Е-РОК, абс.	819 ± 73	709 ± 52	$483 \pm 31^* **$
T_j - клетки, %	$14,7 \pm 1,0$	$12,0 \pm 0,4^*$	$10,5 \pm 0,3^* **$
T_j - клетки, абс.	118 ± 11	$84 \pm 0,7^*$	$48 \pm 3^* **$
T_m - клетки, %	$22,4 \pm 0,9$	$20,3 \pm 0,4$	$18,3 \pm 0,6^{**}$
T_m - клетки, абс.	$183,0 \pm 17$	$146,0 \pm 12$	$88 \pm 7^{**}$

Примечание:

* - различие достоверно по отношению к здоровым родильницам г. Ташкента (1 контрольная группа)

** - различие достоверно по отношению к здоровым родильницам Сурхандарьинской области (1 контрольная группа)

Таблица 2

Показатели В-клеточного звена иммунитета у здоровых родильниц и родильниц с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями Сурхандарьинской области на 1-3 сутки после родов ($M \pm m$).

Изученные показатели	Здоровые родильницы г.Ташкента (1 контрольная группа) $N=24$	Родильницы Сурхандарьинской области	
		здоровые 2 контр. группа $N=31$	Больные ПСЗ (основная) $N=25$
Е-РОК, %	21,7 \pm 0,8	19,8 \pm 0,9	18,3 \pm 0,7
Е-РОК, абс.	305 \pm 17	120 \pm 21	228 \pm 14**
JgG, мг%	1348 \pm 138	1100 \pm 30*	914 \pm 16* **
JgA, мг%	209 \pm 17	170 \pm 6*	142 \pm 5* **
JgM, мг%	137 \pm 7	120 \pm 5	90 \pm 3**
ФАН	53 \pm 1,1	44,8 \pm 1,2*	33 \pm 0,8* **

Примечание:

* - различие достоверно по отношению к здоровым родильницам г. Ташкента (1 контрольная группа)

** - различие достоверно по отношению к здоровым родильницам Сурхандарьинской области (1 контрольная группа)

родильниц Сурхандарьинской области с физиологическим течением послеродового периода составил в среднем 5700 ± 30 клеток в 1 мкл. С помощью теста спонтанного Е-розеткообразования (Е-РОК) установлено, что в крови здоровых родильниц на 1-е сутки циркулируют от 30 до 68% Т-лимфоцитов, что составляет в среднем $45,6 \pm 1,4\%$. Этот показатель достоверно ниже по сравнению с контрольной группой, где среднее значение составило $53,7 \pm 1,6\%$ ($P < 0,01$).

Наибольший интерес представляют две функционально различные субпопуляции Т-лимфоцитов: Т-супрессоры и Т-хелперы, которые оказывают противоположные по своей направленности угнетающее и стимулирующее регуляторные воздействия.

Исследования содержания Т - супрессоров показало, что их относительное и абсолютное количество в крови родильниц г. Ташкента составило в среднем $14,7 \pm 1,0\%$ и $118 \pm 11,0$ в 1 мкл. Относительное и абсолютное значение этого показателя в среднем в крови родильниц с физиологическим течением послеродового периода Сурхандарьинской области составило в среднем $12,0 \pm 0,4$ и $84 \pm 0,7$ в 1 мкл, что достоверно ниже уровня контрольной группы ($P < 0,05$).

Исследования проведенные по изучению другой иммунорегуляторной субпопуляции, Т- хелперов выявило достоверное снижение содержания этих иммунорегуляторных клеток в группе родильниц с физиологическим течением послеродового периода ($20,3 \pm 0,4\%$ и 146 ± 12 в 1 мкл) по сравнению с первой контрольной группой ($22,4 \pm 0,9\%$, 183 ± 17 в 1 мкл) ($P < 0,05$).

На первые сутки послеродового периода была выявлена некоторая тенденция к снижению относительного количества В - клеток в группе здоровых родильниц Сурхандарьинской области, по сравнению с относительными показателями контрольной группы ($19,9 \pm 0,9\%$, $21,7 \pm 0,8\%$) соответственно с разбросом индивидуальных значений от 11 до 35%.

Тогда как, анализ абсолютных показателей выявил достоверное снижение В - клеток в группе родильниц с аналогичными показателями группы здоровых родильниц г. Ташкента (120 ± 21 ; 305 ± 17 в 1 мкл) ($P < 0,001$).

Интегральным показателем функциональной активности В - системы иммунитета является содержание иммуноглобулинов основных классов G, A, M в сыворотке крови. Исследование концентрации иммуноглобулинов в обследованных группах выявило снижение всех физиологическим исследованных классов течением послеродового иммуноглобулинов в группе родильниц периода Сурхандарьинской области. Так, в исследованной группе концентрация иммуноглобулина G в среднем равнялась 1100 ± 30 мг %, с размахом индивидуальных значений от 810 до 1500 мг %; иммуноглобулина А- в среднем мг 170 ± 6 мг%, с размахом индивидуальных колебаний от 90 до 200 мг %; иммуноглобулина среднем 120 ± 5 мг%, с индивидуальным значением от 80 до 180 мг%.

Одной из наиболее важных функциональных характеристик нейтрофилов является их фагоцитарная активность.

Результаты исследования показали, что процентное содержание фагоцитарной активности нейтрофилов в основной группе родильниц было достоверно ниже, чем в контрольной группе и составило в среднем $44,8 \pm 12,2\%$ с размахом индивидуальных колебаний от 32 до 61%. Таким образом, сравнительный анализ наших исследований показали выраженное снижение Т-системы иммунитета и фагоцитарной активности нейтрофилов, повышение В- системы иммунитета у женщин Сурхандарьинской области на 1-3 сутки после родов по сравнению с показателями жительниц г. Ташкента. По-видимому неблагоприятные климато-экологические условия в Сурхандарьинской области способствуют снижению защитно-приспособительных систем организма, в том числе и иммунитета и создают послеродовом периоде. Послеродовые и благоприятный фон для развития септических заболеваний в септические осложнения развиваются на фоне сниженной иммунологической реактивности организма и сами в дальнейшем усугубляют иммунологические нарушения. Среднее значение лейкоцитов в группе женщин с ПГСЗ составило 6260 ± 23 клеток в мкл, что достоверно не различалось по сравнению с показателями родильниц с физиологическим течением послеродового периода г. Ташкента и Сурхандарьинской области и равнялось в среднем 5700 ± 30 в 1 мкл. Количество лимфоцитов в группе женщин с ПГСЗ было достоверно ниже, чем в обеих контрольных группах ($P < 0,05$) и составило в среднем $21,3 \pm 0,7$ и 1312 ± 68 клеток в 1 мкл. Количество циркулирующих Т-лимфоцитов в крови родильниц с ПГСЗ было от 30 до 53%, со средним значением $37,3 \pm 1,1\%$, что достоверно было ниже, чем в группах родильниц с физиологическим течением послеродового периода ($P < 0,01$). Результаты проведенных исследований по изучению абсолютных значений Т-лимфоцитов показали, что содержание их в крови родильниц с ПГСЗ также достоверно ниже, чем в контрольной группе ($P < 0,01$).

Исследования содержания Т- супрессоров показало, что их относительное количество в крови родильниц с ПГСЗ было достоверно сниженным по сравнению с обеими контрольными группами ($P < 0,05$) и среднее значение этого показателя составило $10,5 \pm 0,3\%$, где индивидуальный разброс был от 7% до 13%. Изучение абсолютного количества Т-супрессоров в крови женщин с ПГСЗ показало те же изменения, что и в относительном содержании, т.е. его достоверное снижение ($P < 0,01$).

Исследования проведенные по изучению другой иммунорегуляторной субпопуляции, Т-хелперов, выявили выраженное снижение как относительного, так и абсолютного содержания их в группе женщин с ПГСЗ ($18,3 \pm 0,4\%$, 88 ± 7 в 1 мкл соотв.).

Таким образом, иммунорегуляторные субпопуляции Т-лимфоцитов у женщин с ПГСЗ Сурхандарьинской области претерпевают глубокие количественные нарушения в сторону супрессии.

Данные полученные при изучении содержания общего пула циркулирующих В-лимфоцитов с рецептором к 3 компоненту комплемента (ЕАС-РОК) у женщин с ПГСЗ на 3 - сутки послеродового периода свидетельствуют о достоверном повышении абсолютного количества данных клеток по сравнению с группой здоровых родильниц Сурхандарьинской области (228 ± 14 и 120 ± 21 кл в 1 мкл крови соотв.).

Исследование концентраций иммуноглобулинов основных классов у женщин с ПГСЗ показало снижение в сыворотке крови иммуноглобулинов классов G, A, M ($P < 0,05$), Среднее содержание иммуноглобулина O в основной группе составило 914 ± 16 мг %, с размахом индивидуальных колебаний от 680 до 1000 мг %, среднее содержание иммуноглобулина A 142 ± 5 мг % с минимальным значением 90 и максимальным 180 мг %, также была сниженной концентрация иммуноглобулина M до 90 ± 3 мг M размахом индивидуальных колебаний от 83 до 86 мг %.

Таким образом, гнойно-септические заболевания оказывают иммунодефицитное влияние и на гуморальную систему иммунитета. Изучение фагоцитарной активности нейтрофилов показало, что в группе родильниц ПГСЗ этот показатель колебался от 29 до 45%, что в среднем равнялось $33 \pm 0,8\%$, эти показатели достоверно ниже по

сравнению со здоровыми родильницами ($P < 0,001$).

Таким образом, септические осложнения в послеродовом периоде развиваются на фоне сниженной иммунологической реактивности организма сами в дальнейшем усугубляют иммунологические нарушения.

Это положение убедительно доказывает необходимость включения к общепринятой противовоспалительной терапии иммунокорректоров.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Апрецова К.Г. Клинико-иммунологические особенности течения послеродовых воспалительных заболеваний у больных с приобретенными пороками сердца. //Автореферат к.м.н., Киев, 1988. -С.17.
2. Беляева Т.В. Прогностическое значение оценки различных звеньев иммунитета беременных на фоне адаптации к факторам внешней среды. //Сборник научных трудов. Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины. Лен., 1991. -С.21-23.
3. Гуртовой Б.Л. Гнойно-воспалительные заболевания в акушерстве. //Вестник Российской Ассоциации акушер-гинекологов. 1994. №1. - С.16-20.
4. Гуртовой Б.Л., и др. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. //М., 1998. -С. 140.
5. Кулаков В.Н. и др. Интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии. //М., 1998. -С. 206.
6. Худайберганов К.К. Состояние клеточного и гуморального иммунитета при послеродовых инфекционных заболеваниях. //Автореферат диссертации доктора мед. наук. М., 1984. -С.40.
7. Яковлева Н.И. и др. Иммунный статус юных первородящих постоянно проживающих в зоне радиационного загрязнения. // Вест. Рос. Ассоц. акушер-гинекологов, 1996, №1. -С.19-21.

Ахунджанов Б.А.,

Девятков В.Я.

ПРИЧИНЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕЙ РЕЛАПАРОТОМИИ.

Ташкентский педиатрический институт

(Ректор - проф. А.В.Алимов)

МСЧ Ташкентского текстильного комбината

(Главный врач - канд. мед. наук - С.И. Исмаилов)

Ахунджанов Б.А., Девятков В.Я.

ИЛК РЕЛАПАРОТОМИЯНИНГ САБАБЛАРИ ВА НАТИЖАЛАРИ.

1970-1999 йиллар давомида клиникада турли касалликлар даволанган 405-та беморга 503 марта релапаротомия қилинган беморларни касаллик тарихи урганилди. Бундай мураккаб муаммони ҳал қилишда қилинган релапаротомияларни танқидий, объектив таҳлили,ташхисий қийинчиликлар ва хатолар келтирилди. Харбир касалликдан кейин келиб чиққан улим ҳолари, шу билан бирга операциядан кейинги тарқок ва маҳаллий перитонитларда, қон кетиш ҳолларида, ичак тутилишида, панкреатитда ва бошқа асоратларда келиб чиқадиган улим ҳоллари батафсил келтирилган. 405-та беморда операциядан кейинги умумий улим 39,7% -ни (161-та беморда) ташкил қилади. Асорати ўз вақтида қуйилган ғуруҳ беморларда, клиник беғилари аниқ бўлганда улим 27%-га (39-та беморда), ташхиси нотўғри ва ўз вақтида қуйилмаган ғуруҳ беморларида улим 46,7%-ни (122-та беморда) ташкил қилади.

Ahundjanov B.A., Deviatov V.J.

CAUSES AND RESULTS OF EARLY RELAPAROTOMY.

405 patients with different diseases have been operated on for the period from 1970 to 1999 years. There were 503 relaparotomies. Case histories of operated patients have been studied. Critical objective analysis of relaparotomies, including diagnostic difficulties and mistakes have been done. According to nosology forms and different postoperative complications, such as widespread and local peritonitis bleedings, intestinal obstructions and others lethality has been presented. Common postoperative lethality among 405 patients was 39,7% (161 patients). Lethality was 27% (39 patients) in the patients group where complications were diagnosed timely, in obvious clinical manifestations. In the group where there were diagnostic mistakes lethality was 46,7% (122 patients).

В хирургической практике нет более драматичного, а нередко и трагического положения, чем тяжелые ранние послеоперационные осложнения, требующие повторного оперативного вмешательства, т.е. релапаротомии. Среди многих факторов, способствующих возникновению послеоперационных осложнений, важное значение имеют сроки госпитализации и оперативного лечения, тяжесть ос-

новного заболевания, качество дооперационной подготовки, характер и объем операции, тактические и технические трудности и ошибки при ее осуществлении, возраст оперируемых, степень тяжести сопутствующих заболеваний, высокая вирулентность инфекции, состояние иммунной системы организма и другие.

Релапаротомия чрезвычайно важный раздел хирур-

гии, полный научного интереса, исключительно трудный в отношении диагностики на фоне интенсивной терапии и оперативного лечения со стабильными показателями летальности в 30-60% (М.П. Постолов; Т.П. Макаренко и соавт.; Ш.Н. Абдуллаев; Э.Н. Ванцян и соавт.; А.А. Реут, Г.М. Васильева; А.В. Вахидов, Г.Л. Хачиев; И.А. Комаров, Г.В. Степанов)

До настоящего времени остаются дискуссионными узловыми вопросами этой сложной проблемы: сроки повторной операции и ее объем, методы завершения релапаротомии. По данным большинства авторов, к великому сожалению, лишь тогда хирург решается на релапаротомию, когда признаки «катастрофы» в животе становятся явными, а время чаще всего упущено. Между тем, только ранняя релапаротомия позволяет рассчитывать на положительные результаты даже при самых тяжелых формах осложнений.

Материалы и методы.

За 1970-1999 гг в клинике хирургических болезней № 1 Ташкентского Педиатрического Медицинского института произведено 16714 первичных операций на органах брюшной полости, при этом релапаротомия выполнена 503 раза 405 больным, что составило 2,2%.

Результаты и обсуждение.

Из 405 исследуемых нами больных лишь у 144 (35,5%) релапаротомия произведена по неотложным показаниям, когда послеоперационное осложнение развилось внезапно, остро, с характерной клинической симптоматикой «катастрофы» в брюшной полости, с летальностью 27% (39 больных). У части больных данной группы летальный исход был обусловлен неверной трактовкой операционной находки во время релапаротомии, что повлекло диагностические, тактические и технические ошибки (неверная оценка жизнеспособности кишечника, состояния анастомоза, отсутствие ревизии забрюшинной гематомы, случайное вскрытие полых органов и т.д.

Из общего числа 405 больных у 261 (64,4%) клиническая картина послеоперационного осложнения развивалась исподволь, постепенно, со стертой, разнообразной симптоматикой, и именно подобные случаи определяли высокую летальность при релапаротомиях. Из 261 больного у 131 (51,3%) наступившее в первые шесть суток после первой операции ухудшение купировалось консервативными мероприятиями, после чего наступало временное «затишье», «период мнимого благополучия». В подобных ситуациях хирургу приходилось одновременно решать вопросы сложной и неясной диагностики, а также серьезную тактическую задачу. Ухудшение состояния больного на фоне интенсивной терапии по мнению лечащих хирургов обуславливалось различными факторами: операционной травмой, постнаркозной депрессией, парезом желудочно-кишечного тракта, застойными явлениями в легких, сердечно-сосудистой недостаточностью, обострением других хирургических заболеваний и т.д. Как писал Г. Мондор (1939 г.) «... никогда не следует преждевременно радоваться временному улучшению. Ни в коем случае нельзя «затемнить картину» послеоперационного осложнения наркотиками. Не следует впадать в оптимизм на том основании, что больной «успокоился», что была «ложная тревога» и «ложное осложнение». Нужно помнить в коварстве рецидива болей, об упущенных часах и сутках, которые почти всегда носят трагический характер». В последующие дни состояние больных последней группы вновь ухудшалось, появились симптомы, позволяющие в их совокупности провести дифференциальную диагностику раннего послеоперационного осложнения и установить показания к релапаротомии. Однако, только у 33 (24,6%) из этих 134 больных релапаротомия была произведена в сроки до 12 часов после появления вторичного ухудшения, выражающегося в типичной клинической картине «острого живота». Негативные последствия психологического пресса, неуверенности в диагно-

ЧАСТОТА РЕЛАПАРОТОМИЙ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Таблица 1

Диагнозы	Формы	Число бол.	
		Оперировано	Ре.
Острый аппендицит	экстр.	11206	
Перфоративные гастро-дуоденальные язвы	экстр.	553	
Гастродуоденальные язвы, дивертикулы	экстр.	26	
	план.	1230	
Рак желудка	экстр.	3	
	план.	300	
Заболевания желчных протоков	экстр.	718	
	план.	552	
Заболевания кишечника. Кишечная непроходимость	экстр.	216	
	план.	32	
Повреждения органов живота	экстр.	665	
Ранения органов живота	экстр.	396	
Заболевания других органов	экстр.	347	
	план.	470	
ВСЕГО:	экстр.	14130	
	план.	2584	

зе и нерешительности хирургов составили 75,4%.

Из 261 больного у 127(48,7%) после возникшего ухудшения общего состояния больного временного улучшения не наблюдалось, однако и отчетливых симптомов приближения «катастрофы» в животе не было обнаружено, что привело к запоздалой диагностике и поздней релапаротомии.

В высшей степени важное значение для своевременной диагностики, в особенности прогноза повторной операции, имел характер послеоперационных осложнений (таблица 2).

ХАРАКТЕР ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, ПОТРЕБОВАВШИХ РЕЛАПАРОТОМИИ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ.

Таблица 2

№№ п/п	Причины повторных операций	Число больных	Число умерших	% умерших
1.	Перитонит распространенный	156	94	60,2
2.	Перитонит ограниченный	76	11	14,4
3.	Кровотечение	58	21	36,2
4.	Кишечная непроходимость	40	14	35,0
5.	Эвентрация	30	4	13,3
6.	Панкреатит	14	7	50,0
7.	Прочие осложнения	16	8	50,0
8.	Эксплоративные релапаротомии	15	2	13,3
	ВСЕГО:	405	161	39,7

Как видно из таблицы, наиболее частой причиной повторных ранних операций, явился распространенный перитонит у 156(38,5%) больных. Его прогрессирующее течение или развитие было обусловлено: ненадежным гемостазом (у 22), неполноценным дренированием или отказом от него при аппендектомии (у 30), несостоятельностью швов ушитой культи двенадцатиперстной кишки (у 29), гастроэнтероанастомоза (у 4), эзофагогастроанастомоза (у 2) после резекции желудка; несостоятельностью швов на межкишечных анастомозах после резекции толстой кишки (у 15), резекции тонкой кишки или ушивании ран кишечника (у 26), ушитой язве (у 4); расхождением швов после наложения холедоходуоденоанастомоза (у 3), холецистоюноанастомоза (у 3); подтеканием желчи после холедохотомии (у 6), прорывом абсцессов печени (у 1), передней брюшной стенки (у 2), межкишечного (у 2); ошибками оперирующих хирургов (у 5), неустановленной причиной (у 4). Следует подчеркнуть, что первичную операцию производили уже на фоне развившегося перитонита при деструктивном аппендиците, прободной язве, остром деструктивном холецистите или панкреатите, травматическом разрыве или ранении кишки у 97 больных. Однако, в действительности инфицирование брюшной полости может произойти после любой операции и среди причин, кроме выше названных факторов, могут иметь место технические погрешности, допускаемые хирургами, пониженная сопротивляемость больного, появление аутоинфекции, неполноценная санация брюшной полости и многие другие.

Во время релапаротомии закрытие дефектов кишечных анастомозов, ликвидацию несостоятельности швов производили дополнительными швами и сальником, с помощью ограничивающих тампонов и дренажей, реже

путем резекции или выведения места дефекта на переднюю брюшную стенку. Брюшную полость освобождали от экссудата, промывали антисептическими растворами, применяли длительную декомпрессию желудочно-кишечного тракта различными способами, иногда накладывали цеко- или илеостому с ретроградной интубацией кишечника.

При ретроспективном, критическом анализе больных с послеоперационными перитонитами, лечущими хирургами первоначально были поставлены следующие ошибочные диагнозы: парез кишечника (у 41), острая сердечная, сердечно-легочная недостаточность (у 23), острая пневмония (у 7), острый панкреатит (у 7), острая печеночно-почечная недостаточность (у 6), инфаркт миокарда (у 5), тромбоэмболические осложнения (у 3), водно-электролитные нарушения (у 3), функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы (у 2), спастические боли (у 4).

Во время операции и в послеоперационном периоде проводили инфузионную терапию, направленную на устранение гиповолемии, белковых и электролитных нарушений, ацидоза, анемии, интоксикации, гиперкоагуляции. С целью профилактики печеночно-почечной недостаточности включали печеночные препараты. Большое внимание уделяли устранению болевого синдрома и раннему восстановлению моторно-эвакуаторных расстройств желудочно-кишечного тракта. С целью профилактики печеночно-почечной недостаточности включали печеночные препараты. Большое внимание уделяли устранению болевого синдрома и раннему восстановлению моторно-эвакуаторных расстройств желудочно-кишечного тракта. Наряду с общепринятыми методами (препараты НЛА, ингаляции закиси азота с кислородом, электронаркоз) широко применяли открытую длительную новокаиновую блокаду через круглую связку печени и брыжейку ободочной кишки путем введения в них полиэтиленового микроирригатора с последующим фракционным введением 0,25% раствора новокаина по 80-120 мл. через каждые 6 часов в течении 3-4 суток. Несмотря на интенсивную терапию, из 156 больных с послеоперационным перитонитом релапаротомия оказалась эффективной только у 62, летальный исход у 94 (60,2%) больных.

Релапаротомия 76 (18,7%) больным произведена для вскрытия и дренирования абсцессов: поддиафрагмального (у 12), межкишечного (у 12), тазового (у 25), правой подвздошной области (у 17), подпеченочного (у 7), области поджелудочной железы (у 3). Причинами образования абсцессов служили погрешности в технике гемостаза, неполноценный туалет и нерациональное дренирование брюшной полости, высокая вирулентность инфекции.

В динамике осумкованного перитонита было установлено, что начало его формирования можно отнести к 2-5 суткам послеоперационного периода, так как в это время у 42 больных появились нечетко локализованные боли в животе, повышение температуры до 38-39 гр., лейкоцитоз со сдвигом влево, гиперазотемия. Наряду с ошибочным толкованием клинической картины, ухудшение состояния у этих больных связывали с парезом кишечника (у 17), вялотекущим перитонитом (у 11), панкреатитом (у 9), пневмонией (у 5). У остальных 34 больных абсцесс не сопровождался ни повышением температуры, ни тахикардией, ни сильными болями в животе, а явлениями метеоризма скрывали формирующийся гной-

ный очаг. Эти случаи относятся к числу исключительно сложных и требуют большого внимания, терпения и упорства в своевременной диагностике. Гнойник надо тщательно и методично искать, а не ограничиваться ссылкой на парез кишечника, панкреатит, воспаление легких и т.д. Во всех случаях первоначальная хирургическая тактика была консервативной, выжидательной. В последующие дни все больные были оперированы и непосредственной причиной летального исхода у 11 (14,4%) человек послужили абсцессы различной внутрибрюшной локализации. Следует напомнить, что опасность прорыва гнойника в свободную брюшную полость существует в любой момент и, следовательно, если внутрибрюшные абсцессы остались нераспознанными, они нередко ведут к тяжелым разлитым перитонитам и сепсису, о чем свидетельствуют наши наблюдения.

В связи с послеоперационным кровотечением релапаротомия произведена 58 (14,3%) больным, при этом значительное число геморрагий были обусловлены техническими ошибками. Кровотечение у 25 больных в брюшную полость наблюдали после аппендэктомии. Из них вследствие соскальзывания и ослабления лигатуры с ее брыжейки (у 9), ненадежного гемостаза (у 13), аррозии сосуда ретроцекальной и ретроперитонеальной областей в результате нагноения (у 3). У 13 больных кровотечение возникло после резекции желудка из культи желудка по линии гастроэнтероанастомоза, у 2 - из оставшейся язвы «для выключения», у 1 - из ветви левой желудочной артерии. У 3 больных было кровотечение после спленэктомии с краевой резекцией печени и у 1 - после ранения селезенки (спленэктомии) как результата острого ДВС - синдрома, у 3 других - после холецистэктомии (соскальзывание лигатуры с ветви пузырной артерии у 1, из ложа желчного пузыря - у 2 больных). При панкреонекрозе у 2 больных кровотечение диагностировано из аррозированных сосудов; из острых язв желудка у 2 и толстой кишки у 1 больного. У 2 больных кровотечение в брюшную полость наблюдали после грыжесечения и у 2 после ранения сосудов забрюшинной области. В 32 наблюдениях диагностировано раннее кровотечение (от нескольких часов до суток), в 26 - позднее (на 3-8 и более суток).

Ранней диагностике внутреннего кровотечения помогает внимательное наблюдение за больным уже в первые часы послеоперационного периода, оценка характера отделяемого из дренажей, контроль за составом крови, применение лапароцентеза, ультразвукового исследования. В этой группе непосредственно от кровотечения умер 21 (36,2%) больной, причем в результате компенсированной кровопотери 3 больных.

Релапаротомия у 40 (9,8%) больных произведена в связи с послеоперационной непроходимостью желудочно-кишечного тракта, при этом причины были следующие: спаечный процесс (у 25), непроходимость ушитой гастродуоденальной зоны после перфорации (у 3), заворот тонкой кишки (у 2), ущемление тонкой кишки в «окне» брыжейки ободочной кишки после резекции по Гофмейстеру-Финстереру (у 2), обтурация отводящей кишки воспаленным салынком (у 2); у 4 больных развилась непроходимость брауновского анастомоза и у 2 больных тромбоз брыжеечных сосудов. У 27 больных начальное развитие признаков кишечной непроходимости можно отнести к 3-5 суткам и у 13 больных к 6-14 суткам после операции.

Общеизвестно, что у оперированных больных, особенно на фоне перитонита, имеются, как правило, явления динамической непроходимости. Исключительно внимательный учет некоторых клинических признаков позволяет сравнительно рано заподозрить этот диагноз. Среди таких признаков можно отметить непрекращающийся парез кишечника, схваткообразные, но неинтенсивные боли, легкую асимметрию живота, шум плеска, значительное выделение содержимого через желудочный зонд или многократную рвоту, тахикардию, прогрессирующую тревогу и беспокойство больного. В сомнительных случаях весьма эффективен рентгенологический метод исследования. Тем не менее, и мы не избежали диагностических ошибок по той или иной причине, следствием чего запаздывали с релапаротомией. Так, ухудшение состояния у 23 больных ошибочно объясняли парезом кишечника, у 3 - острой послеоперационной пневмонией, у 3 - «болями спастического характера», у 2 - острым панкреатитом.

В дальнейшем, в связи с нарастанием признаков интоксикации и явлений механической непроходимости всем больным произведена релапаротомия, при этом устраняли сращения, освобождали кишку от сдавления, накладывали обходные анастомозы, производили резекцию кишечника, накладывали илео- или цекостому, интубировали кишечник различными способами. В этой группе умерли 14 (43,7%) больных.

Эвентрация в раннем послеоперационном периоде диагностирована у 30 больных, причем наступила в среднем через 6-13 суток после первой операции и ей предшествовали стойкий парез желудочно-кишечного тракта на фоне перитонита, нагноение раны, пневмония. Перед релапаротомией рану и выпавшие внутренности тщательно обрабатывали антисептическими растворами, некротические и сомнительной жизнеспособности ткани иссекали и, после вправления органов, брюшную стенку санировали и ушивали через все слои на резиновых трубках. Швы накладывали на расстоянии 2-3 см. от краев раны. Когда в области операционной раны имелись гнойные изменения, кожные швы полностью не затягивали, оставляя между ними промежутки 0,5 см., в который вводили резиновые выпускники. На предлежащие в глубине раны петли кишок укладывали большой салыник или марлевые полоски с фурациллиновой мазью. В последние 15 лет при эвентрации применяем типичную методику, предложенную В.С. Савельевым и Б.Д. Савчуком.

У 30 больных ранние релапаротомии с различными осложнениями выполнены при остром панкреатите у 14 больных, после гинекологических операций развились специфические осложнения у 9 больных, кишечных свищах - у 4, тромбозе мезентериальных сосудов - у 2 и грыжесечении также у 2 больных с общей летальностью в 50%.

В раннем послеоперационном периоде у 15 (3,7%) больных произведена релапаротомия по ошибочно установленным показаниям, тем не менее она носила диагностический характер. В подобных случаях нельзя серьезно сравнивать риск таких хирургических ошибок с той ошибкой, которую повлекло бы за собой частое и запущенное воздержание от релапаротомий. Из 15 больных у 7 из них вместо предполагаемого послеоперационного перитонита обнаружена динамическая непроходимость кишечника (стойкий парез), у 3 - диагностирована забрюшинная гематома, у 2 - острая почечная недостаточ-

ность с псевдоперитонеальным синдромом, у 2 - правостороннее воспаление легких, у 1 - токсический гепатит. В этой группе умерли 2 больных.

Таким образом, из 405 больных, повторно оперированных в раннем послеоперационном периоде умерли 161 (39,7%). В группе больных, в которой осложнения диагностировали своевременно, при яркой клинической картине, летальность оказалась равной 27% (39 больных); в группе, в которой диагностика была ошибочной, несвоевременной, летальность составила 46,7% (122 больных).

Выводы

1. Причинами ранних послеоперационных осложнений у большинства больных являются сравнительно поздно выполненная первичная операция и допускаемые диагностические, тактические и технические ошибки.

2. Высокие показатели летальности релапаротомии не должны служить психологическим прессом для хирурга, так как она хотя и не всегда достаточно эффективная, является основным мероприятием в комплексном лечении, направленном на ликвидацию осложнений.

3. Высокий профессионализм хирурга и анестезиолога, с широкой клинической подготовкой, в совокупности

с современным диагностическим и лечебным оснащением хирургических отделений способны снизить частоту послеоперационных осложнений и ранних релапаротомий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев Ш.Н. Ранняя релапаротомия. Алма-Ата, 1972, 112 с.
2. Ванцян Э.Н., Черноусов А.Ф., Странадко Е.Ф. // Хирургия, 1976, № 3, с.125-132
3. Вахидов А. В., Хачиев Г.Л. // В кн.: Осложнения при операциях на желудке. Ташкент, 1978, с. 20-22
4. Комаров И.А., Степанов Г.В. // Вестник хирургии, 1978, № 6, с.142-148
5. Макаренко Т.П., Мумладзе Р.Б., Какулия А.Т. // В материалах :Съезд хирургов Средней Азии и Казахстана, Ташкент, 1969, с.44-46
6. Постолов М.П. // Ранние осложнения после резекции желудка при язвенной болезни. Ташкент, 1965, с.45-50
7. Реут А.А., Васильева Г.М. // Хирургия, 1978, №4, с.103-106
8. Савельев В.С., Савчук Б.Д. // Хирургия, 1976, №3, с 121-125

*Дехтяр С.К.,
Поляков В.Е.,
Казакова С.И.,
Смирнова Т.Н.*

К ВОПРОСУ О ВОДОБОЯЗНИ (БЕШЕНСТВЕ) И АДЕКВАТНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ХИРУРГА-ТРАВМАТОЛОГА ДЕТЯМ, УКУШЕННЫМ, ОЦАРАПАННЫМ И ОСЛЮНЕННЫМ ЛЮБЫМИ ЖИВОТНЫМИ.

Детская поликлиника Медицинского центра Управления делами Президента РФ (Москва).

Массовое распространение заразных болезней среди домашних или диких животных на определенной территории носит название эпизоотии [3-5, 8, 9, 12, 15, 16, 18-20, 22, 26, 29, 30, 32, 33, 40, 42]. Такие эпизоотические болезни, как бруцеллёз, туляремии, чума и другие зоонозы представляют опасность и для человека [17]. В последние годы на территории Российской Федерации резко обострилась эпизоотологическая обстановка по бешенству (водобоязни, гидрофобии, рабиесу, лиссе) [33]. К сожалению, до сего времени водобоязнь или бешенство является заболеванием с абсолютной летальностью [1, 2, 4, 12, 13, 15-18, 20-22, 27, 29, 33, 42, 46]. Спасти человека может только своевременное проведение по жизненным показаниям напряженного курса лечебно-профилактических прививок [7, 11, 12, 15, 16, 20-22, 28, 30, 32-35, 38, 39, 44]. Для учреждений здравоохранения всех уровней проблема ранней диагностики и лечения бешенства (водобоязни) является актуальной и серьезной проблемой [1, 2, 4-7, 11-16, 20, 22, 28-39, 43-46]. Не менее актуальна хорошо аргументированная санитарно-просветительная работа среди медицинского персонала всех уровней и населения, основанная на современной и точной научной информации [5, 10-12, 15, 16, 20, 22-26, 28, 30, 32, 33, 42, 44, 46].

Бешенство (водобоязнь) является типичным зоонозом. Основным источником и резервуаром вируса бешенства в природе являются дикие плотоядные животные, главным образом лисицы, а также собаки и кошки, в странах Америки - еще и летучие мыши [1, 2, 4, 5, 8, 10, 12, 15, 16, 18-20, 22-27, 29, 33, 40]. Различают эпизоотии бешенства природного и городского типа [20, 22, 42]. От человека к человеку инфекция передается исключительно редко (описано лишь несколько слу-

чаев) [22].

Естественным являются природные эпизоотии бешенства, поддерживаемые дикими плотоядными животными из семейства собачьих (волки, енотовидные собаки, лисицы, шакалы), куньих (куницы, барсуки, хорьки, горностаи, ласки), кошачьих (дикая кошка, рысь и др.), виверровых (виверры, мангусты, гэнетты) и рукокрылых (плотоядные и насекомоядные летучие мыши, вампиры). В городских условиях источником бешенства являются домашние животные (собаки, кошки и др.) [4, 12, 15, 16, 18-20, 22, 33, 42, 46].

Наиболее стойкие природные очаги бешенства в России до настоящего времени сохраняются в Центральном, Центрально-Черноземном, Северо-Кавказском, Поволжском, Уральском, Дальневосточном регионах страны [19, 20, 22, 29, 30, 32, 33, 42].

Московский областной центр госсанэпиднадзора в 1998 г. зарегистрировал 133 заболевания бешенством разных животных в 21 районе области. Так, в Клинском районе заболели 47 животных (21 кошка, 13 собак, 9 лисиц, 3 енотовидные собаки, 1 заяц), в Можайском - 17 (14 лисиц, 2 ежа, 1 хорь), в Подольском - 11 (7 лисиц, 2 собаки, 1 кошка, 1 заяц). Из общего количества 133 заболеваний животных в Московской области бешенство было зарегистрировано у 61 лисицы, 30 кошек, 22 собак, 9 енотовидных собак, 4 ежей, 2 зайцев, 2 хорей, 2 представителей крупного рогатого скота и у 1 енота (33).

Московский городской центр госсанэпиднадзора сообщает о ежегодном завозе больных бешенством животных на территорию столицы. В 1991-1997 г.г. регистрировалось ежегодно по 1-2 таких случаев. В 1998 г. в Москве было выявлено уже 8 завезенных больных бе-

шенством животных (5 собак, 2 кошки, 1 лисица). Как выяснили, в Москву они были завезены из Красногорского, Наро-Фоминского и Серпуховского районов Московской области, а также из Смоленской и Тверской областей. Поскольку параллельно в Москве отмечается рост численности бешеных животных и рост явных нарушений правил содержания домашних животных, а также недостаток организованных мест выгула собак, ситуацию спокойной в городе Москве считать опасно.

Это подтверждают следующие данные. По сведениям Министерства здравоохранения Российской Федерации с 1990 по 1998 годы в 30 административных территориях страны зарегистрировано 83 случая гибели людей от заболевания под названием водобоязнь (бешенство). В 1997-1999 г.г. в Москве зарегистрировано 3 случая смерти людей от гидрофобии (водобоязни), развившейся после укусов животными.

Отчетливое доминирование среди столичного населения малодетных семей и одиноких пожилых людей резко усилило общее тяготение жителей столицы к обзаведению одним и даже несколькими домашними животными, исполняющими роль дополнительных членов семьи, товарищей и защитников. При этом зачастую не учитывается соразмерность городской квартиры и реальная плотность населения в ней при выделении части территории одному или нескольким домашним животным. Так, по данным Московского городского центра госсанэпиднадзора Московскими лечебно-профилактическими и ветеринарными учреждениями в 1997 г. зарегистрировано 31893 укусов человека различными животными (в том числе 8599 детей), в 1998 г. - 32784 (в том числе детей - 9024), а за 7 месяцев 1999 г. уже зарегистрировано 20300 укусов (в том числе детей - 5338). [25, 26, 33].

Вирус бешенства попадает в организм человека через рану или микроповреждения кожи (реже - слизистых оболочек) при укусе либо ослюнении бешеным животным. Далее в основе патогенеза болезни лежит центроостремительное движение вируса по периневральным пространствам. Некоторые исследователи допускают лимфогенный и гематогенный путь распространения вируса, хотя из крови вирус бешенства выделить не удалось. Дальнейшее размножение и накопление вируса бешенства происходит в головном и спинном мозге [1, 2, 12, 15, 16, 20, 22, 27, 29, 33].

Продолжительность инкубационного периода при гидрофобии (водобоязни, бешенстве) чаще колеблется от 30 до 90 дней, однако в некоторых отдельных случаях он может быть и короче, и длиннее [1, 2, 20, 22, 27, 29, 46]. По наблюдениям А.И.Саватеева [27], у 85,4 больных инкубационный период колебался от 12 до 99 дней, исключительно редко он был короче 10 дней и очень редко - более 1 года. По данным М.А. Селимова [28], инкубационный период у привитых составляет в среднем 54 дня, у не привитых - 77 дней. Наиболее короткий инкубационный период наблюдается при укусах животными человека в лицо и голову, наиболее длинный - при одиночных укусах туловища и нижних конечностей. Инкубационный период может быть более коротким, если укушенным окажется ребенок, а также при тяжелых повреждениях тканей. Во время инкубационного периода самочувствие у укушенного обычно

не страдает.

Естественное течение заболевания распадается на следующие 3 стадии: продромальную (период предвестников), развившейся болезни (стадию возбуждения) и стадию спазмов и параличей. Развившаяся гидрофобия (водобоязнь) заканчивается обязательным летальным исходом в 100% случаев [1, 2, 12, 15, 16, 20, 22, 27, 29, 33, 46].

“Нет болезни мучительнее и ужаснее, как водобоязнь, - писал в письме своему другу врач и писатель А.П.Чехов. - Когда впервые мне довелось увидеть бешеного человека, я дней пять ходил, как шальной...”

Почти всегда первые признаки гидрофобии (бешенства, водобоязни) проявляются у человека на месте укуса, где больной ощущает зуд, тянущие и ноющие боли, боли по ходу нервов, ближайших к месту укуса, в виде невралгий. Рубец на месте укуса в некоторых случаях воспаляется и становится болезненным.

Описанные явления сопровождаются общим недомоганием, головной болью, повышением температуры тела до субфебрильных цифр. Больного начинает беспокоить сухость во рту. Аппетит резко снижается. Язык при осмотре обложен. Появляется чувство стеснения в глотке и груди. Развивается повышенная чувствительность к зрительным и слуховым раздражителям, гиперестезия. Самочувствие больного ухудшается: он начинает испытывать тревогу, чувство тоски, беспричинный страх из-за мыслей о неизбежно приближающейся смерти. Все это усугубляется нарушением сна в виде страшных сновидений, а затем стойкой бессонницы. К концу продромального периода продромальные явления усиливаются. Кроме того, развиваются тошнота, рвота, потливость, мидриаз с сохранением реакции зрачков [1, 2, 6, 8, 12, 17, 20-22, 27-29, 33, 36, 37, 61, 46].

Очень ярко приутуп гидрофобии у человека описывает М.А. Селимов [28/30]. Страдающий "от жажды больной просит пить. Когда ему подают воду, и он пытается взять ее в рот, разыгрывается приступ водобоязни. Вдруг он резко отталкивает или отбрасывает от себя кружку с водой или выбивает ее из рук того, кто хочет ему помочь. Руки вытягиваются вперед и дрожат, голова и туловище отклоняются назад, шея напрягается, лицо искажается и выражает сильное страдание" и страх, цвет лица делается цианотичным (синюшным), широко раскрытые глаза устремляются в одну точку, глазное яблоко выпучено, зрачки расширены, на лице заметны судорожные сокращения мышц.

В это же время развиваются спазматические сокращения дыхательных мышц, что затрудняет дыхание. При этом вдох сильно затруднен, сопровождается своеобразным свистом или храпом, а выдох поверхностный и незаметный. В редких случаях спазмы мышц гортани делаются постоянными, тогда наблюдается чрезвычайно тяжелое прерывистое дыхание. Через несколько секунд спазмы мышц исчезают, дыхание восстанавливается, больной жалуется на то, что ему не хватает воздуха и он не может глотать.

Приступ бешенства может иногда начаться уже при виде воды или звука льющейся воды, а также от потока (особенного холодного) воздуха, под влиянием яркого света или даже громкого звука. Психика больных возбуждена и между приступами, о чем свидетельствуют их многоречивость, суетливость и даже резкость в

движениях - вскакивание с постели, беготня по палате, крики, неоднократный резкий стук в дверь. Возбуждение может носить и агрессивный характер - буйство. Иногда больные, приобретая необыкновенную силу, выламывают ножки металлических кроватей, срывают со стен батареи отопления. [1, 2, 6, 12, 13, 15-17, 20-22, 27, 29, 33, 46]. В период возбуждения больной может умереть от внезапно наступившего паралича дыхательного или сосудодвигательного центра [29].

Если больной не умер в стадии возбуждения от названных выше причин, заболевание переходит в последнюю, паралитическую стадию. Этот период связан с выпадением деятельности коры головного мозга и подкорковых областей. Он отличается выраженным снижением двигательной и чувственной функций. Резко исхудавший больной лежит неподвижно, его лицо покрывают крупные капли пота, черты заострены. Судороги исчезают и больной может глотать, пить, что создает ложное впечатление наступившего улучшения.

Это "зловещее успокоение" - грозный предвестник приближающейся смерти. Действительно, наступающий вскоре упадок сердечной деятельности сопровождается помрачением сознания, и больной погибает в результате паралича сердца после непродолжительной агонии [12, 20, 22, 27-29, 36, 37].

Из 16 умерших людей от гидрофобии в Российской Федерации в 1996-1997 г.г. в 12 случаях возникновение заболевания было связано с несвоевременным обращением пострадавших от укусов животными за медицинской помощью, в 2 случаях - с отказом пострадавших от предлагавшейся им вакцинации, в 2 случаях при наличии показаний курс прививок пострадавшим назначен не был [25].

В хирургический кабинет Детской поликлиники Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации за 5 лет, в период с 1995 по 1999 г.г. обратилось 49 детей с различными повреждениями вследствие укуса собак. 43 ребенка обратились за помощью в первые 3 суток, 6 детей - в сроки от 4 до 12 суток. Распределение детей, подвергшихся укусу собак, по возрасту и локализации повреждения представлено в табл.

Как видно из табл., 39 детей из 49 (79,59% или - 80%) пострадали от укусов известными собаками, проживающими в домашних условиях, и 10 детей из 49 (20,41% или - 20%) получили повреждения различных локализаций от бродячих (бездомных) собак. У 38 детей из 49 (77,55%) укусы животных были спровоцированы самими детьми во время принятия пищи собаками или во время игры с ними и у 11 детей из

49 (22,44%) причину нанесения укуса выяснить не удалось, сами хозяева считали, что собака укусила "по необъяснимой причине". Опасная локализация укусов (лицо, голова, кисть, пальцы кисти) зафиксирована у 25 детей из 49 (51,0%), укусы тяжелой степени выявлены у 20 детей из 49 (40,8%).

Среди детей от 3 до 7 лет (в младшей возрастной группе) пострадали 19 детей, из них 17 от известных собак и 2 - от неизвестных. В этой возрастной группе локализация повреждений у детей распределилась следующим образом: голова, лицо - у 8 детей, кисть, пальцы кисти - у 5, верхняя конечность - у 1, живот, ягодицы - у 2, нижняя конечность - у 3.

Среди детей от 8 до 14 лет (в старшей возрастной группе) пострадали 30 детей, из них 22 от известных собак и 8 - от неизвестных. В этой возрастной группе локализация повреждений у детей распределилась так: голова, лицо - у 5 детей, кисть, пальцы кисти - у 7, верхняя конечность - у 3, живот, ягодицы - у 3, нижняя конечность - у 12.

В младшей возрастной группе преобладали повреждения, нанесенные детям в результате укуса своими собаками, или собаками, живущими в домашних условиях. Однако преобладали более тяжелые по прогнозу укусы в верхнюю часть туловища (голова, лицо, кисть, пальцы кисти).

В старшей возрастной группе раны в результате укуса собак в верхней и нижней части туловища распределялись поровну, однако заметно увеличилось количество повреждений, полученных в результате укуса неизвестной, бродячей или дворовой собакой.

Теперь необходимо коснуться вопроса развития бешенства у животных, в частности у собак. Эти сведения кратко, но достаточно полно приведены в работе В.Р. Остера и соавторов [20].

Важно запомнить одно очень важное обстоятельство: заразившаяся бешенством собака сама становится заразной за 10-12 дней до проявления у нее самой внешних признаков заболевания. Практический вывод из этого следующий: если даже внешне здоровая собака укусила человека, ее надо в течение 10-12 дней держать под наблюдением. Если у собаки не появятся за этот промежуток времени признаки бешенства, значит животное здорово. Если же у собаки разовьется за эти дни бешенство, значит в течение предыдущих 10-12 дней животное было заразным.

Вольная собака выделяет со слюной большое количество вируса, поэтому каждая нанесенная заболевшей (но еще без выраженной клиники) собакой рана (в результате укуса) оказывается зараженной. Бешен-

Таблица

Распределение детей, подвергшихся укусу собаки, по возрасту и локализации повреждения

Возраст детей	3-7 лет		
Локализация повреждения	известное животное	неизвестное животное	
Голова, лицо	8	-	8(
Кисть, пальцы кисти	4	1	5(2
Верхняя конечность	1	-	1(
Живот, ягодицы	1	1	2(1
Нижняя конечность	3	-	3(1
ИТОГО:	17	2	19

ство разовьется не только через рану в результате укуса, но и из-за слюны, попавшей на кожу, особенно если в этой зоне окажутся ссадины.

У собак бешенство длится 4-6, реже 8-10 дней. При заболевании можно различать те же стадии, что и при бешенстве у человека. Сначала собака становится раздражительной, капризной, прячется по темным углам и не отзывается даже на зов хозяина. В некоторых случаях собака проявляет беспокойство, бродит, не находя себе место, беспричинно лает. По-видимому, рубец в месте бывшего укуса, который послужил началом и источником заболевания у самой собаки, зудит, или в нем появляются другие неприятные ощущения, так как собака царапает и кусает его.

Периодически наступают приступы затрудненного дыхания. У собаки падает аппетит, позднее она вовсе отказывается от пищи. Собака пытается пить воду, но не может проглотить ее. Однако, в отличие от людей, собака воды не боится, а встречающиеся на пути реки переплывает.

С течением времени беспокойство и возбуждение собаки усиливается. Она с яростью накидывается на все, кто и что ее окружает - человека, животных, деревья, изгороди, столбы - и иступленно это грызет. Вырвавшись на свободу, собака убегает на значительное расстояние, кусая по дороге людей и животных. Лай у нее становится хриплым, усиливается слюнотечение, развивается паралич мускулатуры нижней челюсти, и она отвисает. Из рта вываливается сухой багровый язык, вместо глотательных движений видно лишь подергивание глотки. Затем наступает паралич хвоста, задних конечностей и смерть.

В некоторых случаях бешенства у собак выпадает фаза возбуждения. Тогда заболевание начинается с общей слабости и параличей. Паралич нижней челюсти нередко наводит владельцев собаки на мысль о том, что животное подавилось костью. Попытка помочь собаке и извлечь у нее из глотки мнимую кость, всегда чревата ранением рук и заражением человека бешенством.

Описан случай, когда 8 охотников, возвращаясь с охоты, зашли отдохнуть в дом знакомого лесника. Охотники устроили небольшое застолье. В разгар веселья один из охотников заметил, что собака лесника сидит, забившись в угол. Челюсть у нее отвисла. Возникло подозрение, что собака подавилась костью. Все 8 охотников, один за другим, вводили руки в пасть собаки, безуспешно пытаясь извлечь кость. Через 2 дня собака сдохла, а по истечении инкубационного периода все 8 охотников заболели бешенством и погибли.

Опасно и вторичное ослонение. Описан случай, когда здоровое животное послужило передатчиком бешенства от больного. Бешеной собакой был схвачен котенок и ослонен ею. Однако котенок вырвался от собаки, влез на дерево, где и отсиживался. Когда сидящего на дереве котенка увидела хозяйка, она решила снять его и отнести домой. Испуганный котенок поцарапал руки хозяйке и испачкал их собачьей слюной, которой была измазана его шерсть. Дома хозяйка обработала царапины йодом. Через два месяца хозяйка умерла от бешенства, а котенок остался здоров.

В связи с абсолютной летальностью при гидрофобии (бешенстве) и необходимостью для предотвраще-

ния этого проведения напряженного курса лечебно-профилактических прививок по жизненным показаниям угроза развития этого заболевания создает серьезную проблему учреждениям здравоохранения всех уровней.

В случаях, когда животные являются домашними и есть возможность наблюдения за ними ветеринаром в течение 10-12 карантинных дней, вопрос о специфической профилактике бешенства у ребенка решается, в основном, отрицательно.

В наших наблюдениях в 2 случаях бродячие собаки, нанеся укусы детям, были отловлены, доставлены в специальный ветеринарный приемник и усыплены летальной дозой дитилина. В городской ветлаборатории было проведено исследование головного мозга этих собак с последующей постановкой биологической пробы на мышах. В обоих случаях результат был отрицательным.

При тяжелых травмах и повреждениях опасной локализации в результате укусов, людям (в частности детям) показана специфическая профилактика бешенства.

Введение в 1993 году в практику здравоохранения концентрированной очищенной культуральной антирабической вакцины (КОКАВ) позволило сократить схему полного курса инъекций до 6 инъекций и уменьшить разовую прививочную дозу до 1 мл. К сожалению, в нашей стране до сих пор отсутствует производство антирабического иммуноглобулина, необходимого для сочетанного применения с вакциной при тяжелых травмах и повреждениях опасной локализации, полученных от укуса животных.

Из 49 подвергшихся укусам собак детей и обратившихся в хирургический кабинет Детской поликлиники, введение КОКАВ производилось 5 детям, 1 ребенок получил введение КАВ из 12 инъекций с последующей ревакцинацией. 3 детям в связи с отягощенным анамнезом по аллергии введение антирабической вакцины проводилось в условиях стационара.

Повреждения после укусов потребовали длительного лечения у 3 детей: у 1 ребенка это было связано с развитием абсцессов на лице после укуса, у 2 - в связи с развитием на лице явных косметических нарушений в виде келоидных рубцов. Ни один из укушенных собаками детей не заболел гидрофобией, что позволяет признать все предпринятые меры адекватными. Анализ данных литературы и собственных клинических наблюдений в амбулаторных условиях позволяет сделать следующее заключение.

Данные санэпидслужбы России свидетельствуют о необходимости пристального внимания к проблеме бешенства (водобоязни) в России, Московской области и в самой столице государства. Медицинские работники всех уровней во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 297 от 07.10.1997 г. "О совершенствовании мероприятий по профилактике заболевания людей бешенством" должны быть осведомлены в вопросах профилактики бешенства и оказания антирабической помощи населению. Борьба против бешенства может быть результативной только при тесной и согласованной работе ведомств внутренних дел (наблюдение за регистрацией животных, уплатой налога, выводом собак на прогулку

в намордниках и на коротком поводке), жилищно-коммунального хозяйства (вылов бродячих собак и безнадзорных животных), ветеринарного (регистрация, перерегистрация, взимание налога, вакцинирование животных, изоляция и наблюдение за укусившими животными, уничтожение подозрительных и явно бешеных животных), медицинского (профилактика бешенства и лечение укушенных). В связи с актуальностью проблемы бешенства для страны необходимо усилить санитарно-просветительную работу среди населения с использованием средств массовой информации. Эта работа должна включать последние научные и практические достижения в этой области, положительный отечественный и зарубежный опыт.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бешенство - М., 1954 - Авт.: С.Я. Гайдамович, Н.И. Гращенков, В.Д.Соловьев, Р.М. Шен, А.М. Юрковский.
2. Бешенство (Этиология, патогенез и профилактика). Под.ред. П.Н. Косякова, Р.М. Шен, Л.П. Горшуновой - М., 1958.
3. Бароян О.В., Лепин П. Эпидемиологические аспекты современной эпидемиологии - М., 1972.
4. Ведерников В.А., Седов В.А., Ивановский Э.В. Бешенство животных - М., 1964.
5. Ветеринарное законодательство. Под общ. ред. А.Д. Третьяка, том III - М., 1981, Бешенство - С.С. 31-34.
6. Гамалея Н.Ф. Собрание сочинений. Т. 2 - М., 1951.
7. Горшунова Л.П. Антирабические прививки. БМЭ, изд. 3 том 2 - М., 1975, С.С. 35-38 (93-101).
8. Грибанова Л.Я. Характеристика природных очагов бешенства в районе Западной Сибири. Дисс. канд. - Омск, 1975.
9. Ёлкин И.И. и др. Эпидемиология - М., 1979.
10. Закон г. Москвы от 14.12.1994 "О штрафных санкциях за нарушения законодательства Российской Федерации в области охраны животных" и "Временных правил содержания собак и кошек в г. Москве".
11. Защита жизни с самого рождения. Rabipur - антирабическая вакцина. Кайрон-Беринг, Германия, 6 с.
12. Зибицкер Д.Е., Ковалёв Н.А. Бешенство и его профилактика - Минск, 1968.
13. Ключева Е.В. Иммуно-флюоресцентный метод индикации антигена вируса бешенства, выращиваемого in vivo и in vitro. Дисс. канд. - М., 1967.
14. Зуев В.А. Третий лик. Изд. 2-е, перераб. и дополн. - М., 1985.
15. Комитет экспертов ВОЗ по бешенству. Пер. с англ. Серия техн. докл. №321, ВОЗ, Женева, 1967.
16. Комитет экспертов ВОЗ по бешенству. 8-й доклад. Серия техн. докл. ВОЗ 824. - ВОЗ. Женева, 1994.
17. Мари Н.Н. Основы учения о зоонозах. Вып. 2. Бешенство - СПб., 1909.
18. Назаров В.П. Бешенство животных - М., 1961.
19. Новиков Г.А. Отряд хищные (Carnivora). В кн.: Жизнь животных. Млекопитающие, или звери. Под ред. проф. С.П. Наумова и А.П. Кузякина, том 6 - М., 1971, С.С. 300-370.
20. Остер В.Р., Гордеев Ю.Я., Артамонова Е.А., Тоскарь Е.С. Бешенство - Саратов, 1985.
21. Пастер Л. Избранные труды. Пер. с франц., том 2 - М., 1960.
22. Покровский В.И., Селимов М.А., Ванаг К.А., Канторович Р.А., Посвянский П.Б. Бешенство. БМЭ, изд.3 - М., 1976, С.С. 108-114 (312-330).
23. Постановление Правительства Москвы ю 101 от 08.02.1994 Об утверждении "Временных правил содержания собак и кошек в г.Москве" и "Временного положения по отлову и содержанию безнадзорных собак и кошек в г.Москве".
24. Постановление Правительства Москвы №169 от 28.02.1995 "О мерах по упорядочению разведения и содержания собак в г. Москве".
25. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №297 от 07.10.1997 "О совершенствовании мероприятий по профилактике заболеваний людей бешенством".
26. Распоряжение Префекта Северо-Восточного административного округа г.Москвы "О мерах по выполнению постановления Правительства Москвы от 24.08.1993 г. №810 "О дополнительных мерах по борьбе с безнадзорными животными и грызунами в г.Москве" и №169 от 28.02.1995 г. "О мерах по упорядочению разведения и содержания собак в г.Москве".
27. Саватеев А.И. Бешенство - Л.-М., 1927.
28. Селимов М.А. Пути ликвидации гидрофобии -М., 1963.
29. Селимов М.А. Бешенство - М., 1978.
30. Селимов М.А. Прошлое, настоящее и будущее специфической профилактики гидрофобии (к 100-летию первой пастеровской антирабической прививки). "Вопросы вирусол.", 1986, т. 34, № 3, С.С. 370-374.
31. Селимов М.А., Ключева Е.В., Семенова Е.В. Современные методы лабораторной диагностики бешенства. - М., 1964.
32. Смирнов С.М. и Тер-Карпетян А.З. Эпидемиология и профилактика зоонозных инфекций. - М., 1975.
33. Современные проблемы рабиологии. Тезисы докладов научной конференции 15-16 декабря 1998 г. Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов имени М.П.Чумакова. Российская академия медицинских наук - М., 1998.
34. Специфическая активность концентрированной, очищенной методом хроматографии культуральной антирабической вакцины (Р.С.Шафеева, В.М.Морогова, А.В.Дулина и др.// Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. - 1998, №2, С.С. 44-47.
35. Тойгомбаева В.С. Усовершенствование специфической профилактики гидрофобии// Здравоохранение Киргизии - 1986, №6, С.С. 12-15.
36. Трудный случай прижизненной диагностики бешенства.//Ю.М. Амбалов, А.В. Усаткин, Л.А. Чушенко, Н.Ю. Пшеничная.// Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. - 1994, №4, С.С. 120-121.
37. Хезреткулов Х. Случай бешенства у человека.// Казанский мед.журн. - 1989, том 70, №3, С. 217.
38. Цетлин Е.М., Романова Л.Н. Модификация метода контроля иммунологической активности антирабических вакцин// ЖМЭИ, 1993, №2, С.С. 84-89.
39. Шен Р.М. Антирабические вакцины. В кн.: Профилактика инфекций живыми вакцинами. Под ред. М.И.Соколова - М., 1960.
40. Шилова С.А. Эпизоотия. БМЭ, изд. 3, том 28 - М., 1986, С.С. 289-289 (847-848).

41. Шугайло В.П., Дорофеев С.М., Бакланова А.В. Ошибки в диагностике бешенства // Клиническая медицина, 1986, том 64, №3, С.С. 117-119.
42. Эпидемиология и эпизоотология бешенства на территории бывшего СССР (Б.Л.Черкасский, А.Г.Кноп, В.А.Ведерников и др.) // Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиологии, 1995, №1, С.С. 21-26.
43. Эргашев И.Э., Холматов З.Б. Применение биологической пробы для подтверждения диагноза бешенства.

- // Судебн.-мед. экспертиза, 1990, том 33, №1 С.55-56.
44. Dureux Y.B., Canton Ph. Prevention dela rage chez l'homme – "Rav. Med. (Paris)", 1975, v.16, P.P. 705-710
45. Kaplan M.M., Koprowski H. Laboratory techniques in rabies. (World Health Organization). Geneva, 1973, 367 p.
46. Natural history of rabies. Ed. By M. Baer. – New York, 1975.

Джураева Ф.Х.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЛИМФОМ.

(ИО и АН РУз)

Сложным экстранодальным вариантом неходжкинских лимфов является поражение желудка, тонкого и толстого кишечника. Желудочно-кишечные неходжкинские лимфомы составляют более 30% всех первичных экстранодальных лимфов.

Многообразие клинических проявлений и гистологических вариантов ЖКЛ, а также отсутствие единых взглядов на патогенез данного заболевания предопределили множество названий этой болезни: "лимфома желудка-кишечного тракта", "лимфома желудка-кишечной трубки", лимфома желудка-кишечной системы" [1,2,3].

В настоящее время наибольшее распространение получил термин "желудочно-кишечная лимфома", с подразделением ее на неходжкинские лимфомы "лимфограулематоз" [3,4].

Первичные желудка-кишечная неходжкинская лимфома имеет вариабельную частоту встречаемости от 4,2 до 18,0% всех случаев НХЛ для ЖКЛ характерна географическая зависимость. Ежегодная заболеваемость колеблется от 0,9:100 000 до 477:100 000. Гигантский пояс, как нам кажется фон ЖКЛ охватил всю планету с востока на запад.

Ниже приводятся результаты наблюдений 38 больных ЖКЛ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проанализирован материал больных с диагнозом желудка-кишечная лимфома (ЖКЛ), находившихся в ИО Р АН РУз за 1998-1998 гг.

Первичное вовлечение желудка, тонкого и толстого кишечника было определено нами согласно критериям предложенным и описанным английским онкогематологами Leyvin K.J., Ranchod M., Dorfán R.F. /2/.

Под наблюдением находилось 38 больных лимфомой желудка, тонкой и толстой кишки (ЖКЛ). Из них 19 мужчин и 19 женщин, т.е. соотношение было 1:1. Неходжкинские злокачественные лимфомы (НХЛ) неодинаково часто встречались в различных отделах желудка, тонкого и толстого кишечника. Так, из общего количества больных, у 22 первичная НХЛ локализовалась в различных отделах тонкого и толстого кишечника и его брыжейке, у 11 больных в толстом кишечнике, и только лишь у 5 больных в желудке. Среди пациентов с лимфомой кишки мужчин было 17, а женщин составило 16. Средний возраст больных (37,8±1,8).

Обследование больных включало общий осмотр, история болезни, показатели крови, рентгенографию грудной клетки, желудка и кишечника электрокардиографию,

биохимические показатели крови для оценки функции почек и печени.

Всем больным было проведено ультразвуковое исследование брюшной полости, печени, селезенки, малого таза. Наряду с этим использовано компьютерная томография в 12 случаях ЖКЛ.

Морфологический диагноз установлен эндоскопической биопсией у 6 больных (гастродуоденальной и 1-колоректальной лимфой. У остальных 32 больных диагноз установлен во время операции, причем 30 гистологических препарата были перерезаны и пересмотрены дважды.

На основании результатов обследования и проведенной операции, согласно гистологической принадлежности больные были распределены по стадиям заболевания Анн-Арбор классификации /Ann-Arbor, 1971/. Для определения тактики лечения ЖКЛ применена рабочая классификация для клинического применения (Working Formulation, 1982).

Все обследованные находились на лечении в условиях стационара: в отделениях проктологии, абдоминальной хирургии, радиологии и химиотерапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Прежде всего нами было изучено клиническое течение ЖКЛ у больных типов поражения исходя из их симптомов и отличительных признаков, зависящие от морфологической формы локализации и роста опухоли. По нашим наблюдениям имело место три типа поражения ЖКЛ, а именно: (1) первичное поражение, (2) прорастание, описываемое в литературе как метастатическое, (3) истинно метастатическое.

Первичное поражение устанавливалось при очевидности исходного поражения желудка и кишечника, или же в случаях, когда анамнестически можно было допустить начало заболевания с вовлечением органов.

Вторичное поражение - прорастание желудка и кишечника прилежащей опухолью. Отличительным признаком данного типа поражения является наибольший размер и масса прилежащей опухоли по сравнению с прорастающим органом.

Третий тип поражения - истинно метастатическое рассматривалось нами при интактности органа в момент диагностики.

Как при первичном, так и при вторичном типе поражения клинический синдром был сходен, но отличным было то, что при первичном поражении он развивался в короткий срок, а при вторичном - нарастал постепенно.

Истинно метастатическое поражение ЖКЛ устанавливалось на фоне имевшегося ранее заболевания НХЛ. Именно этим типом поражения, можно было с достоверностью установить степень их злокачественности. Клиническая картина ЖКЛ в зависимости от типа поражения развивалась в различные сроки. Так, продолжительность заболевания от появления первых признаков до поступления в клинику ИО и Р АН РУз колебалась от нескольких дней до года у 20(53%) больных, у 5(13%) - болезнь протекала бессимптомно, у 13(34%) больных имело место длительное хроническое течение заболевания, при этом у 10(26%) больных развивалось более 2 лет, а у 3(8%) - от 3 до 5 лет.

Данные характеризующие распределения количества больных по различным типам поражения приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Отдел поражения	Кол-во больных	Первичное	Вторичное (прорастание)	Третий тип: (метастатическое)	Неустановлена
Желудок	5	3	-	2	-
Тонкая кишка	22	20	1	-	1
Толстая кишка	7	2	2	1	2
Слепая кишка	3	2	1	-	-
Прямая кишка	1	1	-	-	-

Изучение гистологических вариантов ЖКЛ у рассматриваемых нами больных, согласно рабочей классификации НХЛ для клинического применения (Национального института рака США) показали, что лимфомы низкой степени злокачественности - (1) диффузная из мелких лимфоцитов имело место у 2(5,2%) больных, (2) фолликулярная преимущественно из мелких клеток с нерасщепленными ядрами - 9(23,6%), (3) фолликулярная из смеси мелких клеток с расщепленными ядрами и крупных клеток - 3(7,8%); высокой степени злокачественности - (4) иммунобластная - 8(20,8%), (5) лимфобластная - 14(36,4%), (6) из мелких клеток нерасщепленными ядрами - 2(5,2%).

Таким образом, в рассматриваемой группе больных ЖКЛ преобладала лимфома высокой степени злокачественности - 65,2%, в том числе - иммунобластная - 21%, лимфобластная - 36,4%, и лишь у 5,2% больных была выявлена лимфома диффузная из мелких клеток низкой степени злокачественности.

Из общего количества больных - 38(100%), основными макроскопическими формами роста ЖКЛ были следующие: (1) инфильтративная - 10(26%), (2) экзофитная - 7(18,2%), (3) язвенная - 9(23,6%), (4) смешанная - 7(18,2%) и (5) неустановлена - 5(13%). Выраженная клиническая картина разворачивается в срок 4-7 мес. Больные ЖКЛ поступали в клинику в состоянии средней тяжести (2/3 наблюдений) и более тяжелый (1/3 больных).

Клиническая картина по стадиям заболевания, согласно классификации Анн-Арбор была расценена у больных как II стадия, 20 больных как III стадия и у 10 больных - как IV стадия. Соответственно стадии процесса была выражена опухолевая интоксикация.

Анализ клинического течения больных ЖКЛ пока-

зал, что одновременно поражение имело место: желудок - 17,5%, толстой кишки - 12%, тонкой кишки - 9,1%, илеоцекального угла - 18,1%. При лимфоме толстой кишки это отмечалось при первичном поражении, лимфоме толстой кишки при вторичном поражении, т.е. при прорастании. Такое положение подчеркивает патологию ЖКЛ и необходимость выбора диагностических методов и лечебной тактики.

Клиническое наблюдение показало отсутствие строго специфической симптоматики между первичным и вторичным (прорастание) типом поражения. Выраженность клинических проявлений ЖКЛ, прежде всего, было обусловлено локализацией опухоли и ее макроскопической формой. Интенсивные боли имели место эпигастриальной области, брюшной полости, по ходу тонкого и толстого кишечника, обнаруженные у 90% больных. Пальпируемая опухоль в зоне поражения установлена у 60% больных при поражении желудка, у 54% тонкого и 100% толстого кишечника. Бессимптомное течение ЖКЛ было у 7,8% больных, а высокая частота осложненного течения, встречающегося с равной частотой при разной локализации, в среднем составила 30%. Некоторым своеобразием отличается клиническая картина тонкой кишки, где у 63,6% больных ведущим симптомом является энтерит с резкой потерей веса (<10кг у 16% больных) и возникновение осложнений у 53% больных.

Наблюдения показывают, что заболевание начинается исподволь с общих признаков - желудочно-кишечных жалоб, наблюдающихся и при перитоните, желтухе, кисте яичника, аппендиците. Это отсутствие аппетита, отрыжка, тошнота, чувство давления в подложечной области, общая слабость похудание, схваткообразные боли в животе, появление

Наряду с вышеперечисленными общими симптомами, имели место и отличительные признаки ЖКЛ. Так, отличительными при лимфоме желудка являются - наличие опухоли в брюшной полости, схваткообразные боли в животе, рвота, чувство тяжести в эпигастрии, усиливающиеся при приеме пищи. При поражении тонкого кишечника отличительными признаками являются - понос (частый жидкий стул), схваткообразные боли во время усиленной перистальтики проксимального отдела кишечника, прекращение болей при продвижении задержавшегося кишечного содержимого в области опухоли, непроходимость кишечника, лихорадка. Отличительными признаками лимфом толстого кишечника является - запор, скопление, застой кала с образованием каловых камней, усиленное урчание по ходу восходящего и нисходящего отдела, часто обнаруживаемая пальпируемая опухоль в зоне поражения, кровянистые выделения.

Особенности клинического течения и неравнозначные диагностические возможности объясняют частоту и различные сроки установления диагноза. Так, наиболее частой, запоздалой диагностикой характеризуется тонкая кишка (в течение первого года диагноз устанавливается только в 25%), в период 6 месяцев диагностируется 50-55% лимфой желудка и более 80% лимфой толстой кишки.

Клинический опыт подсказывает, что причины несвоевременного выделения ЖКЛ прежде всего связаны, во-первых, трудностями в диагностике злокачественных лимфов в целом, неходжкинских в особенности, во-вторых, слабая настороженность со стороны врачей на местах, в-третьих, слабая инструментальная и лаборатор-

ная оснащенность клинических подразделений, в четвертых, не своевременное обращение больных в лечебное учреждение.

При диагностировании ЖКЛ нами первостепенное внимание было уделено — локализации отделов поражения желудка, тонкой и толстой кишки, их размерам, подвижности и консистенции, состоянию органов грудной клетки, печени, селезенки и костного мозга.

На первом этапе обследования гисто-цитологическое исследование и распространенность процесса, было дополнено диагностической стерильной пункцией.

При диагностировании больных ЖКЛ, нами было установлено во II стадии — 8 больных, III стадии — 20 больных и IV стадии — 10 больных.

Поддубная И.В. (1996), подчеркивает, что до настоящего времени не существует оптимальной классификации для первичной ЖКЛ. Бесспорно, классификация АНН-Арбор сложна для объяснения стадий экстранодальных форм поражений. В модифицированной классификации стадий ЖКЛ, предложенной Мишорр К. (Мишорр К., 1977) подразделил ПЕ стадию, 1-е — вовлечением перигастральных и мезентериальных лимфатических узлов, 2-е — при поражении абдоминальных лимфатических узлов [8].

Изучение клиники течения ЖКЛ показывает, что для установления истинного диагноза при стертых формах проявления и описании неинвазивных методов обследования, наиболее результативным можно считать лапаротомию, так как применение хирургического лечения дает возможность выиграть во времени. Резектабельность ЖКЛ различных отделов неодинакова. Так, при лимфоме тонкой кишки составила - 64,0%, толстой кишки - 72,0%.

Наряду с резектабельностью ЖКЛ, возможно проведение радикальной операции при I и II стадиях первичной лимфомы ЖКЛ. Но, однако, радикальному оперативному вмешательству следует относиться осторожно, так как реально оно применимо в основном при лимфоме желудка при ее первичном поражении и лимфоме толстой кишки.

По сравнению с радикальным хирургическим лечением лекарственная терапия считается наименее эффективным. Однако, комплексная терапия ЖКЛ на современном этапе не представляется возможным без лекарственной терапии.

Из общего количества 38 больных ЖКЛ, 33 больных были оперированы хирургические операции включали - частичная резекция тонкого кишечника 11(28,6%) больных, тотальная резекция тонкого кишечника - 1(2,6%) больной, правосторонняя гениколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза - 7(18,2%), брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки - 1(2,6%). Нерезектабельные первичные опухоли имели 12(31,2%) оперированных больных, в том числе 2(5,2%) произведено наложение гастроэнтероанастомоза, 2(5,2%) больным наложение энтероанастомоза и 7(18,2%) больным произведена лапаротомия, ревизия с биопсией опухоли.

Анализ данных характеризующих эффективность лечения больных ЖКЛ показывает, что лечебный эффект имело место во всех использованных методах воздействия, но однако в различной степени. Так, пятилетняя заживаемость достигнута при применении комплексного - резекция+ХТ+ЛТ и комбинированного - резекция

+ ХТ см. таблицу 2.

Лучевая терапия (дистанционная телегамматерапия) проводилась телекобальтовой установкой на аппаратах "АГАТ" и "РОКУС" 20(52%) больным. Лечебная доза

Таблица 2.

Метод лечения	Общее кол-во больных	Кол-во больных с лечебным эффектом		Выживаемость, мес	
		частичным	общим	12	60
Лучевая терапия (ЛТ)	1	1	-	-	-
Химиотерапия+ЛТ	5	3	2	2	-
Резекция+ХТ	14	13	8	7	3
Резекция+ЛТ+ХТ	6	6	5	5	4
Лапаротомия+ХТ	4	4	2	2	-
Лапаротомия+ХТ+ЛТ	8	8	4	4	1
Итого	38	35	21	20	8

лучевой терапии составила 40 Грей с розовой цозой 2 Грей дробно-протяженным методом. Зоны облучения включали: первичная опухоль — 12(31,2%) больным, послеоперационная ложа — 2(5,2%) больным, весь живот — 2(5,2%) больным, илеоцекальный угол — 2(5,2%) больным и селезенку — 2(5,2%) больным. Из данных в табл.2. видно, что наибольший лечебный эффект был достигнут при проведении комплексной комбинированной терапии с включением 4-8 курсов полихимиотерапии. Курсы полихимиотерапии были проведены 37(97,4%) больным по стандартным ДОПП, ЦОП и АЦОП схемам. Адьювантные курсы полихимиотерапии после нерадикального оперативного вмешательства проведены 14(36,4%) больным. Как первая линия терапевтического воздействия курсы полихимиотерапии были проведены 6(15,6%) больным. Изучение клинического течения, диагностики и лечения гетерогенных форм ЖКЛ продолжается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поддубная И.В. Клинические особенности лимфосаркомы толстой кишки. Хирургия, 1986, №1, с.18-51.
2. Azab M., Henry-Amar M., Rougier Ph, et al. Prognostic Factors in Primary Gastrointestinal Non-Hodgkin's Lymphoma Cancer 1989; 64: 1208-1217/
3. Aozasa K., Ueda T., Kunuta A. et al. Phognostic value of histologic and clinical factons in 56 patients with Gastrointestinal Lymphomas. Cancer 1988; 61: 309-315.
4. Al-Bahrani, Al-Mondhiry H., Bakir F. et al. Clinical and pathologic subtypes of primari intestinal lymthoma. Cancer 1983; 9: 1666-1672/
5. Carbone P.P., Kaplan H.S., Musshoff K. et al. Report of tho committee on Hodgkin's disease stading classification. Cancer Res 1971; 31: 1860-1861.
6. Dragosis B, Bauer P., Radasziewicz T. Primary gastrointestinal non- Hodgkin's lymphomas: A retrospective clinicopathologic study of cases. Cancer 1985; 55: 1060-1073/
7. The Non- Hodgkin's lymphoma pathologic classification progect National Cancer institute sponsered study of classification of Non- Hodgkin's lymphoma; Summany and description of a clinical usage. Cancer 1982; 49: 2112-2135/
8. Musshoff K. Klinische Stadieneinteilung der Nicht- Hodgkin lymphome. Strhlenthendpie 1977; 153: 218-221.

*А.К. Ерамишанцев,
В.М. Лебезев,
Р.А. Мусин,
Т.С. Боян*

ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ СОСУДИСТЫХ ПРОТЕЗОВ “ВИТАФЛОН” ПРИ ПОРТОКАВАЛЬНОМ ШУНТИРОВАНИИ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

*Отделение экстренной хирургии и портальной гипертензии Российского Научного Центра
Хирургии РАМН
(Директор - академик РАМН Б.А. Константинов), Москва, Россия*

Технические возможности выполнения сосудистых портокавальных анастомозов (ПКА) имеют определенные ограничения. Большой диастаз между мобилизованными сосудами, сложная геометрия расположения анастомозируемых вен, необходимость строго ограниченного диаметра анастомоза для больных циррозом печени (ЦП) заставляют в ряде случаев отказаться от ПКА. Для решения данной проблемы в 60-е годы были предложены шунты между венами из синтетических материалов. Однако в те годы из-за несовершенства искусственных протезов, низкого качества шовного материала, отсутствия микрохирургической техники большинство протезов тромбировались, развивалась воспалительная реакция окружающих тканей [1,2].

Появление протезов из пористого политетрафторэтилена (ПТФЭ) — протезов “Gore Tex”, которые впервые начали применяться при замещении мелких артерий с достаточно хорошим результатом, позволили ряду зарубежных хирургов с успехом их использовать в венозной позиции при формировании интерпозиционных ПКА у больных с портальной гипертензией [3,4,5,6,7].

Популярность трансплантатов из ПТФЭ обусловлена их высокой биологической инертностью, атробогенностью и непроницаемостью стенки протеза для крови.

В нашей стране несколько лет назад был выпущен аналог из ПТФЭ — Витафлон. Опыт его применения в хирургии ПГ отсутствует. В этой связи выполнение настоящего исследования приобретает особую актуальность.

Целью исследования явилась экспериментально-клиническая оценка возможности использования сосудистого протеза “Витафлон” при наложении интерпозиционных ПКА у больных с ПГ.

Для изучения проходимости анастомозов с синтетическим трансплантатом, взаимодействия венозной сосудистой стенки и окружающих тканей с синтетической вставкой проведены экспериментальные исследования на 10 серых кроликах со средней массой 1,5 кг.

Для экспериментов использовали неармированные наружной спиралью сосудистые протезы “Витафлон” длиной 10-15 мм, с внутренним диаметром 6 мм, которые вшивались вместо резецированного сегмента нижней полой вены (НПВ).

Диаметр НПВ у кролика в среднем 4 мм, т.е. площадь сечения шунтируемого сосуда была приблизительно в 2 раза меньше имеющихся протезов. Этим определялась техническая сложность наложения 2-х анастомозов — тонкую стенку НПВ приходилось значительно растягивать до размеров протеза. Кроме того, несоответствие диаметров сосуда и протеза приводило к естественному замедлению кровотока в протезе и увеличению вероятности развития в нем тромбоза.

Средняя продолжительность операции 60-70 мин,

применяли внутривенный наркоз с потенцированием.

В конце операции кролику внутривенно вводили трентал в дозе 2 мл и диоксидин 2 мл внутривенно, гентамицин 0,4 мг внутримышечно.

У 9 кроликов из 10 использовался монофиламентный шовный материал пролен 8/0, у 1 кролика — пролен 6/0. Операцию выполняли с использованием оптики и микрохирургического инструмента. Сроки наблюдения от 2 до 183 суток. Препараты окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону, орсеином.

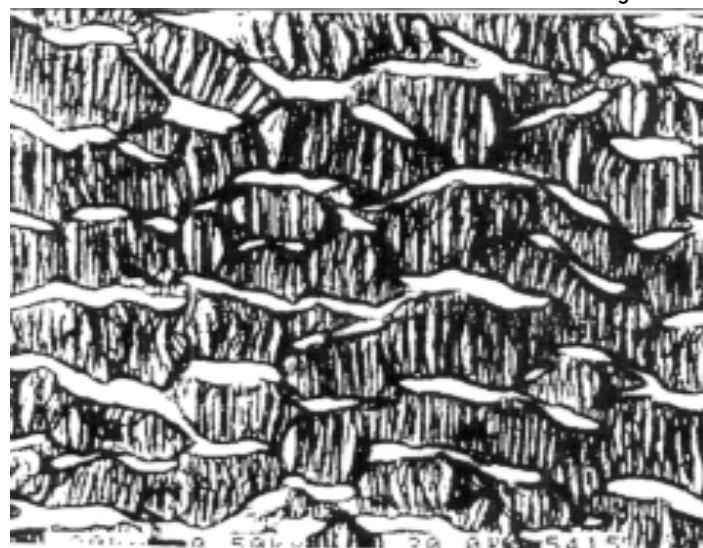
Несмотря на более жесткие условия испытания сосудистого протеза в венозной позиции по сравнению с артериальной (низкая скорость кровотока, более высокая свертывающая активность венозной крови), а также несоответствие диаметров протеза и НПВ, хрупкость стенки последней, лишь в одном случае был отмечен тромбоз протеза на 3-е сутки после операции. Тромбоз был связан с перекусом анастомоза и механическим препятствием кровотоку, что подтверждено ангиографическим исследованием.

При микроскопическом исследовании стенка про-

Электроннограмма; x500.

Структура сосудистого протеза «Витафлон»

Рисунок 1



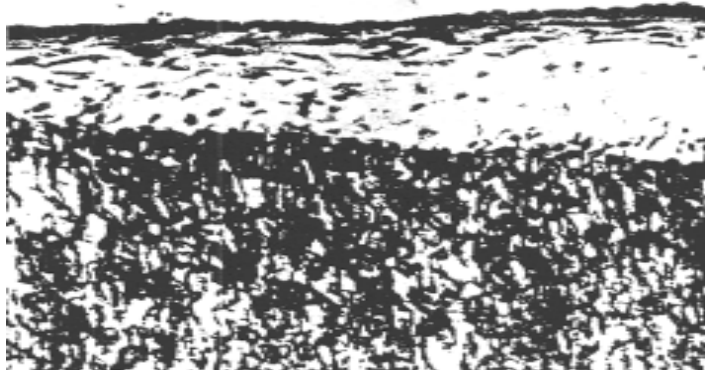
теза “Витафлон” представляет собой пористый материал, состоящий из островков ПТФЭ, соединенных волокнами. (Рис.1).

Уже через 2 мес вблизи анастомозов фибриновая выстилка организовывалась в тонкую соединительнотканную внутреннюю капсулу, выстланную эндотелием. (Рис.2).

Наружная соединительнотканная капсула протеза была тонкой, в ней отсутствовали признаки клеточной воспалительной реакции на имплантацию синтетического материала. Элементы соединительной ткани

Имплантация протеза «Витафлон» в нижнюю полую вену (срок наблюдения 2 мес).

Вблизи анастомозов внутренняя поверхность протеза покрыта эндотелием. (Окраска гематоксилин-эозином, $\times 400$).

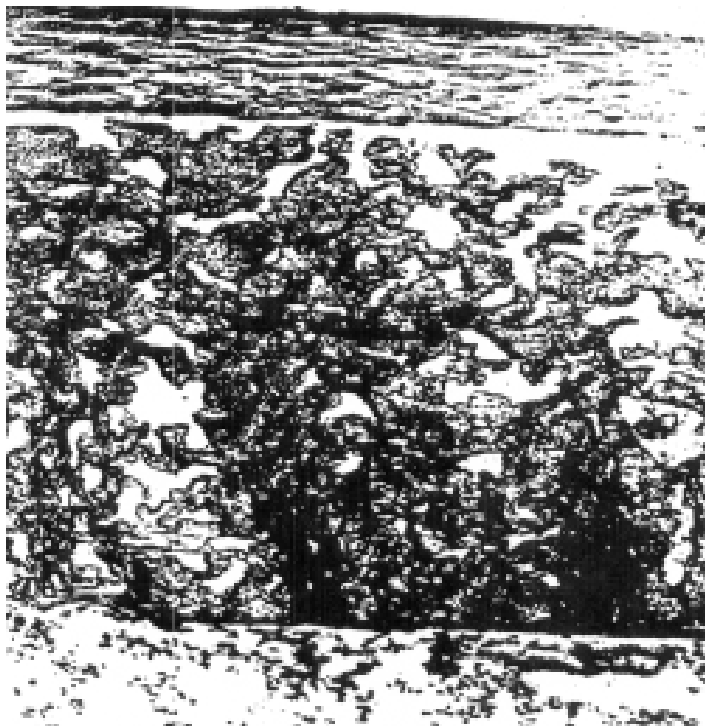
Рисунок 2

(фибробласты, коллагеновые и эластические волокна) из наружной капсулы не проникали в поры протеза.

В сроки от 3 до 6 мес на макропрепарате внутренняя капсула была гладкой, блестящей, однако в сред-

Имплантация протеза «Витафлон» в нижнюю полую вену (срок наблюдения 6 мес).

На большей части протеза видна выстилка, покрытая эндотелием. (Окраска гематоксилин-эозином, $\times 120$).

Рисунок 3

ней ее части имелись небольшие участки отложений красного цвета. При микроскопическом исследовании в таких участках отмечалось отсутствие эндотелия, но на большей части протеза была видна организованная неоинтима (Рис.3).

После экспериментальной апробации аллопротез «Витафлон» был использован в отделении экстренной хирургии и портальной гипертензии РНЦХ РАМН при портокавальном шунтировании (ПКШ) у 20 больных с ПГ: 12 пациентов с ЦП, 8 — с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ). Использовались протезы диаметром 8-10-12 мм и длиной 3-4,5 см., в 16 наблю-

дениях армированные наружной спиралью.

Имплантацию протеза в портальную систему производилась под 2-х кратным увеличением. Использовали монофиламентные нити 5/0-7/0 на атравматической игле.

Во время вмешательства и в раннем послеоперационном периоде проводили дезагрегантную терапию препаратами, улучшающими реологические свойства крови. Срок наблюдения за больными 1-36 мес.

Результаты операции оценивали клинически, эндоскопически и методом доплерографии сосудов портальной системы.

Хорошие результаты операции, выражающиеся в уменьшении или исчезновении варикозно расширенных вен (ВРВ) и гастроэзофагеальных кровотечений, получены у 19 больных.

Неудовлетворительный результат получен у одной больной с ЦП, у которой на 4-е сутки после операции развилось кровотечение из ВРВ пищевода и желудка, что, очевидно, связано было с частичным тромбозом анастомоза, который наступил вследствие перегиба неармированного протеза диаметром 8 мм.

Все больные выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии. В отдаленном периоде умерло 4 больных с ЦП: 1 пациент от пневмонии через 1,5 мес после операции, и 3 — от прогрессирования печеночно-клеточной недостаточности в разные сроки после операции. На аутопсии 1 больного выявлена полная проходимость синтетического шунта.

Несмотря на то, что в эксперименте не была создана модель ПГ, проведенные исследования позволили изучить особенности поведения протезов «Витафлон» при их имплантации в венозную систему. Полученные результаты свидетельствуют о высокой биологической инертности пористого ПТФЭ при его имплантации в ткани организма, что подтверждает отсутствие выраженной воспалительной реакции и образование тонкой наружной капсулы. Во всех экспериментах при длительных сроках наблюдения протезы «Витафлон» сохраняли проходимость, несмотря на неблагоприятные условия для кровотока.

Использование синтетических сосудистых протезов «Витафлон» в портальной системе при ПКШ, сопровождалось удовлетворительными результатами и показало целесообразность применения данных протезов в клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бокерия Л.А., Веретенин В.А., Городков А.Ю. и др. // Хирургия сердца и сосудов. — 1997. — №3. — С.4-9.
2. Miller J.H. // Vascular Surgical Techniques. 2-nd Ed. Philadelphia. — 1989. — P.276-286.
3. Nagasue N., Ogawa Y., Yukaya H., Hirose S. // Surgery. — 1985. — Vol.98. - №5. — P.870-878.
4. Rypins E.B., Milne N., Sarfeh I.J. // Amer. J. Surg. — 1995. — Vol.169. - №2. — P.200-201.
5. Rypins E.B., Conroy R.M., Sarfeh I.J. // Vasc. Surg. — 1988. — №2. — P.88-92.
6. Sarfeh I.J., Rypins E.B. // Ann. Surg. — 1994. — Vol.219. — №4. — P.353-361.
7. Zeidder G., Haidinger D., Bohmig H.J. // Ed.S.H. Skotniski. — Bucking. Namshire. — 1984. — P.140-142.

Жалилов П.С.,
Холхўжаев М.,
Буриев М.Н.,
Холхўжаев Б.М.

БОЛАЛАРДА СОН СУЯКЛАРИ ТУҒМА ЧИҚИБ КОКСАРТРОЗ АСОРАТИ КУЗАТИЛГАНДА ЖАРРОХЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ

(ТашПМИ, болалар травматологияси, ортопедияси ва нейрохирургияси кафедраси, кафедра мудири проф. Жалилов П.С.)

Джалилов П.С., Холхўжаев М., Буриев М.Н., Холхўжаев Б.М.

СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА, ОСЛОЖНЕННЫЙ КОКСАРТРОЗОМ

Несмотря на значительные успехи консервативного и оперативного лечения врожденного вывиха бедра у детей, такое его осложнение, как деформирующий коксартроз, встречается до 40% случаев, поэтому разработка способов лечения, предупреждающих это осложнение, является актуальной проблемой. В этой статье мы привели результаты исследований 110 оперированных детей по поводу врожденного вывиха бедра в возрасте от 3-х до 14 лет. У этих больных мы применили клинические, рентгенологические и морфологические методы исследования. Результаты исследований показали эффективность оперативного вмешательства при врожденном вывихе бедра, что зависело от качества предоперационной подготовки, правильности выбора метода лечения и послеоперационного ведения. Усовершенствованный способ операции - артропластика по Колонку с созданием собственных связок тазобедренного сустава в сочетании с подвальной доротационной вариизирующей укорачивающей зубчатой остеотомией бедра позволяет правильно удерживать головку бедра в вертлужной впадине, предотвращает развитие грубых патоморфологических изменений в тазобедренном суставе.

Djalilov P.S., Holhudjaev M., Buriev M.N., Holhudjaev B.M.

THE METHOD OF OPERATIVE OF INNATE HIP DISLOCATION COMPLICATED BY COXARTROSUM

In spite of the considerable success of conservative and operative treatment of innate hip dislocation at children and its such complication as the deforming coxartrosis are met at 40%. Therefore the working out of the treatment methods preventing the complication is the actual problem.

In this article we have made the research results of the operated patients on the occasion of the innate hip dislocation at 110 sick children at the age from 3 to 14 years old. For such patients we have used the clinical, roentgenological and morphological research methods. The research results have the innate hip dislocation depended on the quality of before operated preparations, the right choice of treatment method and after operated leading. The improved operational method is arthroplasty by Koolonk with making of own coxofemoral joint with the combination of porvertal, derotational, variusial, shortening gear hip osteotomy let maintain the hip head in cotyloid cavity and prevent the development of rude pathomorphological changes in coxofemoral joint.

Тадқиқот мақсади: Сон суяги туғма чиққан болаларда коксартрозн олдини олиш учун патогенетик операция усулини ишлаб чиқиш.

Материал ва услуб: Сон суяклари туғма чиққан 110 болани чанок-сон бўғимини патоморфологик ўзгаришлари ўрганилиб, улар касалликни клиник белгиларини оғирлашувига олиб келиши аниқланди.

Натижалар

Сон суягини туғма чиқишида сон суягини проксимал қисмида варизацияловчи, деротацияловчи ва калталовчи тишсимон остеотомия қилиб суяк бошини Колонна усулида пластика қилиб қуймич чуқурчасига қўйиш, чанок-сон бўғимидаги патоморфологик ва клиник ўзгаришларни тўхтатиб, бўғимни функционал ҳолатини яхшилади.

Чанок-сон бўғими касалликлари орасида сон суягини туғма чиқиши ва унинг асорати-коксартроз ортопедлар олдида турган долзарб вазифалардан ҳисобланади. Коксартроз билан оғирган катта ёшдаги беморларни анамнези ўрганилганда кўпчилиги болалик даврида чанок-сон бўғимини дисплазияси ёки сон суягини туғма чиқиши билан касалланганлиги аниқланди.

Материаллар ва текширув усуллари

Мазкур мақолада ТашПМИ болалар клиникасини ортопедия бўлимида даволанган 3 ёшдан 14 ёшгача бўлган 110 беморни клиник, рентгенологик ва морфологик текширувлар асосида ўтказилган операция усулида даволаш натижалари таҳлил қилинади. Бу болаларни 83 тасида сон суягини бир томонлама, қолган 27

тасида эса иккала томондаги сон суягини туғма чиқиши аниқланди.

Барча беморларни клиник усулда текширилганда оёқни калталигидан оқсоқланиб юриш, сонни ён томонга керишини чегараланганлиги, оёқни ташқари томонга буралиши, чанок-сон бўғимида айланма ҳаракатни орттириши. Тренделенбург симптоми ва бўғимни ўйноқчилиги аниқланди.

Субъектив белгилардан, ота-оналарини айтишича бола тез чарчаб, кўтариб олинг, деб ялиниши, 5 ёшдан катта болалар кечкурунлари бўкса соҳасини сирқиллаб оғришига шикоят қиладилар. Катта ёшдаги болаларда эса кўп юрганда ва жисмоний зўриқиш бўлганда бўксада оғрикни доимий бўлиши кузатилади.

Чанок-сон бўғимини рентген тасвири таҳлил қилинганда болани ёши ортиб бориши билан сон суягини чиқишини оғирлашиб бориши аниқланди. Уларда қуймич томини ривожланишини ортада қолиши, ацетобуляр бурчагини 30°дан катта, қуймични вертикал ўққа нисбатан оғиш бурчаги 50°дан катта, Виберг бурчагини 70°дан камайиши, антеторсия ва ДББ (диафиз бўйин бурчаги)ни катталашуви, Шентон чизиги шаклини ўзгариб қуймични юқори қисмида сохта бўғим ҳосил бўлиши аниқланди. Бу ерда сон суягини боши ривожланмаган кичик ҳажмда бўлиб қуймич юқорисига жойлашган бўлади.

Артрография рентген тасвирида бўғим ҳалтаси узун бўйин ҳосил қилиб қўзилиб "кум соатни" эслатади. Лимбус қуймич ичига букланиб қолган, суяк бошини шакли ўзгариб қуймич чуқурчаси контраст эритма билан тўлиқ тўлмайди (расм. 1).

Болаларни чанок-сон бўғимини анатомик ва функционал ҳолатини ёмонлашиб бориши, уларни операция усулида даволашга кўрсатма бўлди. Операция қилиш пайтида чанок-сон бўғимини тоғай қоплами ва бошқа анатомик элементларни дегенератив-дистрофик жараёнларини ривожланишига қараб, сон суяги бошини очик усулда ўрнига қўйиш мослаштирилди. 3 ёшгача бўлган болаларни чанок-сон бўғимини операция қилиш жараёнида сон суяги бошидаги тоғай қопламларни хирала-

Сон суягини туғма чиқишини жойлашуви ва болани ёшига қараб тасмиллаштириши.

Болани ёши	Беморларда сон суягини туғма чиқиши		Беморларни умумий сони
	бир томонлама чиқишлар	2 томонлама чиқишлар	
3-5 ёш	29	8	37 - 32,7%
6-10 ёш	39	14	53 - 48,2%
11-14 ёш	15	5	20 - 9,1%
Жами:	83 - 76%	27 - 24%	110 - 100%

Расм. 1 Сон суяги туғма чиққан беморни артрограммиси (тушунтириш матида берилган)



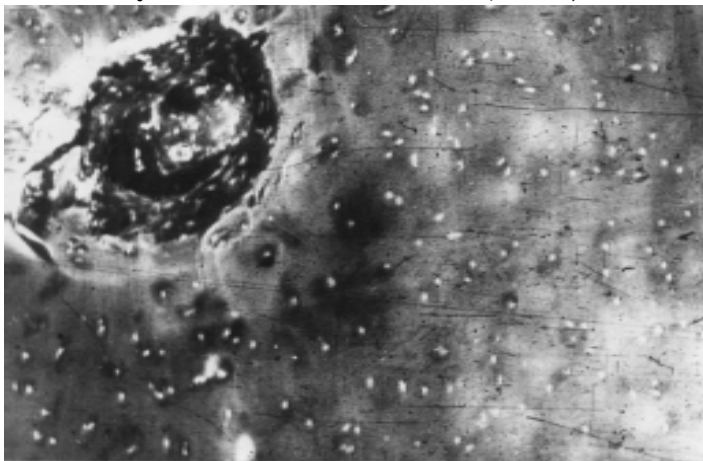
шиб нуктасимон қон талашишлар аниқланди. 5 ёшгача бўлган болаларда эса, сон суягини боши кичкина бўлиб тоғай қопламаларида жуда кўп нуктасимон қон талашишлар ва уларни бир бирига қўшилиб кетганлиги кўрилди. 5 ёшдан катта болаларни сон суягини бошини шакли ўзгариб, юзаси нотекис эзилиб ялпайган кўринишда бўлиб, қўшилиб кетган қонталашлар ва улар остида синовийал билан қоплангани суякни кўмик қисми кўриниб суяк бошини марказига яқин ва экватордан пастрок жойлашганлиги аниқланди.

Чанок сон бўғимини ташкил қилувчи элементларни дегенератив дистрофик ўзгаришларини оғирлик даражасини объектив аниқлаш мақсадида сон суягини бошидан олинган гиалин тоғай, куймич тубидан олинган “У” симон тоғай ва бўғим халтасидан кесиб олинган тўқимани бўлаклари гистологик текширилди.

Гиалин тоғайни гистологик текширилганда уни икки хил кўринишдаги оралик модда ва хондроцитлар шунингдек шакли ўзгарган лакуналар ва хужайра уяларидан ташкил топганлиги аниқланди. Оралик модда бир хил бўялмасдан унда метахромазия белгилари ва хондролиз ўчоқлари ҳамда хужайра элементларини ўзида сақламаган матрикс ёриқ соха каби кўринди. Матриксни халок бўлган сохаларида кальцификатлар учради (расм.

Расм. 2. Сон суягини бошидан олинган гиалин тоғай тўқимасини микрофотопрепарати.

Хужайра атрофи йришиб микрокиста хосил бўлиши)
Буюк - гематоксилин ва эозин, х 100).



2).

Хондроцитлар бирламчи лакуналарга жойлашган бўлиб турли хил шакл ва катталиқда эдилар. Айрим

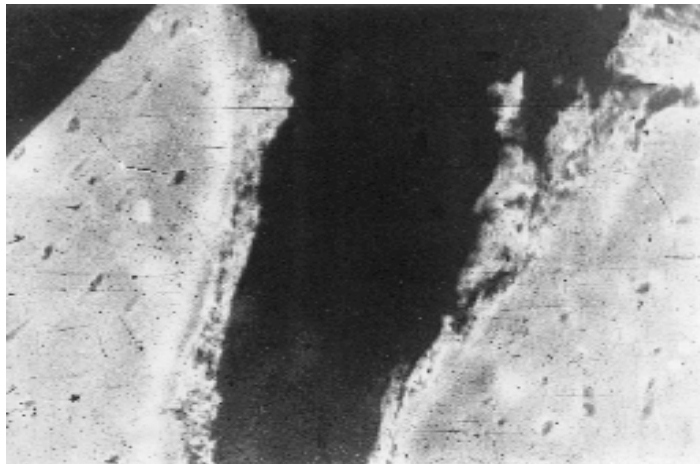
лакуналар бир ёки бирнеча хондроцитлардан хужайра уясини хосил қиладилар. Улар чўзилган шаклда бўлиб ялпайган хужайралар эса бир бирларига зич ёпишиб турадилар ва оралик моддалар билан деярли ажралмайдилар. Айримларида эса ядра кўринмайди унинг ўрнига хроматин бўлақчалари кўринади.

Браш усулида бўялганда хужайрада пикринофил ўчоқлар некроз ва некробиоз ҳолатни ва таркибий ўзгаришлардан кариопикноз ва кариорексис каби ядро хосилалари кўринади. Хроматин парчалари оч пушти рангда бўлади.

“У” симон тоғай текширишганда у ўзини таркибини сақлаган бўлиб, эластик тузилмаларини титилиб кетгани аниқланади. Хондроцитлар кам миқдорда бўлиб овал шаклда ва турли хил катталиқда бўлади. Ван-Гизон усулида бўялганда тўлқинсимон тузилмалар пикринофилия ҳолатда кўриниб тўқимани етилмаганлигини кўрсатади. Эластик тўқималарни матрикси ўрталарида етилмаганлиги ва титилиб кетганлиги аниқланади

Расм. 3. “У” симон тоғай тўқимасини фотомикропрепарати. Тоғай тўқимасини титилиб кетганлиги ва хужайра элементлари етилмаган.

(Буюк - гематоксилин ва эозин, х 100).



(расм. 3).

Бараш усулида бўялганда фибробластларни ядроси юмолоқ шаклда бўлиб уларга буюкни йиғилиб қолганлиги кўринди.

Чанок-сон бўғимини халтасини гистологик олати текширилганда уни чандиқ тўқималардан иборат эканлиги аниқланди. Коллаген толалари гомоген бўлиб уларда дегенератив-дистрофик ўзгаришлар кузатилади. ириктирувчи тўқима хужайралари гомоген кўринишда бўлиб, айрим холларда гиалинга айланиши кузатилди (расм. 4).

Болани ёши ортиб бориши билан чандиқли ўзгаришлар кучайиб боради. Бўғим халтасида эластик толалар камайиб, капилляр қон томир девори қалинлашиб, гипертрофиялашиб торайиб қолади. Айрим беморларни бўғим халтасида сурункали ялиғланиш ҳам аниқланди.

Натижалар ва муҳокама.

Сон суяги туғма чиққан болаларни ёшини ортиб бориши билан касалликни клиник белгилари ва бўғим хосил қилувчи анатомик элементларни патоморфологик ўзгаришларини чуқурлашиб бориши беморни ногиронликка олиб келади. Бундай ҳолатларни олдини олиш, бўғимдаги морфологик ўзгаришларни тўхтатиш учун ананавий операция усулларини такомиллаштиришни талаб қилади. Болаларни сонсуяклари туғма чиққанда улар-

**Расм.4. Бўғим халтаси туқимасини фотомикропрепарати. Дагал коллаген толалари ва унча кўп бўлмаган хужайра элементлари билан.
(Бўёк-гематоксилин ва эозин, х 200)**



ни операция усулида даволашдан олдин уларни чиққан оёқлари скелет тортиш ёрдамида 8-10 кун давомида тортилиб суяк боши қуймичга яқинлатилади ва организмни умумий қувватини оширувчи дори дармонлар берилади.

Операциядан олдинги бундай тайёргарлик тугагач беморни операция усулида чиққан сон суяги ўрнига қўйилади. Беморга эндотрахеал наркоз берилгач Лексер-Олье-Мерфи тавсия қилган усулда бўкса соҳасида тери ва уни остидаги туқималар кесилиб, катта кўст очилади. Ўрта ва кичик думба мускуллари катта кўстан субхондрал кесилгач, уни юқорига тортиб бўғим халтасидан ажратилади. Шундан кейин кўст остидан кўндалаг йўналишда асоси ичкари томонда бўлган 20⁰ дан 40⁰ гача (сон суяги бўйни ва диафиз орасидаги бурчакни вальгус ҳолатига қараб) бўлган суяк понаси кесиб олиб ташланади. Суякни четки бўлагидан узунлиги 1 см гача бўлган тишсимон ўсимта қолдирилади. Сўнгра бўғим халтаси очилиб суяк бошидаги морфологик ўзгаришларни ҳажмига ва уни жойлашишига эътибор берилиб варизацияловчи бурчак аниқланилади, қуймич ичидан ёғсимон туқималар олиб ташланиб чуқурлаштирилиб уни томини гумбаз ҳолати тикланади. Юпкалаштирилган бўғим халтаси билан суяк бошини ўраб тикилиб суяк бўйини- диафиз орасидаги бурчак 120⁰ бўлиб, 15-20⁰ антиверзия ҳолатида қуймич ичига жойлаштириб ҳаракати текширилади. Тўғриланган антиверзия ҳолатини ўзгартирмай туриб, суяк бўлаклари тўғриланиб, четки бўлакдаги тишни тўғрисида, суякни марказий бўлагидан тишга мос равишда чуқурча ясалиб

суяк бўлаклари репозиция қилинган Фридланд ёки Богдановни металл ўзаклари билан металлостеосинтез қилинади. Шундан сўнг ўрнига қўйилган сон суягини бошини қуймич ичига стабил-муқим жойлашиш аниқланади. Шундан кейин операцияда жароҳатланган туқималарни бутунлиги тикланиб қаватма қават тикилади. Оёқларга 1,5 ли кокцидди гипсли боғлам 4-5 ҳафта муддатга қўйилади. Бу операция 85 болада бажарилди.

Операциядан кейин беморларга антибиотиклар оғрик қолдирувчилар ва организмни қувватини оширувчи дорилар билан, даволовчи жисмоний тарбияни I даврига мос машқлар буюрилди. Гипсли боғлам 4 ҳафта, ва металл ўзак 4 ойдан кейин олиб ташланиб беморни операция ўтказилган бўғимини функциясини тикловчи машқлар ва физиотерапевтик муолажалар буюрилди.

Сон суягини туғма чиқишини такомиллашган операция усули-сон суягини бошини Колонна усулида пластика қилиб, бўғим диафиз бурчагини ва антеверзияни камайтириб сон суягини калта қилиш билан 85 болада бажарилган операция натижалари ананавий операция усулига қараганда кўпроқ ижобий натижа бериб, бўғимни меёрга яқин анатомик ҳолатга келтириб функциясини қониқарли бўлишига олиб келади.

Хулоса: Сон суягини туғма чиқишини такомиллашган операция усулида патологик антеверзияни бартаграф қилиб, бўйин-диафиз бурчагини 120-125⁰га келтириш, суяк бошини қуймич ичига яхши жойлашишига олиб келади.

Кўст остидан бажарилган варизацияловчи деротация қилувчи, тишсимон, калталовчи остеотомия, ўрнига қўйилган сон суягини бошига таъсир этувчи босимни камайтириб, некроз ҳолатини тўхтатиб бўғимни анатомик ва функционал ҳолатини тикланишига олиб келади.

АДАБИЁТЛАР

1. Мирзаева И.И., Гончарова М.Н., Тихоненков Е.С. **Оперативное лечение врожденного вывиха бедра у детей.** - 1976.
2. Судзуки Р. **Достижения в профилактике и лечении врожденного вывиха бедра в Японии**// Ортопедия, травматология, протезирование. - 1988. - №4. - С.25.
3. Лордкипанидзе Э.Ф., Алдашвили Л.Т. **Об этиологической связи дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра** // Ортопедия, травматология, протезирование. - 1988. - №3. - С.56.
4. Волков М.В., Тер-Егизаров Г.М. **Врожденный вывих бедра.** - М., 1972.
5. Холхўжаев М. **Хирургический метод лечения врожденного вывиха бедра у детей:** Дис.... докт. мед. наук. - Ташкент, 1994.

Захидов А.Я.,
Боситхонова Э.Э.,
Сабиров Д.М.,
Атаханов Ш.Э.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АМПЛИТУДНО-МОДУЛИРУЮЩЕЙ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ВВЛ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МОЗГОВОМ ИНСУЛЬТЕ.

(Каф. анестезиологии-реаниматологии и скорой помощи Ташкентского Института Усовершенствования Врачей.)

Мия инсультда содир булувчи бронх-упка асоратларини даволашда амплитудаси модуллашган юкори тезликда такрорланувчи ердამчи упка вентиляциясининг эффективлигини аниклаш максидида беморларда марказий ва мия кон айланшининг асосий курсаткичлари, кон газлари, ташки нафас функциялари урганилди.

Утказилган текширувлар шуни курсатдики, амплитудаси модуллашган юкори тезликда такрорланувчи ердამчи упка вентиляциясини умум кабул килинган интенсив даволаш усуллари комплексиди, упкада газ алмашинуви эффективлигини оширади, юрак насос функциясини яхшилади ва миокардни тежам иш режимига утказди. Утказилган текширувлар натижалари асосида хулоса қилиб айтиш мумкинки, бу усул мия инсультда юзага келувчи хар хил бронх-упка асоратларини, аввалам бор упка шишини, олдини олишда ва даволашда эффектив усуллардан бири булиб, беморлардаги улим даражасини камайтиради.

Effectiveness of amplitude modulate high-frequency ventilation in intensive cure of acute respiratory insufficiency in stroke.

There were produced dynamic investigations of central and cerebral haemodynamics, gases of blood and functions of outward breathing in order to elucidate effectiveness of amplitude modulate high-frequency ventilation in intensive cure of acute respiratory insufficiency in stroke.

Investigations showed that the method of amplitude modulate high-frequency ventilation in complex of methods of intensive cure in stroke leads to increasing of effectiveness of oxygenation, improvement of functions of heart and providing more economical regime for myocardium. And so the method of amplitude modulate high-frequency ventilation is one of effective methods of prophylactic and treatment of bronch-pulmonary complications and fist of all such complication like neurogenic pulmonary edema and thereby considerably reduces mortality in stroke.

Одной из наиболее актуальных проблем современной медицины является совершенствование методов интенсивной терапии при осложненном течении мозгового инсульта (МИ). Деструктивно-функциональные изменения в головном мозге, возникающие в остром периоде МИ, нередко приводят к полиорганной недостаточности, с развитием осложнений со стороны жизненно важных органов и систем, вследствие нарушения их центральной регуляции, что играет немаловажное значение в развитии критических состояний. Неизбежность целостной реакции организма при МИ очевидна, однако центральное место в интенсивной терапии при осложненном течении МИ занимает острая дыхательная недостаточность (ОДН), которая развивается на фоне различных бронхо-легочных осложнений (БЛО) [4,5,8,9,11,12,13].

Несмотря на достигнутые успехи в лечении МИ, летальность при присоединении бронхо-легочных осложнений (БЛО), остается еще очень высокой и по данным различных авторов составляет 79-85% [4,9,11,13], что свидетельствует о низкой эффективности существующих методов интенсивной терапии. В этой связи, весьма перспективным представляется применение у данного контингента больных метода амплитудно-модулирующей высокочастотной вспомогательной вентиляции легких (АМВЧ ВВЛ) в комплексе общепринятых методов интенсивной терапии.

В последнее время метод АМВЧ ВВЛ получает все большее распространение в респираторной терапии ОДН различной этиологии [1,2,3,6,10,14, 15,16]. Положительным эффектом применения АМВЧ ВВЛ является прежде всего обеспечение оксигенации крови высокой степени. Вместе с тем, многие авторы отмечают положительное влияние АМВЧ ВВЛ на гемодинамику. В частности, АМВЧ ВВЛ способствует перераспределению крови из большого в малый круг кровообращения и тем самым приводит к гемодинамической разгрузке последнего, создает благоприятные условия для работы сердца, переводя его на более экономный режим работы [3,6,10].

Целью настоящего исследования явилось уточнение эффективности применения АМВЧ ВВЛ в профилактике и лечении ОДН у больных с МИ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Обследовано 100 больных в остром периоде МИ, 62 мужчин и 38 женщин, в возрасте от 29 до 84 лет. МИ у больных развился на фоне гипертонической болезни, атеросклероза или их сочетания. У 47 больных установлен геморрагический (ГИ), и у 53 больных - ишемический инсульт (ИИ).

Больные были разделены на две группы: 1-группу, контрольную, составило 50 больных, которым проводили комплекс общепринятых методов интенсивной терапии; 2-группу, основную, составило 50 больных, которым, на фоне комплекса общепринятых методов интенсивной терапии, проводили АМВЧ ВВЛ во вспомогательном режиме. Основная и контрольная группы больных как по характеру, так и по локализации внутримозгового поражения представляли репрезентативные группы.

Проведены динамические исследования основных показателей центральной гемодинамики (ЦГ), мозгового кровообращения (МК), КОС, газов крови и функции внешнего дыхания в момент поступления, через 1 час, 4 часа, на 2-3, 5-6 сутки МИ. Оценка показателей вентиляции и резервов дыхания проводилась методом открытой спирографии по Дугласу-Холдену. Определяли частоту дыхания (ЧД), дыхательный объем (ДО) и минутный объем дыхания (МОД). Исследование КОС крови осуществляли микрометодом аструпа на аппарате АМЕ -1 ("Радиометр", Дания). Пробы анализов брали пункционно из бедренной или локтевой артерий, венозной - из катетера, установленного в подключичной или бедренной вене. Исследования показателей центральной гемодинамики (ЦГ) проводились методом интегральной реографии по Тищенко М.И. с помощью реографа ЭК-1Т-03 М. Антропометрические данные определялись с помощью весов WM-204 фирмы "DATEX" (Финляндия). Оценивались следующие параметры ЦГ: ЧСС, АДср, ударный индекс (УИ), сердечный индекс (СИ). Исследования показателей церебральной гемодинамики (ЦерГ) проводились методом РЭГ с помощью реографа Р4-02 с регистрацией ЭКСТ-2. Определялись следующие параметры ЦерГ: диастолический индекс, диастолический индекс, модуль упругости.

Больным контрольной группы проводилась инсуфляция увлажненным кислородом, а больным ос-

новой группы проводилась АМВЧ ВВЛ либо через мунштук-загубник, либо через пластиковую трубочку диаметром 1,8 мм, введенной в трахею через нос. АМВЧ ВВЛ проводилась аппаратом “Респи-ратор струйный высокочастотный” РС-3, с частотой 100 в мин., при соотношении времени вдох:выдох = 1:2. Отличие АМВЧ ВВЛ от обычной ВЧ ВВЛ заключается в том, что при этом происходит модуляция дыхательного объема по амплитуде его значений, т.е. респиратор, пропуская струю О₂ отверстия различного диаметра, создает цикличность разных значений дыхательного объема, обеспечивая не монотонность дыхания. Во время АМВЧ ВВЛ больным проводили капельное увлажнение дыхательных путей с автоматической подачей капель со скоростью 10-12 капель/мин.. АМВЧ ВВЛ проводился с момента поступления больных, с длительностью 30 минут, с последующими повторными сеансами в каждые 4 часа в течении острейшего периода болезни. В период между сеансами проводилась инсуфляция О₂ в объеме 3-4 л/мин. через носовую катетер.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Результаты исследования выявили различные БЛО у 92% больных. Отек легких(ОЛ) констатирован у 48%, пневмония(П) — у 33% и обструкция дыхательных путей(ОДП) у 11% больных. Степень выраженности и характер БЛО зависели от характера, распространенности и локализации внутримозгового поражения, причем наиболее тяжелые БЛО отмечались при обширных ГИ и вовлечении в патологический процесс межзачаточных структур. Интересно отметить, что если в первые сутки ухудшение состояния или летальный исход у больных были обусловлены главным образом за счет ОЛ, то начиная со 2-3 сутки ухудшение состояния больных было связано с развитием П и ОДП. При сравнительном анализе структуры БЛО у больных было выявлено значительное преобладание ОЛ у больных с ГИ(62%), чем у больных с ИИ(36%). А П и ОДП преобладали у больных с ИИ(55%), чем по сравнению с таковыми при ГИ(32%).

Результаты исследования основных показателей ЦГ, МК, КОС, газов крови и функции внешнего дыхания у больных основной и контрольной групп представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы, характер фоновых изменений изучаемых параметров указывали на наличие у больных обеих групп проявлений ОДН уже в момент их поступления. Об этом свидетельствует выраженное учащение дыхания, сопровождающееся гипоксемией со сниженными показателями РаО₂, гипокапния с уменьшением показателей РаСО₂, что указывало на наличие фонового гипервентиляционного синдрома. Параллельно этому также отмечалось напряжение ССС с проявлениями ухудшения работы левого желудочка, о чем свидетельствовала выраженная тахикардия, сниженные показатели СИ и УИ. Причем, большинство показателей ЦГ, МК, КОС, газов крови и функции внешнего дыхания не имели особых различий в исходном состоянии у больных контрольной и основной групп, что свидетельствует о гомогенности подобранных групп больных.

Сравнительная оценка результатов исследования, проведенных через 1 час на фоне проведения комплекса общепринятой интенсивной терапии с включением АМВЧ ВВЛ у больных основной группы, выявила достоверное различие практически всех изучаемых парамет-

ров. В частности, если у больных контрольной группы отмечалась отрицательная динамика изучаемых показателей, указывающих на усугубление степени напряжения в системе дыхания и кровообращения, степени гипоксемии, и соответственно, ухудшение мозгового кровообращения, то у больных основной группы, уже сразу после сеанса АМВЧ ВВЛ, отмечалось достоверное улучшение большинства изучаемых параметров, свидетельствующие об устранении напряжения в системе дыхания и кровообращения, купировании гипоксемии, улучшении работы левого желудочка и соответственно улучшении условий мозгового кровообращения.

Следует особо отметить значительное увеличение РаО₂(на 237%), свидетельствующем об улучшении газообмена в условиях АМВЧ ВВЛ, что клинически сопровождалось значительным регрессом проявлений ОДН в виде урежения частоты дыхания, уменьшении влажности и цианоза кожных покровов, улучшении аускультативной картины в легких.

Параллельно положительной гемодинамике в системе дыхания в условиях АМВЧ ВВЛ также отмечалось значительное улучшение показателей ЦГ в виде уменьшения ЧСС, нормализации АД, уменьшения ЦВД, что указывало на снижение компенсаторного напряжения в ССС. Как видно из таблицы, при этом отмечалось достоверное улучшение показателей работы левого желудочка, обуславливающее рост сердечного выброса, отраженного в показателях УИ и СИ. В частности, в условиях АМВЧ ВВЛ отмечалось увеличение УИ на 37% и СИ на 26%.

На фоне улучшения показателей ЦГ, и очевидно, как вследствие этого, отмечалось улучшение всех изучаемых параметров МК. Как видно из таблицы, отмечалось достоверное увеличение пульсового кровенаполнения(на 34%), снижение пре- и посткапиллярной гипертензии(соответственно на 16% и 12%), что свидетельствовало о снижении сосудистого сопротивления и улучшении венозного оттока.

Сравнительная оценка результатов исследования, проведенных через 4 часа, обнаружила дальнейшее прогрессивное ухудшение изучаемых показателей у больных контрольной группы и некоторое нивелирование эффекта от АМВЧ ВВЛ у больных основной группы, что и явилось причиной проведения повторных сеансов АМВЧ ВВЛ через каждые 4 часа.

Следует отметить своеобразное влияние АМВЧ ВВЛ на структуру и течение БЛО, а также на исход МИ у обследованных больных. В частности, если у больных контрольной группы ОЛ констатирован у 27 больных(54%), а П и ОДП у 17 больных(34%), то у больных основной группы ОЛ констатирован у 21 больных(42%), а П и ОДП у 27 больных(54%), что свидетельствует о профилактическом эффекте АМВЧ ВВЛ в отношении такого грозного осложнения, как ОЛ.

О высокой эффективности АМВЧ ВВЛ, не только профилактической, но и лечебной, свидетельствуют данные анализа причин летального исхода у больных. В частности, летальный исход наступил у всех 27 больных контрольной группы, у которых был констатирован ОЛ, то у больных основной группы из 21 больных с ОЛ, летальный исход наступил у 15 больных. Следует отметить значительное преобладание П и ОДП у больных основной группы, что, очевидно обусловлено значительном продлении жизни больных в условиях АМВЧ ВВЛ.

Таблица 1.

Сравнительная оценка динамики основных показателей ЦГ, МК, КОС, газов крови и функции внешнего дыхания у больных контрольной и основной групп. М±м.

Показатели	Исходное состояние	Исходное состояние	Через
	контр.гр	основн.гр	конт
ЧД, в мин1	26,9±0,2	31,3±0,6*	27,7:
ДО, см2	482,4±9,3	460,1±14,4	466,8
МОД, л/мин.	13,0±0,5	14,4±0,5	12,8
Ра О2, мм.рт.ст.	71,2±5,8	68,2±5,8	66,8:
РаСО2 мм.рт.ст.	35,0±2,5	32,0±2,5	34,6:
РН арт.	7,39±0,04	7,40±0,04	7,38±
ЧСС, мин1	102,6±3,4	103,0±2,5	114,6
АД ср, мм.рт.ст.	128,8±2,4	128,1±2,3*	136,1
ЦВД, мм.вод.ст.	109,8±4,6	114,4±4,2	112,4
УИ, мл/м2	27,4±1,2	26,6±1,7	23,6:
СИ, л*мин/м2	2,81±0,21	2,81±0,21	2,70±
А, ом.	0,086±0,0031	0,082±0,0049	0,073±
ДКИ, %	83,3±2,4	82,5±2,0	88,1:
ДСИ, %	88,2±2,6	88,9±2,1	92,7:

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.

Таким образом, как показывают результаты исследований, в условиях АМВЧ ВВЛ в комплексе общепринятых методов интенсивной терапии, происходит достоверное улучшение большинства изучаемых показателей ЦГ, МК, КОС, газов крови и функции внешнего дыхания.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что одним из главных эффектов АМВЧ ВВЛ является обеспечение высокой оксигенации крови, что, очевидно, обусловлено более эффективным газораспределением в легких и улучшением вентиляционно-перфузионных соотношений в условиях АМВЧ ВВЛ(1). Это позволяет постепенно расширить площадь газообмена в легких, преодолевать давление закрытия “экспираторных ловушек”, увеличивать функционально остаточную емкость и улучшить механические свойства легких(1,10).

В условиях гипоксии, следствием которой является компенсаторное напряжение в системе кровообращения, обеспечение высокой оксигенации крови применением АМВЧ ВВЛ, компенсирует кислородную задолженность миокарду, что приводит к активации окислительно-восстановительных процессов в миокарде, разрешению гипоксического спазма коронарных сосудов, благоприятной перестройке работы миокарда на более экономный и производительный режим функционирования(3,5). Именно этим эффектом, очевидно, обусловлено устранение компенсаторного напряжения в системе кровообращения и достоверное улучшение насосных функций левого желудочка, о чем свидетельствуют полученные результаты исследования.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что АМВЧ ВВЛ в комплексе общепринятых методов интенсивной терапии у больных с МИ является одним из эффективных способов, позволяющих прервать взаимообусловленный и взаимоусугубляющий порочный круг — “мозг-легкие-мозг”, путем купирования компенсаторного напряжения в системе внешнего дыхания и крово-

обращения. Об этом свидетельствует достоверное улучшение показателей МК в условиях АМВЧ ВВЛ.

Следует отметить своеобразное влияние АМВЧ ВВЛ на структуру БЛО у больных с МИ. По данным большинства авторов усугубление состояния или летальный исход у больных в первые часы и сутки МИ в значительной степени обусловлены отеком легких(4,8,11,12). Как показывают результаты исследований, в условиях АМВЧ ВВЛ отмечается значительное снижение частоты развития ОЛ(на 12%), а также летального исхода(на 29%), что свидетельствует о профилактическом и лечебном эффекте данного метода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Таким образом, результаты проведенных исследований показывают что, одним из определяющих моментов течения и исхода МИ являются различные БЛО, которые при тяжелом течении острого периода заболевания могут наблюдаться у 92% больных. Эти БЛО проявляются в виде ОЛ(48%), П(33%) и ОДП(11%). Причем, структура и характер БЛО зависят от характера и локализации внутримозгового поражения. В частности, ОЛ легких чаще всего развивается при геморрагическом характере МИ и при первичном или вторичном вовлечении в патологический процесс межуточно-стволовых структур в первые сутки заболевания, а П и ОДП начинают развиваться начиная со 2-3 суток, чаще всего при ишемическом характере МИ.

Как свидетельствуют результаты исследований, метод АМВЧ ВВЛ в комплексе с общепринятыми методами интенсивной терапии, способствуя повышению эффективности газообмена в легких, улучшению насосных функций сердца и переводу миокарда на более экономный режим работы, представляет собой один из эффективных методов профилактики и лечения БЛО при МИ, и прежде всего такого грозного осложнения, как ОЛ.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Атаханов Ш.Э. Изменения газового состава крови и кислотно-щелочного состояния крови при высокочастотной искусственной вентиляции легких. //Анестезиология и реаниматология. М., 1984; №4: с 14-17.
2. Атаханов Ш.Э. Способ сочетанной традиционной и высокочастотной искусственной вентиляции легких. //Анестезиология и реаниматология. М., 1985; №4: с 27-29.
3. Выжигина М.А., Лукьянов М.В. Влияние традиционной и высокочастотной ИВЛ на легочную, системную гемодинамику и микроциркуляцию в легких. //Анестезиология и реаниматология. М., 1993; №5: с. 16-22.
4. Горбунов А.Г. Бронхо-легочная патология у больных с острым нарушением мозгового кровообращения. //Современные методы диагностики и лечения заболеваний органов дыхания. М., 1983; с. 102-107.
5. Зильбер А.П. Дыхательная недостаточность. М., Медицина, 1989; 512 с.
6. Кассиль В.Л. Применение высокочастотной искусственной вентиляции легких в реаниматологии. //Анестезиология и реаниматология. М., 1983; №5: с. 26-30.
7. Мазурина О.Г. Струйная высокочастотная искусственная вентиляция легких при острой послеоперационной дыхательной недостаточности. //Вестник интенсивной терапии. М., 1994; вып. 2: с. 32-35.
8. Мартынов Ю.С. О значении острой легочной патологии при нарушениях мозгового кровообращения. //Ж. невропат. и психиатр. М., 1981; Т. 81; вып. 1: с.-27-31.
9. Попова Л.М. Интенсивная терапия при заболеваниях нервной системы. //Вестник интенсивной терапии. М., 1994; вып. 2: с. 4-9.
10. Сабиров Д.М., Ким Е.В. К вопросу о применении струйной модулирующей высокочастотной искусственной вентиляции легких у больных с острой дыхательной недостаточностью. //Анестезиология и интенсивная терапия. Алмааты, 1995. 1(2): с. 5-10.
11. Сабиров Д.М. и др. Острая легочная патология у больных с острым нарушением мозгового кровообращения. //Анестезиология и интенсивная терапия. Алмааты, 1996; 1(2): с. 64-66.
12. Тель А.З., Лысенков С.П. Центральные нервные механизмы отека легких. Алмааты, 1989: 237 с.
13. Тель А.З., Баннов Л.Б. Легочные осложнения при остром нарушении мозгового кровообращения. //Ж. невропат. и психиатр. М., 1982; Т. 82; вып. 2: с. 62-65.
14. Babinski M.F., Albin M., Smith R.B. Effect of high frequency ventilation in JCP. //Crit. Care Med. 1981; v. 9; 2: p. 159-160.
15. Siostrand U. Review of the physiological rationale for and development of high-frequency positive-pressure ventilation(HFPPV).//Acta anaesth. Scand., 1977.-suppl.64.-p.7-27.
16. Siostrand U.H. Development of high frequency positive pressure low-compression ventilation. //Int. Anesth. Clin., 1983. Vol.21,- 3.,-p.11-32.

Кариев Т.М.,

Абулкасимов С.П.

ПРЕЦИЗИОННАЯ РЕЗЕКЦИЯ ТУБЕРКУЛЕМЫ ЛЕГКОГО

*НИИ фтизиатрии и пульмонологии им.Ш.А.Алимова МЗ РУз, г.Ташкент.
(Директор - член-корр. АН РУз, проф. А.М.Убайдуллаев)*

чап ўпкада жойлашган. Чап томонда кўпроқ 1-2 ўпка сегментлари, ўнг томонда 2 ва 6 сегментлар зарарланган. Ўпка туберкулемасини прецизион йўл билан олиб ташлаш аъзони саклаб қола оладиган ва кам шикастловчи жароҳлик даволаш усули эканлиги аниқланган. Ҳамма беморларда операциядан кейинги яқин ва узок даврдаги натижалари юқори самарадорликка эришилган.

Precision resection of tuberculoma of the lung by means of monopolar electrocoagulation was made at 34 patients, carbonic acid gas - at 14 patients. The sizes of tuberculomas varied mainly from 2 to 4 sm. 22 patients had right - side localization, 26 - left-side. More often on the left side 1-2 lung segments were affected, on the right side - 2 and 6 segments. It is proved that precision removal of tuberculoma of the lung is less traumatic and this surgical method causes the least damage of the lung. High clinical effectiveness of near and further results was obtained with all the patients who were performed this operation.

Хирургическое лечение туберкулемы легкого является одним из основных и эффективных методов терапии. Показаниями к оперативному лечению служат туберкулемы средних и больших размеров (более 2 см в диаметре), особенно с наличием распада и бактериовыделением, с торпидным течением заболевания и периодическим обострением туберкулезного процесса [3,5].

Среди хирургических методов лечения наиболее часто применяются атипичные резекции легких - краевая или клиновидная с помощью механического шва аппаратами УО, значительно реже - анатомическая резекция легочного сегмента или доли легкого. При оперативных вмешательствах с использованием аппаратов УО в зоне механического шва деформируется и травмируется легочная ткань с участками кровоизлияний, некроза и нарушением её структуры. Нередко удаляется здоровая, фун-

кционирующая часть легкого [1,4,6].

С целью устранения указанных недостатков акад.М.И.Перельманом (1981) предложен новый экономный метод прецизионной резекции ограниченных патологических образований легкого. Принцип прецизионной резекции состоит в поэтапном и аккуратном рассечении легочной ткани вокруг патологического образования с использованием точечной электрокоагуляции. Мелкие бронхи и сосуды пересекаются после изолированной перевязки тонкими синтетическими нитями. После удаления патологического образования формируется коагулированная раневая поверхность легкого, которую можно оставить открытой или герметично ушить узловыми атравматическими швами [2].

У оперированных нами больных прецизионная резекция выполнялась при раздутом состоянии легоч-

ной ткани, достигаемое с помощью наркозного аппарата. В таком состоянии значительно упрощается методика операции, легче рассекается легочная ткань, уменьшается глубина ожоговой поверхности. Кроме того, при точечной электрокоагуляции раздутого легкого более четко обнажаются бронхиальные и сосудистые образования, что облегчает их изолированную перевязку.

Прецизионная резекция туберкулемы легкого выполнена нами у 48 больных. Мужчин было 33, женщин - 15. Подавляющее большинство больных (42 - 90,8%) было в молодом и наиболее трудоспособном возрасте - от 20 до 40 лет, а продолжительность заболевания колебалась от 1 года до 3 лет. В течение указанного времени больные неоднократно получали антибактериальную и общеукрепляющую терапию в стационарных и амбулаторных условиях без существенного эффекта. При поступлении в клинику туберкулезный процесс в легких по клинко-рентгенологическим данным находился в фазе стабилизации. У всех 48 больных диагностирована солитарная туберкулема, размеры которой, как правило, составляли от 2 до 4 см в диаметре. Правосторонняя локализация туберкулем установлена у 22 больных (45,8%), левосторонняя - у 26 (54,2%). Наиболее часто туберкулемы располагались слева в 1-2 легочном сегменте, справа - во 2 и 6 сегментах. Остальные легочные сегменты поражались значительно реже. У 11 больных (22,9%) обнаружен распад туберкулемы, у 7 (14,6%) - в мокроте микобактерии туберкулеза.

Предоперационная подготовка в связи с клинко-рентгенологической стабилизацией туберкулезного процесса и удовлетворительным общим состоянием больных проводилась в течение коротких сроков: от 2 до 4 недель двумя (изониазид + этамбутол) или тремя (стрептомицин + изониазид + этамбутол) противотуберкулезными препаратами.

Прецизионное удаление туберкулемы с использованием монополярной электрокоагуляции выполнено у 34 больных, углекислотного лазера - у 14. После точечной электрокоагуляции образовавшаяся раневая поверхность легкого дополнительно ушивалась узловыми атравматическими швами для создания герметичности оперированного легкого. Только у 4 больных на начальном этапе применения прецизионной методики раневая поверхность легкого не ушивалась.

При применении углекислотного лазерного излучения (аппарат Скальпель -1) иссечение туберкулемы в пределах здоровой легочной ткани производилось полурасфокусированным лазерным лучом. Полурасфокусированный луч получали при удалении указателя световода лазерной установки на расстоянии 3,5 - 4 см от рассекаемой легочной поверхности (диаметр луча 2,2 мм, плотность мощности 0,9 кВт/см²). При этом субсегментарные сосуды рассекались с помощью точечной электрокоагуляции, а субсегментарные бронхи после предварительной перевязки тонкой синтетической нитью и пересечения заваривались полурасфокусированным лазерным лучом. Раневая поверхность легкого дополнительно обрабатывалась расфокусированным лазерным лучом с формированием тонкой гемокоагуляционной пленки с надежным аэро-

гемостазом. Расфокусированный лазерный луч получали в результате удаления световода на 7-8 см от легочной поверхности (диаметр луча 4 мм, плотность мощности 0,3 кВт/см²). Раневая поверхность легкого у 7 больных оставлена открытой, у 7 больных - ушивалась узловыми атравматическими швами.

После операции в течение 2-3 недель рентгенологические данные показали, что в ложе удаленной туберкулемы определялась ограниченная воспалительная реакция в виде четкого гомогенного затемнения. Через 4 - 5 недель после прецизионной резекции туберкулемы указанное инфильтративное затемнение полностью рассасывается с восстановлением структуры легочной ткани.

В ближайшем послеоперационном периоде легочно-плевральные осложнения развились у 3 больных. Внутрileгочный абсцесс в ложе удаленной туберкулемы сформировался у 1 больного, спонтанный пневмоторакс - у 1 и остаточная плевральная полость - у 1 больного. У 2 последних больных раневая поверхность легкого не ушивалась и вследствие просачивания воздуха развились указанные осложнения. Внутрileгочный абсцесс и остаточная плевральная полость были излечены консервативно назначением антибиотиков, сульфаниламидов, пункционной терапии плевральной полости, дыхательной гимнастики. По поводу спонтанного пневмоторакса произведена реторакотомия и ушивание раны легкого с хорошим исходом.

При оценке результатов прецизионной резекции туберкулемы легкого хороший ближайший клинический эффект установлен у всех 48 оперированных больных. Отдаленные результаты через 2-5 лет после операции изучены у 32 чел. Через 1,5 года после удаления туберкулемы в оперированном легком у 1 больного наступила реактивация туберкулезного процесса, у которого туберкулоstaticкая химиотерапия оказала хороший эффект. Следовательно, в отдаленные сроки клиническое излечение констатировано также у всех 32 обследованных лиц.

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют, что прецизионная резекция легкого при туберкулезе с использованием точечной электрокоагуляции и углекислотного лазера является малотравматичным, высокоэффективным и органосохраняющим методом хирургического лечения. После прецизионного удаления туберкулемы раневую поверхность легкого целесообразно ушить узловыми атравматическими швами для надежного аэро- и гемостаза и профилактики легочно-плевральных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев А.А. Прецизионная резекция легкого при туберкулезе.: Дис.... канд. мед. наук.-М., 1989.
2. Перельман М.И. //Хирургия.-1983.-№11.-с.12-14.
3. Репин Ю.М., Трофимов М.А., Анисимов В.М., и др. //Пробл.туберкулеза.-1987.-№11.-с.45-47.
4. Стрельцов В.П., Пасечников А.Д., Трусов А.А. и др./Пробл.туберкулеза.-1992.-№1-2.-с.31-33.
5. Хирургическое лечение туберкулеза легких. /Под ред. Л.К. Богуша.-М.:Медицина, 1979.
6. Cooper J. et al.//Ann.thorac.Surg.-1986.-vol.41, №1.-p.51-53.

Каримов Ш.И.,
Спирidonов А.А.,
Мирзаев Б.Б.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ЭТАПНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Второй Ташкентский Государственный медицинский институт
НЦССХ им А.Н. Бакулева РАМН

Ш.И.Каримов, А.А.Спирidonов, Б.Б. Мирзаев

АТЕРОСКЛЕРОЗЛИ МУЛЬТИФОКАЛ КУРИНИШДАГИ КОН ТОМИРЛАР ВА КОРИН АОРТАСИ АНЕВРИЗМИНИ ЖАРРОХЛИК ЙУЛИ БИЛАН БОСКИЧЛИ ДАВОЛАШ

Корин аортани аневризмининг (КАА) атеросклерозли мультифокал куринишдаги хасталиклар билан 187 бемор жаррохлик йули билан даволанган. Шу беморларнинг 152 нафарида иккитдан зиёд мультифокал (майда асосий кон томирларни атеросклерозли хасталиги) холатлари кузатилди. Бундай куринишдаги хасталиклар беморларни жаррохлик йули билан даволаш натижаларига катта салбий тасир этиб асоратларни юзага чикариши мумкин. Текширишлар натижасида бундай хасталанган беморларда боскичли оператив даволаш йуллари танлаб олинди.

Sh.I. Karimov, A.A. Spiridonov, B.B. Mirzoev

SURGICAL TACTICS AND STAGING OF OPERATIVE TREATMENT IN PATIENTS WITH ABDOMINAL AORTA ANEURYSM IN MULTI FOCAL ATHEROSCLEROSIS

An analysis of operative treatment for multifocal abdominal aorta aneurysm (AAA) was carried out in 187 patients. Of patients operated 152 ones had more than two multifocal damages in different arterial pools playing an important role for prediction of operative intervention and a course of postoperative after troubles. Upon studies tactics to reveal an estimation of results and choice of staging of operation in various types of multifocal damage of magistral vessels in AAA patients has been elaborated by us.

Основополагающим фактором для развития аневризм брюшной аорты (АБА) и инфраренальном отделе служит атеросклеротический процесс, особенно если ему сопутствует артериальная гипертензия [1, 2]. Среди населения атеросклероз артерии нижних конечностей ежегодно выявляется у 1,8 мужчин и 0,6 женщин (на 100 обследованных) в возрасте 45-54 лет; 5,1 и 1,9 соответственно в возрасте 55-64 лет; 6,3 и 3,8 — в возрасте 65-74 лет [3, 4, 5].

Большинство больных с аневризматической болезнью аорты, имеют мультифокальный системный характер поражения артериальной системы [6, 7]. Поражение других артериальных бассейнов таких как каротидных, почечных, коронарных артерий, артерий нижних конечностей определяет характер операций и выбор хирургической тактики. Однако, риск ее при сопутствующей АБА значительно возрастает [8].

Таким образом, проблема актуальна и требует разработки хирургической тактики и этапности лечения у больных АБА при мультифокальном атеросклерозе.

Материал и методы исследования.

Обследования и материалом для исследования послужили анализ результатов хирургического лечения 187 больных с неосложненными атеросклеротической природы, из выявлено только у 25 больных, а у 162 них изолированной АБА мультифокальная форма атеросклероза 162. Средний возраст больных составил $66,9 \pm 3,7$ года. Соотношение мужчин и женщин составляет 6:1. За период с 1975 по 1993 год число оперированных больных с типичной картиной АБА, протекающей с болевым симптомокомплексом составило 104 (54,9%) против 83 (45,1%) оперированных бессимптомных формой заболевания. Основными методами диагностики АБА были дуплексное сканирование, компьютерная томография и ангиография.

Среди 187 оперированных нами больных с АБА 152 имели более двух локализаций мультифокального поражения в различных артериальных бассейнах, играющих значительную роль в прогнозе оперативного вмешательства осложнений и развитии послеоперационных (табл.)

Таблица

Характер мультифокальных поражений магистральных артерий у 152 оперированных больных с АБА.

Локализация	Число больных
Сонные и позвоночные артерии	25(12,4%)
из них с инсультом	6(2,9 %)
Чревный ствол и верхняя брыжеечная артерия	20 (9,9%)
Почечные артерии	39 (19,3%)
из них с вазоренальной гипертензией	30 (14,9%)
Нижняя брыжеечная артерия	145(71,8%)
Артерий верхних конечностей	30 (14,9%)
Артерий нижних конечностей	109 (54,0%)

Нужно отметить также большой процент поражения коронарных артерий. В частности ишемическая болезнь сердца (ИБС) выявлена у 89 (44,1%), из них с инфарктом миокарда в анамнезе — 43 (21,3%). С 1983 года мы начали проводить более детальное исследование для выявления факторов риска у больных АБА. У 16 больных АБА сопутствующей ИБС, стенокардией покоя произведена коронарография и 12 больных первым этапом выполнено аортокоронарное шунтирование (АКШ) и только после этого — резекция АБА. Остальные больные с ИБС оперированы после длительной медикаментозной подготовки.

Результаты исследования и их обсуждение.

В результате оперативного лечения не осложненной формы АБА у 92 (46%) больных при интактной бифуркации брюшной аорты удалось произвести резекцию АБА и линейное протезирование аорты.

Еще у 52 (25,7%) больных, у которых реконструкции выполнены интраабдоминально, дистальные анастомозы бифуркационного протеза наложены либо с общими, либо с наружными подвздошными артериями.

У 57 (28,3%) больных, из-за поражения подвздошно-бедренного сегмента, возникла необходимость выведения бранш протеза на бедра и дистальный анастомоз накладывался с общей бедренной или глубокой артерией бедра (при окклюзии поверхностей бедренной артерии).

У 87 (43,1%) больных резекция аневризм брюшной аорты с протезированием была дополнена реконструктивными операциями на других артериальных ветвях аорты (почечные 21 (10,4%) и висцеральные 6 (3,0%)) с целью профилактики, нарушения кровоснабжения тонкой и толстой кишки и коррекции вазоренальной гипертензии.

У 3 (1,5%) больных при сочетанном критическом поражении бифуркации сонных артерий профилактически I этапом произведена каротидная энarterэктомия. Выявление стенозирующих поражений внутренних сонных артерий основано на обязательном дуплексном сканировании сонных артерий. При выявлении стенозов более 75% или эмбологенно опасных стенозов меньшей степени больным обязательно проводится ангиография сонных артерий. При критическом состоянии или стенозе сонных артерий с опасностью эмболии, при стабильном состоянии АБА, первым этапом выполняется каротидная энarterэктомия, а вторым — резекция АБА. При угрозе разрыва АБА производится либо одномоментная операция, либо первым этапом резекция АБА, а вторым — каротидная энarterэктомия. При стенозах менее 75% необходимо после операции по поводу АБА динамическое наблюдение за состоянием сонных артерий и при быстром прогрессировании стеноза или появлении транзиторной ишемической атаки в этом бассейне показаны каротидная ангиография и энarterэктомия. Больным АБА в сочетании с ИБС при неэффективности медикаментозного лечения первым этапом показано коронарография и АКШ.

С нашей точки зрения к основным факторам снижения частоты осложнений после резекции АБА и послеоперационной летальности относится следующее:

- накопление опыта хирургического лечения АБА;
- тщательное изучение, планомерное и целенаправленное выявление основных описанных факторов риска (сосудисто-мозгового, коронарного, легочного и почечного) медикаментозными и оперативным путем;
- выработка алгоритма этапности и их устранения хирургического лечения больных с мультифокальными атеросклерозами;
- пред- и интраоперационное изучение центральной и периферической гемодинамики у больных с АБА и соответствующая тактика введения их как во время, так и после операции;
- целенаправленное выявление и активная хирургическая тактика при лечении АБА малых размеров в асимптомной стадии заболевания.

*Кондратенко П.Н.,
Уманец Н.С.,
Андреев С.А.,
Бекмуратов А.Р.,
Мовчан Б.Б.,
Уманец Н.Н.*

Диагностика и хирургическое лечение диафрагмальных грыж до настоящего времени остается актуальной проблемой. Этим вопросам посвящено много работ как отечественных, так и зарубежных авторов. Об ошибках в

Группу повышенного риска развития почечной недостаточности в послеоперационном периоде составили следующие больные: 1) с субренальными аневризмами, когда требуется пережатие аорты выше почечных артерий; 2) с пониженным почечным резервом (креатинин сыворотки более 0,02 ммоль/л); 3) со стенозами почечных артерий; 4) с тяжелыми дегенеративными атероматозными или кальциозными изменениями стенки аорты в области просимального анастомоза; 5) при длительном (более 30 мин) пережатии аорты; 6) при большой кровопотере с массивными замещением крови при отсутствии аппарата для аутогемотрансфузии.

С нашей точки зрения, наряду с увеличением опыта хирургического лечения больных с АБА, именно лечение больных с малыми размерами АБА в безболевого стадии заболевания, позволило нам за последние 3 года, добиться нулевой летальности.

Таким образом, хирургическая тактика этапности операции должна определяться с учетом клиники и характером поражения артериальных бассейнов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Спиридонов А.А., Каримов Ш.И. Хирургия аневризм брюшной аорты // Ташкент, Медицина. 1996. С.26-31
2. Geloularas G., Nicolcrdes A. Intrarenal abdominal aortic aneurysms less than five centimetres in diameter // The surgeons Dilemma. - Eur. J. Vasc.Surg., 1992. Vol.6, - P.616-622.
3. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия // Москва, Медицина. 1989. С.676-677.
4. Haimovici H. Vascular surgery. - Norward: Appleton Centuty. - Crof. - 1984/ -1187 p.
5. Углов А.И., Кислицкий А.И. и др. Неосложненная хирургическое лечение атеросклеротических аневризм интра- и инфраренального отдела аорты // IV Всеросс. Съезд сердечно-сосуд. хирургов. Тез.докл. Москва, — 1998. — С.124-125.
6. Казанчан П.О., Бойков А.В. и др. Возможно ли улучшение результатов хирургического лечения разрывов аневризм брюшной аорты. // IV Всеросс. Съезд сердечно-сосуд. хирургов. Тез.докл. Москва, — 1998. — С.116-117.
7. Мирзаев Б.Б. Факторы риска и причина летальности после резекции аневризм брюшной аорты. Хирургия Узбекистана. — 1999. — с.70-72.
8. Белов Ю.В., Косенков А.Н. Комплексный подход к диагностике и хирургическому лечению больных аневризмами брюшного отдела аорты (классификация) // Хирургия. Москва. 1999. — №1. — С.5-7.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ.

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины.

диагностике и оперативной тактике при диафрагмальных грыжах в своих работах и наблюдениях приводят / В.Я.Бараков, П.А. Самотесов, 1976; В.Г. Этин, 1977 и др./.

Диафрагмальные грыжи могут возникнуть вследствие

недостаточности пищеводно-желудочного перехода, аномалии эмбрионального развития диафрагмы, ее травматических повреждений, а также некоторых других причин, включая возрастные инволюционные изменения.

Общим для всех грыж этой локализации является пролабирование органов брюшной полости в грудную полость и средостение через расширенное пищеводное отверстие диафрагмы, через сквозной дефект диафрагмы или слабые зоны ее, так называемые щели, или треугольники, в свое время описаны Лорреем, Морганьи, Бохгда-леком.

В происхождении их имеет определенное значение травма, сопровождающаяся резким появлением внутрибрюшного давления тяжелый физический труд, беременность, роды, ожирение.

При травматических диафрагмальных грыжах смещение брюшных органов в грудную полость происходит либо в момент травмы, либо через тот или иной промежуток времени.

Диагноз при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы ставится на основании клинической картины, данных рентгенологического исследования органов грудной клетки и желудочно-кишечного тракта, эндоскопического исследования пищевода и желудка, эзофагоманометрии; с учетом рН-метрии, провокационных проб на рефлюкс-эзофагит.

В то же время многообразие симптомов и их непостоянство при травматических и парастеральных диафрагмальных грыжах зачастую ставят в затруднительное положение клиницистов, а ущемление диафрагмальной грыжи - одно из самых сложных осложнений, которое может привести к непредсказуемым результатам. Наш скромный опыт свидетельствует о серьезных затруднениях, которые подчас испытывают не только начинающие врачи, но и весьма опытные клиницисты при встрече с этим грозным осложнением.

Клиника при грыжах этой локализации самая разнообразная и зависит, в первую очередь, от того, какие органы сместились в грудную полость, от степени их сдавливания в грыжевых воротах, а также от смещения органов средостения.

У одной группы больных преобладают симптомы со стороны органов брюшной полости, так называемая абдоминальная форма: боль в подложечной области, дисфагия, тошнота, рвота, метеоризм, чувство тяжести после приема пищи, запоры, чередующиеся изнуряющими поносами.

У другой эпифренальной формы выступали кардиореспираторные симптомы: боли в области грудной клетки или в области сердца по типу стенокардии, одышка, кашель. В литературе описаны смешанная и латентная формы. Такие больные зачастую находятся под наблюдением врачей-кардиологов или гастроэнтеролога. Смещенной в грудную полость чаще всего бывает поперечно-ободочная кишка, что имело место у 20-ти наших больных, толстая кишка с большим сальником - 6-ти больных, тонкий кишечник - у 4-х, желудок - у 3-х, парастеральная липома - у 2-х, тотальное смещение толстой и тонкой кишки с желудком и селезенкой - у 2-х больных.

Значительно более трудна диагностика посттравматических диафрагмальных грыж при ущемлении желудка, когда на фоне крайне тяжелого состояния невозможно исключить заболевания органов грудной или брюш-

ной полости, что имело место у 3-х наших больных с диафрагмальными посттравматическими грыжами купола диафрагмы, причем у одной из них был некроз стенки желудка с перфорацией в плевральную полость, плевро-пульмональный шок.

В диагностике этого вида грыж первостепенное значение имеет рентген - контрастное исследование желудочно-кишечного тракта с тугим наполнением контрастом в положении Тренделенбурга.

Наибольшие затруднения возникают при диагностике парастеральных диафрагмальных грыж, содержащих в грыжевом мешке только один сальник, а также при парастеральных липомах, когда необходимо дифференцировать между целомической кистой перикарда, липомой или невриномой средостения. В таких случаях наиболее ценным диагностическим методом является пневмоперитонеум и пневмомедиастенография. Хотя и они далеко не всегда позволяют избежать диагностических ошибок.

На основании данных литературы и собственных наблюдений мы стремились определить наиболее характерные признаки изложить наиболее рациональные методы хирургического лечения диафрагмальных грыж этой локализации.

В клинике с 1977 по 1998 гг. оперированы 560 больных по поводу диафрагмальных грыж различных локализаций в возрасте от 24 до 74 лет: грыжи ПОД - 520 / 92%/, травматические грыжи купола диафрагмы - 28 / 6%/, парастеральные грыжи - 12 / 2%/.

При грыжах ПОД производили различные антирефлюксные операции с хиатопластикой и кардиопексией. Преимущество отдавали методике разработанной в клинике, которая заключается в мобилизации дна желудка по большой и малой кривизне с выделением стволов блуждающих нервов и последующей вневагусной фундопликации.

Как мы убедились на нашем опыте, это предотвращает от всевозможных осложнений, связанных с травмой вагуса в раннем и позднем послеоперационном периоде.

У больных с посттравматическими грыжами купола диафрагмы применяли следующие доступы:

Абдоминальный — 20

Торакальный — 5

Комбинированный торакоабдоминальный — 3.

Пластику грыжевых ворот купола диафрагмы производили собственными тканями диафрагмы у 25 больных.

У 3-х больных применили аллопластический материал тефлон, используя при этом сосудистые тефлоновые протезы, когда из-за обширности дефекта купола диафрагмы невозможно было устранить его собственными тканями.

Группа больных с парастеральными диафрагмальными грыжами самая немногочисленная — 12. У 8-ми из них парастеральные грыжи диагностированы до операции, остальным ставились другие диагнозы — кисты средостения, липомы или неврины.

У 3-х пациентов был применен правосторонний торакальный доступ, который считаем методом выбора, когда нам не удавалось исключить другую патологию органов грудной клетки, используя при этом все доступные диагностические методы. У остальных 9-ти больных применяли абдоминальный доступ. На наш взгляд, он явля-

ется менее травматичным и более удобным.

Ответственным моментом является низведение грыжевого мешка с его содержимым в брюшную полость, который как правило, сращен с органами средостения.

При низведении сместившихся органов в брюшную полость производится тщательная ревизия содержимого грыжевого мешка и грыжевых ворот, тщательный гемостаз, контроль на аэростаз в случае сращения грыжевого мешка с легочной тканью.

В случае узких грыжевых ворот мы их расширяем в латеральном направлении, рассекая диафрагму параллельно реберной дуге. После расширения грыжевых ворот грыжевое содержимое низводится в брюшную полость. Будучи освобожденным и низведенным в брюшную полость кишечник попадает в новые анатомические условия и, как правило, в послеоперационном периоде на 3-4 сутки, когда появляется перистальтика, она сопровождается приступообразными схваткообразными болями по типу паралитической кишечной непроходимости: вздутие и асимметрия живота, неотхождение газов, появление патологической перистальтики и т.д.

Поэтому в последнее время мы после низведения кишечника в брюшную полость производили 2-х стороннюю колонопексию /фиксация толстой кишки к фасции *m. iliopsoas*, создавая этим правильное анатомо-топографическое расположение толстой кишки для последующей ее нормальной физиологической функции. Производим 2-х стороннюю интраоперационную паранефральную новокаиновую блокаду 0,25% раствором новокаина, а также вводим новокаин в брыжейку тонкой и толстой кишки до 150-200 мл. Пластику грыжевых ворот мы производим обычными П-образными швами, используя шовные материалы — лавсан или шелк №5. Подшивая края диафрагмы к надкостнице реберной дуги, захватывая при этом заднюю стенку влагалища прямых мышц живота.

Мамакеев К.М.,

Абдуллаев Д.С.

НОВЫЕ ПЕПТИДНЫЕ БИОРЕГУЛЯТОРЫ ИЗ СТЕНКИ И КАМНЕЙ УДАЛЕННЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУЗЫРЕЙ У БОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТИТАМИ (РАБОЧАЯ ГИПОТЕЗА).

Национальный Хирургический Центр МЗ КР

Мамакеев К.М., Абдуллаев Д.С.

ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН ОФРИЛАНГАН БЕМОЛЛАРДА ОЛИБ ТАШЛАНГАН ЎТ ПУФАГИ ДЕВОРИДАН ВА ТОШЛАРИДАН АЖРАТИЛГАН ЯНГИ ПЕПТИК БИОРЕГУЛЯТОРЛАР (ИШЧИ ГИПОТЕЗА)

Лапароскопик холецистэктомия қилинган холецистит билан оғрилланган 364 беморларда микроциркуляр гомеостаз ўрганилган. Лапаротомик холецистэктомияга қараганда камтравматик операция ҳисобланишига қарамасдан бу беморларда ҳам ўткир тромбогеморрагик синдром ривожланган. Авторлар томонидан бу ҳолат гуморал пептид биорегулятор тасирида юзага келган деб тушунтирилади. Дунёда биринчи бўлиб Gallstone I, Gallstone II, пептик биорегулятор олиб ташланган ўт пуфаги деворидан ва Gallstone III билиар тошлар таркибидан топишган ва ажратиб олинган.

K.M. Mamakeev., J.S. Abdullayev.

NEW PEPTIC BIOREGULATORS TAKEN FROM THE WALL AND STONES OF GALL-BLADDERS IN PATIENTS WITH CHOLECYSTITIS.

Microcirculatory hemostasis was studied in 364 patients with cholecystitis after laparoscopic cholecystectomy. In spite of less traumatism in comparison with laparotomic cholecystectomy an acute of trombohemorrhagic syndrome is being developed in patients with cholecystitis. The author gives an explanation that it takes place under the influence of humoral peptic bioregulator. First in the world peptic bioregulators Gallstone I, Gallstone II have been separated from the wall of inflamed removed gall-bladder and Gallstone III - from biliary stones.

Изучен микроциркуляторный гемостаз у 364 больных холециститами после лапароскопической холецистэктомии. Показано что, несмотря на значительно меньшую, по сравнению с лапаротомной холецистэктомией травматичность у больных холециститами после лапароскопической холецистэктомии развивается выраженный тромбогеморрагический синдром, который автор объясняет влиянием гуморального пептидного биорегулятора.

При больших грыжевых воротах, когда невозможно подтянуть края диафрагмы к реберной дуге и создается опасность прорезывания швов, мы делаем насечки в безопасной зоне купола диафрагмы в шахматном порядке, или делаем один разрез параллельно реберной дуге. Используя при этом схему рациональных разрезов диафрагмы по *Merendino*. Разрезы эти благодаря пластическим свойствам диафрагмы легко ушиваются.

Отдаленные результаты изучались от 1 до 10 лет. После коррекции грыж ПОД умерло 4 больных, рецидивы наблюдались у 6-ти больных.

После коррекции травматических диафрагмальных грыж умерло 2-е больных. Рецидив грыжи наступил у одного больного.

У больных с парастеральными диафрагмальными грыжами рецидивов и смертных случаев не было.

Многообразие симптомов при диафрагмальных грыжах со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, нетипичность клинической и рентгенологической симптоматики, трудности при дифференциальной диагностике подтверждают целесообразность изучения этой сложной хирургической патологии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Барakov В.Я. Возрастная, хирургическая и функциональная анатомия диафрагмы и вопросы патогенеза ее грыж. Автореферат дис.канд.мед.наук. Ташкент, 1968.
2. Глушков Ю.А. К диагностике и лечению диафрагмальных грыж. "Вестник хирургии", 1975, № 3. С. 112-114.
3. Луценко С.М. Диафрагмопластика. Киев "Здоров'я", 1977.
4. Кирле П. Диагностика и хирургическое лечение диафрагмальных грыж. — Хирургия. 1968. №2. С.83-87.
5. Петровский Б.В., Каншин Н.Н., Николаев Н.О. «Хирургия диафрагмы». Л., Медицина, 1965.
6. Samman H.A. Undiagnosed traumatic diaphragmatic hernia//Brit.J. Surg.—1971.—Vo1. 58, № 4. —P. 257-261.

Впервые в мире из стенки воспаленного удаленного желчного пузыря выделены пептидные биорегуляторы Gallstone I, Gallstone II, из желчных камней Gallstone III.

Мы в своей работе за весь период 1998 года изучали микроциркуляторный гемостаз у 364 больных с холециститами.

Обследованную группу составили больные с различными морфологическими формами холециститов: из

них катаральных - 47, флегмонозных - 124, гангренозных - 37 (рис. 1), остальные - 156 были больные с хроническими холециститами. Возраст больных колебался от 20 до 89 лет, из них мужчин - 75, женщин - 289 человек (рис.2). Как видно из рис.3 наибольшее число больных приходится на активный работоспособный возраст от 30 до 60 лет. Наименьшая заболеваемость холециститами была в возрасте от 20 до 29 лет (7,4%), от 70 до 79 лет (9,9%) и от 80 до 89 лет (0,8%). Наибольшее число женщин, страдающих холециститами, было в возрасте от 30 до 60 лет. По морфологическим формам наибольший процент флегмонозных холециститов выявлялся в возрасте от 40 до 49 лет (32,3%). А в возрасте от 30 до 39 лет (20,2%).

Также довольно высоким был процент флегмонозных холециститов в возрасте от 50 до 59 лет (18,5%). Наименьшее число флегмонозного воспаления желчного пузыря было в возрасте 20-29 лет (4,8%), 70 - 79 лет (8,1%) и 80-89 лет (0,8%). Наиболее часто гангренозная форма холецистита выявлялась в возрасте от 50 до 59 лет и от 60 до 69 лет. Значительным был процент гангренозных холециститов у больных в возрасте 70 - 79 лет (21,6%). И только лишь в 13,5% эта форма холециститов была в возрасте 30 - 39 лет. Катаральная форма воспаления желчного пузыря встречалась в возрасте 60 - 69 лет (23,4%), а в возрасте 30 - 39, 50 - 59, 40 - 49, 70-79 соответственно составила 19,1%, 14,9%, 12,3%, 10,6%. Довольно высокой была диагностика катарального холецистита в возрасте 20 - 29 лет (17%).

Детальное описание показателей микроциркуляторного гемостаза у всех 364 обследованных больных за 1998 год представлено в других наших работах. Здесь, мы считаем необходимым отметить, что как по нашим, так и по литературным данным, у больных после лапаротомной холецистэктомии развивается выраженный тромбгеморрагический синдром. Детальное описание развития этого синдрома показано в работах (А.Я. Макаревич, В.В. Костерова, Г.М. Подобедов, В.М. Шамшиев, 1978; А.И. Федотов, 1978; И.А. Иманов 1970), разработаны критерии его диагностики (Е.П.Иванов, 1983; В.П.Балуда, З.С.Баркаган, Б.И. Кузник, 1986), освещены основные принципы его лечения (З.С. Баркаган, 1988).

Но основная цель нашей работы заключается не в этом. Дело в том, что диагностика (В.Г. Лычев, 1986; Ю.М. Мельник, И.В. Чутак, В.И. Чауш, 1986), тяжесть клинического течения (Н.Н. Малиновский, В.А. Козлов, 1976; Я.Я. Айткулова, 1978), прогноз (В.Т.Морозова, А.С.Циркина, Н.А.Авдеева, 1983) тромбгеморрагического синдрома после холецистэктомии описан довольно подробно (П.Н. Карпович, М.М. Ширман, Я.Я. Ульманис, 1972; Т.П. Маковская, 1973; Г.Н. Андреева, 1982; Б.И. Кузник, В.С. Загородный, И.С. Пинелис, 1981; Т.В. Трушкина, 1977; В.А. Рудаков, 1979). Но у всех исследователей холецистэктомия была выполнена классическим лапаротомным методом. И всем выше отмеченным авторам, так же как и нам, было понятным развитие тромбгеморрагического синдрома у больных холециститами после лапаротомной холецистэктомии. А в нашей работе мы исследовали микроциркулярный гемостаз после лапароскопической холецистэктомии, агрессивность (Д-Р И.Теодореску-Экзарку, 1972) которой несоизмеримо меньше, чем при лапаротомной холецистэктомии. И, несмотря на то, что лапароскопическая холецистэк-

томия минимально травматична для больных с острым холециститом, изменения в системе гемостаза были также чрезвычайно резко выражены и развивались более чем у 85% обследованных больных с признаками тромбгеморрагического синдрома.

Чем же это обусловлено? Наше внимание при обследовании больных привлек факт морфологических изменений удаленных желчных пузырей. Желчные пузыри были увеличены в размерах, синюшно-багрового цвета, местами переходящего в черный цвет. Стенка пузырей была всегда резко утолщена, как правило, до 3 - см. Слизистая местами некротизирована, содержимым являлась густая, темная, вязкая желчь, гной, конкременты диаметром от 0,1 до 3 см. И это сформировало у нас представление, что, воспаленный желчный пузырь должен обладать способностью к гуморальному воздействию на целостный организм.

С целью подтверждения или опровержения нашей точки зрения мы у 56-ти больных с холециститами из удаленных желчных пузырей попытались выделить пептидный гуморальный биорегулятор. Сразу отметим, что подобной работы ранее в мире никто не проводил. Пептидные биорегуляторы всегда раньше выделялись из внутренних органов здорового крупного рогатого скота и применялись для лечения различных заболеваний у человека. Типичным примером этого может явиться "тималин" иммуномодулятор, регулятор гемостаза, ныне широко применяющийся в медицине.

Удаленные желчные пузыри нами тщательно промывались в проточной водопроводной воде от крови, экссудата, желчи, замораживались в холодильнике. В дальнейшем измельчались на мясорубке, гомогенизировались в алюминиевой ступке с мелко измельченным стеклом. Из полученной гомогенной кашицы нами была проведена попытка выделения пептидного биорегулятора, который мы назвали "ПУЗЫРНЫМ ФАКТОРОМ". Однако в последующем, по совету профессора Ашимова И.А. мы назвали его "GALLSTONE - фактором". Сущность самого метода выделения пептидного фактора из удаленных желчных пузырей мы не приводим, так как он является нашим "ноу-хау" и составляет сущность изобретения.

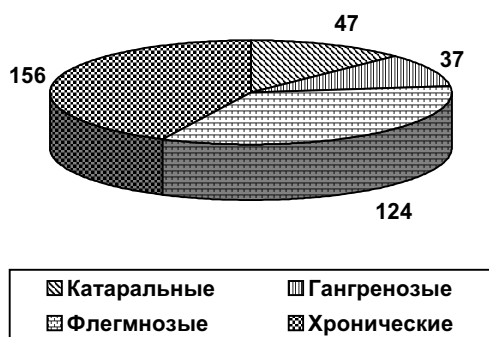
В результате всех исследований нами впервые в мире из воспаленной стенки желчного пузыря выделен полипептид (Gallstone - фактор, "от баштыкчасынын сезгениш фактору"), состоящий из 2 пептидных компонентов, один из которых был Gallstone - I и плавал на поверхности высаливающей жидкости, другой Gallstone - II был тяжелее высаливающего раствора и находился на дне сосуда.

Наша оценка факта выделения полипептида из воспаленной стенки удаленного желчного пузыря у больных холециститами неоднозначна. Первым вопросом на который надо ответить является: "А не выделили ли мы из воспаленной стенки желчного пузыря ранее известные воспалительные факторы".

Прежде чем ответить на этот вопрос дадим современные литературные представления по данной проблеме. Как видно из рис. 4 (В.В. Серов, В.С. Пауков, 1995) воспалительные гуморальные факторы по химическому составу подразделяются на биогенные амины: гистамин (Heltianu C., Simionescu M., Simionescu N., 1983), серотонин, простагландины, лейкотриены (Levin

Е., Marze C., Andersan O. 1984), кислородные радикалы и гидроперекиси липидов), полипептиды - брадикинин, каллидин (Lasson A., Ohlsson K., 1984), белки (комплемент (Sandberg A.M., 1981), лизосомные ферменты

Рис 1. Морфологические формы желчного пузыря

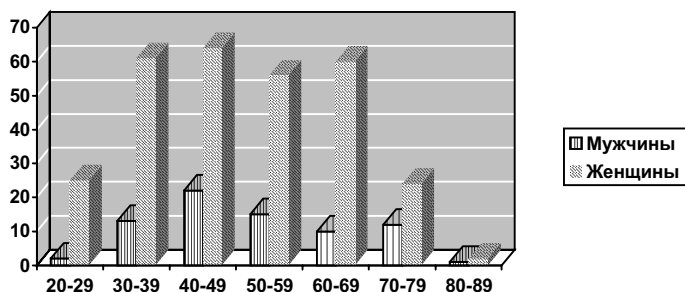


(Pommier C.G., et al., 1983; Cosio F.G., 1984).

Что касается серотонина и гистамина, то по данным авторов (Rotshild A.M., Goures E.L., Gousalves R.P., 1982) методика их выделения и определение их биологической активности полностью отличается от нашего используемого метода. Следовательно, по нашей методике мы не могли выделить гистамин и серотонин.

Простагландины - это класс гуморальных факторов открыт в 1931 году Ульфом фон Эйлером. Они пред-

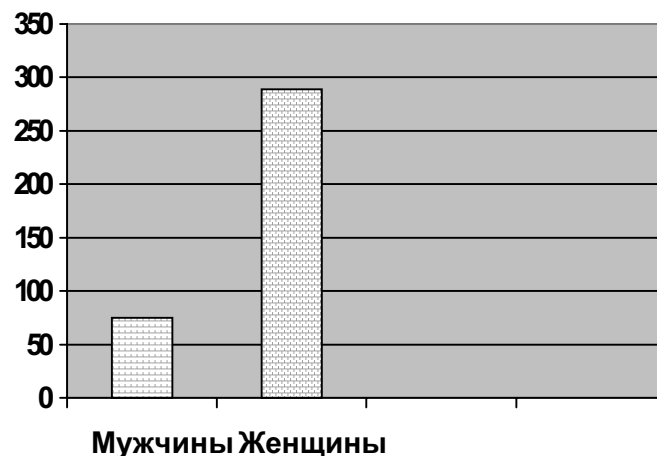
Рис 3. Распределение больных холециститами по возрасту в разных возрастных группах



ставляет собой продукты обмена ненасыщенной жирной арахидоновой кислоты с высочайшей в разведении 1: 1000000 степенью биологической активности. Простагландины синтезируются в мембранах лейкоцитов, тромбоцитов, лаброцитов, базофилов, эндотелиальных клеток. Причем, из арахидоновой кислоты под влиянием фермента простаглицинсинтетазы (А.Хорст, 1982), синтезируется простаглицин, локализирующийся в клетках эндотелия интимы сосудов (Bevilacqua M. P., Gimbrone M.A., 1987; Strichland D.K., Keesler C.M., 1987) и препятствующий образованию тромба в сосудах (Zimmerman G.A. et al., 1986), а под влиянием фермента тромбоксансинтетазы из арахидоновой кислоты образуется тромбоксан, локализирующийся исключительно в тромбоцитах (Bussolino F., Camussi G., Breviario F. et al., 1988) и способствующий агрегации кровяных пластинок (Doolittle R.E., 1984), их реакции высвобождения (Rosing J., Zwaal R.F.A., Tans G., 1986) и в конечном итоге тромбообразованию (Kane W.R., Davie E.W., 1988). Кроме того, простагландины относятся к воспалительным гуморальным факторам немедленного действия

(Movat H.Z. et al., 1987) и в течении доли секунды разрушаются (Puncard N., 1982). Также фактом в пользу того, что мы выделили не простаглициноподобный гуморальный фактор свидетельствует следующее: впервые Ульф фон Эйлер выделил 5 мг простаглицинов из 20 тонн свежемороженых семенников крупного рогатого скота. И последним аргументом в пользу того, что мы выделили новый ранее неизвестный фактор является устойчивость и сохранность Gallstone - факто-

Рис 2. Распределение больных холециститами по полу



ров.

Следующим гуморальным фактором являются лейкотриены (Palmlblad J., Malsten C.L., Uden A.M. et al., 1981). Они также являются метаболитами арахидоновой кислоты (Weiss W., Drazen J.M., Cales N., 1982), но образуются под влиянием фермента линоксигеназы (Perez H.D., Weksler B.B., Goldstein I.M. 1980).

Далее, кислородные радикалы и гидроперекиси липидов - эти вещества являются метаболитами обмена кислорода по оксидазному и оксигеназному путям. Оксидазный путь окисления связан с фосфорилированием АДФ и ресинтезом АТФ, только в митохондриях клеток (Шехтер А.Б., Дворникова О.Г., Гаврильчак А.В., 1989). Также характерным для радикалов кислорода является их высокая реакционная способность, а следовательно их инактивация; причем они взаимодействуют с липидами цитоплазмы (Williams R.S., 1980) и, особенно, липидами мембран (Robbins S., Angell M., Kumar V. 1981) Так как в качестве высаливающего агента мы использовали липофильный растворитель, то, следовательно, все липиды цитоплазмы, в том числе и мембран оказались у нас в растворе и не могли выпасть в осадок.

Следующими воспалительными гуморальными факторами являются полипептиды - каллекреин, брадикинин, каллидин и т.д. Однозначно ответить, что мы в наших опытах не могли выделить эти вещества мы ответить не можем. Однако все сосудистые (Stern D., Nawroth P., Handley P., Kiesel W., 1985), клеточные (Orning L., Hammarstrom S., Samuelsson B., 1980; Metcald D., 1987), плазменные (Marcus A.J., 1988) факторы гемостаза и фибринолиза в том числе и каллекреины (Muller-Esterl W., 1987), а также комплемент содержатся в крови. А мы в своих опытах удаленные, воспаленные желчные пузыри вскрывали, тщательно промывали от крови и экссудата в проточной водопроводной воде. Безусловно, не-

которая часть крови в интрамуральных сосудах желчного пузыря осталась и содержала эти полипептиды. Окончательный ответ на эти вопросы может дать хроматография, выделенных нами Gallstone - факторов и каллекринов

К медиаторам воспаления обязательно находящимся в стенке желчного пузыря относятся и пептиды, выделяемые моноцитами - монокины (Roclin R.E. et al., 1980), лимфоцитами - лимфокины (Lee C.W. et al., 1983). Однако для выделения монокинов и лимфокинов надо с помощью фикола сконцентрировать моноциты и лимфоциты с чистотой концентрации хотя бы 99% в объеме нескольких сот грамм и только тогда можно говорить о выделении из концентрата этих полипептидов.

Безусловно, таких условий у нас в экспериментах не было. Нам кажется вполне правомочным эти рассуждения отнести и к системе гемостаза с фибринолизом. Понятно, что чтобы получить допустим 2 грамма VIII - антигемофильного фактора для больных гемофилией необходимо 10 литров крови здоровых людей (Kolne W.R., Davie E.W., 1988).

Если все же нами действительно впервые в мире выделен новый пептидный регулятор у больных холециститами, то невольно возникает искушение связать его с желчекамнеобразованием. И казалось бы очень просто Gallstone - фактор + компоненты желчи + патофизиологические условия (холестаз, дискинезии, инфекция, десквамация эпителия, атеросклероз) и проис-

как они образовались в желчном пузыре. А ведь не в е населения Земли болеют ЖКБ. По подсчетам Фрейтага (Freitag M., Elsner R., Gurl U., 1998) только 0% населения планеты являются носителями желчных камней или болеют ЖКБ. И вот здесь, по-нашему мнению, более важным вопросом является вопрос не почему образуются желчные камни, а почему у некоторых людей образуются желчные камни, а у других нет. Выходит, что у некоторых людей есть какой-то фактор, который способствует образованию желчных камней. Этот фактор и есть желчнокаменный фактор (ЖКБ-фактор). Он выделяется из желчных камней и изучается его физико-химические свойства. Выходит, что желчнокаменный фактор имеет определенную характеристику холангиогенных (вторичных) билиарных циррозов печени. ПСб. научн. тр. "Хронические холециститы дискинезии желчевыводящих путей". Л. - 1977. С. 49-51. 9. Карпович П.Н., Ширман М.М., Ульмани Я.Я. Коагулография при остром холе-

сто-панкреатите. Гастроэнтерология. Рига. - 1972. С. 120-122. 10. Кузник Б.И., Будажабон Б., Цыбиков Н.А. Взаимосвязи иммуногенеза и системы гемостаза в норме и при экстремальных состояниях. // Система микроциркуляции и гемокогуляции в экстремальных условиях. Тез. докл. науч. конф. Фрунзе. 18-20 ноября. - 1981. С. 97. 11. Кузник М.И., Колкер И.И., Поленов В.С., Вишневский В.А. - Применение препарата тимуса - тималина в целях комплексной профилактики послеоперационных инфекционных осложнений при реконструктивных операциях на желчных путях. Мат. Всесоюз. симп. Душанбе. - 1978. С. 61-62. 18. Мельник Ю.М., Чутак И.В., Чауш В.И. Показатели серотонина и кининовой системы крови при язвенной болезни, осложненной заболеваниями желчных путей. // Гастроэнтерология. - 1986. С. 103-106. 19. Морозова

процессе работы с мировой литературой выяснилось, что желчные камни не образуются в желчном пузыре собак (Мансуров Х.Х., 1985). Более того, желчные камни человека, зашитые в желчный пузырь собаки, растворялись. Собака как объект и модель для изучения заболеваний желудочно-кишечного тракта является классической. Достаточно вспомнить опыты И.П. Павлова с фистулой слюнных желез, мнимым кормлением и т.д. Однако модели ЖКБ на собаках не смог получить ни один исследователь.

На основании нашей рабочей гипотезы мы предполагаем, что стенка желчного пузыря собаки и возможно здорового организма человека содержит Gallstone-IV - фактор ("ит-фактор"), препятствующий желчекамнеобразованию и растворяющий желчные камни. Если это действительно окажется так, то появится возможность его выделения, изучения физико-химических свойств и практическая медицина обогатится новым лекарственным препаратом, растворяющим желчные камни в желчном пузыре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Г.Н. Морфология печени и химический состав камней при желчнокаменной болезни. // Желчнокаменная болезнь: Мат. Всесоюз. симп. Душанбе. - 1982. С. 12-14.
2. Ашимов И.А. Стратегия диагноза в современной хирургии и динамика стиля диагностического мышления хирурга: методологический и философский анализ. // Мат. межд. конф. хирургов. Бишкек. - 1997. С. 39-44.
3. Ашимов И.А. Методологический и философский анализ познавательно-психологического барьера в хирургии. // Мат. межд. конф. хирургов. Бишкек. 1997. С. 24-29.
4. Балуда В.П., Баркаган З.С., Кузник Б.И. Современные лабораторные методы диагностики нарушений гемостаза. М.: - 1986. С. 473.
5. Баркаган З.С. Геморрагические заболевания и синдромы. М.: Медицина. - 1988. С. 525.
6. Баркаган З.С. Простые и сложные случаи в диагностике. Медицина. - 1983. С. 95.
7. Иванов Е.П. Диагностика нарушений гемостаза. Минск. - 1983. С. 343.
8. Иманов И.А. К характеристике холангиогенных (вторичных) билиарных циррозов печени. ПСб. научн. тр. "Хронические холециститы и дискинезии желчевыводящих путей". Л. - 1970. С. 49-51.
9. Карпович П.Н., Ширман М.М., Ульмани Я.Я. Коагулография при остром холецисто-панкреатите. Гастроэнтерология. Рига. - 1972. С. 120-122.
10. Кузник Б.И., Будажабон Г.Б., Цыбиков Н.А. Взаимосвязи иммуногенеза и системы гемостаза в норме и при экстремальных состояниях. // Система микроциркуляции и гемокоагуляции в экстремальных условиях. Тез. докл. научн. конф. Фрунзе. 18-20 ноября. - 1981. С. 97.
11. Кузин М.И., Колкер И.И., Поленов В.С., Вишневский В.А. Применение препарата тимуса - тималина в целях комплексной профилактики послеоперационных инфекционных осложнений при реконструктивных операциях на желчных путях. // Хирургия им. Н.И. Пирогова. - 1985. №4. С. 128-134.
12. Кузник Б.И., Загородный В.С., Пинелис И.С. Современные взгляды на органические и функциональные

поражения желчных путей. //Опыт организационно-лечебной работы больницы №1 за 15 лет, Чита. — 1981. С. 97- 103.

13. Лычев В.Г. Диагностические критерии ДВС-синдрома и их обоснование с помощью современных математических методов. //Терапевт. архив. — 1984. №6. С. 106-110.

14. Мансуров Х.Х. Желчекаменная болезнь (важнейшие аспекты проблемы “Актуальные вопросы патологии печени”. Вып. 9. (желчекаменная болезнь). Душанбе. — 1985. С. 6-25.)

15. Малиновский Н.Н., Козлов В.А. Антикоагулянтная и тромболитическая терапия в хирургии. М.: Медицина. — 1976. С. 423.

16. Маковская Т.П. Перспективы изучения кининовой системы в клинике. //Мат. П съезда Респ. научн. об-ва вр-лаборантов: “Новое в диагностике внутренних болезней”. Москва. — 1973. С. 73-74.

17. Макаревич А.Я., Костерова В.В., Подобедов Г.М., Шамшиев В.М. Некоторые нарушения микроциркуляции при желчнокаменной болезни. //Желчнокаменная болезни. Мат. Всесоюзн. симп. Душанбе. — 1978. С. 61-62

18. Мельник Ю.М., Чутак И.В., Чауш В.И. Показатели серотонина и кининовой системы крови при язвенной болезни, осложненной заболеваниями желчных путей. //Гастроэнтерология. — 1986. С.103-106.

19. Морозова В.Т., Циркина А.С., Авдеева Н.А. Значение лабораторных методов исследования в коагулологии. //Клиническая медицина. 1983. 6. С. 97-102.

20. Рудаков В.А. Острый холецистит и его лечение. //Хирургия им. Н.И.Пирогова. — 1979. №9. С. 38-43.

21. Серов В.В., Пауков В.С. Воспаление. М.: Медицина. — 1995. С. 667.

22. Теодореску-Экзарку Д-р. Общая хирургическая агрессология. Бухарест. — 1972. С. 573.

23. Трушкина Т.В. Холелитиаз. //Сов. Медицина, — 1977. №2. С. 51-55.

24. Хорст А. Молекулярные основы патогенеза болезней. М.: Медицина. — 1982. С. 454.

25. Шехтер А.Б., Дворникова О.Г., Гаврильчак А.В. Ультраструктура секреторных элементов при воспалении. Тбилиси. — 1989. С.292-294.

26. Bevilacqua M.P., Jimbrone M.A. Inducible endothelial functions and haemostasis, Eds, Versalate M. et al. Zenven Univ. Linven — 1987. P. 473-495.

27. Bussolino F., Camussi J., Breviario F. et al. Endothelial cells and inflammation: the role of platelet activating factor, interleukin I tumour necrosis factor and circulating neutrophils. //Platelet — activating factor and cell immunology. Ed Braquet P. — Karger Basel — 1988 — P. 135-143

28. Cosio F.J. Lymphokine — mediated regulation of murine eosinophils. //Immunobiol. Eosinophil, Prac. 1 Iut. Symp. Fukuoda, 27-28 No. 1981 — New-York e.d., 1983 — P. 13-26.

29. Doolittle R.F. Fibrinogen and fibrin. //Ann. Rev. Biochem. — 1984 — V. 53. — P. 191- 229.

30. Heltiann C., Simionescu M., Simionescu N. Histamine receptors of the microvasculs and the lium revealed in situ with a histamine — ferritine conjugate: Characteristic

high affinity binding sites in venules. //I. Cell Biol. — 1982 — V. 93 — P. 357-364.

31. Garcid I.J., Fantone J.C., Ward P.A. Role of oxygen-derived free radicals and metabolites in leukocyte-dependent inflammatory reactions. //Am. J. Pathol — 1982 — V. 104 (3) — P. 397-418.

32. Freitag M., Elsner A., Guhl U. Klinische and bildgebende Asperite des Gallenstein. Ferfahrungen mit 108 Ein Zelleobachtungen //Chirurg. 69 (3): 265 — 9, 1998.

33. Kane W.R., Davie E.W. Blood Coagulation factor VII and VIII. //Blood, 1988. — V. 71. P. 539-555.

34. Lasson A., Ohlsson K. Role of high molecular weight rininogen in contact activation. //Seminars Thramb. Hemost. — 1987. V. 13. P. — 15-24.

35. Lee C.W. et al. Generation and metabolism of C₆ — Sulfodipeptide leuk of riens in Ig E dependent reactions: Mast cell heterogeneity. //In Piper (eg): Prac. Symp. On Seurotriens and other Zipooxygenase Products. — London: John. Wiley. Sons., 1983.

36. Marcus A.J. Eicosanoids: transcellular metabolism. //Inflammation: Basic Principles and clinical correlates //Eds. Gallin J.3. et al. — N. V.: Raven. Press, 1988. — P. 129- 137.

37. Metcalf D. Granulocyte — macrophage colony — stimylating factors. //Control of animal cell proliferation. V. 11. Eds. A.Z. Boynton, H.L. Leffert. — Acad. Press. 1987. — P. 109-131

38. Movat H.Z., Cybulsky M.G., Colditz J.G. et al. Acute inflomation in gram — negative infection: endotoxin, interleukin — I, tumor necros factor, and neutrophils. //Fed. Prac. — 1987. — V. 46. — P. 97-104

39. Miller — Esferl W. Novel functions of the rininogens. //Seminars Thramb. Hemost. 1987. — V. 13. — P. 115-126

40. Orning L., Hammarstroms. S., Samuelsson B., Leukotriene D.: A slow reacting substance from rat basophilick cell. //Prac. Nat. A cad. Sci. USA. — 1980. — V. 77. (4). — P. 2014-2017.

41. Palmblad J., Malmsten C.L., Uden A.M. et al Leikotriene B₄ in a potent and stereospecific stimulation of neutrophil chemotaxic and adherence. //Blood. — 1981. V. 58. (3). — P. 658-661

42. Perez H.D., Weksler B.B., Goldstein G.M. Generation of chemotaxic lipid &om arachidonic acidi by exposure of to a superoxide generation system. //Inflammation. 1980. — V. 4 (3). — P. 313-328.

43. Pommier C.G Mullinax P.J. Augmentation of macrophage complement receptor function in vivo. //J. Exp. Med. — 1981. — V. 154. — P. 499-509

44. Puncard N. The “new” chemical mediators of inflammation and infection. — Baltimore Williams Wilkins Co. — 1982. — P. 38-54.

45. Robbins S., Angell M., Kumar V. Basic Pathology. — Philadelphia. 1981. — P. 311-318

46. Rocklin R.E. et al. Mediator of immunity: Lymphokines and monokines. //Ad V. Sinmunol. — 1980. — V. 29. — P. 56.

47. Rotschild A.M., Gomes E., Gousalves. R.P. Non — histamine releasing activies of rat mast ce11. //Adv. Histamine Res. Prac. Int. Histamine symp., Okayama,, 26-27. Juli 1981. — Oxford, 1982. P. 57-68.

НАВРУЗОВ С.Н.,
ХАКИМОВ А.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ “НИЗВЕДЕНИЯ”.

(кафедра хирургии 6-7 курса I-ТашГосМИ, заведующий кафедрой профессор Наврузов С.Н.)

С.Н. НАВРУЗОВ А.М. ХАКИМОВ

«ТУШИРИШ» ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ЙИРИНГЛИ АСОРАТЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА ОЗОНОТЕРАПИЯНИНГ АХАМИЯТИ.

«Тушириш операцияси» еки тугри ичакнинг корин-анал резекцияси ва йугон ичакнинг проксимал кисмини анал каналига тушириш операцияси-дан кейинги энг огир асоратлар пресакрал соха ва кичик тос бушлигидаги йирингли асоратлардир. Маколада муаллифлар шундай операция бажарилган 121 беморни тахлил қилган. Муаллифлар узлари тақлиф этган бу асоратларни олдини олишнинг янги услубини - пресакрал сохани озонли суюклик билан тинимсиз ювиш услубини курсатиб, бу услуб кулланилганда пресакрал соха ва кичик тос бушлигидаги йирингли асоратлар 8,8% гача камайганини таъкидлайди.

S.N.NAVRUSOV A.M.HAKIMOV

EFFICIENCY AN OZONIZED IN PROPHYLACTICS OF PUS COMPLICATIONS AFTER THE OPERATION «VOIDING»

The most awesome complications in respect of diagnosticses, treatments after the operation «voiding» are a festering processes of cavity of small basin and presacral region. In article by author are analysed the results of the operation «voiding», which were executed 121 patients. The authors offers its method of preventive maintenance of these complications - method of running irrigation an presacral region by ozonized fluid. When using of this method to manage to shorten after the operating festering complications ozonized fluid before 8,8%.

При многих заболеваниях прямой и ободочной кишки, таких как, рак прямой кишки, неспецифический язвенный колит, амебиаз и диффузный полипоз толстой кишки, болезнь Крона, мегаколон, аноректальные пороки развития и др. появляется необходимость выполнения брюшно - анальной резекции прямой кишки с низведением проксимальных отделов ободочной кишки в анальный канал (операция «низведения») [2, 5].

Эффективность операции «низведения» определяется многими факторами, но первостепенную роль играет предотвращение гнойных процессов в полости малого таза и пресакральной области.

Данные литературы свидетельствуют, что наиболее частой причиной смерти в послеоперационном периоде являются гнойные осложнения в полости малого таза и пресакральной области, которые наблюдались у 20-69% больных [2, 5, 6, 7].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

В Колопроктологическом Научном Центре Республики Узбекистан с 1987 года по настоящее время 121 больным выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал (операция «низведения»). Больные были в возрасте от 14 до 70 лет. Средний возраст больных — 39,5 лет. Из них мужчин — 70 (57,85%), женщин — 51 (42,15%).

Причинами для выполнения операции «низведения» были: рак прямой кишки у 58 (47,9%) больных; неспецифический язвенный колит — у 21 (17,4%); амебиаз толстой кишки — у 19 (15,7%); диффузный полипоз толстой кишки — у 11 (9,1%); болезнь Крона — у 2 (1,7%); аномалии развития аноректальной области — у 5 (4,1%); травмы прямой кишки — у 2 (1,7%); туберкулез прямой кишки — у 1 (0,8%); болезнь Гиршпрунга — у 1 (0,8%); гемангиома прямой кишки — у 1 (0,8%) больного.

Из 121 больных, которым была произведена операция «низведения» - у 55 (45,4%) после операции наблюдались различные гнойные осложнения полости малого таза и пресакральной области. Умерло 2 (3,1%) больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведен анализ результатов после операции «низведения» в зависимости от пола, возраста, наличия сопутствующих заболеваний, характера основного заболевания, объема операции, наложения коло- или илеоаналь-

ного анастомоза, вида дренирования пресакральной области и антисептика для промывания пресакральной области после операции «низведения».

Установлено, что пол пациента, характер основного заболевания и объем операции не оказывали существенное влияние на результаты операций «низведения», что основными факторами, оказывающими влияние на результаты операций «низведения» являются метод дренирования пресакральной области и вид антисептика для промывания пресакральной области.

Причинами гнойных осложнений при традиционных методах дренирования пресакральной области после операции «низведения» были скопление остатков крови или экставазата, являющиеся хорошей питательной средой для микроорганизмов.

С целью снижения послеоперационных нагноительных осложнений мы применили у 34 больных, разработанный нами способ проточного орошения пресакральной области после операции «низведения» (рац. предложение №2187 от 26.09.94 г.).

Методика способа состоит в установке микроирригатора во время операции в полость малого таза и пресакральную область, один конец которого выводится на переднюю брюшную стенку через брюшную полость, другой конец вместе с дренажной трубкой (диаметр - 10 мм), установленной в пресакральном пространстве выводится на промежность через контрапертуру.

Из 34 больных гнойные осложнения полости малого таза и пресакральной области наблюдались — у 3 (8,8%) больных.

Предложенный наш способ имеет ряд преимуществ и отличается от ранее применяемых методов тем, что перманентное промывание антисептиками сверху вниз исключает восходящую инфекцию и тромбирование дренажей, создает возможность поддержания высокой концентрации антибиотиков в ране.

Пользующийся нами озонированная жидкость представляет собой видоизменение кислорода, разлагаясь на молекулу кислорода и атомарный кислород, озон обладает выраженным окислительным действием. Окислительное действие озона на органические соединения в водной среде может протекать тремя путями:

1. Непосредственное окисление с потерей атома кислорода.
2. При соединении молекулы озона к окислительно-му веществу.

3. Каталитическое воздействие, увеличивающее окислительную роль кислорода [1, 3, 4].

При изучении микробного пейзажа в малом тазу и пресакральной области с помощью бактериологических исследований промывных вод из дренажных трубок до и после орошения полости малого таза и пресакральной области озонированной жидкостью у 19 больных показали, что в 47,3% случаев высевался *E. Coli*, в 15,8% - *Streptococcus faecalis*, в 5,3% - *Enterobacter aerogenus*, в 10,5% - *Morganella morganii*, в 5,3% - *Pseudomonas aeruginosa*, в 5,3% - *Proteus mirabilis*.

При динамическом исследовании, когда промывные воды нами исследовались на 1, 2 и 3 сутки после операции “низведения”, отмечено, что количество микробных колоний в промывных водах из дренажных трубок в первые сутки уменьшалось и на 3-и сутки было стерильным. Лишь в 2-х случаях при росте колоний *Pseudomonas aeruginosa* и *Proteus mirabilis* микробная обсемененность не изменялась.

Таким образом, использование профилактических мероприятий (в первую очередь способа непрерывного орошения пресакральной области озонированной жидкостью) позволили добиться существенного улучшения непосредственных результатов операций и уменьшения числа больных с нагноительными осложнениями до 8,8%.

Необходимо особо подчеркнуть, что применение приведенных выше методов профилактики, опасных и распространенных осложнений полости малого таза и пресакральной области, развивающихся после операции “низведения” не требует дополнительного оборудования, медикаментов и штатов.

Семенухин А.А.,
Кадыров Н.У.,
Машарипов Ш.Х.

СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ УЛЬТРАКАИНОМ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ

Научно-исследовательский институт Акушерства и гинекологии МЗ РУз
(Директор - д.м.н., профессор Курбанов Д.Д.)

А.А. Семенухин, Н.У.Кадыров

Абдоминал турғуқ вақтида ультракаин билан умуртка погонаси орқали анестезия қилиш

Бу иш абдоминал турғуқ вақтида ультракаин билан умуртка погонаси орқали анестезия қилиш имкониятини ўрганишга бағишлангандир. Анестезия ва операция босқичларида субарахноидал бўшлиғига L2-L4 миқдорида 1,0-1,3 мг/кг 4% ультракаин юборилган 42 та аёл текшириб кўрилди. Бу усулнинг марказий гемодинамика, вегетатив нерв системасининг функционал ҳолатига, ишқорий асосий ҳолат ва қоннинг газ таркибига қиладиган таъсири ўрганилди. Сегментар-сенсор блок босқичи ва давомийлигини сенсорометрия усули чақалоқлар аҳоли эса, Апгар шкаласи бўйича баҳоланди. Аниқланишича, ультракаин билан умуртка погонаси орқали анестезия қилиш она ва чақалоқнинг ҳаёти учун зарур бўлган асосий тизимларга салбий таъсир қилмас экан. Умуртка погонаси орқали анестезия қилишнинг хирургик босқичининг давомийлиги 95,6±8,2 минутни ташкил қилди. Бу усулнинг оддийлиги, осонлиги ва юқори самаралилиги уни оператив турғуқларни анестезиологик томондан таъминлаш ва кичик чанок вазёлари ва оёқларда қилинадиган бошқа операцияларни амалга оширишда қулай имкон беради.

А.А.Семенухин, Н.У.Кадыров

Spinal anesthesia with ultracaine during abdominal delivery

This work is devoted to the study of the abilities of spinal anesthesia with ultracaine during abdominal delivery. At the stages of anesthesia there have been observed 42 parturients, who received 1,0-1,3 mg/kg of 4 % ultracaine at the L2-L4 level. We studied the influence of the method on central hemodynamics, functional conditions of VNS, acid-alkali balance and blood gases. The degree and the duration of the segmental sensorial block were estimated by the method of sensorimetry; the condition of newborns was evaluated by Apgar score. It has been determined, that the spinal anesthesia with ultracaine does not affect the main vital systems in mother and child. The duration of surgical stage during spinal anesthesia was 95,6±8,2 min. The simplicity, accessibility and high efficiency of the method makes it possible to recommend it for the anesthesiological provision as well as for surgical delivery, and for any other operation on pelvis and lower extremities.

До настоящего времени проблема выбора безопасного и эффективного метода обезболивания при абдоминальном родоразрешении остается одной из актуальных как для анестезиологии, так и для акушерства и неонатологии. В этой связи наше внимание привлекла спинальная анестезия (СА), которая к сожалению, в нашей стране используется необоснованно редко. В тоже время техническая простота и безопасность люмбальной пункции, внедрение современных технологий [8,9], а также появление местных анестетиков нового поколения (бупивака-

ВЫВОДЫ

1.Оптимальным методом профилактики гнойно - воспалительных осложнений полости малого таза и пресакральной области после операции “низведения” является дренирование полости малого таза и пресакральной области методом проточного орошения антисептическими средствами.

2. Наиболее эффективным антисептическими средствами для профилактики и лечения гнойных осложнений полости малого таза и пресакральной области являются озонированная жидкость, предупреждающие и значительно снижающие частоту гнойно-воспалительных осложнений этой области (8,8%).

Литература:

1. Апасатаров Э.А. Новые технологии в гнойной хирургии. Первый конгресс общества хирургов имени Пирогова. Тезисы докладов и сообщений. Ташкент. -1997.- С. 7
2. Барсуков Ю., Тимофеев Ю., Николаев А. Сфинктеросохраняющие операции при нижеампулярном раке прямой кишки // Врач. - 1996. - № 6.-С.19-20.
3. Везрме Х.С. Лечение костно - гнойной инфекции методами Арнольда Сеппо. - Таллин.- 1986. 116с.
4. Кожин В.Р., Кожин И.В., Озонирование воды. - М. - 1987. - 120с.
5. Федоров В.Д. Рак прямой кишки. - М., Медицина, 1987. 320с.
6. Fabbri C., Cirocchi R., Rossi R. et al. Surgery of local recurrence in rectal cancer // Minerva Chir/ - 1997. - Vol. 52, № 1-2. - P. 21 - 24.
7. Fontanili M., Caforio M., Asteria C. Perioperative complications in traditional surgery of the rectum // Minerva Chir/ - 1997. - Vol. 52, № 3. - P. 217 - 224.

ин, ультракаин) позволяют переосмыслить теоретические предпосылки и пересмотреть практические возможности СА.

Среди местноанестезирующих препаратов нового класса наше внимание привлек ультракаин (атрикаингидрохлорид) ДС - форте, изготавливаемый по лицензии фирмы “Хехст” (Германия) в г.Ташкенте. Препарат выпускается в ампулах по 2мл. в виде 4% раствора с добавлением 0,012 мг. эпинефринагидрохлорида и относится к местным анестетикам средней продолжительности дей-

ствия с ультракоротким латентным периодом [1,3,6]. Фармакологические свойства препарата наиболее отчетливо проявляются при субарахноидальном пути введения, поскольку ультракаин превосходит бупивакаин по своим липотропным свойствам, а значение его констант дисоциации ($pK_A = 7,7-7,8$) приближаются к физиологическому значению рН ликвора (7,4-7,6). В литературе имеются сообщения об успешном использовании ультракаина для местной инфильтрационной анестезии в стоматологии [3,7] и оториноларингологии [1], а также для эпидуральной и спинальной анестезии при хирургических вмешательствах по поводу поражений и травм нижних конечностей, тазобедренного сустава, заболеваний сосудов, этапных операций по смене пола [3].

Настоящее исследование посвящено изучению возможностей СА ультракаином применительно абдоминального родоразрешения, определению влияния данного способа проводникового обезболивания на основные системы жизнеобеспечения матери, новорожденного.

Материал и методы исследования.

СА ультракаином использовали у 42 женщин в возрасте от 21 до 38 лет без тяжелой экстрагенитальной патологии. Показанием к операции служили: болезнь оперированной матки, несостоятельность рубца на матке, клинически узкий таз, миопия высокой степени, вторичная родовая слабость. Средняя продолжительность оперативных вмешательств колебалась в пределах от 15 до 60 минут.

Методика анестезии: после премедикации димедролом (0,2 мг/кг) и атропином (0,01 мг/кг) под местной инфильтрационной анестезией на уровне L3 - L4 или L3-L2 проводили спинномозговую пункцию и вводили 1,0-1,3 мг/кг 4% ультракаина (но не более 3,5 мл). Люмбальную пункцию проводили в положении на боку, субарахноидальное пространство верифицировали по появлению капель ликвора из просвета иглы. Для пункции использовали современные атравматичные иглы типа Qincke 25G - 26G. После субарахноидального введения расчетной дозы ультракаина пациенткам придавали строго горизонтальное положение на операционном столе. Спинальной инъекции предшествовала внутривенная инфузия глюкозо-солевых растворов в объеме 6-8 мл/кг, которая рассматривалась нами как наиболее патогенетически обоснованная и эффективная профилактика гемодинамических нарушений, позволяющая отказаться от адреномиметиков. Оперативное вмешательство начинали после появления признаков хирургической стадии СА. Интраоперационная кровопотеря возмещалась своевременно и в полном объеме. После извлечения плода, с целью уменьшения психоэмоционального напряжения внутривенно вводили валиум (0,07-0,15 мг/кг) или оксибутират натрия (20-50 мг/кг).

Об эффективности обезболивания судили по общепринятым клиническим признакам, частоте дыхания (ЧД), частоте сердечных сокращений (ЧСС), величинам среднего динамического давления (СД), которое рассчитывали по формуле Хикэма. Показатели центральной гемодинамики определяли методом интегральной реографии по М.И.Тищенко [5], изучая при этом ударный (УИ) и сердечный индексы (СИ), коэффициент интегральной токсичности (КИТ). Кислотно-основное состояние и газовый состав венозной крови определяли микрометодом Аструпа. Для оценки вегетативного статуса использовали

метод математического анализа сердечного ритма по С.З.Клецкину [2], изучали вариационный размах (D X), моду (Мо), амплитуду моды (Амо), индекс напряжения (ИН).

Степень сегментарной сенсорно-моторной блокады оценивали по неврологической симптоматике и методом сенсометрии по А.К.Сайгайло [4]. Определяли тактильный (ТП) и болевой порог (БП), порог выносливости (ПВ).

Исследования проводили на следующих этапах: I - на операционном столе, II - через 5 минут после субарахноидального введения ультракаина перед кожным разрезом, III - непосредственно после извлечения плода, IV - после окончания операции, V - через 2 часа.

Полученные данные обработаны статистически с использованием критерия Стьюдента и представлены в таблице. Новорожденных оценивали по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах.

Результаты и их обсуждение.

Исходное состояние рожениц характеризовалось умеренно выраженной тахикардией, некоторым повышением СДД, снижением разовой и минутной производительности сердца, активизацией симпатического отдела ВНС. При этом показатели КОС и газового состава крови соответствовали таковым у относительно здоровых беременных женщин и не выходили за пределы физиологических колебаний.

Через 2-3 минуты после введения в субарахноидальное пространство расчетных доз ультракаина развивались все классические признаки хирургической стадии СА (полная сегментарная сенсорно-моторная блокада), что подтверждалось данными сенсометрии. - ни один из изучаемых сенсорных порогов не поддавался определению. На этом фоне, несмотря на превентивную внутривенную инфузию глюкозо-солевых растворов, регистрировали достоверное снижение СДД на 12,5 %, урежение ЧСС на 6,1% относительно исходных величин, с одновременной тенденцией к увеличению УИ и СИ, КИТ (табл.). Фармакологические эффекты СА приводили к избирательному снижению активности симпатических влияний (достоверное снижение ИН на 32,7%) без выраженной динамики вагусно-холинергического режима регуляции. Признаков угнетения функции внешнего дыхания, а также достоверных изменений со стороны КОС и газового состава крови не регистрировали (табл.)

На кожный разрез, а также наиболее травматичные этапы, включая извлечение плода, пациентки не реагировали, каких-либо жалоб не предъявляли. Обращала на себя внимание великолепная мышечная релаксация на соответствующем сегментарном уровне, ничем не уступающая таковой при использовании мышечных релаксантов

Непосредственно после извлечения плода, несмотря на внешне спокойное поведение женщин и отсутствие каких-либо жалоб, регистрировали повышение, относительно предыдущего этапа исследования, активности симпатического отдела ВНС в виде увеличения АМо и ИН соответственно на 81,9% и 382,4%, снижение вагусных влияний (X). На этом фоне достоверно повышалось СДД, учащалось ЧСС, приближаясь к исходным до операционным величинам. Показатели же разовой и минутной производительности сердца, КОС и газового состава крови, а также СДД, КИТ, ЧД, оставались без достоверной динамики. (табл.).

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ, СЕРДЕЧНОГО РИТМА, КОС И ГАЗОВОГО СОСТАВА КРОВИ У РОЖЕНИЦ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПОД СА.

Показатель		
	I	
ЧСС, в мин.	89,1±1,2	83,
СДД, мм.рт.ст.	89,5±1,6	78,
УИ, мл/м2	28,6±3,2	31
СИ, л/(мин/м2)	2,55±0,24	2,6
КИТ	79,8±1,6	81
Δ X, с	0,17±0,008	0,14
МО, с	0,79±0,02	0,80
Амо, %	28,9±1,3	23,
ИН, усл.ед.	120,9±14,9	81,
ЧД, в мин.	18,8±0,5	18
РН	7,35±0,03	7,3
PCO2(в), мм.рт.ст.	40,9±2,14	38,
PO2 (в), мм.рт.ст.	48,4±2,82	47,
ВЕ, ммоль/л	- 4,1±0,49	- 3,

ПРИМЕЧАНИЕ:

x - достоверность различий по отношению к исходному этапу исследования

xx - достоверность различий по отношению к предыдущему

Умеренная активация симпатико-адреналовой системы расценена нами как адекватная адаптационно-приспособительная реакция организма в ответ на операционную травму и кровопотерю. Абсолютные же значения ИН, согласно данных (2), указывают на высокую эффективность анестезиологического пособия.

Непосредственно после окончания операции изучаемые показатели гемодинамики, КОС и газового состава крови оставались стабильными, достоверно не отличались от исходных до операционных величин (табл.).

Анализ параметров сердечного ритма указывал на снижение активности симпатического тонуса ВНС и полное восстановление физиологического равновесия между симпатическим и парасимпатическим отделами ВНС (табл.).

Сенсорометрические исследования проводимые нами через 60 минут после субарахноидального введения ультракаина по-прежнему подтверждали сохранность хирургической стадии СА (ни один из изучаемых сенсорных порогов не поддавался определению).

Через два часа после субарахноидального введения ультракаина сохранялись все клинические признаки сенсорно-моторного блока. Пациентки оставались спокойными, жалоб на болевые ощущения не предъявляли. Сенсорометрические исследования показывали достаточно выраженный уровень сегментарной анальгезии. Так ТП, БП и ПВ достоверно превышали исходные до операционные величины соответственно на 2040% , 920% и 692%. Изучаемые параметры гемодинамики, КОС и газового состава крови приближались к исходным до операционным, достоверно не отличаясь от последних. Со стороны вегетативного статуса регистрировали дальнейшее снижение активности симпатических влияний (табл.).

Продолжительность хирургической стадии СА составило 95,6 ± 8,2 мин. Интенсивный болевой синдром развивался через 2,5 – 3 часа после субарахноидального введения расчетных доз ультракаина.

Каких-либо осложнений, связанных с использованием опробуемого нами варианта СА не зарегистрировано.

СА не оказывала отрицательного влияния на ново-

рожденных. Средний балл согласно шкалы Апгар был достаточно высок и колебался в пределах 7-9.

ВЫВОДЫ

1. СА ультракаином — высокоэффективный и достаточно безопасный способ проводникового обезболивания, который может быть рекомендован для анестезиологического обеспечения абдоминального родоразрешения.

2. Метод не оказывает выраженного отрицательного влияния на основные системы жизнеобеспечения матери и новорожденного.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аниютин Р.Г., Лукьянов М.В., Гузлина Н.Ю. Применение ультракаина в оториноларингологии // Анестезиология и реаниматология. 1998, № 3. с.12-17.
2. Клецкин С.З. Проблема контроля и оценки операционного стресса на основе анализа ритма сердца с помощью ЭВМ : Автореф. дисс.д.м.н. - М.1980
3. Козлов С.П., Светлов В.А., Лукьянов М.В. Фармакология местных анестетиков и клиника сегментарных блокад. II. Спинальная анестезия // Анестезиология и реаниматология, 1998, №5, с. 37 - 42.
4. Сангайло А.К. Методические пути изучения фармакологии боли. / Труды Свердловского Мед.Института. — Свердловск — 1962 — с.521
5. Тищенко М.И. Количественная оценка артериального тонуса по интегральной реографии тела. // Рац. предложения - №3387/75, ВМА им. С.К.Кирова. — Л., - 1975
6. Шехман В.И. Ультракаин — новый анестетик в косметической хирургии // Хирургия, 1998, № 4, с.56
7. Grigoleit H.G. Глобальный обзор клинического опыта использования ультракаина. Доклад на Международном Симпозиуме : «Новые технологии местного обезболивания в стоматологии». М.1996.
8. Herley R.J. Continuous spinal anesthesia. // Jn. Tern. Anesth. Clinics. — 1989 — vol.27. №1, p.46 — 50
9. Hurley R.J., Lambert D.H. Continuous spinal anesthesia with a microcatheter technique. // Reg. Anesth., 1987 — vol.12 — № 1. — p.54

Р.К. Тукфатуллин,
В.А. Васильченко,
Д.Н. Каххаров.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО.

Институт онкологии и радиологии АН РУЗ.
(Директор - профессор Н.К. Муратходжаев)

Р.К. Тукфатуллин, В.А. Васильченко, Д.Н. Каххаров.

КЕНГАЙТИРИЛГАН ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТЛАРИНИНГ СОЛИШТИРМА БАҲОЛАШ НАТИЖАЛАРИ.

Текшириш 245 та ўпка раки билан Онкология ва Радиология Илмий Текшириш Институтининг торакал бўлимида 1980 йилдан 1997 йилгача жарроҳлик ва кенгайтирилган даволаш усуллари қўлланилган беморларда ўтказилган. Фақат жарроҳлик амалиёти 96 беморда, кенгайтирилган даволаш 149 беморда ўтказилган. Текшириш натижасида кенгайтирилган даволаш 5 йил ва ундан ортиқ яшаш имконини ошириши аниқланган. Келажақ натижани яхшилашнинг ягона ҳозирда бор усули бу кенгайтирилган даволаш амалиётларидан кенг қўламда фойдаланишдир.

R. K. Tukphatullin, V.A. Vasilchenko, J.N. Kakhharov.

COMBINED AND SURGICAL TREATMENT OF THE NON – SMALL CELL LUNG CANCER (NSCLC) COMPORISON RESEARCH.

It's made an analyse of short - team and end results - of the surgical and combine treatment of the NSCLC. It's examined 245 patients who are operated before (pneumectomy, lobectomy and segmental resections).

A preventive mediastinal lymphodissection made to 144 patients. The combine treatment made to 149 patients who have got the radiation treatment (49), chemotherapy (66) and chemoradiation therapy (34). After the operations 21 patients have died (8,6%). After the only operative treatment 87,7% patients lived during 1 year, 38% – during 3 years and 32,9% – 5 years.

After the combine treatment these percents were 85,7%, 47,8% and 40,8% accordingly. It's discovered the distinct advantage of the combine treatment.

В течение последних лет все большее количество авторов склоняется к выводу, что рак легкого является наиболее распространенным видом онкологической патологии в мире и частота его имеет тенденцию к прогрессированию [3,6].

По общепринятой классификации рак легкого по гистологическому строению принято делить на мелко-клеточный и немелкоклеточный рак легкого (НМРЛ), который включает в себя плоскоклеточный, аденокарциному и некоторые другие виды с различной степенью дифференцировки.

Оптимальным методом лечения НМРЛ считается хирургический. Опыт хирургии последних десятилетий позволяет производить не только типичные, но и расширенные и комбинированные резекции легких с удалением зон инвазии опухоли, а также различные варианты бронхопластических вмешательств с послеоперационной летальностью в 7.9- 9.3% [2,5]. Основными критериями при оценке эффективности различных методов лечения рака легкого общепринято считать показатели 3-х и 5- летней выживаемости больных.

Отдаленные результаты хирургического лечения НМРЛ, по данным подавляющего большинства авторов, по-прежнему остаются малоутешительными: 5-летняя выживаемость среди больных, перенесших радикальные вмешательства не превышает 30% [1,4,5,].

Некоторое улучшение результатов удалось добиться с внедрением метода расширенной медиастинальной лимфодиссекции. Превентивная лимфодиссекция при $T_{1-3}N_0M_0$ позволяет увеличить 5-летнюю выживаемость до 41-60%, а лечебная при раке $T_{3-4}N_{1-2}M_0$ – до 24-31%.

В настоящее время все большую распространенность приобретает комбинированный метод лечения, предусматривающий проведение в послеоперационном периоде различных сочетаний лучевого и химиотерапевтического воздействия. Такой метод, по данным статистики, увеличивает показатель 5-летней выживаемости на 10-12% [4,5].

Целью настоящей работы явилось изучение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных НМРЛ на материале отделения торакальной хирургии ИОиР АН РУЗ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

За период 1980-1998 годы под нашим наблюдением находилось 245 больных НМРЛ, перенесших оперативное вмешательство. Среди пациентов было 204 мужчин и 41 женщина. Средний возраст больных составил 55.7 ± 8.3 года. В 137 случаях встретилась центральная локализация опухоли и в 108 – периферическая. По гистологическому строению у 162 больных выявлен плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки, у 168 – аденокарцинома. В 5 случаях обнаружены другие, относительно редко встречающиеся виды дифференцированного рака. По распространенности и клинко-анатомической классификации распределение было следующим: $T_{1-3}N_0M_0$ – 98 больных, $T_{1-3}N_{1-2}M_0$ – 115 больных, $T_{4}N_{0-2}M_0$ – 32 больных.

Только хирургическому лечению подвергнуто 96 больных с небольшим размером центральной или периферической опухоли без видимых регионарных метастазов ($T_{1-3}N_0M_0$) и заведомо известной высокой гистологической дифференцировкой новообразования. У остальных 149 больных лечение было комбинированным.

В 144 случаях типичных резекций производилась превентивная лимфодиссекция бронхопульмональных, тра-

Таблица 1.

Характер и объем выполненных оперативных вмешательств.

Типы и объем операций	Характер и число операций			
	типичные	расширенные	комбинированные	паллиативные
Пульмонэктомия	61	49	11	7
Лоб- и билобэктомия	78	6	13	4
Сегментарная и краевая резекции	9	-	-	7
Всего:	148 (60,4%)	55 (22,5%)	24 (9,8%)	18 (7,3%)

хеобронхиальных и бифуркационных лимфоузлов. В ряде случаев дополнительно возникла необходимость в парааортальной и паразофагеальной лимфодиссекции. У 4 больных пневмонэктомия носила вынужденный характер в связи с интраоперационным кровотечением.

Лимфодиссекция этим больным не выполнялась.

Нецелесообразность лимфодиссекции была очевидной и у 20 пациентов, перенесших вынужденные или запланированные паллиативные вмешательства в связи с кровотечением или абсцедированием опухоли.

Расширенные вмешательства во всех 55 случаях включало в себя лимфодиссекцию как необходимый лечебный компонент.

То же можно сказать и о 24 случаях комбинации различных видов резекции легкого с удалением фрагмента грудной стенки (9), перикарда (8), диафрагмы (5), боковой стенки пищевода (2) при инвазии опухоли в указанные структуры.

Лучевая терапия в суммарной общей дозе 45-60 Грей на зоны регионарного метастазирования проводилась через 3-4 недели после операции.

Химиотерапевтическое лечение, как правило, начиналось в те же сроки в режиме моно- или полихимиотерапии от 1 до 4 курсов с интервалами в 3-4 недели. Для проведения полихимиотерапии мы отдаем предпочтение платиносодержащим препаратам (цисплатин, карбоплатин) в сочетании с эндоксаном, вепезидом, адриобластином, митомицином и винкристином.

Использование различных схем ПХТ после резекций легких мы считаем одним из важнейших компонентов комбинированного лечения НМРЛ. В ряде случаев использовано сочетание ПХТ с лучевым воздействием.

Выбор метода комбинированного лечения НМРЛ определялся в зависимости от распространенности опухоли по системе TNM.

Немаловажным являлась и гистологическая структура опухоли. Показания к проведению курса комбинированного лечения и его интенсивность были обратно пропорциональными степени гистологической дифференцировки опухоли. Учитывалась также меньшая восприимчивость к химиопрепаратам плоскоклеточного рака.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

У 74 больных (30.2%) из общего числа подвергшихся хирургическому вмешательству развились различные осложнения как хирургического, так и нехи-

рургического плана.

шинстве случаев, исходно являются выраженные в той или иной степени функциональные и морфологические изменения жизненно важных органов и систем. Определенную часть осложнений (4) составили и технические погрешности во время выполнения хирургических манипуляций в зоне магистральных сосудов. Среди них: повреждение стенки легочной артерии (1), междолевого ствола (1), соскальзывание лигатур с культы легочных вен (2), что в 1 случае привело к гибели больного, а в остальных — к неизбежному расширению объема операции, превысившему функциональные возможности легочно-сердечного комплекса.

Послеоперационная летальность составила 8.6 % (21 пациент), что укладывается в рамки среднестатистических показателей.

Сводные данные об осложнениях и причинах смерти в послеоперационном периоде у наших больных приведены в следующей таблице:

Таблица 3.

Характер послеоперационных осложнений

Осложнение	Кол-во	Умерло	Причина смерти
ХИРУРГИЧЕСКИЕ			
Первичная несостоятельность культи бронха (НКБ)	9	3	острая дыхательная недостаточность
Профузное кровотечение	10	3	острая ССН геморрагич. шок
гангрена оставшейся части легкого	3	2	септический шок
остаточная полость	2	-	
ранний фиброторакс	2	-	
хилоторакс	1	-	
эмпиема плевры без НКБ	1	-	
нагноение раны	10	1	сепсис
НЕХИРУРГИЧЕСКИЕ			
острая дыхательная недостаточность	14	5	декомпенсация дыхания
острая сердечно-сосудистая недостаточность	15	3	декомпенсация кровообращения
тромбозмбалии легочной артерии	2	2	остановка сердца
острое нарушение мозгового кровообращения	3	2	отек мозга
прочие	4	-	

Таблица 2.

Данные о применении комбинированного лечения.

Стадия процесса классификация по ВОЗ	Вид лечения			
	Лучевая терапия	ПХТ	ТГТ ÷ ПХТ	Всего
T ₁₋₃ N ₀ M ₀	10	28	6	44
T ₁₋₃ N ₀₋₂ M ₀	23	34	23	80
T ₄ N ₁₋₂ M ₀	16	4	5	25
ИТОГО	49	66	34	149

рургического плана.

Относительно высокий процент различных послеоперационных осложнений мы склонны отнести за счет резкого снижения иммунных показателей, как правило, наблюдавшегося у онкологических больных. Это, в свою очередь, ведет к значительному угнетению репаративных возможностей и антибактериальной устойчивости, особенно при наличии вирулентной микрофлоры.

Немаловажным является и возраст этого контингента больных, неотъемлемой частью которого, в боль-

У 24 наших пациентов факт инвазии опухоли в окружающие органы не ограничил объем операции рамками эксплоративной торакотомии, а, напротив, явился поводом для его расширения. Это дало возможность проведения этим больным в дальнейшем комплекса комбинированной терапии.

Отдаленные результаты лечения нам удалось проследить у 192 больных из 224 выписанных после перенесенной резекции легкого. Среди них исследовано 73 пациента, перенесших только хирургический метод лечения, и 119 — комбинированный.

Обобщенный анализ отдаленных результатов хирургического и комбинированного лечения НМРЛ на нашем материале дал следующие результаты :

Таблица 4.

Отдаленные результаты лечения

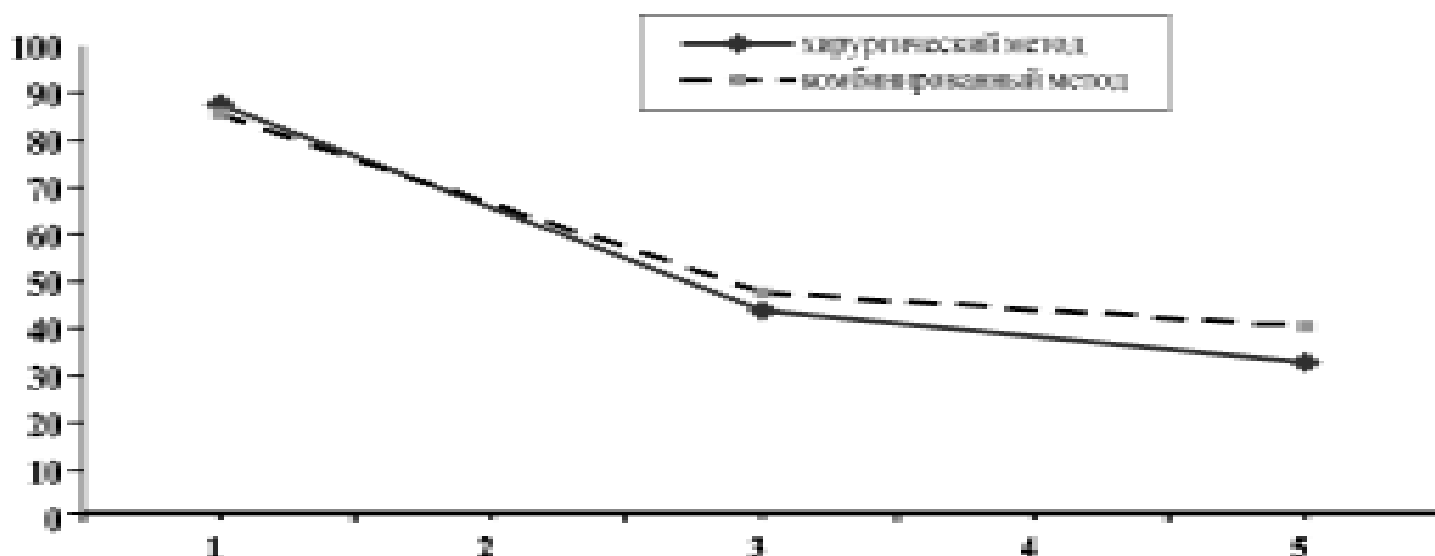
Метод лечения	кол-во	Выживаемость		
		1 год	3 года	5 лет
Хирургический	73	60 (87,7%)	32 (43,8%)	24 (32,9%)
Комбинированный	119	102 (85,7%)	57 (47,8%)	48 (40,3%)
Всего	192	162	87	72

Сравнительную характеристику обоих методов лечения по отдаленным результатам можно представить следующей схемой:

Оценивая отдаленные результаты лечения НМРЛ, необходимо подчеркнуть, что статистически достоверных различий по основному критерию эффективности хирургического и комбинированного методов лечения нет. Отмечена лишь отчетливая тенденция их улучшения к 5 году жизни после получения комбинированного лечения.

Выживаемость в зависимости от полученного лечения

Рис.1



Однако нельзя не учитывать тот факт, что основную массу наших пациентов, получивших комбинированное лечение, составили больные с опухолевым процессом — $T_{1-3}N_{1-2}M_0$ и $T_4N_{0-2}M_0$, что существенно повлияло как на характер предпринятого лечения, так и на отдаленные результаты. Это обстоятельство невольно склоняет к мысли о необходимости расширения показаний к проведению комбинированного лечения даже при небольшом объеме опухоли и отсутствии регионарных метастазов.

ВЫВОДЫ:

1. Инвазия опухоли в окружающие структуры в самостоятельной форме в большинстве случаев не явля-

ется противопоказанием к выполнению радикального вмешательства, а лишь диктует необходимость расширения его объема.

2. Применение превентивной и лечебной перибронхиальной и медиастинальной лимфодиссекции не влияет на показатель послеоперационной летальности и показано во всех случаях неосложненных радикальных резекций легкого по поводу НМРЛ независимо от их объема.

3. Комбинированный метод лечения НМРЛ имеет отчетливое преимущество перед чисто хирургическим методом, что говорит о целесообразности расширения показаний к его применению.

Б.С.Турсунов,
Б.Х.Карабаев

РЕЗУЛЬТАТЫ АУТО-АЛЛОПЛАСТИК КОЖИ ПРИ ГЛУБОКИХ ОЖОГАХ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Кафедра госпитальной хирургии (зав.-проф. Б.С.Турсунов)
Самаркандский медицинский институт*

Б.С.Турсунов, Б.Х.Карабаев

“КАРИЯЛАР ТЕРИ АУТО-АЛЛОПЛАСТИК НАТИЖАЛАРИ”

55 ёшдан 92 ёшгача 356 куйган беморларда 2% дан 25% гача чуқур куйиш олган тери майдонида аутопластика утказилган. 107 беморда илк даврда (7015 кун) ва 249 куйган касалларда грануляция майдонида, жами 407 пластика килинган. Шулардан: 32 марта – аутопластика, 17 – “Марка” усули, 15 – Маулем-Жексон усули, 102 – сеткасимон тери билан ва 130 марта бутун тери змоги усули ишлатилган. Карияларда сеткасимон аутопластика усулидан кейин энг яхши натижа кузатилган.

B.S.Tursunov, B.H.Karabayev

AUTOALLOGRAFT DERMIS IN THE CARE OF DEER BUAN WOUNDS PF ELDERLY OLD BURN PATITNTS.

356 patients at the age from 55 to 92 years old with area of deer burns from 2% to 25% were performed skin autoplatic transplantation. Among them 107 patients were operafed in early tern (7-15) days and 249 had granulating wound burns. There were performed 407 plastic transplantations in all. Among them there were 32 auto alloplasties, 17-“Marked Way”, 15 plastic transplantations according to Mowlem-Jakcon, 102 with netted sherd and 130 with entire skin sherd. The best results were achieved in eiderly and old patients when netted skin shreds had been used.

Возрастные изменения и сопутствующие заболевания, неустойчивость метаболических процессов, ослабленная сопротивляемость и низкие компенсаторные возможности стареющего организма определяют высокий (от 24 до 63) процент летальности от ожогов у этого контингента больных [2,3,4,5]

Неудовлетворительные результаты лечения пострадавших пожилого и старческого возраста в значительной мере связаны с тем, что до настоящего времени недостаточно разработаны показания к различным видам кожной пластики, техника, объём и сроки ее выполнения с момента получения ожоговой травмы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящее время разработаны и применяются различные комплексные методики местного лечения ожогов, воздействующих как на местный раневой процесс, так и в общем на организм. Имеющийся опыт непосредственного наблюдения позволяет сделать вывод, что необходимо воздействовать на патологические процессы в ожоговой ране с одновременным использованием нескольких лечебных средств, различных по природе происхождения и механизму действия.

В результате проведенных непосредственных наблюдений нами накоплен практический опыт по использованию различных методик комплексного лечения ожоговых ран. Одним из первых примененных нами методик было использование иммобилизованных протеолитических ферментов (трипсина, химотрипсина и др) в сочетании с 10% раствором мочевины. Подобное сочетание (у 67 больных) позволяет ускорить отторжение некротических масс, стимулировать очищение ожоговых ран, более быстрее подготовить раны к оперативному закрытию.

В процессе развития и углубления исследований по повышению эффективности местного лечения нами было включено в комплекс терапевтических мероприятий и такое лечебное воздействие как полупроводниковая лазеротерапия.

Производя сравнительную оценку гелей-неоновых (у 20 больных) и полупроводниковых лазеров (у 55 больных), используемых в настоящее время в медицине, мы отдаем предпочтение полупроводниковым. Они имеют выгодные условия работы как более мобильные, портативные, способные работать как в непрерывном так и импульсивном режиме работы и обладающие достаточной терапевтической мощностью.

Еще более перспективным является сочетанное ис-

пользование полупроводниковой лазеротерапии и местного применения такого природного биологически активного препарата как прополис. В нашей практике (у 70 больных) нами были последовательно использованы различные поколения прополисных препаратов: начиная с 5-10% прополисной мази, коллитина и до иммобилизованного прополиса в виде полифункциональных салфеток “Колетекс”. Данные салфетки представляют собой фермент бинарного действия, иммобилизованный на текстильном материале.

Одним из наиболее современных и перспективных методов местного лечения ожоговых ран является использование металлокомплексов иммобилизованных на текстильном носителе (у 45 больных). В качестве металла могут быть использованы различные соединения цинка, серебра. Вышеперечисленные металлокомплексы сочетают в себе как некролитическое действие так бактерицидное. Рациональное сочетание протеолитических ферментов трипсина, химотрипсина или коллитина, а также металлокомплексов представляя собой своеобразный биологический скальпель “расплавляют” некротические ткани путем активации плазмينا, оказывают противовоспалительное действие. В результате снижения активности пенициллиназы бактерий, разрушения фибриновой оболочки бактерий снижают резистентность гноеродной микрофлоры.

Резюмируя вышеуказанное необходимо еще раз отметить, что применение комплексной методики местного лечения ожоговых ран с использованием физических факторов и химических активных препаратов ускоряет очищение ожоговой раны, обеспечивает необходимую регенеративную активность тканей. В результате этого ожоговые поверхности быстрее подготавливаются к завершающему этапу комплексной терапии – кожной пластики.

Основным методом восстановления кожного покрова при глубоких ожогах является оперативное лечение с применением кожной пластики. С этой целью нами у 356 пострадавших в возрасте от 55 до 92 лет с площадью глубоких ожогов от 2% до 25% была произведена аутопластика кожи. Из них у 107 больных с площадью Глубоких ожогов (от 2% до 15%) была произведена ранняя некрэктомия в сроки от 7 до 15 дней. Кожная пластика выполнена непосредственно после удаления некротических струпов на площади до 5% поверхности тела у 37 больных и у 70 пострадавших – от 5 до 15% поверхнос-

ти тела.

Хорошее приживление кожных лоскутов было у 77 больных, частичная отслойка трансплантантов наступила — у 25 пострадавших и полный лизис пересаженных лоскутов наблюдался у 5, у этих больных ранняя нехрэктомия производилась на площади 10-15% поверхности тела, у которых вследствие отторжения трансплантантов наступило ухудшение общего состояния. Несмотря на общеукрепляющую терапию, состояние пострадавших прогрессивно ухудшилось и через 10 дней у 2 больных наступил летальный исход. У 92 пострадавших операции выполнялись в один этап, а у 15 — в два этапа, что было вызвано обильным кровотечением из раневой поверхности и недостаточно полным удалением некротических струпов. Второй этап операции производился на 6-7 день после первого с удалением оставшихся некротических струпов. В этом случае хорошее приживление отмечено у 13 больных, и у двух наблюдалось частичная отслойка трансплантантов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Как показали обсуждения, удаление некротических струпов на площади более 5% поверхности тела приводило к значительному ухудшению состояния пострадавших, что связано с высокой ревматичностью данных оперативных вмешательств у больных пожилого и старческого возраста, а также с низким адаптационно-компенсаторными возможностями стареющего организма. Опыт показал, что с целью уменьшения травматичности ранней нехрэктомии и обеспечения более надежного гемостаза, эту операцию целесообразно производить в два этапа. В начале иссекают некротические ткани, а через 6-7 дней выполняется аутопластика. Эта тактика обеспечивает лучшие исходы операций.

Из 249 больных с обширными ожогами 10-25% поверхности тела была произведена аутопластика кожи на гранулирующие раны, у 130 пострадавших сплошным дерматомным лоскутом. В один этап — у 30, в два этапа — у 45 и а три этапа — у 55 больных (285 операций).

С целью увеличения площади закрываемых ран у больных с обширными ожогами, нами у 32 больных производилась аутоаллопластика кожи, у 17 пострадавших был применен “марочный” способ и в 15 наблюдениях использовалась кожная пластика по методу Моулем-Джексона. Применение этих методов позволило при меньшей площади срезаемых трансплантантов закрывает более обширные участки ожоговых ран.

Недостатками этих методов являлось то, что замедленная краевая эпителизация у лиц старше 60 лет приводила к образованию длительных незаживающих ран (у 7), а у 3 больных восстановленный кожный покров был рубцово изменен.

Для повышения возможностей кожной пластики при ограниченных ресурсах кожи у 102 больных были использованы так называемые сетчатые трансплантанты, которые получились в результате нанесения специального дерматомом насечек на взятые обычным способом кожные лоскуты в результате чего они принимали вид сетки. Этот метод применялся у больных с обширными глубокими ожогами и у пострадавших с ограниченными ожогами, протекавшими на фоне значительных нарушений сердечной деятельности и функции внешнего дыхания, а также у ослабленных больных, имеющих различ-

ные осложнения (пролежни, пневмония, гепатит). В этих случаях на первый план выступило сохранение жизни пострадавших, иногда в ущерб функциональным результатам. Предпочтение отдавалось сетчатым трансплантантам, полученным с коэффициентом увеличения 1:1,5, что способствовало более быстрой эпителизации ячеек трансплантантов (I).

При наличии достаточных ресурсов донорских участков и компенсированном состоянии сердечно-сосудистой и легочной систем, нами отдавалось предпочтение применению сплошных лоскутов, уложенных вплотную друг к другу. Этот метод примененный у 130 больных позволил получить более полноценный кожный покров и достаточно хорошие функциональные результаты.

После распластывания кожных лоскутов наиболее эффективным способом их фиксации оказалось асептическая повязка, наложенная сверху и подклеенная по краям клеолом к здоровой коже.

При оперативном лечении у пострадавших старше 60 лет, имевших те или иные нарушения жизненно важных органов и систем, даже ограниченные ожоги создавали угрозу жизни, поэтому на первом плане стоял вопрос об объеме кожнопластических операций.

Проведенные исследования показали целесообразность сдержанной тактики, применяемой у пострадавших этого возраста, которая заключалась в сокращении объема оперативных вмешательств, выборе щадящих методов обезболивания и наиболее рациональных способов кожной пластики.

Поскольку больные пожилого и старческого возраста относятся к группе с повышенным операционным риском, первая аутопластика, как правило, не превышала 4-5% поверхности тела, так как неудачная кожная пластика на такой площади существенно не отражалось возможности выполнения следующего этапа кожной пластики в большом объеме. Даже при хорошем состоянии грануляционного покрова и достаточных компенсаторных возможностях организма, площадь одномоментного закрытия ран не превышало 1000 см².

Тактика многоэтапных аутопластических замещений кожного покрова с определением объема пластики в каждом отдельном случае, в зависимости от состояния пострадавших и подготовленности ожоговых ран, была наиболее рациональна у этого контингента больных.

При закрытии гранулирующих ран сплошными трансплантантами перевязка производилась на 2-3 день после пластики, а применение сетчатых трансплантантов, обладающих хорошей дренажной способностью позволяло отсрочить первую перевязку до 506 дней. Ранней перевязки травмировали еще неокрепшие кожные лоскуты и ухудшали их васкуляризацию, что способствовало лизису пересаженных трансплантантов.

В наших наблюдениях из 317 аутопластик кожи на гранулирующие раны полное приживление трансплантантов отмечено в 206 случаях (65%), приживление 70% пересаженных лоскутов наблюдалось 92 случаях (19%) и полный лизис кожных лоскутов наступил лишь в 19 случаях (6%).

Из общего количества 356 больных умерло 64 человек, что составляет 17,1%.

Таким образом, активное хирургическое лечение заключающееся в многоэтапности пластических операций

с возможно малыми интервалами между ними и преимущественным применением кожной пластики сетчатыми трансплантатами толщина 0,2-0,3 мм, позволило у большинства пострадавших пожилого и старческого возраста восстановить кожный покров в сроки от 1,5 до 3 месяцев со дня травмы даже при обширных глубоких ожогах свыше 10% поверхности тела.

ВЫВОДЫ:

1. У больных пожилого и старческого возраста с обширными глубокими ожогами предпочтение следует отдавать сетчатым трансплантатам.

2. Тактика многоэтапного аутопластик кожного покрова, при обширных глубоких ожогах, наиболее рациональная у больных пожилого и старческого возраста.

3. Низкие компенсаторные возможности людей пожилого и старческого возраста при ожоговой болезни

способствуют развитию большого числа осложнений и высокому проценту летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агясов Н.И., Матчин Е.Н. // Восстановление кожного покрова тяжело обожженных сетчатыми трансплантатами. Издательство Саратовского Университета, Саранский филиал, 1989, с.201.
2. Карабаев Х.К., Турсунов Б.С., Арипов Б.А., Хайдаров Г. А. // Актуальные вопросы хирургии пожилых. Сб. науч. трудов Ташкент, 1982, с.26-27.
3. Катрушенко Р.Н. // В кн.: "Ожоги" / Руководство для врачей/ Л., "Медицина", 1981, с.66-67.
4. De Mestre T., Feller J. // Surz. G.jn. Obst., 1963, v 128, №5, P.1041-1044
5. Рудовский В. // Теория и практика лечения ожогов. М., "Медицина", 1980, с.184-185.

Яшков Ю. И.,

Мовчун А.А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ГАСТРОПЛАСТИКИ

Российский научный центр хирургии РАМН, г. Москва.

(Директор- академик РАМН Б.А.Константинов).

Ожирение является наиболее частым среди заболеваний, связанных с нарушением обмена веществ. Несмотря на многообразие факторов, приводящих к развитию ожирения, в основе его лежит несоответствие поступления питательных веществ в организм истинным потребностям.

Термин "морбидное ожирение" (МО) применим по отношению к 3-8 % взрослого населения, чья масса тела (МТ) свыше 170 % или 45 кг от должного показателя, определенного в соответствии с полом и ростом больного, а индекс МТ превышает 40 кг/м².

Опасность МО для жизни пациентов определяется присоединением других заболеваний, в первую очередь: артериальной гипертензии, сахарного диабета, сонного апноэ, а также увеличением риска развития атеросклероза с поражением различных сосудистых регионов, дегенеративных заболеваний суставов и позвоночника, венозной недостаточности нижних конечностей, бронхиальной астмы, рефлюкс- эзофагита, дисфункции яичников, бесплодия и некоторых других. У определенной части пациентов мероприятия по снижению МТ приобретают жизненно необходимый характер.

До настоящего времени не существует надежных неинвазивных способов лечения МО, поэтому разработка хирургических методов лечения является актуальной задачей.

Вертикальная гастропластика (ВГП) относится к чисто рестриктивным операциям, т.е. эффект снижения МТ в результате ее достигается исключительно путем уменьшения объема желудка и устойчивого систематического количественного ограничения в еде. Операция впервые была применена в США в 1980 г. (Е.Масон) и до настоящего времени рассматривается многими как "золотой стандарт" в хирургии ожирения, хотя отношение хирургов к ней неоднозначно. Существуют операции более эффективные в плане снижения МТ, но не всегда безопасные с точки зрения метаболических последствий (гастрошунтирование, билиопанкреатическое шунтирование, еуюилошунтирование).

Зарубежный опыт применения ВГП показал ряд ее несомненных достоинств: относительную простоту вы-

полнения, отсутствие серьезных метаболических последствий и необходимости в постоянном проведении довольно дорогостоящей заместительной терапии, сохранение пассажа пищи через все отделы пищеварительного тракта, приемлемую степень снижения МТ при низкой частоте послеоперационных осложнений, возможность осуществления рентгенологического и эндоскопического контроля в зоне вмешательства [1].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Проанализированы результаты ВГП у 54 пациентов (15 мужчин и 39 женщин) в возрасте 41,1 ± 10,7 лет (от 16 до 61 года), оперированных в РНЦХ РАМН по поводу МО с ноября 1992 по апрель 1999 года. О тяжести оперированных больных свидетельствовали показатели средней МТ (147,7 ± 34,5 кг), преобладание больных ожирением 4 степени, по классификации М.Н. Егорова и Л.М. Левитского [2] - (77,8 %) и суперожирением, т.е. с индексом МТ свыше 50 кг/м² (56 %), частота и тяжесть сопутствующих ожирению заболеваний (артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, синдром сонного апноэ и т.д.) (табл. 1).

Определяя показания к хирургической коррекции ожирения, мы руководствовались принятыми в мире критериями: наличием избытка МТ свыше 45 кг или 70 % от нормы при показателе индекса МТ свыше 40 кг/кв. м; наличием сопутствующих ожирению заболеваний; неэффективностью других мероприятий по снижению МТ.

Операция выполнялась по методике Е.Масон, описанной в 1982 г. [3]. На первом этапе освоения ВГП центр "окна" в желудке располагали в 8-9 см от угла Гисса и в 3 см от малой кривизны. По мере освоения методики мы постепенно уменьшали объем создаваемой малой части желудка за счет смещения "окна" вверх, располагая центр его примерно в 5 см от пищеводно-желудочного перехода. Начиная с мая 1996 г. ВГП выполняли по стандартизированной методике (рис. 1). При этом объем формируемой малой части желудка составлял 11-18 мл, что подтверждалось интраоперационным измерением ее объема гидростатическим методом. Вертикальное прошивание осуществлялось с применением бариатрического сшивающего аппарата ТА-90В, позво-

ляющего одномоментно накладывать 4-рядный скрепочный шов. Калибровка периметра выходного отдела из малой части желудка (5,0 см) и предупреждение ее растяжения осуществлялось главным образом, с помощью полипропиленовой ленты.

29 (57 %) пациентам выполнены сочетанные оперативные вмешательства: холецистэктомия при наличии желчнокаменной болезни, грыжесечение - 14, иссечение кист яичника и маточной трубы - 2, абдоминальная дерматолипэктомия - 1.

Методика ведения послеоперационного периода предусматривала отказ от стандартного назогастрального дренирования, раннюю (со следующего утра после операции) активизацию больных и назначение жидкого питания, проведение превентивной антибактериальной и антикоагулянтной терапии, назначение церукала и H_2 -блокаторов, применение бандажа. Постепенный переход на твердую пищу рекомендовался через 4-6 недель после операции. С учетом собственного и зарубежного опыта применения ВГП, была разработана специальная памятка с рекомендациями в отношении режима питания. Основными моментами, подлежавшими разъяснению больным еще до операции, являлись: необходимость прекращения приема пищи при появлении первых сигналов насыщения, тщательное пережевывание пищи во время еды, предупреждение о возможности ухудшения результатов операции в случае злоупотреблением алкоголем, сладостями и другими высококалорийными продуктами, особенно в жидком виде, излишне частый прием пищи, малая физическая активность.

Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием ЭВМ поколения Pentium, программа Windows 95. Расчет средних показателей проводился с определением функций стандартных отклонений.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Неосложненное течение раннего послеоперационного периода наблюдалось у 43 (79,7 %) больных. Отмечен один смертельный исход (летальность 1,85 %) от повторной тромбоэмболии легочной артерии у пациента, оперированного по витальным показаниям. Большинство осложнений в раннем послеоперационном периоде были обусловлены специфическими особенностями тучных больных и в целом не отразились на исходе операции (табл. 2).

Осложнения в отдаленные сроки послеоперационного периода представлены в табл. 3.

Обструкция выходного отдела из малой части желудка твердыми фрагментами пищи отмечена у 2 больных и была ликвидирована путем эндоскопической фрагментации и удаления остатков пищи. В связи с данными наблюдениями мы полагаем необходимым предупреждать больных о необходимости срочного обращения в ближайшее медицинское учреждение для выполнения эндоскопического исследования в случае появления симптомов полной дисфагии.

Реканализация вертикального скрепочного шва выявлена у 3 больных, оперированных на первом этапе освоения методики. Во всех наблюдениях клиническими проявлениями явилось исчезновение раннего сигнала насыщения во время еды, а также полное или частичное восстановление утерянной МТ.

Послеоперационные грыжи, выявленные, по нашим

данным, у 32,7 % больных, не представляли серьезной опасности и устранялись обычно при проведении второго этапа оперативного лечения одновременно с выполнением абдоминопластики, позволяющей улучшить функциональные и косметические результаты операции. Вместе с тем стремление к уменьшению частоты послеоперационных грыж диктует необходимость совершенствования методов ушивания передней брюшной стенки в условиях высокого внутрибрюшного давления у больных массивным ожирением.

Желчнокаменная болезнь по мере снижения МТ была выявлена нами у 2 пациентов, холецистэктомия проводилась во время проведения второго этапа оперативного лечения.

Выполнение операции по стандартизированной методике, по нашим результатам, позволило избежать таких известных, по данным литературы, осложнений, как органический стеноз выходного отдела из малой части желудка и эрозии полипропиленовой ленты в его просвет.

Наши данные показали, что при отсутствии какой-либо серьезной поддерживающей медикаментозной терапии ни у одного из оперированных пациентов не было выявлено изменений со стороны основных гематологических показателей, белкового и электролитного состава плазмы в отдаленном послеоперационном периоде. С этой точки зрения ВГП является безопасной, что делает эту операцию предпочтительной для пациентов, проживающих в отдаленных регионах страны.

Данные о динамике МТ в отдаленные сроки после операции получены у 46 (92 %) из 50 больных, у которых сроки после операции составляли более 3 месяцев. Снижение МТ в результате ВГП отмечено у всех оперированных больных, причем наиболее интенсивно - в течение первого полугодия. (рис. 2)

Повторная гастропластика была выполнена 3 больным: двум - в связи с реканализацией вертикального шва и одной - по поводу дилатации малой части желудка, повлекшей частичное восстановление утерянной МТ. В техническом отношении регастропластика является более сложным вмешательством, однако во всех случаях позволила улучшить результат в плане снижения МТ. К периоду стабилизации МТ снижение избыточной МТ составляло от 41,4 до 85,4 % (в среднем $60,9 \pm 11,3$ %), что характеризует возможности операции. Стабилизация МТ наступала в среднем к $21,8 \pm 11,6$ месяцам после ВГП, и к февралю 1999 года была зафиксирована у 22 больных.

Более, чем у половины оперированных больных потеря МТ и в отдаленные сроки после операции превышала 50 % от избыточной МТ до операции, хотя 3 больным для этого потребовалось выполнение повторных вмешательств на желудке. В группе больных, у которых наступила стабилизация МТ, превышение максимального показателя снижения МТ, по сравнению с окончательным, составило в среднем 10,1 %. У 12 из 22 больных стабилизация носила устойчивый характер, т.е. показатель окончательной потери МТ не превышал максимальный показатель более, чем на 10 %. У остальных 10 пациентов восстановление МТ к февралю 1999 г. составило свыше 10 % (14,0- 27,5 %). У отдельных пациентов в процессе отдаленного наблюдения были зафиксированы и более значительные показатели восстановления МТ,

что указывает на необходимость контроля за динамикой МТ в период после наступления стабилизации с учетом возможности проведения диетокоррекции и дополнительного лечения с целью потенцирования эффекта операции.

У больных суперожирением период снижения МТ был продолжительнее, а стабилизация МТ наступала обычно в течение третьего года (рис. 3). Несмотря на большие абсолютные (в кг) показатели снижения МТ, в процентном отношении оно было менее выражено, чем у больных с индексом МТ менее 50 кг/кв.м., и примерно четверть больных, по результатам оценки индекса МТ, продолжала относиться к группе МО.

В целом представленные результаты ВГП значительно лучше и устойчивее, по сравнению с таковыми при консервативном лечении осложненных форм ожирения. Несмотря на кардинальный характер изменений в привычках и структуре питания после ВГП, все опрошенные больные, вне зависимости от степени снижения МТ, оценили общий результат ВГП положительно и не сожалели о своем решении об операции.

Наиболее отчетливый эффект воздействия на течение сопутствующих ожирению заболеваний получен у больных, страдавших артериальной гипертонией, синдромом сонного апноэ, сахарным диабетом 2 типа, дисфункцией яичников. Положительное воздействие операции на углеводный обмен у больных сахарным диабетом 2 типа наблюдалось уже к моменту выписки больных из стационара, и, таким образом, уже сам факт перевода больных на низкокалорийную диету способствовал снижению гиперинсулинемии. Эффект воздействия на другие заболевания наблюдался лишь после достижения значимого снижения МТ. В результате ВГП нами также отмечено уменьшение, а нередко и полное исчезновение симптомов рефлюкс-эзофагита, суставных и позвоночных болей, заживление ранее трудно поддававшихся лечению трофических язв голени, более благоприятное течение бронхиальной астмы и астмоидного бронхита. Положительное влияние ВГП на липидный обмен, более подробно изложенное в другой статье [4], следует также рассматривать как одну из важных составляющих благоприятного воздействия ВГП на течение заболеваний, сопутствующих МО. Вместе с тем, анализ отечественной и зарубежной литературы выявил возможности более эффективного хирургического воздействия при гиперхолестеринемии, что, в конечном итоге, призвано способствовать предупреждению осложнений, связанных с развитием атеросклероза.

Больные, страдающие синдромом сонного апноэ, представляют повышенный анестезиологический риск, у них повышается опасность развития легочных и тромбоэмболических осложнений. В связи с этим у наиболее тяжелых больных с сонным апноэ, особенно при его сочетании с альвеолярной гиповентиляцией, правомерно ставить вопрос о проведении предоперационной подготовки, направленной на снижение МТ непосредственно перед операцией, коррекцию имеющихся гемодинамических нарушений; этой группе больных целесообразно назначение пред- и послеоперационной CPAP - терапии (сокращенное от - Continuous Positive Air Pressure - непрерывное положительное давление воздуха) во время сна.

У 33 пациентов МО были проанализированы изменения в структуре питания до- и после ВГП. Изучение суточного рациона методом 24-часового (суточного) воспроизведения показало снижение среднего показателя энергетической ценности рациона с дооперационного уровня $4726,9 \pm 1472,6$ ккал/сут. до $1087,6 \pm 276,1$ ккал/сут в раннем послеоперационном периоде (в первые 3 месяца) и до $1490,0 \pm 375,4$ ккал/сут. к периоду наступления стабилизации МТ (средний срок наблюдения 16,9 мес). В первые 3 месяца после ВГП дефицит потребления белков составлял около половины от необходимого количества и сохранялся на уровне 40 % в отдаленные сроки. Выявлено, что количественное ограничение в еде, неизбежное после ВГП, со временем приводило к относительному увеличению потребления углеводов, в том числе в рафинированном виде, что, в свою очередь, вело к нежелательному изменению соотношения белки : жиры : углеводы.

У 95 % оперированных больных отмечено изменение вкусовой избирательности, появление непереносимости тех или иных пищевых продуктов, а также элемента механического жевания в питании. Хотя снижение потребления указанных нутриентов редко проявлялось клинически, выявленные изменения в структуре и химическом составе рационов в различные сроки послеоперационного наблюдения показали необходимость проведения алиментарной реабилитации больных, перенесших рестриктивные операции на желудке, с участием специалиста-диетолога и с позиций, аналогичных таковым при проведении традиционного консервативного лечения ожирения.

Изучение результатов первой в Российской Федерации серии операции дает основания считать ВГП эффективным методом снижения МТ у лиц, страдающих МО, а также средством воздействия на течение сопутствующих ожирению заболеваний и метаболических нарушений. Вместе с тем достижение эффективных результатов операции предъявляет определенные требования к технике ее выполнения, отбору кандидатов для хирургического лечения и послеоперационному наблюдению за больными. С учетом этих особенностей, а также знания специфики работы с больными МО операция ВГП имеет основания для более широкого применения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mason E.E. et al. Ten years of vertical banded gastroplasty for severe obesity // *Probl. in genegal surg.* 1992, v.9, №2, p. 280-289.
2. Егоров М.Н., Левитский Л.М - Ожирение.- М., 1964.
3. Mason E.E. Vertical banded gastroplasty // *Arch. Surgery* 1982, 117, 701-706.
4. Ю.И.Яшков, Ю.Е.Михайлов, Л.А.Шишло, А.А.Мовчун, М.Б.Пятигорская. Липидный профиль у больных морбидным ожирением, перенесших вертикальную гастропластику // *Вестник хирургии им. Грекова* 1999
5. Ю.И.Яшков. Технические аспекты вертикальной гастропластики для лечения морбидного ожирения // *Хирургия* 1999, № 6, с. 47-53.
6. Ю.И.Яшков. Вертикальная гастропластика как метод хирургического лечения морбидного ожирения (обзор литературы) // *Анналы хирургии* 1996 №3, с. 16-23.

ОБЗОРЫ

Назыров Ф.Г.,
Шарапов Н.У.,
Мукаддиров М.М.

ТРАНСМИОКАРДИАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ

(Обзор литературы)

НЦХ им. акад. В.Вахидова МЗ РУз
(Директор - д.м.н. Х.А.Акилов)

Трансмиокардиальная лазерная реваскуляризация (ТМЛР) с каждым годом приобретает все большую популярность, как принципиально новый, простой и относительно безопасный метод реваскуляризации ишемизированного миокарда. На данном этапе развития этот метод достаточно широко применяется в России, Швейцарии, Германии и др.

Методика ТМЛР предложена для клинического применения в середине 80-х гг. (Корепанов В.И. и соавт., 1997). Ее внедрение в Западной Европе начато в начале 90-х гг. (Kipfer V. et al., 1997). На сегодняшний день в ведущих клиниках Западной Европы и единичных клиниках США выполнено не более 100 операций ТМЛР в каждой. Лидером по количеству выполненных операций ТМЛР является «Кардиоцентр» Швейцарии, в котором с 1994г. выполнено 268 операций ТМЛР и ТМЛР в сочетании с коронарным шунтированием (Vincent J.G. et al., 1997). В ведущей клинике США, в Институте Сердца (г.Хьюстон), под руководством D.Cooley к началу 1998г. ТМЛР произведено у 31 пациента с ИБС. В России по состоянию на декабрь 1998г. в НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН выполнено 16 операций ТМЛР, в Челябинском Государственном институте лазерной хирургии - 68 операций лазерного туннелирования миокарда.

ТМЛР принят как единственный метод лечения пациентов с ИБС, резистентных к лекарственной терапии или (и) при невозможности использования общепризнанных методов хирургической реваскуляризации - коронарное шунтирование (АКШ, МКА), ангиопластика или стентирование. То есть контингент больных с дистальными формами поражения коронарной циркуляции, которым выполняют трансплантацию сердца или вообще не оперируют.

Сущность метода ТМЛР довольно проста: с помощью лазерного луча в толще миокарда делается туннель, в котором сразу и на протяжении послеоперационного периода развивается активное регионарное кровообращение с последующим формированием так называемой сосудистой дорожки (лазерный канал), обеспечивающей функционально выгодное кровообращение в зоне ишемии, что однако требует экспериментально-морфологического подтверждения.

Под эндотрахеальным наркозом в условиях нормотермии и без ИК после левосторонней торакотомии и ревизии коронарных артерий, в зоне ишемизированного миокарда ЛЖ наносится от 6 до 40 однократных лазерных импульсов. О проникновении лазерных лучей в полость левого желудочка свидетельствовали фонтанчики крови. Кровотечение легко останавливалось прижатием тампоном (Корепанов В.И. и соавт., 1997).

Поповым Г.К. и соавт. (1997) отмечены три граничащие зоны вдоль образовавшегося трансмурального лазерного канала в миокарде: собственно канал, прилежащая полоса некротически измененных кардиомиоцитов, переходящая постепенно в сохранившиеся и функционирующие структуры миокарда. В зоне некротически измененной и перинекротической зоне миокарда определяется значительное количество разрушенных и дегранулированных тучных клеток. По мере удаления от зоны повреждения увеличивается количество неповрежденных тучных клеток, что обычно характерно для ткани миокарда.

Итоговым эффектом ТМЛР является увеличение числа кровеносных сосудов миокарда за счет их новообразования. Вместе с тем остается невыясненным механизм неоваскулогенеза в миокарде в этих условиях.

Используются: CO₂-лазер, Nd:YAG-лазер, гранатовый лазер, эксимерный лазер.

Наиболее благоприятные результаты получены J.G.Vincent et al. (Кардиоцентр, Швейцария). С февраля 1994г. ТМЛР в качестве последнего метода резерва выполнено 268 пациентам с последней стадией коронарной болезни. У 140 пациентов (52%) показанием к этой операции была невозможность реваскуляризации миокарда наложением классического шунта. У 128 пациентов, у которых ожидалась неполная реваскуляризация ТМЛР выполнена в комбинации с коронарным шунтированием. У 71% пациентов ранее производилась 1-5-кратная коронароангиопластика.

Госпитальная выживаемость составила 89,2%: в комбинированной группе 88,2% и в группе с ТМЛР - 90,3%.

Проведен обычный скрининг через 3,6 и 12 месяцев после операции. У 40% с ТМЛР функциональный класс составил 0-1 (CCS); в комбинированной группе - 84%. Все больные оценили качество жизни как «лучше, чем в предыдущие годы» (Vincent J.G. et al., 1997).

Как отмечают авторы, в последнее время многие пациенты стали отказываться от других методов операций в других кардиохирургических центрах, так как новый метод показал достаточно высокую выживаемость и высокую эффективность в снижении болевого синдрома и повышении активности.

По мнению J.G.Vincent et al., лазерный метод является приемлемым методом лечения последней стадии ИБС, если исчерпаны возможности других методов. Ободряющие результаты ставят вопрос об этой операции как альтернативе в перспективе второй шунтирующей операции. Авторы также считают эту операцию альтернативой трансплантации сердца у некоторых из наблюдаемых ими больных.

Наибольшим опытом выполнения операций туннелирования миокарда в России обладают Ю.М.Ишенин и соавторы (г.Иркутск), которые с 1987г. по 1998г. выполнили 158 операций ТМР (механическая и лазерная). Ими были получены обнадеживающие результаты. Постоперационная летальность составила 10,1%. У 100% выживших больных купирован синдром стенокардии. В отдаленном периоде (в среднем 6,5 лет) от различных причин умерло 9,8% пациентов; отличные результаты получены у 10,1% больных, хорошие у 46,8%, удовлетворительные у 23,4%, неудовлетворительные у 19,7%. По мнению авторов [методика туннелирования представляет интерес в плане коррекции ишемии миокарда, не подлежащей прямой реваскуляризации] (Ю.М.Ишенин и соавт., 1998)

С.В.Евдокимов и В.П.Евдокимов (г.Челябинск) исследовали 68 пациентов с рефрактерной к медикаментозной терапии стенокардией ФК III-IV, которым была выполнена ТМЛР с использованием Nd:Yag лазера. Периперационная летальность составила 4,4%. У 65 пациентов отмечено клиническое улучшение состояния через 6-36 месяцев после ТМЛР. При этом по данным позитронной эмиссионной томографии зарегистрировано

уменьшение дефекта перфузии миокарда (в среднем на 15,4%) на вышеуказанных сроках наблюдения. Авторы делают вывод о том, что [использование Nd:Yag лазера для ТМЛР привело к улучшению клинического состояния пациентов с ишемической болезнью сердца] (Евдокимов С.В., Евдокимов В.П., 1998).

Особый интерес представляют исследования N.Trehan et al. (New Delhi, 1998), которыми к сентябрю 1997г. выполнена операция ТМЛР + коронарное шунтирование без ИК у 77 пациентов. Среднее количество шунтов составило 1,12. Постоперационная летальность составила 1,3% - один пациент умер в раннем постоперационном периоде от инкурабельной желудочковой аритмии. Через 12 месяцев у 89% больных отсутствовала стенокардия. Толерантность к физической нагрузке при стресс-тесте выросла с 5,2 до 9,7 минут. Сканирование миокарда с использованием талия через 3,6 и 12 месяцев после операции показало, что перфузия миокарда в сегментах подвергнутых ТМЛР увеличилась на 28,4%. По мнению авторов [трансмиокардиальная лазерная реваскуляризация - отличное дополнение к мини-инвазивному коронарному шунтированию в целях достижения полной реваскуляризации миокарда у больных с шунтабельными артериями передней стенки и нешунтабельными сосудами на задней и нижней стенках ЛЖ. Минимальная летальность в данной серии исследований подтверждает безопасность данной процедуры] (Trehan N. et al., 1998).

О.Н.Frazier, D.A.Cooley et al. (1998) [приняли ТМЛР как единственное лечение пациентов с ИБС резистентной к вмешательству или медикаментозному лечению]. Выполнена 31 операция ТМЛР. 5 умерших пациентов (2 сразу после операции и 3 позднее) имели дооперационную застойную сердечную недостаточность. Средний класс стенокардии (CCS) до операции был 3,7±0,7 (4 пациента с нестабильной стенокардией). Через 6 месяцев средний класс стенокардии был 1,7±0,8 ($p<0,05$). По добутиамин-ЭхоКГ средний индекс счета движения стенки возрос на 13%, в состоянии покоя фракция выброса ЛЖ осталась без изменений, а при нагрузке она увеличилась на 21%. Миокардиальная перфузия осталась без изменений. Позитрон-томография показала, что 36% обработанных сегментов были лучше, а 25% - хуже по сравнению с точкой отсчета (О.Н.Frazier et al., 1998).

По данным Ю.И.Бузиашвили и соавт. (1998) фракция выброса ЛЖ через 3 и 6 месяцев после операции ТМЛР не изменилась по сравнению с дооперационными данными. Хотя после операции ТМЛР по стресс-ЭхоКГ с добутиаминотометрией отмечается увеличение порога индуцированной ишемии на 2 и более ступеней, увеличение резерва сократимости миокарда за счет уменьшения % сегментов с гибернированным миокардом (Бузиашвили Ю.И. и соавт., 1998).

G.Hughes et al. (1998) сообщили об использовании ТМЛР в комбинации с протезированием митрального клапана у больного с ишемической митральной регургитацией и дистальным поражением коронарных артерий (использована левая латеральная торакотомия).

При анализе работ по данному направлению создается мнение, что осуществляется преднамеренное сокрытие мощностей, экспозиции и типов лазерного излучения. Не уточняются размеры получаемых лазерных каналов при использовании тех или иных методик ТМЛР. Крайне противоречивы мнения различных исследователей в отношении механизма ТМЛР, что указывает на недостаточную его изученность.

С декабря 1998г. в отделении "Хирургии ИБС" НЦХ им. академика В.В.Вахидова МЗ РУз проводятся экспериментально-морфологические исследования с целью

разработки и обоснования метода ТМЛР для клинического применения в практике Центра.

Использование ТМЛР в клинической практике привело к возникновению целого ряда вопросов, касающихся экспериментальных, морфологических, клинко-диагностических, хирургических аспектов данной проблемы, ответы на которые будут даны лишь после широкомасштабных изысканий, что позволит определить место трансмиокардиальной лазерной реваскуляризации в лечении больных коронарной болезнью.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бокерия Л.А., Бузиашвили Ю.И., Борисов К.В. и др. Трансмиокардиальная лазерная реваскуляризация в хирургическом лечении ИБС. Тезисы докладов IV Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов, М.: 1998г.- стр.65.
2. Бузиашвили Ю.И., Бусленко Н.С., Асымбекова Э.У. и др. Динамика показателей стресс-эхокардиографии с добутиаминотометрией у больных ИБС после трансмиокардиальной лазерной реваскуляризации. Тезисы докладов IV Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов, М.: 1998г.- стр.75.
3. Евдокимов С.В., Евдокимов В.П. Трансмиокардиальная лазерная реваскуляризация при невозможности прямых реконструктивных вмешательств на коронарных артериях. Тезисы докладов IV Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов, М.: 1998г.- стр.77.
4. Ишенин Ю.М., Валеев Р.А., Цхай В.А. и др. Хирургическое лечение ИБС методом туннелирования. Тезисы докладов IV Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов, М.: 1998г.-стр.69.
5. Корепанов В.И., Бредикис Ю., Здравовский С.Р. и др. Лазерная трансмиокардиальная реваскуляризация миокарда при ишемической болезни сердца. Материалы IV Международного конгресса, посвященного 10-летию Московского областного Центра лазерной хирургии, Видное.- 1997г.- стр. 47-49.
6. Попов Г.К., Головнева Е.С., Бельский М.С. и др. Тучные клетки миокарда крыс как объект лазерного воздействия и источник ишемической болезни сердца. Материалы IV Международного конгресса, посвященного 10-летию Московского областного Центра лазерной хирургии, Видное.-1997г.- стр. 290.
7. Фрейзер О., Кули Д., Кадипасаоглу К. и др. Миокардиальная реваскуляризация лазером. Предварительные результаты. Материалы I Международной конференции по хирургии ишемии органов и тканей, Нижнекамск.- 1998г.-стр. 19.
8. Frazier O.H., Kadipasaoglu K.A., Cooley D.A. Transmyocardial laser revascularization. Does it have a role in the treatment of ischemic heart disease? Tex Heart Inst J. 1998;25(1):24-9.
9. Hughes G.S., Donovan C.L., Lowe J.E., Landolfo K.P. Combined TMLR and mitral valve replacement via left thoracotomy. Ann. Thorac. Surg. 1998 Apr.; 65 (4): 1141-3.
10. Kipfer B., Carrel T., Schupbach P., Althaus U. [Current techniques in heart surgery]. Schweiz Rundsch Med Prax. 1997 Apr 23; 86(17):700-3.
11. Trehan N., Mishra Y., Mehta Y., Jangid D. Transmyocardial laser as an adjunct to minimally invasive CABG for complete myocardial revascularization. Ann. Thorac surg. 1998 Sep; 66 (3):1113-8.
12. Vincent J.G., Bardos P., Kruse J., Maass D. End stage coronary disease treated with the transmyocardial CO2 laser revascularization: a chance for the "inoperable" patient. Eur. J. Cardiothorac Surg. 1997 May;11(5):888-94.

Акилов Х.А.,
Исмаилов Д.А.,
Каюмходжаев А.А.,
Миррахимова Д.Т.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

(обзор литературы)

Научный Центр Хирургии им. акад. В. Вахидова МЗРУз
(Директор - д.м.н. Акилов Х.А.)

Рак молочной железы в настоящее время является наиболее распространенным злокачественным заболеванием у женщин. Количество заболевших растет из года в год во всем мире. В России на 100 тыс. здоровых женщин приходится 36,5 женщин с раком молочной железы. В Великобритании мастэктомии ежегодно подвергаются около 35 тыс. женщин по поводу доброкачественных заболеваний и около 20 тыс. - по поводу рака. В США ежегодно примерно 110 тыс. больных, пересекших мастэктомию, обращаются в специализированные центры для решения вопроса о восстановительной операции. Тревожным фактором является то, что количество больных в возрасте 30-40 лет, страдающих раком молочной железы постоянно возрастает [1, 13, 15, 17, 20].

Анализ литературы показал, что за последние десятилетия достигнуты определенные успехи в области ранней диагностики и лечения рака молочной железы. Благодаря современным достижениям в лечении рака молочной железы выживаемость больных увеличилась [3, 4, 7, 13, 14, 18]. Однако, с увеличением количества излечившихся растет и число глубоко инвалидизированных в ходе радикального лечения и среди них много молодых женщин, для которых далеко не безразлично то, как они выглядят после лечения. Причем, удаление молочной железы для многих из них является серьезной психоэмоциональной травмой, требующий изменения привычного образа жизни и ведущий к возникновению определенных проблем в семье [6, 10, 11, 12, 20, 21, 34]. Поэтому в настоящее время уже никто не оспаривает необходимость развития реконструктивно-восстановительной хирургии молочной железы после радикальной мастэктомии.

Однако клиницистов постоянно волнует вопрос о взаимосвязи между рецидивом заболевания и восстановительной операцией. Petit J.Y., Lehmann A. (1979, 1998) и другие зарубежные авторы на основе анализа результатов лечения установили, что кривая выживаемости в группе больных, которым была проведена восстановительная операция такая же, как в группе больных, которым восстановительная операция не проводилась [15]. Группа авторов на основании результатов исследования женщин с опухолями молочной железы подтверждают мнение о том, что при наличии показаний мастэктомия и, сохраняющие грудь вмешательства являются полностью равнозначными методами лечения [1, 13, 14, 18].

По мнению ряда авторов, при настоятельной просьбе больной даже в случае плохого прогноза нельзя отказывать в проведении реконструкции контуров молочной железы (33, 48). Сроки проведения восстановительных операций до конца не решены. Малыгин Б.Н. (1990) реконструктивно-пластические операции делит на 2 группы:

-отсроченная пластика молочной железы, когда реконструкцию выполняют спустя 6 месяцев и более после радикальной мастэктомии, и первичная пластика молочной железы, когда за радикальной операцией следует немедленная реконструкция молочной железы. Обычно онкологи выступали против немедленной реконструк-

ции, считая, что больная должна прожить определенное время с деформацией, прежде чем у нее созреет потребность в реконструкции. В таком случае больная будет довольна и менее совершенным результатом реконструкции, чем те больные, в которых реконструктивная операция была произведена сразу же после мастэктомии и которые сравнивают полученный результат не с состоянием после мастэктомии, а с состоянием до удаления молочной железы. В настоящее время практически все хирурги соглашались с тем, что оптимальной считается немедленная реконструкция контуров молочной железы. По мнению С.Н. Блохина с соавт. (1997) первичные пластические операции занимают на сегодняшний день важное место в комплексном лечении рака железы. Эти операции не влияют на течение болезни, сочетаются с проведением специфического противоопухолевого пред- и послеоперационного лечения и могут являться этапом комплексного лечения первичного рака молочной железы. Демидов В.П. с соавт. (1990, 1997) на основании опыта немедленных реконструкций установили, что реконструктивная операция не снижает радикальности хирургического вмешательства, не вызывает диссеминации опухоли и не ухудшают прогноз [4, 13, 14].

Развитие современной реконструктивной хирургии молочной железы тесно связано с внедрением в практику кожно-мышечных трансплантатов. Одним из первых для этих целей стал применяться кожно-мышечный трансплантат широчайшей мышцы спины. Несколько позже появились сообщения об использовании прямой мышцы живота для реконструкции молочной железы. По мнению многих авторов реконструктивные операции с использованием прямой мышцы живота обеспечивают наиболее мягкую и полноценную форму восстанавливаемой молочной железы [5, 7, 8, 2, 2, 35, 36, 38, 39, 40, 42, 46, 47, 48].

Первые попытки реконструкции контуров молочной железы относятся к методикам Heidenhain (1911) и Kleinschmidt (1924). Heidenhain использовал дефекта после мастэктомии лоскут на питающей ножке с латеральной поверхности грудной стенки, а Kleinschmidt впервые предложил этот лоскут для реконструкции контуров молочной железы [15]. К настоящему времени существует множество методик формирования контуров молочной железы за счет местных тканей, однако большинство из них имеют историческое значение и сейчас не применяются в чистом виде из-за недостатка мягких тканей, но в сочетании с имплантацией эндопротеза эти методики нашли свое применение в реконструктивной хирургии молочной железы [6, 19, 23, 26]. Для местной пластики были разработаны лоскуты с осевым кровообращением, которые с успехом применены для пластики контуров молочной железы. Одним из таких лоскутов является торако-дорзальный лоскут - кожно-мышечный лоскут из широчайшей мышцы спины, кровоснабжаемый а. и в. thoraco-dorsalis, впервые описанный в 1906 году Tansini. Эта методика нашла свое применение с 1959 года [15]. В зависимости от имеющегося рубца, после мастэктомии

можно выкраивать лоскут различной конфигурации, однако следует стремиться свести до минимума дефект донорской зоны, располагая рубец в поперечном направлении, который легче скрыть под бельем. Из положительных качеств применения торако-дорзального лоскута можно отметить относительно меньшую травматичность операции, а из недостатков следует отметить недостаточную массу лоскута и наличие выраженного рубца в донорской зоне на спине [3, 8, 15, 17, 22]. Можно считать, что только удовлетворительная во всех отношениях реконструкция молочной железы может оправдать выраженный рубец в донорской зоне. Многие авторы для улучшения эстетических результатов предлагают осуществлять транспозицию широчайшей, мышцы спины с минимальным кожно-жировым лоскутом с имплантацией под мышцу силиконового протеза [19, 23, 45]. Ряд авторов предлагают немедленную реконструкцию контуров молочной железы за счет протеза, помещенного под транспонированный торако-дорзальный лоскут. Причем, для предотвращения пережатия сосудистой ножки, как считают исследователи, можно не проводить лоскут через подкожный тоннель, а соединить разрез в области удаленной железы с разрезом в донорской области [13, 15].

На сегодняшний день интерес к торако-дорзальному лоскуту в пластической хирургии молочной железы не ослабевает, эта методика подкупает своей надежностью и простотой в техническом исполнении [1, 13, 23].

Следует подробно остановиться на применении лоскутов, основанных на прямых мышцах живота. Этот лоскут впервые был описан J.B. McCrow, D.G. Dibbell и J.M. Drever в 1977 году. Последний использовали для закрытия дефектов на брюшной стенке и закрытия инфицированных ран после стернотомии (15). Для реконструкции контуров молочной железы вертикальный лоскут на прямой мышце живота (VRAM-flap) использовал в 1979 году T.N. Robbins (47). Однако, этот лоскут имеет ряд недостатков – малый объем мягких тканей, выраженный дефект донорской зоны, что ограничивало широкое использование данного лоскута. Значительно более широкое применение получил поперечный лоскут на прямой мышце живота (TRAM-flap).

В 1982 году C.R. Hartrampf разработал методику транспозиции поперечного лоскута на основе прямых мышц живота [39, 40]. Лоскут формируется в виде горизонтального эллипса из прямой мышцы и кожи нижнего отдела передней стенки живота, образуется между пупком, симфизом и обеими подмышечными линиями. Размеры трансплантата зависят от величины дефицита тканей на грудной клетке, степени эластичности кожи. После формирования трансплантата и его мобилизации нижняя надчревная артерия цитируется, а сосудистый пучок для кровоснабжения лоскута создается на основе верхней надчревной артерии и сохраняемых перфорантных сосудов. Трансплантат перемещается в зону реконструкции через тоннель, создаваемый в области грудной и брюшной стенки.

К преимуществам применения абдоминального трансплантата относятся возможность перемещения большого блока тканей на грудную стенку, что позволяет производить вполне удовлетворительную массивную реконструкцию молочной железы без использования чужеродного материала. Донорская зона в эстетическом плане выглядит более благоприятно, абдоминопластика

позволяет добиться более красивого контура живота, чем до операции. Но наряду с этим данный способ не лишен недостатков, к числу которых относятся сравнительно ограниченное кровоснабжение трансплантата через довольно длинный сосудистый пучок, что может вести в некоторых случаях к некрозу тканей и частичной или даже полной потере трансплантата, не всегда удается воспроизвести субмаммарную складку, т.к. в этой зоне проходит питающая ножка. Нередки проблемы со стороны передней брюшной стенки [17, 18, 24, 25, 27, 28].

Проведя большую исследовательскую работу по кровоснабжению TRAM-лоскута, многие авторы отмечают, что предпочтительнее кровоснабжение лоскута осуществить за счет нижнеэпигастральных сосудов чем с верхнеэпигастральных, что послужило поводом для внедрения в практику свободного TRAM-лоскута на нижнеэпигастральных сосудах с применением микрохирургической техники [2, 9, 32, 44, 49]. Из преимуществ свободного лоскута можно выделить его эстетичность и надежность. В связи с тем, что лоскут берется с небольшим участком прямой мышцы живота, проекции перфорантных сосудов, практически не наблюдаются осложнения со стороны передней брюшной стенки. Авторы отмечают, что нет необходимости в проведении подкожном тоннеле питающей мышечной ножки и пересаженный свободный TRAM-лоскут выглядит более эстетично, выполняет только контуры молочной железы. Благодаря этому интерес к свободному TRAM-лоскуту, в последние годы, все более возрастает. И хотя реконструкция контуров молочной железы свободным TRAM-лоскутом с применением микрохирургической техники сложная с технической точки зрения операция, многие хирурги склоняются к этому виду реконструкции, что позволяет добиться более эстетичного результата [4, 5, 16, 18, 48]. При применении данного способа пластики для получения полной картины остается только через некоторое время восстановить сосково-ареолярный комплекс. При подкожной мастэктомии с сохранением сосково-ареолярного комплекса, в ходе операции, можно получить сразу окончательный хороший результат, не требующий дальнейшей коррекции. Сохранение во время мастэктомии кожи молочной железы, не вовлеченной в опухолевой процесс значительно облегчает моделирование формы молочной железы, благодаря сохранению субмаммарной складки. После того, как ректо-абдоминальный лоскут деэпителизован и перемещен в кожный карман, молочные железы выглядят почти одинаковыми по форме и объему. Одномоментное восстановление груди в таких обстоятельствах дает непревзойденные эстетические результаты [4, 18, 48].

Одним из серьезных осложнений при реконструкции груди свободным TRAM-лоскутом является гемодинамические нарушения, нередко приводящие к тромбозам с последующими потерями пластического материала и конечного эстетического результата. Ведущим фактором риска здесь является использование торакодорзальных сосудов в качестве донорских, ранее подвергнутых лучевому повреждению, а возникающие в этой связи технические проблемы, при формировании анастомозов могут привести к тромбированию микроанастомозов. Нарушения венозного оттока, ведущие к венозной гипертензии в лоскуте, чаще встречаются при использовании перемещенного лоскута и возникают в

результате чрезмерного натяжения и сдавления венозных сосудов, в том числе и вследствие отека тканей в ближайшем послеоперационном периоде. Одна из основных причин гемодинамических нарушений в лоскуте при любом виде пластики – неправильное планирование его выкройки и нарушение техники подъема TRAM-лоскута [15, 24, 25, 27, 31].

К свободным лоскутам также относится паховый лоскут. Первую свободную пересадку пахового лоскута с целью реконструкции контуров молочной железы выполнили D. Serafin с соавторами в 1976 году. Преимуществами данного лоскута авторы считают большое количество жировой клетчатки в лоскуте и незначительный косметический дефект места взятия лоскута. Из недостатков следует отметить короткую сосудистую ножку лоскута, из-за чего требуется его удлинение за счет аутовены. В настоящее время паховый лоскут не нашел широкого применения в реконструктивной хирургии молочной железы [15, 17].

О возможности использования кожно-мышечного лоскута из большой ягодичной мышцы для реконструкции контуров молочной железы впервые сообщили T. Fujino с соавторами в 1976 году. Лоскут кровоснабжается верхнеягодичными сосудами, которые имеют достаточный диаметр и длину. Лоскут имеет достаточное количество мягких тканей и надобности в протезе не возникает. Из недостатков способа можно выделить невозможность осуществить одномоментный доступ к донорской и реципиентной [15, 17].

Среди прочих методов реконструктивно-пластических операций на молочной железе можно перечислить восстановление молочной железы нижнегрудным лоскутом, кожно-фасциальным Z-образным лоскутом, кожно-фасциальным лоскутом с боковой поверхности брюшной стенки и кожно-фасциальным лопаточным лоскутом. Все эти методы имеют свои достоинства и недостатки.

В заключении следует отметить, что успехи достигнутые в диагностике и лечении рака молочной железы открыли перспективы в разработке нового направления восстановительного лечения хирургической реабилитации больных раком молочной железы. Поэтому разработку проблемы реконструктивно-пластических операций молочной железы у онкологических больных следует рассматривать как сложную медико-социальную задачу, требующую комплексного подхода в ее изучении и практической реализации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абалмасов К.Г., Егоров Ю.С. Хирургические методы лечения постмастэктомического синдрома // Российский онкологический журнал - 1997. - №4. - С. 7-11.
2. Абалмасов К.Г., Исаева Г.А., Егоров Ю.С. Ангиоархитектоника и гемодинамика TRAM-лоскута при реконструкции груди // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии - 1998. - №3. - С. 21.
3. Баженова А.П., Павлов И.Н., Сдивинская З.П. Восстановительная операция после мастэктомии по поводу рака // Хирургия - 1981. - №6. - С. 102-105.
4. Блохин С.Н., Портной С.М., Лактионов К.П. Первично-реконструктивные операции в комплексном лечении рака молочной железы // Маммология - 1996. №2. С. 59-60
5. Боровиков А.М., Пациора И.А., Коренкова Е.В. Пластика груди после мастэктомии TRAM-лоскутом // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии - 1997. - №1. - С. 63-74.
6. Вишневский А.А., Савицкий В.А., Оленин В.П. Увеличение размера молочных желез силиконовыми эндопротезами с целью физической и психологической реабилитации. - В кн.: Проблемы косметодогической реабилитации. М., 1980, с. 32-34.
7. Вишневский А. А., Оленин В.П., Ромашев А.А. и др. Кожно-жировой лоскут на прямой мышце живота и реконструктивно-восстановительная хирургия молочной железы // Хирургия - 1988.-№4. - С. 61-65.
8. Вишневский А.А., Осипов А.Г., Чернышева Л.М. Реконструкция объема и формы молочной железы с использованием прямой мышцы живота // Хирургия - 1989. - №5. - С. 56-59.
9. Выренков Ю.Е., Бардычев М.С., Гусева Л.И., Опенкин А.В. Реконструктивная микрохирургия в лечении постмастэктомического синдрома // Вестник хирургии им. И.И.Грекова - 1991. - Т. 146. - №2. -С. 79
10. Герасименко В.Н., Артюшенко К.В.. Реабилитация больных раком молочной железы // Клиническая медицина - 1978, -№5 -С. 56-59.
11. Герасименко В.Н., Паныпин В.Д., Артюшенко В.В. и др. Психические нарушения у больных раком молочной железы и методы психотерапевтической коррекции // Хирургия - 1980. -№4. - С. 23-25.
12. Герасименко В.Н., Грушина Т.И. Восстановительное лечение больных, перенесших радикальную мастэктомию // Вопросы онкологии -1988.-№1.-С.3-8.
13. Демидов В.П., Чиссов В.И., Евтагин В.В., Сарибекян Э.К., Джубалиева С.К. Субтотальная радикальная резекция и первичная реконструкция при раке молочной железы // Хирургия - 1997. - №3. - С. 11-14.
14. Денисов Л.Е., Голубев В.А. Современный подход к хирургическому лечению рака молочной железы // Клинический вестник - 1994. - №4. С.16-17.
15. Егоров Ю.С. Современные аспекты хирургического лечения постмастэктомического синдрома // Анналы хирургии - 1996. - №4. - С. 9-16.
16. Егоров Ю.С., Гайнуллин Р.М. Реконструкция груди TRAM-лоскутом // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии - 1998. - №3. - С. 23.
17. Желтова Е.В. Восстановление контура груди после мастэктомии //Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии -1998.-№2.-С. 65-74.
18. Кубанцев К.Б., Сперанский Д.А. Радикальная мастэктомия при местно-распространенном раке молочной железы с одномоментной пластикой груди TRAM-лоскутом // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии - 1998. - №3. С. 26-27.
19. Кудайбергенова И.О., Адамян А.А., Демидов В.П., Воронкова О.С. Пластика молочной железы и прилежающих тканей гидрогелевыми эндопротезами // Здоровье Кыргызстана - 1992, -№3-4. - С. 44-46.
20. Кузин М.И., Кольгуненко И.И. Социальные и этические проблемы хирургической коррекции объема и формы молочных желез. - В кн.: Хирургическая коррекция объема и формы молочной железы. М. 1981, с. 4-9.
21. Лукомский Г.И., Эль-Саид А.П., Миронова О.Е.

Социально-психологические исследования результатов коррегирующей пластики молочной железы силиконовыми протезами // Российский медицинский журнал - 1996. - №4. - С. 42-43.

22. Малыгин Е.Н., Гладиллина И.А. Реконструкция молочной железы с использованием кожно-мышечного лоскута широчайшей мышцы спины // Сов. медицина - 1985. - №9. - С. 79-83

23. Малыгин Е.Н., Шевченко С.П., Сидоров С.В. К вопросу об использовании силиконовых экспандеров в реконструкции молочной железы у онкологических больных // Маммология - 1995. - №1. - С. 46-47.

24. Малыгин Е.Н., Братик А.В. Результаты и осложнения при реконструктивных операциях на молочных железах у больных раком молочной железы // Маммология - 1997. - №3. - С. 51-55.

25. Малыгин Е.Н., Братик А.В., Малыгин С.Б., Андрианов О.В., Гришина В.В. Отдаленные результаты и осложнения пластических операций на молочных железах у больных раком молочной железы. методы обследования больных и контроля за состоянием эндопротезов // Российский онкологический журнал - 1998. - №3. - С. 60-63.

26. Пронин В.И., Адамян АА., Смагин Е.Н., Розанов ЮА., Акимов АА., Ткач А.В., Худайбергенова И.О. Выбор реконструктивно-пластической операции с эндопротезированием молочной железы после радикальной мастэктомии // Хирургия» 1994. - №3. - С. 37-39.

27. Ромашев Ю.В., Адамян АА. Осложнения реконструкции молочной железы после радикальной, мастэктомии // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии - 1998. - №2. - С. 57-64.

28. Федоров Ю.Ю. Эстетические аспекты донорской зоны после реконструкции молочной железы ректо-абдоминальными лоскутами // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии - 1998. - №3. - С. 31.

29. Юнусов М.Ю., Тен С.Л., Каюмходжаев А.А. Реконструкция грудной железы после радикальной мастэктомии верхнегрудным лоскутом на микрососудистых анастомозах // Мед. журнал Узбекистана - 1994. - №6. - С. 28-30.

30. Юнусов М.Ю., Тен С.Л., Каюмходжаев А.А. Пути улучшения результатов реконструктивных операций с использованием мягкотканых микрососудистых трансплантатов // Мед. журнал Узбекистана - 1997. - №3. - С. 26-28

31. Юсупов С.И. Д., Копыльцев А. А. Осложнения после пластических и реконструктивных операций при рубцовой деформации молочных // Маммология - 1997. - №4. - С. 37-43.

32. Allen RJ., Treece P. - Deep inferior epigastric perforator flap for breast reconstruction. Ann Plast Surg. - 1994; 32(1): 32-8.

33. Bostwick J. Breast Reconstruction after mastectomy. - Cancer. - 1990. - Vol.66, N6. - p.1402-1411.

34. Dowden R.V., Yetman R.J. Mastectomy with immediate reconstruction: issues and answers. Cleve. Clin. J. Med. - 1992; 59(5): pp. 499-503.

35. Godner MA., Bostwick J.E., Hahaj F, Bried J.T., Eaves F.F. TRAM flap vascular delay for high-risk breast reconstruction. Rast.reconstr.Surg. - 1995; 96(7): 1615.

36. Elliot L.F. et al. Immediate TRAM flap breast reconstruction: 128 consecutive cases. Plast reconstr.Surg. - 1993- 92:217.

37. J. J. Fclioi L.r¹. Options for donor sites for autogenous tissue breast reconstruction. Clin.plast surg. - 1994; 21(2): 177.

38. Fujino T., Harashina T., Enomoto K.. Primary breast reconstruction after standard radical mastectomy by a free flap transfer. - Plast. Reconstr.Surg., 1976, vol.58, m, p. 371-374.

39. Hartrampf C.R., Schefflan M., Black P.W. Breast reconstruction with transverse abdominal island, flap. Plast.Reconstr.Surg. - 1982; 69:216.

40. Hartrampf C.R., Drazan L., Noel R.T. A mechanical leech transverse rectus abdominis musculocutaneous flap. Ann.Plant.Surg. - 1993; 31(2): 103.

41. Holmstrom H. The free abdominoplasty flap and its use in breast reconstruction. Scand.J.Plant.Reconst.r. Surg. - 1979. 13:423.

42. K-roll S.S. Necrosis of abdominoplasty and other secondary flaps after TRAM flap breast reconstruction. Hast Reconstr. Surg. - 1994; 94(5): 637-

43. Lehmann A. Abord des reconstruction mammaire en carcinologie. - Senologie, i 979, vol.4, №2, p.99-104

44. Moon N.K., Taylor G.L. The vascular anatomy of rectus abdominis musculocutaneous flaps based on the superior epigastric system. Plast Reconstr-Surg. - 1992; 90:553.

45. Petit J.Y., Le M., M., Contesso G. Lehman A. Does long-term exposure to gel-filled silicone implants increase the risk of relapse after breast cancer? Tumori, 1998 Sep-Oct: 84(5): 525-8.

46. Place MJ., Song T., Hardesty R.A., Hendricks D.L. Sensory reinnervation of autologous tissue TRAM flaps after breast reconstruction. Ann. Plast.Surg. - 1997; 38 (1): 19-22.

47. Robbins T.H. Rectus abdominis myocutaneous flap for breast reconstruction. Aust.N.Z.J. Surg. - 1979; 49:527.

48. Suominen E. Asko-Seljavaara S., Tuominen H., Tukiainen E. Free microvascular TRAM flaps for breast reconstruction. - Euro. J. Plast. Surg. - 1995; 18:1-6.

49. Serafin D., Georgiade N., Given K.S. Transfer of free flaps to provide well vascularized thick cover breast reconstructions after radical mastectomy. - Hast. Reconstr. Surg., 1976. vol. 62. №4 - p. 527-536

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Н.Д.Арипова,
Д.Д.Курбанов,
В.М.Ворожейкин

ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ БРЮШИНЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АМПУТАЦИИ МАТКИ БЕЗ ПЕРИТОНИЗАЦИИ КУЛЬТИ

(экспериментальное исследование).

Научно-исследовательский Институт Акушерства и Гинекологии и кафедра акушерства и гинекологии ТашПМИ МЗ РУз.

Н.Д.Арипова, В.М.Ворожейкин, Д.Д.Курбанов.

БАЧАДОН АМПУТАЦИЯСИДАН КЕЙИН ПЕРИТОНИЗАЦИЯЛАНМАГАН ЧЎЛТОҚДА ҚОРИН ПАРДАСИНИНГ БИТИШ ХУСУСИЯТЛАРИ (экспериментал текшириш)

Илмий тажрибада бачадонни ампутациясидан кейин чўлтоқ перитонизацияси ўтказилади ва субсероз қатламда яллиғланиш процесси фонида чўлтоқ, қоринёғ, ичакларнинг бир-бирига ёпишиши, мезотелиоцитларда дистрофик ўзгаришлар содир бўлганлиги исботланди.

Перитонизацияланмаган чўлтоқ тажрибанинг 10-чи кунда мезотелий билан қопланади, микроциркуляция бузилмайди, яллиғланиш процесси кузатилмайди. Бу эса ўз навбатида орган ва тўқималарнинг ёпишган жойлари жароҳликдан кейинги даврда йўқ эканлиги, шу даврда асоратлар камайишини кўрсатади. Шундай қилиб, бачадон ампутацияси ва экстирпацияда чўлтоқни перитонизация қилинмаслиги тавсия қилинди.

N.D. Aripova, V.M. Vorozheykin, D.D. Kurbanov

REPAIR OF ABDOMEN AFTER EXTIRPATION OF THE UTERUS WITH NO PERITONIZATION OF STUMP (experimental investigation)

The experiment were proved that the formation of adhesions, distrophic changes in mesoteliocytes may be at the peritonization of stump after extirpation of the uterus. The stump without peritonization within 10 days is cover with mesotelium. There isn't fibrose layers on stump. Therefore, adhesions and other complications aren't develop at the postoperative period.

Thus, we recommend the extirpation of the uterus with no peritonization of stump.

Ведущей причиной инициации спаечного процесса в брюшной полости является нарушение целостности мезотелиальной выстилки (Байбеков И.М. с соавт., 1996). Данному патологическому процессу способствует наличие шовного материала, инфицирование им тканей и локальное нарушение микроциркуляции, а также нарушение перистальтики кишечника в послеоперационном периоде. Возникновение зон ишемии с последующим некротизированием, наличие крови с выпадением фибрина затрудняло мезотелизацию области шва и активировало фибриллогенез. Для профилактики спайкообразования хирурги производили тщательную перитонизацию травмированных зон брюшины, при необходимости использовался большой сальник. В последние годы широкое распространение получили методы с использованием лазерного излучения различной интенсивности (Мадартов К., 1996). Однако, часть хирургов придерживается мнения, что в некоторых ситуациях нет необходимости производить перитонизацию десерозированных участков, при этом получали удовлетворительные результаты (Женчевский Р.А., 1992; Буров И.С. и Строганов В.А., 1978). Следует отметить, что основная масса исследований проведена хирургами, в акушерско-гинекологической практике данные разработки единичны (Joel-Cohen, 1984; Jeselma RD с соавт., 1993 и др).

Исходя из этого, мы поставили перед собой цель изучить в эксперименте особенности заживления культи после ампутации матки с перитонизацией и без перитонизации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ:

Работа выполнена на 12 беспородных кроликах-самках массой 2-2,5 кг. Экспериментальные исследования проводились на базе отдела экспериментальной хирургии (рук.-проф. А.Х. Касымов и лаборатории патологической анатомии (рук.-проф. И.М. Байбеков) НЦХ им. академика В.В. Вахидова МЗ РУз.

Под внутривенным наркозом животным произведена нижняя срединная лапоротомия. После выделения рогов матки производилась надвлагалищная ампутация.

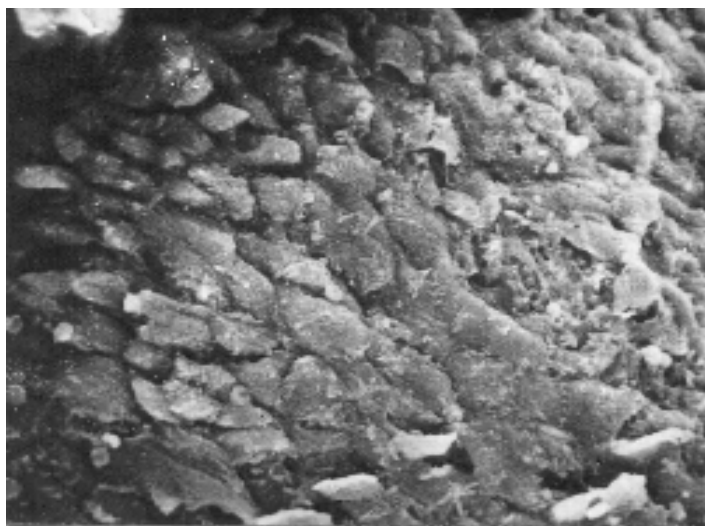
В первой группе (6 кр.) проводилась классическая обработка культи влагалища с перитонизацией раневого дефекта. Во второй группе (6 кр.) производилось только ушивание культи матки с оставлением раневой поверхности без перитонизации. Операционную рану брюшной стенки ушивали 2-рядным шелковым швом.

Животных умервляли на 5 и 10 сутки. Материал для морфологического исследования вырезали из культи матки для электронной сканирующей микроскопии и для световой микроскопии. Для последней, кусочки проводились по общепринятой методики, заливались в парафин, срезы окрашивались гематоксилином и эозином. Для сканирующей электронной микроскопии (СЭМ) образцы после фиксации в 2,5% растворе глутаральдегида дегидротировали в растворах ацетона восходящей концентрации и высушивали способом перехода через критическую точку CO₂ в аппарате "HCP-2" (Hitachi). Кусочки монтировали на алюминиевые подложки и после ионного напыления золотом в аппарата "IB-3" (Eiko, Japan), образцы просматривались в сканирующем электронном микроскопе "Hitachi S-405 A", при ускоряющем напряжении 15 Кв.

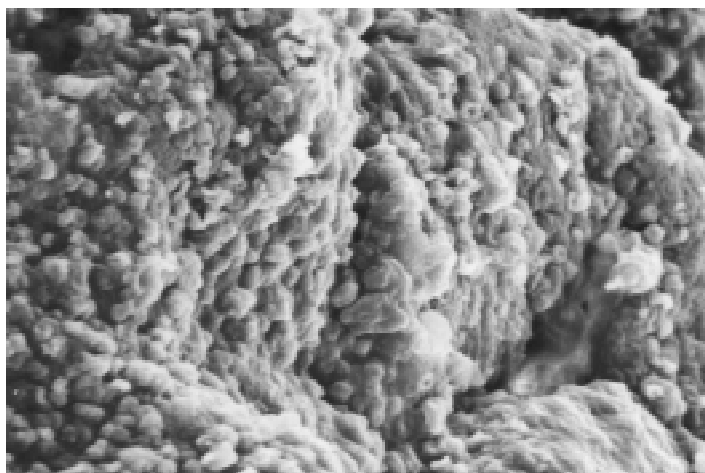
При вскрытии брюшной полости через 5 суток у животных с перитонизацией культи отмечаются умеренная гиперемия субсерозных сосудов малого таза. Культи влагалища с обильным налетом фибрина и нежно припаянными петлями тонкой кишки. Петли кишки свободно отделяются тупым способом, местами они спаяны между собой. Методом СЭМ на культе определяются обширные зоны демезотелизации. Сохранившиеся клетки мезотелия уменьшенных размеров, имеют продолговатую форму и значительно выступающую в просвет брюшной полости апикальную часть. Промежутки между клетками значительно расширены. На поверхности большое количество нитей фибрина, с наличием клеток перитонеального экссудата-преимущественно макрофаги и лимфоидного ряда. Во второй группе поверхность культи также покрыта тонким слоем фибрина, однако расположенные рядом петли тонкого кишечника

лежат свободно. При исследовании поверхности культы методом СЭМ определяется микрорельеф гладких мышц, с разбросанными мезотелиальными клетками, макрофагами, лимфоцитами и небольшим количеством нежных нитей фибрина. Гистологическое исследование культей в обоих случаях показало наличие артериального и венозного полнокровия, с умеренным субсерозным лимфостазом. Выраженный интерстициальный отек с зонами фиброзно-геморрагического пропитывания мышечной оболочки, с образованием микрогематом. При этом отдельные гладкомышечные пучки подверглись атрофии, реже-некробиозу. Описанные патологические изменения более выражены в случае с перитонизацией культы. Здесь же отмечено наличие на поверхности умеренного количества сегментоядерных нейтрофилов, с проникновением последних в более глубокие слои и формированием микроабсцессов вокруг шовного материала.

На 10-е сутки умеренная гиперемия субсерозного слоя малого таза в первой группе сохраняется. Культа влажлища в краевой зоне связана с петлей тонкой кишки. В случае без перитонизации признаков фиксации кишки к культе не отмечается. При исследовании рельефа перитонизированной культы методом СЭМ отмечается полиморфизм мезотелиоцитов (рис.1), они имеют уплощен-



ный вид, расширенные межклеточные границы. Часть мезотелиоцитов в состоянии десквамации, с наличием небольших участков оголения базальной мембраны, покрытых фибрином. Культа без перитонизации сплошь покрыта мезотелием небольшого размера, округлой формы без явных дефектов серозного покрова (рис.2). Гистологическое исследование выявило в первом случае при-



знаки вялой воспалительной реакции с субсерозным слое с дистрофическими изменениями в мезотелиоцитах (вакуолизация цитоплазмы) и организацией некробиотических процессов в мышечной оболочке. Спайки представлены нежными коллагеновыми волокнами, редкими капиллярами и фибробластами и очень редкими гладкомышечными клетками. Во второй группе отмечается организация раневого процесса с появлением нежной волокнистой соединительной ткани, явления воспаления практически отсутствует.

Таким образом, культа без перитонизации к 10-м суткам полностью покрывается мезотелием, в ней не определяются признаки воспаления и тенденции спайкообразованию. В этот же срок культа с перитонизацией покрыта мезотелием частично, а в имеющихся клетках наблюдаются дистрофические изменения, полиморфизм и десквамация клеток, с оголением базальной мембраны с обилием фибринозных наложений. Данное состояние можно связать с наличием шовного материала, нарушающего микроциркуляцию в области шва с ухудшением метаболизма мезотелия. Велик риск инфицирования тканей и реакции на шовный материал. Воспалительная реакция в условиях нарушения дренажной функции сосудистой системы из-за механической редукции микроциркуляторного русла лигатурами ведут к дистрофическим и некробиотическим процессам в зоне шва, сдвигу pH в кислую сторону с последующей стимуляцией фибриллогенеза фибробластами и формированию спаек.

КЛИНИЧЕСКИЕ СООБРАЖЕНИЯ:

Таким образом полученные нами результаты обосновывают нецелесообразность ушивания висцеральной и париетальной брюшины. Это положение подтверждается и клиническими наблюдениями. По указанной методике нами прооперированы 32 женщины с доброкачественными опухолями матки. Контрольную группу составляли 30 женщин оперированных традиционным способом с ушиванием висцеральной и париетальной брюшины. Обследуемые женщины в обеих группах были сопоставимы по возрасту, по характеру и обоему патологического процесса и оперативных вмешательств, наличию соматической патологии. Оценивали особенности течения послеоперационного периода: наличие лихорадки, восстановление перистальтики кишечника, заживление после операционной раны, сроки выписки из стационара, а также ближайший период наблюдения в течении месяца после операции. В основной группе лихорадка наблюдалась у 2-х женщин, контрольном-у 4-х. За лихорадку принимали повышения температуры тела свыше 38°C в течение более чем 2-ое суток, на 3-4 сутки после операции.

Восстановление перистальтики и моторики желудочно-кишечного тракта отмечено в более ранние сроки у женщин основной группы соответственно у 79,6% и 60% контрольной.

Анализ показал что, заживление послеоперационной раны и среднее прибывание на койке также существенно отличались в основной группе. Так, серома послеоперационной раны была констатирована у 2х женщин основной группы. Нагноение раны и полное расхождение отмечено у 3-х женщин контрольной группы. Необходимо отметить, что в основном эти осложнения наблюдались у тучных женщин. Таким образом результаты кли-

нических исследований согласуются с данными экспериментальных исследований и данными литературы (Stark. M.1984).

По-видимому это связано с тем, что отсутствует травматизация тканей и воспалительных изменений брюшины вызываемых швом, образование послеоперационных спаек, а также сокращением времени операции, медикоментозного воздействия, уменьшения койко- дня в основной группе до 6,0 - 1,0 дня, против 8,0 - 0,3 дня ($p < 0,05$) в контрольной группе.

Резюме:

В эксперименте было доказано что, перитонизация культи матки после его ампутации сопровождается образованием спаек на фоне вялой воспалительной реакции в субсерозном слое, дистрофическими изменениями в мезотелиоцитах. Что, способствовало образования спаек между культой, сальником и петлями кишечника.

Культи без перитонизации к 10 м суткам эксперимента полностью покрывается мезотелием, отсутствием фиброзных наложений, микроциркуляция не нарушается, воспалительная реакция отсутствует, что и объясняет отсутствие спаек в послеоперационном периоде.

Результаты клинических наблюдений у оперированных женщин без перитонизаций свидетельствует о том, что практически в два раза реже встречается послеоперационные осложнения в виде лихорадки, нарушение перистальтики кишечника, нагноение ран.

Таким образом, рекомендуется отказаться от перитонизации культи в практике при ампутации и экстирпации матки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Андреева В.И. Влияние шовного материала на развитие спаечного процесса в брюшной полости в эксперименте //Сб.науч.работ аспирантов Ленингр.ГИДУВа.-

Л.,1964.- С.40.

2. Бова Л.С., Семенюта Н.М., Футьмес М.М. Спаечная болезнь:[Обзор] //Клинич.хирургия.-1989.- №6.- С.57-59.

3. Буйкевич Л.М. К вопросу о состоянии культи шейки матки после надвлагалищной ампутации матки по поводу фибромиомы //Здравоохран.Белоруссии.-1970.- №9.- С.54-56.

4. Буров И.С.,Строганов В.А. Заживление перитонизированных и неперитонизированных дефектов брюшины у растущих организмов//Вестн.хирургии.им.Грекова.-1978.- Т.121,№7.-С.92-97.

5. Женчевский Р.А.Травма брюшины и заживление её дефектов//Эксперим.хирургия.-1969.- №6.- С.19-20.

6. Контрольная лапароскопия в оценке эффективности профилактики спаек при миомэктомии/М.А.Ботвин, Н.М.Побединский, А.И.Ищенко и др. //Акуш.и гин.-1997.- №1.- С.15-19.

7. Косов И.С. Изучение влияния фактора роста фибробластов на заживление кожных ран (Эксперим.исслед.): Автореф. дис.. канд.мед.наук.- М., 1994.-16 с.

8. Морозов П.Н. Патоморфология экспериментального перитонита//Актуал.вопр.эксперим. и клинич.исследований.-М.,1983.- С.67-69.

9. Морфология париетальной брюшины и перитонеального экссудата при перитоните /В.С.Пауков, В.И.Петров, О.Я.Кауфман и др.//Арх.Патологии.-1982.-Т.-44,вып.10.- С.11-20.

10. Frishman G.N.,Schwartz T.,Hogan J.W. Закрытие (сшивание) кожных надрезов по PFANNENSTIEL: Скобы и подкожные швы //J.Reprod/Med.-1997.-Vol.42, №10.- P.627-630.

11. Radical hysterectomy /P.B.Underwood, W.C.Wilson,A.Kreutner et al. //Amer.J.Obstet.Gynec. - 1979. - Vol.134, №8.- P.889-896.

Асабаев А.Ш.,

Ибадов Р.А.,

Мансуров А.А.,

Рахимов Б.С.

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПЕРАЦИИ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.

НЦХ им акад. В.Вахидова МЗ РУз.

(Директор - д.м.н. Акилов Х.А).

Актуальность проблемы: Предложенные на сегодняшний день операции : резекции печени при злокачественных опухолях и других очаговых поражениях печени, портосистемное шунтирование при циррозе печени с портальной гипертензией и другие операции значительно уступают по эффективности , отдаленным результатам и “ качеству жизни” радикальному методу лечения - ортотопической трансплантации печени (ОТП) [1, 2, 5,].

Ведь известно, что в случае опухолевого поражения печени и при её резекции почти нет никогда уверенности в абластичности операции и полном удалении опухоли и метастазов . А при поражении печени циррозом печени и развитии тяжелой портальной гипертензии все известные и предложенные оперативные вмешательства (портосистемное шунтирование , “ разобщающие “ операции , рентгенэндоваскулярные вмешательства , эндоскопическая склеротерапия и др.) направлены на коррекцию высокой портальной гипертензии и её осложнений и практически не влияют на основной , неизбежно прогрессирующий процесс в пораженном органе [1, 3, 4,].

Поэтому радикальным методом лечения, избавляющим пациента от таких фатальных заболеваний печени, как рак и цирроз может считаться только замещение печени методом ОТП. Внедрение этой операции в практику требует предварительного проведения глубоких исследований, главной составной частью которых является экспериментальная ОТП с решением технических аспектов и полным моделированием этой операции на крупных животных и трупах человека.

В данном сообщении представлен анализ только некоторых технических вопросов рассматриваемой проблемы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:

В очередных сериях исследования продолжены по двум направлениям:

1- оптимизация экспериментальной пересадки печени со всеми этапами (аутореимплантация, адекватный by-pass (вененозное обходное портоюгулярное и каваюгулярное шунтирование), совершенствование техники гепатэктомии, билиарной реконструкции с прецизионной техникой или с различными видами наружного дре-

нирования, методов перфузии печени, принципов кратковременной консервации донорского органа и гипотермии;

2- резекции печени в клинике (14 операций) в различных вариантах при очаговых заболеваниях печени – рак, гемангиома, гигантский эхинококкоз печени ; операции билиарной реконструкции в клинике с каркасным и другими видами дренирования .

3- гепатэктомия и реимплантация печени , а также различные виды резекции печени на трупах человека.

Современный уровень оперативной техники и анестезиологического пособия сделал доступным ряд объемных вмешательств при вышеуказанных заболеваниях, выполнение которых ранее было невозможным или очень сложным вследствие отставания от надлежащего уровня вспомогательных служб и пособий (включающее анестезиологическое обеспечение, искусственное кровообращение мониторинг, трансфузиологическая служба и др) .

В нашей клинике приведены в соответствие уровни развития и состояния этих отраслей медицины, которые создали практически неограниченные возможности для реконструктивно –восстановительной хирургии и трансплантологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ:

1. В связи с этим были отработаны стандартные оперативные доступы и приемы (в частности по Рио-Бранко, Шпренгелю, Райфершайду, Тунгу и многие др.), затем модифицированы в зависимости от типа и цели операции с учетом объема вмешательства: резекция печени: долевая, сегментарная, атипическая и анатомическая, полная ОТП и пересадка печени на силиконовых катетерах по облегченному варианту без создания межвенозных анастомозов по типу аутореимплантации.

Также разработаны расширенные доступы при распространенных поражениях печени и смежных органов у больных со злокачественными поражениями печени.

В первой серии экспериментов оперативный доступ представлял стандартную полную срединную лапаротомию. Проведенный анализ показал достаточную адекватность этого метода, и у собак практически не представлял неудобств, за исключением этапа наложения анастомоза между культями v.cava anterior.

Именно эта анатомическая зона над печенью оказывалась мелкодоступной ревизии во время этапа гепатэктомии, и намного больше создавала сложностей при формировании переднего кавакавального соустья.

При этих экспериментах нами применена техника забора печени на силиконовых дренажах у 5 животных , позволяющая исключить наложение межвенозных анастомозов . Нам удалось избежать в этих случаях грозного осложнения -воздушной эмболии , сократить общее время операции на 131 +2, 1 мин , сократить длительность беспеченочного периода и уделить больше внимания отработке других этапов ОТП.

Что касается ОТП у свиней и трупах человека, этот разрез оказался недостаточным, так как создавал несоответствие ширины, глубины и угла операционного поля. Угол доступа оказывался в некоторых случаях острым (менее 90, что естественно усложняло технику вмешательства. Глубина раны оказывалась около 20 + 2,01 см в зависимости от размера подопытного животного. Это также связывалось нами с коротким расстоянием между *pros.xiphoides* и *os.pubicum*. Все это создало ряд техни-

ческих проблем – а именно:

1- на этапе гепатэктомии обработка анатомических образований над печенью (v.cava anterior, гемостаз при вскрытии диафрагмы и плевральных полостей и т.п.) представлялось более сложным;

2 - на этапе реимплантации возникало еще больше проблем при манипулировании инструментами хирургов , обзором операционного поля , при размещении донорского органа в печеночной ямке , особенно при создании анастомоза по восстановлению v. cava anterior и целостности диафрагмы.

3 - недостаточный угол операционного поля повышал травматичность вмешательства, в частности, приводил к большей тракции и повреждению печени, культей сосудов, затруднял техническое функционирование веновенозного *by - pass* из-за сгибания или неоптимального расположения магистральных линий контура.

Анализ этих технических аспектов показал, что определенная часть осложнений подобного плана в той или иной степени была связана с нерационально выбранным доступом.

Имевшую место у одной собаки и свиньи животного воздушная эмболия, проявившаяся асистолией, мы связали с погрешностями при создании надпеченочного и подпеченочного веновенозных анастомозов, при этом ретроспективно оценивая ситуацию, можно сделать вывод о недостаточном поле обзора при этом.

В двух случаях имело место краевое повреждение паренхимы печени при обработке диафрагмы вследствие тех же причин, проявившееся упорным кровотечением, характер которого в таких случаях связан с коагулопатией и гепаринизацией.

Наиболее неожиданным и досадным было наступление острой сердечной недостаточности и смерти животных на этапе гепатэктомии при тракции печени, при которой смерть возникла из-за пережатия полой вены и резких рефлекторных воздействий при этом.

Несоответствие ширины операционного поля, размера удаляемого органа и объема вмешательства привели к вынужденной повышенной тракции печени и смерти даже при функционирующем адекватном веновенозном шунтировании.

Те же причины привели к окклюзии контура *by-pass* в одном случае, и в другом случае вследствие образования угла между осью сосуда и металлическим концом канюли произошло повреждение культи воротной вены, приведшее к быстрой и значительной кровопотере и разрушению культи сосуда и невозможности создания в последующем межвенозного соустья.

Другие (стандартные) оперативные доступы (по Федорову, тораколапаротомия, двухподреберная лапаротомия и др.) эффективны в хирургической практике, однако при глобальных операциях иногда бывают недостаточны, так как не обеспечивают надлежащего обзора, а также доступа к удаленным друг от друга анатомическим образованиям брюшной полости. Они адекватны при манипулировании на конкретной отдельно взятой анатомической зоне.

Доступ Шпренгеля, применяемый при обширных операциях на органах брюшной полости использован нами на 2 животных. Особенности, выявленные нами при этом были разделены на:

преимущества - широкий доступ к обеим половинам

брюшной полости, верхнему и нижнему этажам последней; простота приема, достаточная возможность обзора практически всех органов и образований;

- недостатки: малодоступность надпеченочных образований - диафрагмы, v.cava anterior, плевральных полостей; полное поперечное пересечение мышц передней брюшной стенки, приводящее к кровоточивости на фоне коагулопатии и гепатинизации.

Доступ Рио-Бранко (угловой справа) применен у 4 животных и на 15 трупах человека. Он позволял выполнять все манипуляции на воротах печени, надпеченочной области, v.cava posterior, однако обработка органов левой половины брюшной полости - левой доли печени, области селезенки, v.lienalis, дистальный конец v.portae, левая половина диафрагмы и создание портокавального байпаса представляло вполне определенные трудности. Это связано с тем, что основная проекция доступа приходится на правую половину брюшной полости.

Учитывая положительные стороны (преимущества) этого доступа нами предложена модификация его для тех ситуаций, когда необходима широкая мобилизация печени и манипулирование на нескольких удаленных друг от друга магистральных сосудах, обработка надпеченочной области (v.cava anterior) и левой половины брюшной полости.

Поэтому при последних экспериментах мы применили модифицированный доступ Рио-Бранко с продолжением линии разреза влево на 5-10 см до параректальной линии и латеральнее, перпендикулярно медиальной ветви стандартного доступа.

Этим было достигнуто решение нескольких проблем: свободная обработка малого сальника, левого купола диафрагмы, наложение by-pass с v.lienalis или v.portae области её образования, контроль гемостаза на этапе диафрагмотомии и гепатэктомии и др.

Указанные выше разработки позволили определить вид и технику оперативного вмешательства в каждой конкретной ситуации как при вмешательствах у больных в клинике при резекции печени, так и в эксперименте у животных.

2. В соответствии с планом по совершенствованию техники билиарной реконструкции в эксперименте при ОТП у животных и у больных с патологией желчевыводящих путей определены опорные тактические и технические критерии, которые рассматриваются ниже.

Как известно, развитие всех аспектов гепатотрансплантологии вызвало и изменение тактики при создании окончательного варианта адекватного желчеоттока.

В различных мировых центрах клиник в настоящее время применяются одновременно как билиарные анастомозы (холе- дохохоледохостомии, холецисто- холедохоанастомозы (R. Calne et al. 1986), билиодигестивные анастомозы (холедохо-ентеро — или холецистоэнтеральные), так и варианты наружного дренирования (холангиостомы по Керу или др.) как первого этапа билиарной реконструкции и визуального контроля жизнеспособности пересаженной печени. Это связано с различными тактическими схемами этапности ОТП в зависимости от накопленного опыта и традиций. В центрах же трансплантации со значительным опытом применяются восстановление билиарного дерева по типу “конец в конец” холедоха а также на “потерянном дренаже”, что

избавляет пациента от повторного вмешательства.

Как правило, при ОТП у животных с учетом очень большого объема самого оперативного вмешательства - реконструкции билиарных путей и проблемам желчевыведения придавалось второстепенное значение. В первой серии экспериментальной ОТП дренирование желчных путей производилось наружу по типу холецисто- или холангиостомы. Вышеуказанные разработки были осуществлены и стали возможными благодаря многолетнему опыту клиники НЦХ по реконструктивно-восстановительной билиарного тракта, где произведено несколько тысяч подобных вмешательств, включающих различные виды билиодигестивных анастомозов, операции с применением сменных каркасных дренажей, методики операций Praderi — Smitt, Sai pol — Curjan, Felker, протезированием протоков, рентгенэндоскопические вмешательства и др.

Современная прецизионная и микрохирургическая позволила создать билиобилиарные или билиодигестивные анастомозы практически при любых анатомических размерах этих образований.

Проведенные в эксперименте у животных 8 операций по реконструкции билиарного тракта доказали разрешимость этой проблемы. В случаях, когда для внутреннего дренирования и анастомозирования применялся желчный пузырь, а не желчные протоки, специальной микрохирургической техники в ряде случаев не потребовалось.

ВЫВОДЫ:

1. Технические аспекты ОТП являются самой сложной проблемой и отработка их при адекватном моделировании на экспериментальных животных позволяет вплотную подойти во всеоружии к осуществлению пересадки печени.

2. Накапливаемый опыт вышеуказанных вмешательств в эксперименте и клинике позволяет разрабатывать многие технические стороны хирургической гепатологии при очаговых и диффузных поражениях печени, билиарного тракта и внедрять их в клинику.

3. Достигнутый уровень исследований и методик операций позволяют перейти к реализации последующих этапов программы ОТП.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ерамишанцев С.В. и др. // Ортопическая трансплантация печени /.- Клиническая медицина, -1991 —Т.69, № 10-С.12-16.
2. Шумаков В.И., Козлов И.А., Пиляева И.Е. / “Анестезиологическое обеспечение ортопической трансплантации печени в клинике”./ Анестезиология и реаниматология -1991- №4 - с.3-10.
3. Changes in plasma nitrite /nitrate level after orthotopic liver transplantation in pigs. // Saito A, Matsuno N., Kozaki K. et al./- Transplantation Proceedings. - Jun. 1996 — 28(3): 1761-2.
4. Haemodynamic and haemoximetric aspect of experimental orthotopic liver transplantation // Fabbri P., Marsili M., Manetta G. et al. / Minerva Anestesiologica. - 1995- Nov. 61(11): 441- 50.
5. Xenogenetic orthotopic liver transplantation from sheep to pig // Gridelli B., Gatti S., Andreani P. et al. / Transplantation proceeding. -1996. -Apr. 28(2):784—787.

Махмудов К.А.,
Саидханов Б.А.,
Касымов А.Х.,
Косникова И.В.,
Исмаилова М.Г.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ АПРОБАЦИЯ НОВОГО КОСТОЧКОВОГО УГЛЕРОДНОГО ЭНТЕРОСОРБЕНТА

НЦХ им. акад. В.Вахидова МЗ РУз
Директора - д.м.н. Х.А.Акилов.

К.А.Махмудов, Б.А.Саидханов, А.Х.Касымов, И.В.Косникова, М.Г.Исмаилова.

ЯНГИ ДАНАКЛИ УГЛЕРОДЛИ ЭНТЕРОСОРБЕНТНИ ЭКСПЕРЕМЕНТАЛ АПРОБАЦИЯСИ.

In vitro va in vivo tekshirishlarda, UzKFITI olimlari tomonidan yangi texnologiya buyicha ishlab chikarilgan uglerodli KAU, sorbentining xususiyatlari uringildi. Sorbentuchun hom ashe sifatlarda shaftoli, olxuri, olcha va urik danaklari ishlatildi. Xulosa, sorbent KAU notoksik, pirogen xususiyati yuq, yaxshi sorbicion xususiyatlariga ega. Tibbiy enterosorbentlarga kuyilgan barча asosiy talablarga javob beradi.

Machmudov C.A., Saidnchanov B.A., Casimov A.Kh., Kosnicova I.V., Ismailova M.G.

EXPRIMENTAL TRIAL OF NEW DIES CORBONE ENTROSORBENT.

In trials carried out in vitro and in vivo features of new carbon sorbent CAU prepared by scientists from UzKFITI have been presented. This sorbent has been made by new technology from peach, plums, cherry and apricot diestone. It has been established, that sorbent CAU is nontoxic, nonpyrogenic and has other advantages corresponding to all requirements of entrosorbents.

Энтеросорбция как метод очистки организма от токсинов экзо- и эндогенного характера прочно вошла в клиническую практику. В последние годы на фармацевтическом рынке появилось много физико-химических соединений под общим названием «сорбенты». Чаще всего в качестве энтеросорбентов используются различные угли медицинского назначения: СКН, АУВ, ИГИ и др. Эти сорбенты характеризуются повышенными показателями прочности, биосовместимости с организмом, химической чистоты и удельных сорбционных параметров [1,3]. Вместе с тем, несмотря на имеющееся разнообразие сорбционных материалов, работы по созданию и изучению новых образцов сорбентов продолжают. В немалой степени это связано с недостаточной эффективностью имеющихся аналогов. Высокая стоимость углей и необходимость их покупки за рубежом также является препятствием для их широкого применения.

В этой связи, учеными УзКФИТИ была разработана новая методика получения углеродного сорбента, сырьем для которого служит смесь фруктовых косточек (персика, сливы, вишни и абрикоса). По аналогии с Российским сорбентом, он получил рабочее название КАУ.

Цель работы. Изучить сорбционные свойства нового углеродного сорбента и оценить целесообразность его дальнейшего изучения и последующего применения в лечебных целях.

Материалы и методы исследования. Проведено 3 серии исследований. Изучение сорбционно-емкостных характеристик сорбента проводили в стендовых опытах (1 серия). Для этого в обычные колбы помещали по 5 г испытуемого сорбента и добавляли туда по 50 мл донорской плазмы длительного срока хранения, в которой ввиду этого накапливался ряд токсических продуктов катаболизма. Содержимое колб периодически перемешивалось путем взбалтывания. Через определенные промежутки времени (30, 60 и 120 минут) отбирались пробы плазмы для проведения биохимических исследований. По разнице концентрации изучаемых метаболитов в исходной плазме и после помещения в нее сорбента судили о сорбционной активности последнего. Для изучения токсичности исследуемого сорбента КАУ была проведена серия опытов на 20 половозрелых соматически здоровых крысах породы Вистар с массой тела 150–200 г. (2 серия). Сорбент животные получали перорально 1 раз в день в

течение 7 суток в утренние часы из расчета 5 г на 1 кг массы тела животного. Контрольную группу составили 15 здоровых крыс, содержащихся в аналогичных условиях и получавших аналогичный питательный рацион, за исключением энтеросорбента. На 5 соматически здоровых кроликах массой тела 2,0–2,1 кг изучено влияние внутривенного введения смыва с сорбента КАУ на температуру тела (3 серия). Для этого исследуемый сорбент КАУ на длительное время помещали в физиологический раствор, после чего вводили животным в ушную вену 5 мл надосадочной жидкости. Измерение температуры per rectum проводили через 5 минут после введения и затем через каждый час на протяжении 3 часов.

Результаты и обсуждение. Результаты стендового испытания сорбента КАУ представлены в таблице 1. Как следует из нее, снижение уровня среднемолекулярных пептидов отмечается уже в первые 30 минут экспозиции, после чего их концентрация не меняется. Такая же динамика отмечается при изучении содержания мочевины и билирубина. Элиминация креатинина носит постепенный характер и отмечается на протяжении всего периода наблюдения. Максимальное снижение наступит к 120 минуте. Испытуемый сорбент не элиминирует из плазмы общий белок и электролиты, содержание которых в процессе сорбции не меняется. Полученные данные доказали, что сорбент КАУ обладает выраженными сорбционными свойствами относительно основных продуктов катаболизма, при этом не элиминирует из плазмы нетоксичные компоненты, необходимые для нормальной жизнедеятельности организма.

Среди углеродных сорбентов наибольшее распространение получили сорбенты СКН, УВА, ИГИ и ряд других. Согласно данным литературы, хорошо сорбируются этими сорбентами вещества низкой молекулярной массы, такие как креатинин, мочевая кислота, хотя мочевина ими не элиминируется [3,4]. Как и перечисленные выше сорбенты, испытуемый нами сорбент проявил хорошие элиминационные свойства относительно креатинина, кроме того, в отличие от своих аналогов, он обеспечивал и уменьшение уровня мочевины, что имеет большое значение при целом ряде заболеваний. Следовательно, по этому показателю сорбент КАУ превосходит имеющиеся аналоги. Другим положительным качеством предлагаемого сорбента является его инертность относительно общего белка, тогда как после контакта с вышеперечис-

ленными образцами отмечается снижение этого показателя. Последнее играет важную роль, т.к. хорошо известно, что снижение концентрации белка вследствие нарушения его биосинтеза является одним из патофизиологических проявлений многих заболеваний.

Таблица 1

ДИНАМИКА СОРБЦИИ РЯДА МЕТАБОЛИТОВ ИЗ ДОНОРСКОЙ ПЛАЗМЫ

Показатель	Исходный уровень	30 мин	60 мин	120 мин
Средние молекулы, усл.ед.	0,07±0,07	0,04±0,009 P<0,001	0,04±0,004 P<0,001	0,046±0,04 P<0,001
Общий белок г/л	79,7±2,8	77,7±4,1 P=0,5	75,6±1,4 P=0,5	77,7±2,5 P=0,5
Мочевина ммоль/л	4,61±0,31	3,03±0,44 P<0,05	3,30±0,54 P<0,05	3,40±0,45 P<0,05
Креатинин мкмоль/л	22,5±6,3	15,3±4,6 P<0,05	10,3±3,2 P<0,01	7,5±3,2 P<0,001
Билирубин мкмоль/л	190±5,6	120±8,9 P<0,01	110±7,2 P<0,01	120±2,3 P<0,01
Натрий мэкв/л	157±10,7	154±12 P<0,5	153±11 P<0,5	152±10 P<0,5
Калий мэкв/л	11,8±1,3	11,2±1,2 P>0,5	11,4±1,7 P>0,5	11,1±1,2 P>0,5

Пероральное введение сорбента экспериментальным животным не оказывало какого-либо выраженного патологического воздействия на организм. Поведенческий статус животных опытной и контрольной групп не отличался. Все животные были подвижны, шерсть не изменяла окраски, аппетит не нарушался. Энтеросорбция не влияла

Таблица 2

ВЛИЯНИЕ ЭНТЕРОСОРБЦИИ СОРБЕНТОМ КАУ НА НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЛАЗМЫ КРОВИ И ТКАНИ ПЕЧЕНИ.

Показатель	контрольная гр.:	Опытная гр.
Содержание в плазме:		
Общий белок, г/л	61,7±2,8	63,4 ±2,6
АсТ, мкмоль/л	1,86±0,3	1,39±0,1 *
АлТ, мкмоль/л	1,06±0,16	0,46±0,04*
реатинин, мкмоль/л	82,0±6,3	52,7±5,2 *
Билирубин, мкмоль/л	50,35±5,6	71,9±16,5
Содержание в ткани печени:		
АсТ, мкмоль/с/г	7,41±0,94	9,26±0,1*
АлТ, мкмоль/с/г	3,62±0,23	2,63±0,06*
Щелочная фосфатаза, мг фосфора/г тк./2,5 ч инк.	141,6±2,8	141,8±3,3

также и на выживаемость. Летальность в группах отсутствовала. Не выявлено значительного влияния на массу тела животных, разница в весе между животными конт-

рольной и опытной групп носила недостоверный характер. Измерение ректальной температуры у животных опытной группы до и после курса энтеросорбции испытуемым сорбентом отклонений от нормы не выявило.

Курс энтеросорбции сорбентом КАУ не влияет на содержание общего белка, среднемoleкулярных пептидов и билирубина в плазме крови, достоверность различия их концентрации у животных разных групп носит недостоверный характер. Прием сорбента не изменяет активности щелочной фосфатазы. Плазменная и тканевая активность трансаминаз несколько снижалась, также отмечено некоторое уменьшение концентрации креатинина, что связано, вероятно, с хорошими элиминационными свойствами сорбента относительно этих метаболитов (Табл.2).

Изменения температуры тела после внутривенного введения смыва с сорбента соматически здоровым кроликам нами не выявлено.

Таким образом, установлено, что сорбент КАУ обладает выраженными сорбционными свойствами относительно токсических метаболитов, при этом не элиминирует нетоксичные компоненты, необходимые для нормальной жизнедеятельности организма. Сорбент

КАУ нетоксичен и не вызывает побочных эффектов в организме соматически здоровых животных. Пероральный прием сорбента или внутривенное введение животным смыва с сорбента КАУ пирогенной реакции не вызывает. Полученные данные показывают, что сорбент КАУ не оказывает повреждающего действия на гепатоциты, не меняет функциональное состояние печени здоровых животных.

Заключение. Опираясь на данные лабораторных исследований, можно заключить следующее:

1. Сорбент КАУ обладает выраженными сорбционными свойствами по отношению к продуктам катаболизма.

2. Сорбент КАУ нетоксичен и не вызывает побочных эффектов у здоровых животных.

3. Испытуемый сорбент не элиминирует нетоксичные, биологически значимые для нормальной жизнедеятельности организма вещества.

Учитывая изложенное, целесообразно продолжить исследования сорбционных свойств сорбента КАУ на животных с экспериментальной патологией.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Сравнительная оценка эффективности, клинического использования сорбентов типа СКН-4М СКТ-6А и полипептана при лечении больных с хронической почечной недостаточностью / Рысс В.С. Рябов С.И. Лотушкин М.Б// Тер. архив.- 1996 .- №8.-С.39-43

2. Стрелко В.В. Косточковые и синтетические угли медицинского назначения.// Современные вопросы детоксикации.

3. Энтеросорбция./ Под редакцией Н.А. Белякова.-Л., 1991. 336с.

4. Медицинский волокнистый адсорбент./ Фридман Л.И. Портной О.А. Бонитенко Ю.Ю. Котомкина Р.В.//Л.: ЛДНТП, Серия пластмасы и их применения в промышленности.-Л., 1985.

Саидханов Б.А.,
Косникова И.В.,
Исмаилова М.Г.,
Гутникова А.Р.,
Касымов А.Х.

**КАУ СОРБЕНТИ ЁРДАМИДА ТОКСИК ГЕПАТИТНИ
САМАРАЛИ ДАВОЛАШДА ИЗЛАНИШ**

Акад. В.Воҳидов номли ЎзР ССВнинг Жарроҳлик Илмий Маркази
(Директор - т.ф.д. Х.А. Окилов.)

Саидханов Б.А., Косникова И.В., Исмаилова М.Г., Гутникова А.Р., Касымов А.Х.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА СОРБЕНТОМ КАУ

В экспериментах на 40 белых крысах породы Вистар изучена эффективность энтеросорбции сорбентом КАУ при токсическом гепатите. Животные были разделены на 3 группы. Первая группа (10 крыс), куда вошли соматически здоровые животные служила интактным биоконтролем. У животных 2 и 3 групп моделировали экспериментальный токсический гепатит. После создания адекватной модели патологического состояния животные 3 группы (15 крыс) проходили курс энтеросорбционной терапии, а 2 группа (15 крыс) служила для них соответствующим контролем.

Проведенные исследования не выявили статистически значимого различия активности ферментов в сыворотке крови животных разных групп. Тканевая активность АсТ также не менялась. Однако, возрастание активности АлТ печени указывало на значительное ухудшение функционального состояния органа у животных 2 группы. Курс энтеросорбции в 3 группе способствовал значительному уменьшению активности данного фермента, что указывает на эффективность проводимой терапии.

Saidkhanov B.A., Kosnikova I.V., Ismailova M.G., Gutnikova A.R., Kasimov A.H.

ENTEROSORPTION BY KAU SORBENT IN THE TREATMENT OF THE EXPERIMENTAL TOXIC HEPATITIS.

It was made 40 tests on the white rats. Animals was separated on 3 groups: the healthy animals formed the intact ones. The model of the toxic hepatitis was reproduced in control and experimental groups. After that the animals of the experimental group gets the sorbent KAU during 7 days. The alteration of the lipid peroxidation process, carbohydrate metabolism and the toxic metabolites blood level in the disease progress and after enterosorption was studied.

The enterosorption by KAU sorbent promote the total toxic background decreasing, render the positive influence on the lipid peroxidation state. It was noted the compensation of the broken carbohydrate metabolism after this procedure conduction. Sorbent KAU may be use for the treatment of the toxic hepatitis.

Ташқи муҳитни ифлосланиши натижасида Ўрта Осиё минтақасидаги умумий экологик шароитни ўзгаришидек ўтқир бир муаммога олиб келди ва ушбу муаммони ҳал этишда одамзоднинг ички муҳитини муҳофаза қилиш зарурияти туғилди (4). Ташқи муҳитни ўзгаришидан сўнг номаъқул омиллари остида организмнинг эндоэкологик тенглиги силжишига таъсир этади ва организмнинг табиий детоксикация тизими ўзгаради. Шунинг натижасида физиологик ва биохимик меърлари силжиши кузатилади.

Эндотоксемиянинг хилма-хил келиб чиқишида организмнинг хужайралари патологик бўлинишидан келиб чиққан пептид биобошқарувчиларнинг аномал миқдори ҳамда «биоген» моддаларнинг концентрацияси кўтарилади, ўз навбатида касалликнинг давом этишида оғирлигини [7,10,15], ва тана аъзоларининг ҳамда ҳаёт учун муҳим бўлган тизимларнинг функционал фаолияти ўзгаришига олиб келади [12].

Охир оқибатда эндотоксемияни патогенетик даволашда асосан организмни захарли (токсик) моддалардан тозалаш режа қилинади ва ушбу муолажасиз радикал йўналишда гомеостазнинг ўзгарган параметрларини тўлиқ тиклаш бажара олинмайди [3,8].

Патогенетик таъқозоси бўйича ушбу шароитларда даволаш комплекс муолажаларига организмни детоксикация қилишда сунъий интра- ва экстракорпорал усуллари киритилиши маъқул. Улар ёрдамида қондаги токсик метаболитлар миқдорини пасайтиришга эришиш мумкин, ҳамда вақтинчалик организмнинг табиий детоксикацион фаолиятини ўрнини босиш мумкин.

Организмни интракорпорал детоксикациялаш усулига энтеросорбция муолажаси мансубдир. Бир қатор муаллифлар кўрсатишича [6], энтеросорбциянинг даволовчи моҳияти унинг қондан ичак бўшлиғига ўтган токсик моддалар ва ичакнинг ўзида ташкил топган токсик моддалар билан боғланади ва организмдан чиқариб юборади. Энтеросорбциянинг кучли детоксикацияловчи моҳияти унинг мавқеини юқори даражада сақлаб турибди.

Яққол асорати бўлмаганлиги ва қарама-қарши кўрсат-

малари истиснолиги ҳамда муолажанинг осон равишда ўтказилиши детоксикациянинг қолган усулларида ажралиб туради [9]. Обтурацион сариклик, вирусли гепатит, панкреатит, юрак ишемик хасталиги ва бир неча қатор касалликларда клиник шароитда энтеросорбциянинг қўлланилиши кўплаб муаллифларнинг қайд этишича яхши натижалар олинган [1]. Энтеросорбция учун таркиби, шакли ва табиий ашёлардан таёрланганлиги бўйича ҳар хил сорбентлар ишлатилиши мумкин, лекин кўпгина ҳолларда активлаштирилган кўмир моддаларидан фойдаланилади [14].

Ўзбекистон Республикасида сорбентлар ишлаб чиқариш йўлга қўйилмаганлиги сабабли ва унинг клиникаларга таъминлаш борасида етишмовчилиги кенг миқёсда қўлланилишига тўсик бўлаётир. Шунинг учун Республикада маҳаллий ашёлардан янги хилдаги сорбентларни яратиш ва уларни ишлаб чиқариш масаласи давр таъқозоси ва долзарб мавзу ҳисобланади. Янги сорбентларни яратишда ва ишлаб чиқаришда фақатгина уларнинг элиминацион хусусиятига чекланибгина қолмай, организмдаги моддалар алмашинуви жараёнига ва шунга ўхшаш носпецефик таъсир қилмаслигини ҳисобга олиш керак бўлади. Мазкур ишга шундай ёндашиш ўтказиладиган даволаш муолажаларни эффективлиги ва ўз навбатида режалаштирилган изланишларнинг долзарблигини аниқлаб беради.

Юқорида таъкидлаб ўтилгани сабабли изланишнинг мақсади қуйидагича.

ИЗЛАНИШ МАҚСАДИ

Ўзбекистон Республикасида маҳаллий ашёдан янги яратилган энтеросорбент ёрдамида эндотоксемиянинг турли хил этиологик кўринишларини метаболит ўзгаришини эффектив меёрлашини ўрганиш.

ИЗЛАНИШ УСУЛЛАРИ ВА ҚўЛЛАНИЛГАН АШЁ.

ССИ4 билан жигарни захарлаш кенг тарқалган классик модель усулида бажарилди [2]. Ушбу модель осон бажарилиши билан, захарнинг танланувчилиги ва миқдорий ҳисоби билан қолган усуллардан ажралиб туради. Мазкур ишда токсик гепатитни моделлашда, Vistar наслдор оқ қаламушларга ҳар куни (10 кун давомида) 50%

СС14 ёғли аралашмани 100 г вазнга 0,5 мл перорал равишда бериб турилди.

Хайвонлар 3 гуруҳга ажратилди (40 та каламуш). 1 чи гуруҳни (10 та каламуш) интакт биоконтроль вазифасини бажарувчи соматик соғ хайвонлар ташкил топди. 2 чи ва 3 чи гуруҳ хайвонларида экспериментал токсик гепатити моделлаштирилди. Адекват патологик ҳолат юзага келгандан сўнг 3 чи гуруҳ (15 та каламуш) хайвонларига энтеросорбция қилинди. Хайвонларга 7 кун давомида бир маҳалдан 100 г вазнига 0,5 г КАУ сорбенти берилди (овқатдан 1 соат илгари ёки 2 соатдан сўнг). Тўлиқ даволаш курси тугагандан сўнг ва энтеросорбциядан 24 соат ўтгандан кейин ҳар бир гуруҳ хайвонларини декапитация қилинди.

Жигар тўқимасидаги ва қондаги АсАТ ва АлАТ фаоллигини «ЛАХЕМА» фирмасига мансуб реактивлар йиғмаси ёрдамида аниқланди. Қон зардобидидаги диен конъюгатларни аниқлаш В.В.Гаврилов ва М.И.Мишкорудная (1988) усули бўйича таҳлил қилинди (5). Жигар тўқимасидаги ва қон зардобидидаги малон диальдегид таркибини И.Д.Стальная ва Т.Г.Гаришвили (1977) ва М.Ушиһара (1978) томонидан берилган кўрсатма ва усул бўйича таҳлил қилинди (13,16).

Қондаги умумий липидларни миқдорий таҳлили «ЛАХЕМА» фирмасининг «БИОТЕСТ» стандарт реактивлари йиғмасидан фойдаланилди.

Экспериментал изланишлар натижалари рақамлар билан ифодаланди ва Стюдентнинг «t» даражаси аниқлаш усули билан статистик ишлов берилди. Статистик ҳаққонийлиги қилиб $P < 0,05$ га ҳисобланди ва натижалар СИ ўлчов бирлигида қайд қилинди.

ИЗЛАНИШ НАТИЖАЛАРИ.

Бажарилаётган детоксикацион муолажалар самарасини ўрганиш учун жигарнинг функционал ҳолатини белгиловчи асосий ферментлар аланинаминотрансфераза (АлТ) ва аспартатаминотрансфераза (АсТ)ларнинг динамика фаоллигини кўриб чиқилди. Қон зардоби ва жигар тўқимасидаги трансаминазалар миқдори аниқланди. 1-чи жадвалдан кўриб турганингиздек, ўтказилган изланишлар натижаларида ҳар бир гуруҳда деярли статистик тафовулар аниқланди. АсТнинг тўқимадаги фаоллиги ҳам ўзгаршсиз қолди. Лекин, АлТнинг жигардаги фаоллиги 82,6% га кўтарилиши 2 гуруҳни ташкил қилган хайвон-

1 Жадвал.

КАЛАМУШЛАРНИНГ ҚОН ЗАРДОБИ ВА ЖИГАР ТЎҚИМАСИДАГИ ТРАНСАМИНАЗАЛАР ФАОЛЛИГИГА ТОКСИК ГЕПАТИТ ДАВРИДА КАУ СОРБЕНТИ БИЛАН ЭНТЕРОСОРБЦИЯНИНГ ТАЪСИРИ

Кўрсаткич	биоконтроль	Захарланиш СС 14 Р(1-2)	СС14+КАУ Р(2-3)
Трансаминазаларнинг қон зардобидидаги фаоллиги			
АсТ, нмоль/л	1,86±0,3	1,82±0,03 >0,05	1,89±0,04 >0,05
АлТ, нмоль/л	0,63±0,04	0,62±0,01 >0,05	0,70±0,02 >0,05
Трансаминазаларнинг жигар тўқимасидаги фаоллиги			
АсТ, мкмоль/сек/г	6,73±0,14	6,29±0,20 >0,05	6,19±0,13 >0,05
АлТ, мкмоль/сек/г	3,62±0,23	6,61±0,84 <0,01	1,90±0,05 <0,001

лар жигарининг функционал ҳолати тубдан оғирлашганини белгилайди. 3-чи гуруҳда эса энтеросорбция утказилиши АлТнинг фаоллиги етарлича камайган ва қилинаётган муолажага ижобий нуктаи назардан қарашга ундайди.

Турли хил кимёвий агентлар таъсири остида жигар шикастланиб токсик гепатитдан сўнг ҳосил бўлган эндотоксемия вақтида липидларни перикисли оксидланиш жараёни жадаллаши механизми патобиокимёвий ўзгаришлар асосини ташкил этади. Шунинг учун липидларни перикисли оксидланиш жараёнини коррекция қилиш зарурлигини англатади.

Ҳар бир гуруҳ хайвонларнинг тўқима ва қондаги липидлар перикисли оксидланиш оралик (диен конъюгатлар) ва якуний (малон диальдегид) ҳосилалари миқдори ўрганилди.

2-чи гуруҳни ташкил қилувчи каламушларда айнан ушбу изланувчи ҳосилалар кўп миқдорда йиғилиши куйидаги II-чи жадвалдан аниқлаш мумкин. Масалан, малон диальдегид миқдори 1,6 баробар кўпайса, диен конъюгат миқдори 1,7 мартдага ошди, бу эса ўз навбатида липидларни перикисли оксидланиш жараёни ва эндотоксемияни юксалишига олиб келади.

Жадвал 2

СС14 БИЛАН ЗАХАРЛАНГАН ТОКСИК ГЕПАТИТЛИ ХАЙВОНЛАРДА ЛПО ВА ЛИПИД АЛМАШИНУВИ КЎРСАТКИЧЛАРИГА КАУ ЁРДАМИДА ЭНТЕРОСОРБЦИЯНИНГ ФОЙДАЛИ НАТИЖАЛАРИНИ АНИҚЛАШ

Кўрсаткич	биоконтроль	Захарланиш СС 14 Р(1-2)	СС14+КАУ Р(2-3)
МДА, мкмоль/л	3,6±0,3	6,04±0,8 <0,001	2,24±0,1 <0,001
Диен конъюгатлар, мкмоль/л	3,1±0,1	5,5±0,5 <0,01	2,46±0,4 <0,01
Холестерин, ммоль/л	3,70±0,2	4,2±0,09 <0,05	1,35±0,16 <0,01
Липопротеидлар, г/л	2,2±0,1	1,7±0,07 <0,02	2,06±0,07 <0,02

Кўриниб турибдики, КАУ сорбенти ёрдамида детоксикацияловчи энтеросорбция ҳосилаларнинг ҳаққоний пасайишини таъминлади, энтеросорбция орқали даволадан сўнг қондаги диен конъюгатлар миқдори 2,2 мартабага камайди ва 1-чи гуруҳ биоконтроль хайвонлардаги айнан ушбу миқдордан фарқи бўлмай қолди. Малон диальдегид миқдори 2,8 мартабага камайиб 2,24 мкмоль/л ни ташкил этди, ва бу кўрсаткич ҳам биоконтроль гуруҳидаги кўрсаткичлар билан деярли тенг.

Бир неча адабиётларда берилишича ва юқорида бизнинг изланишлар натижаларидан маълум бўлишича, СС14 билан индукцияланган токсик гепатит даврида липид алмашинуви салбий ўзгаради, липолитик жараёнлар фаоллашади. Бунда айрим липид фракциялар тенглиги бузилади, масалан, холестерин ва эркин ҳолдаги ёғ кислота-сининг миқдори кўтарилса, умумий липидлар сони камайиши мумкин.

Олинган натижалар токсик гепатит билан касалланганда янги сорбент КАУ билан энтеросорбция қилинишига тулиқ кафолат берилмайди, аммо лекин ҳозирда оқ ушбу сорбентнинг ижобий томонларини таъкидлаб ўтиш лозим:

-бир қатор метаболитларни (малон диальдегид, диен

конъюгатлар) ўзига адсорбция қила олади,
-гипохолестеринемик хусусиятга эга,
-токсик гепатит даврида алмашиб жараёнлари интенсификацияга таъсир этади ва гликоген синтезини тиклайди.

ҚЎЛЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР:

1. М.А.Андрейчин, В.В.Гебеш, М.С.Гнатюк, С.Ф.Ковальчук, О.Л.Ивахив, Н.Е.Сорока. Энтеросорбция: достижения, проблемы, перспективы // Врач. дело.-1991- № 9- С.12-19
2. Арчаков А.И., Карузина И.И.. Молекулярные механизмы взаимодействия четыреххлористого углерода с мембранами эндоплазматического ретикулума печени//В кн. Успехи гепатологии.Рига, «Зинатне».- 1973.-С.39-59
3. Н.А.Беляков, М.О.Папп, А.В.Соломенников, Н.А.Баубекова, З.А.Тупикова. Энтеросорбция как метод коррекции уровня биогенных аминов при экспериментальном бронхоспазме.//Бюлл.эксп.биол.мед.-1993- №1- С.35-36
4. Васильев Ю.Б., Сергиенко В.И., Гринберг В.А., Мартынов А.К.. Удаление токсинов из организма с помощью электрохимического окисления// Вопр. мед. химии. -1991. -№2. -С.74-78
5. Гаврилов В.Б., Гаврилова А.Р., Хмара Н.Ф. Измерение диеновых конъюгатов в плазме крови по УФ-поглощению гептановых и изопропанольных экстрактов// Лаб. дело. -1988. -№2. -С.60-64
6. В.С.Земсков, М.Е. Шор-Чудновский, Н.Т.Картель. О возможном механизме лечебного эффекта энтеросорбции// Клин.хир.-1988- №3-С.61-62
7. Кузнецов В.А., Чуприн В.Г., Анисимов А.Ю. Молекулы средней массы до и после детоксикации у больных с перитонитом// Хирургия, -1993, -№9, -С.12-16
8. Лужников Е.А., Гольдфарб Ю.С., Мусселиус С.Г. Пути повышения эффективности экстренной детоксикации организма при острых экзои эндотоксикозах// Анест.и реанимат. -1993. -№1. -С.56-65
9. А.М.Мамырбаев, Ф.Х.Тахтаев. Энтеросорбция как способ детоксикации организма (обзор литературы)//Гиг. труда и проф. забол.-1990- № 3- С.40-43
10. Неймарк М.И., Елизаров А.Ю., Райкин И.Д. Эфферентная терапия в комплексном лечении различного гнойного перитонита// Анест. и реанимат., -1996, -№3, -С.73-74
11. И.К. Следзевская, В.И. Бульда, К.Д. Бабов. Энтеросорбент СКН в комплексном восстановительном лечении больных, перенесших инфаркт миокарда// Врач. дело-1991- №9- С.87-89
12. Состояние центральной гемодинамики и печеночного кровотока у больных перитонитом в послеоперационный период в зависимости от тяжести эндотоксемии/ В.Е.Аваков, А.Х.Чутбаев, У.Б.Нурматов, и др. //Мед.журнал Узбекистана.-1992.-№6.-С.37-39
13. Стальная И.Д., Гаришвили Т.Г. Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты // В кн. Современные методы в биохимии. - М., «Медицина». - 1977. - С.66-68
14. М.Е.Шор-Чудновский, Е.М.Малюк, Н.Т.Картель. Применение углеродных энтеросорбентов скн в комплексном лечении больных с обтурационной желтухой// Клин. хир.- 1989- №4- С.30-32
15. Saito T. The role of endotoxin in the pathogenesis of bacterial peritonitis with special reference to superoxide in polymorphonuclear leukocytes stimulate by endotoxin.// Nippon-Ika-Daigaku-Zasshi.-1991. -v.58. -№6. -P.630-639
16. Yshihara Minoru. Determination method of malonile dialdehyde // Clin.chim. acta.- 1978.- v.84. -P.1-4

ОБМЕН ОПЫТОМ

Абдурахимов О.Н.,
Юсупов Б.Ю.

ЗНАЧЕНИЕ ВИЗУАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ ЧЕРЕЗ ЛАБИЛЬНУЮ ЛАРИНГОСТОМУ

(ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

Института онкологии и радиологии Академии наук Республики Узбекистан
(Директор института — чл. корр. АН РУз, проф. Н. К. Муратходжаев)

Одним из основных методов лечения злокачественных новообразований гортани является лучевая терапия, которую проводят самостоятельно или в комбинации с оперативным вмешательством [1]. Отдаленные результаты лечения рака стремятся прогнозировать по реакции организма и опухоли на лечение. Однако прогностическая ценность даже таких, казалось бы, «специфических» опухолевых маркеров как альфа-фетопротеин (АФП) и раково-эмбриональный антиген (РЭА) оказалась сомнительной [2,3]. Даже на разных этапах мониторинга больных эти параметры могут иметь неоднозначное клиническое значение [4]. На этом фоне проблема мониторинга больных становится особенно актуальной, если учитывать, что в последние годы все большую актуальность приобретает органосохраняющая стратегия лечения рака гортани [5]. Поэтому по-прежнему сохраняет свою актуальность проблема непосредственного (визуального) контроля очага опухолевого процесса при мониторинге активности проводимого лечения.

В отделении опухолей головы и шеи Института онкологии и радиологии академии Наук Республики Узбекистан разработано щадящее электроиссечение опухоли гортани в пределах здоровой ткани на внутренней поверхности щитовидного хряща; операционное ложе после иссечения опухоли в пределах здоровой ткани оставляют открытым, накладывая лабильную ларингостому [6]. Риск, связанный с отказом от удаления большого блока тканей вместе с гортанью оправдывается тем, что ларингостома позволяет в течение нескольких месяцев после операции держать ПОД наблюдением операционное поле и при необходимости своевременно дополнительные методы и средства терапии, включая лучевое лечение.

Такой метод лечения применим при 1-2-й стадиях рака гортани.

Цель настоящей работы — предварительная оценка эффективности использования данного метода визуального контроля эффективности противоопухолевого лечения при раке гортани II-III стадий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящем анализе использованы данные о 42 больных раком гортани преимущественно 3-й (Т3N0M0) - 31 больной, (73,8%) и 2-й (Т2N0M0) - 11 пациентов (26,2%) стадий, леченных, в отделении опухолей головы и шеи ИОиР АН РУз с 1990 по 1998 гг. Гистологически в 37 случаях (88,1%) отмечен плоскоклеточный ороговевающий рак, а 3-х (7,1%) — плоскоклеточный неороговевающий рак, в 2-х (4,8%) — лейкоплакия с дисплазией и малигнизацией. Больные находились под наблюдением и лечением не менее с начала проведения первого этапа лечения по радикальной программе (они не терялись из-под наблюдения и проходили ежеквартальный осмотр на предмет возможного рецидива заболевания). 26 больным осуществили плоскостную электрорезекцию опухоли гортани с последующим образованием лабильной ларингостомы после радикального курса лучевой терапии. Срок использования ла-

рингостомы составлял 6-12 месяцев. Схема радикальной лучевой терапии была следующей РОД-2Гр, СОД=60Гр. На поздних этапах ведения больных использовали дополнительные методы лечения — ларингоэктомию, криодеструкцию и химиотерапию. При химиотерапии использовали 10-дневный курс химиотерапии с применением следующих препаратов по схеме: фторурацил - по 500 мг и 1-й и 2-й дни, цисплатин — по 25 мг на 3-4-5-6-й дни, проспидин — по 200 мг на 7-8-й дни.

Сопоставлены коэффициенты вариативности (Kv) клиничко-лабораторных данных (частота пульса, уровень гемоглобина, число эритроцитов и лейкоцитов, формула белой крови, содержание Т- и В-популяций лимфоцитов, уровень остаточного азота и сахара в крови содержания АФП и РЭА, общего белка, фракций билирубина и т. п.) в процессе первого этапа лечения и его связь с продолжительностью жизни и безрецидивного лечения больных. Kv при разных единицах измерения изученных параметров имеет единую размерность — %, что позволяет сопоставлять вариативности разных исходных параметров в одной и той же группе. Статистическую обработку осуществляли на компьютере «IBM» с помощью стандартных программ, составленных с учетом общеизвестных рекомендаций [7].

Результаты и их обсуждение. Суммарный результат от предпринимаемых усилий лечения - продолжительность жизни и безрецидивный период - очевидно, складывается из ближайших и отдаленных реакций организма и опухоли на лечебные воздействия, своевременного выявления рецидивов и успешности их лечения. Так, у 13 из 42 пациентов (30,9%) в разные сроки после первого этапа лечения были отмечены рецидивы основного заболевания у 8 - на третьем месяце, у 3-х - на пятом месяце, у 2-х — на 10-12 месяцах), трое (7,1%) погибли от сопутствующих болезней. В течение трех лет 13 пациентов (30,9%) умерло от основного или сопутствующего заболевания. Таким образом, трехлетняя выживаемость составили 69,1%. Первый больной умер спустя более 8 месяцев после завершения первого этапа лечения. Хотя эти результаты относятся к трехлетней выживаемости, тем не менее, они сопоставимы с данными Ж. С. Огольцова и Е. Г. Мяткина [8], согласно которым пятилетняя выживаемость при раке гортани независимо от локализации процесса при комбинированном лечении составляет при 2-й стадии 59,2%, а при 3-й - 43,9%, частота рецидива за пятилетний период составила 37,9%.

Лабораторно-инструментальные данные о параметрах организма и содержание опухолевых маркеров (РВА и АФП) в среднем до и после завершения первого этапа радикального лечения практически не изменились ($p>0,05$). Вместе с тем заслуживает внимания тот факт, что вариативность этих параметров до и после завершения этого этапа лечения в ряде случаев сильно изменялась (см. табл.).

Kv для массы тела, максимального и минимального артериального давлений, частоты дыхания, пульса, уровня гемоглобина, числа эритроцитов и лейкоцитов к концу пер-

ДОВЕРИТЕЛЬНЫЕ ИНТЕРВАЛЫ КОЭФФИЦИЕНТА ВАРИАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ПАРАМЕТРОВ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ ДО ЛЕЧЕНИЯ (УРОВЕНЬ ДОСТОВЕРНОСТИ – 95%)

ПАРАМЕТР	Перед лечением			После первого этапа лечения		
	Kv, %	95%-е доверительные границы		Kv, %	95%-е доверительные границы	
		Kv	%		Kv	%
Масса тела	13.3	10.9	17.1	13.3	10.89	17.1
АДмакс	9.5	7.8	12.2	9.0	7.37	11.5
АДмин	11.5	9.4	14.7	8.8	7.20	11.3
Частота дыхания	10.9	8.9	13.9	7.6	6.22	9.7
Пульс	17.0	13.9	21.9	16.0	13.06	20.6
Гемоглобин	16.2	13.3	20.8	11.7	9.55	15.1
Эритроциты	8.1	6.3	11.3	10.6	8.24	14.8
Лейкоциты	32.3	26.1	42.4	32.2	25.88	42.6
Палочкоядерные	61.0	47.4	85.4	205.5	120.86	685.6
Сегментоядерные	8.3	6.8	10.6	18.6	15.05	24.3
Эозинофилы	77.6	58.7	114.3	143.0	94.0	298.6
Лимфоциты	26.2	21.3	34.1	26.2	21.07	34.6
Моноциты	186.2	115.7	477.0	75.9	56.88	114.0
СОЭ	67.5	51.9	96.3	46.5	36.53	63.9
Мочевина	127.0	86.5	238.9	137.1	87.8	312.6
Остаточный азот	178.1	110.1	465.6	67.5	49.78	104.8
Общий белок	5.4	4.4	7.1	4.8	3.8	6.5
Билирубин общий	42.8	33.6	58.9	39.1	30.21	55.4
Билирубин прямой	99.4	70.8	166.8	93.0	64.91	163.9
Билирубин непрямой	41.5	32.6	57.0	41.1	31.67	58.5
АлАТ	43.2	34.1	58.9	49.4	37.59	72.0
АсАТ	32.5	26.0	43.4	34.6	26.89	48.5
Сахар	39.1	30.9	53.1	22.7	17.93	30.9
АФП	112.0	60.0	831.9	161.9	75.15	-1049.7

вого этапа лечения практически не изменились ($p>0,05$). Kv лейкоцитарного состава изменилась значительно: доля моноцитов, сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов варьировала после лечения достоверно больше, чем до него ($p<0,05$). Kv содержания Т и В-лимфоцитов, как и Т-хелперов и Т-супрессоров достоверно не изменилась ($p>0,05$), хотя после лечения уровень Т-супрессоров варьировал несколько меньше, чем до него ($p>0,05$). Остаточный азот и сахар после завершения первого этапа лечения варьировали меньше, чем до него ($p<0,05$). До лечения сильно варьировало содержание АФП и РВА. После лечения отмечается незначительное возрастание варьирования АФП, а варьирование РЭА имело тенденцию к снижению, хотя и недостаточно выраженную ($p>0,05$). Kv уровни общего белка и билирубина (общего, прямого и непрямого) практически не изменилась. В целом коэффициент Kv для разных параметров как до, так и после лечения очень сильно различался. Причем после лечения нередко отмечается значительно изменение Kv (от $p<0,05$ до $p<0,081$); в одних случаях в

сторону уменьшения, в других – увеличения.

Результаты лечения больных, видимо, мало связаны с исходными параметрами организма и опухоли и их изменений в период первого этапа лечения, так как достоверной корреляции между ними и продолжительностью безрецидивного течения и жизни, больных не было отмечено ($P>0,05$). Возможно, эти параметры могли иметь относительное прогностическое значение в течение первого года наблюдения после первого этапа лечения (когда погибли 6 пациентов из числа находившихся под наблюдением).

Таким образом, предварительные трехлетние результаты использования лабиальной ларингостомы указывают на оправданность ее применения при раке гортани 2-3 стадии. В то же время значительная вариабельность клинико-лабораторных параметров организма и опухоли при раке гортани на раннем этапе наблюдения свидетельствует о весьма разнообразной и клинически индивидуальной неоднозначной реакции организма и опухоли на проводимое лечение. Это требует уточнения срока, в течение которого можно говорить о прогностической ценности исследованных параметров при оценке лечения больных раком гортани.

ВЫВОДЫ:

1. Лабораторные данные о параметрах организма и о содержании в крови пациентов опухолевых маркеров (РЭА и АФП) в среднем практически не изменились.

2. Отмечена их значительная вариабельность на раннем этапе лечения и отсутствие прямой связи между сроками безрецидивного течения и выживаемости больных раком гортани с одной стороны и исходными параметрами организма и содержанием опухолевых маркеров (РЭА и АФП) – с другой.

3. Лечение рака гортани с использованием лабиальной ларингостомы для контроля за рецидивом опухоли является перспективным направлением исследования в онкологии и позволяет достичь значительной трехлетней выживаемости больных раком гортани (69,1%).

Таким образом, становится очевидным необходимость сопоставить полученные данные с результатами основных методов лечения рака гортани без применения лабиальной ларингостомы для контроля выживаемости противоопухолевого лечения. Этой проблеме будет посвящено следующее сообщение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев В. Г. Лечение больных раком гортани и гортаноглотки в сочетании с радиомодифицирующими средствами / Материалы 1-го съезда онкологов стран СНГ – Часть 1.-Москва - 3- 6 декабря, 1996 - 1996 - С.261.
2. Загребин В. М., Соловьева Л. П., Гулидов И. А., Сысов А. С. Патоморфоз рака гортани при гамма-нейтронной терапии с использованием быстрых нейтронов реактора // Арх. патол.-1996.- №1.- С. 14-17.
3. Прус Е. С., Ивашкин А. В., Даминова Э. А. Значение малых величин РЭА и АФП “в мониторинге лечения рака пищевода // Совр. проблемы онкологии. - Сб. науч. тр. Таш. гос. мед. ин-та. - Ташкент. -1990. -с. БО-84.
4. Алимходжаева Л. Т. Клиническая значимость мониторинга альфа-фетопротеина и раково-эмбрионального антигена в оценке эффективности комплексной терапии рака молочной железы. Автореф. дисс... к. м. н. – 1алпсент – 1998. – 24 с.
5. Корень Л. П. Комплексный мониторинг состояния печени при злокачественных опухолях пищевода и желудка. - Автореф. дисс... канд. мед. наук -Ташкент-1996. -22 с.

*Баженов Л.Г.,
Хаджибаев А.М.,
Ганиходжаев С.С.,
Ризаева Е.В.*

**РОЛЬ *HELICOBACTER PYLORI* В РАЗВИТИИ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЛАСТИКЕ
ПИЩЕВОДА ЖЕЛУДОЧНЫМ ТРАНСПЛАНТАНТОМ И ИХ
ПРОФИЛАКТИКА.**

*Научный центр хирургии имени акад. В. Вахидова МЗ РУз
(Директор — д.м.н. Х.А. Акилов)*

Л.Г.Баженов, А.М.Хаджибаев, С.С.Ганиходжаев, Е.В.Ризаева

КИЗИЛУНГАЧ ПЛАСТИКАСИ ОШКОЗОН ТРАНСПЛАНТАНТИ ОПЕРАЦИЯДАИ КЕЙИНГИ ДАВРЛАРДА СОРАТЛАР РИВОЖЛАНИШИДА ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОРЕНИНГ РОЛИ ВА УНИ ОЛДИНИ ОЛИШ.

Ошкозон трансплантантида эзофагопластика буладиган 41 нафар кизилунгач раки билан хасталанган беморларда Хеликобактери пилорининг таркалиш жараени текширилган. Шу нараса маълум булдики, ошкозоннинг Хеликобактери пилори билан зарарланиши бу тоифадаги беморларда 80-85% гача етиши мумкин. Ишлаб чиқилган услуб, яъни ошкозон трансплантантини операция вақтида нейтрал аналит билан ювиш ва операциядан кейинги даврларда «Ором-1» суюқлигини беморларга тайинлаш, бундай беморларда ХП таркалиш жараени шубҳасини пасайтиради ва шу билан янги хосил булган кизилунгачнинг операциядан кейин келиб чиқадиган асоратлар частотасини камайтиради.

Bojenov L.G., Khadjibaev A.M., Ganikhodgaev S.S., Risaeva E. V.

THE SIGNIFICANCE OF *HELICOBACTER PYLORI* IN DEVELOPMENT OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS FOR OESOPHAGESTOMY BY GASTROPLASTY AND THEIRS PREVENTION.

41 patients with oesophageal carcinoma in preoperative period had been tested for *Helicobacter pylori*. It had been established the dissemination of stomach by HP achieves by 80,5% of cases. Elaborated method, included in intraoperative irrigation of gastric graft with neutral analyte and prescription of asid-milky product "Orom-1" in postoperative period allows to decrease frequency of postoperative complications in graft.

Одним из наиболее эффективных способов хирургического лечения онкологических поражений пищевода является его пластика желудочным трансплантатом [5,7]. Однако, несмотря на успешную операцию, в отдаленном послеоперационном периоде во вновь сформированном пищеводе нередко наблюдаются различные воспалительные явления вплоть до эрозии и изъязвления. Их развитие связывают с разными факторами, не уделяя, вместе с тем, должного внимания микроорганизмам, в частности, *Helicobacter Pylori* (НР) [7].

Частота обнаружения НР при гастродуоденальных заболеваниях (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, рак желудка, другие) достигает 70-95%, отмечены случаи и латентного носительства этого патогена [1,4,8]. При пластике пищевода у больного, инфицированного НР, вместе с желудочным трансплантатом эти микроорганизмы, вероятно, могут быть перенесены и во вновь сформированный пищевод, что может отразиться на течении послеоперационного периода и отдаленных результатах хирургического лечения. Кроме того, как известно, пилорические хеликобактеры снижают фагоцитарную активность нейтрофилов [1], что, в свою очередь, может способствовать развитию гнойно-септических процессов.

Целью настоящего исследования явилось изучение роли НР при осложнениях после пластики пищевода желудочным трансплантатом и разработка способа их профилактики.

Материал и методы исследования.

Всего обследован на наличие НР 41 больной раком пищевода, подлежащий эзофагопластике желудочным трансплантатом. Работа проводилась в два этапа, на первом этапе определялась обсемененность хеликобактерами желудка больных до операции, в раннем послеоперационном периоде и через 6 месяцев после операции. На втором этапе определялась эффективность разработанной нами методики профилактики осложнений, обусловленных НР.

В качестве материала для исследования использовали желудочный сок и биоптаты слизистой оболочки желудка. После доставки проб в лабораторию их подвергали экспресс-диагностике хеликобактериоза (модифицированный уреазный тест, бактериоскопия грампрепарата) и

высеивали на питательные среды. Культивирование НР выполняли на селективном кровяном эритроцит-агаре в микроаэрофильных условиях.

Колонии хеликобактеров появлялись на 3-5 сутки инкубации при 37°C. К НР относили микроаэрофильные грамотрицательные изогнутые палочки, обладающие каталазной, оксидазной и уреазной активностью [1,2].

Для эрадикации НР в рамках разработанной нами методики профилактики (см. ниже) использовали нейтральных аналит (НА) (200 мг/л активного хлора) и отечественный кисломолочный продукт "Ором-1" [3,5].

Результаты и обсуждение.

При изучении обсемененности НР желудка 16 больных, подлежащих пластике пищевода (I этап работы) выявлено, что у 12 (75,0 %) из них в желудке персистировали хеликобактеры. У 10 (62,5%) этих больных обнаруживались и в раннем послеоперационном периоде и через 6 мес. после операции, что сопровождалось умеренными воспалительными явлениями в слизистой оболочке вновь сформированного пищевода, а у 4-х (25,0%) и эрозиями.

Установление высокой частоты поражения НР слизистой оболочки желудка больных, готовящихся к эзофагопластике, обусловило необходимость разработки комплекса соответствующих профилактических мероприятий (Патент №4640 РУз) [6] и проверки его эффективности (II-й этап).

Предложенная методика профилактики заключается в интраоперационной обработке желудочного трансплантата НА, а в послеоперационном периоде, с началом перорального питания, назначении кисломолочного продукта "Ором-1". Обработка НА позволяет санировать слизистую оболочку желудочного трансплантата, последующее применение лактобактерий — антагонистов НР [1] в виде кисломолочного продукта "Ором-1", дает возможность закрепить этот эффект, благодаря колонизации слизистой оболочки вновь сформированного пищевода лактобактериями, препятствующими размножению хеликобактеров.

Предложенная методика применена у 14 больных с пластикой пищевода желудочным трансплантатом. Контролем служили данные 11 больных с аналогичной патологией, но без проведения специальных профилакти-

ческих мероприятий. Полученные данные представлены в таблице.

Группа больных	Обследовано больных	Наличие хеликобактеров		
		До операции	После операции	
			Ранний послеоперационный период	Через 6 мес. после операции
		%		
Опытная	14	85,7±9,4	7,1±6,9	14,3±9,4
Контрольная	11	81,8±11,6	72,7±13,4	54,5±15,0
P		0,05	0,05	0,05

Как видно из этой таблицы, использование разработанной методики способствовало достоверной деконтаминации большинства больных опытной группы (с 85,7% до 7,1%; $P < 0,05$). Тогда как в контрольной группе число инфицированных НР изменилось не существенно (81,8% до 72,7%; $P > 0,05$). Эти различия в группах сохранялись и в раннем послеоперационном периоде и через 6 мес. после операции.

Разработанная методика позволяет наряду с эрадикацией хеликобактеров предупреждать развитие послеоперационных гнойно-воспалительных процессов, корректировать дисбиотические нарушения в пищеварительном тракте больных, повышать уровень неспецифической резистентности макроорганизма, а также обеспечивать необходимое данному контингенту больных лечебно-диетическое питание ("Ором-1").

Таким образом, у больных раком пищевода, подлежащих эзофагопластике желудочным трансплантантом, частота выявления НР в желудке составляет $80,5\% \pm 6,2$ (по итогам обоих этапов работы) и их персистенция во вновь сформированном пищеводе сохраняется и в пос-

леоперационном и отдаленном периодах, что обуславливает необходимость проведения целенаправленных профилактических мероприятий, в частности, предложенной нами методики.

ВЫВОДЫ.

1. Инфицированность хеликобактерами желудка больных с онкологическими поражениями пищевода достигает 80,5% случаев.

2. Разработана эффективная методика профилактики послеоперационных осложнений хеликобактерного генеза при пластике пищевода желудочным трансплантантом.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баженов Л.Г. *Helicobacter Piloni* при гастродуоденальной патологии: выделение, микроэкология и чувствительность к антимикробным факторам. Автореферат дис. докт.мед.наук. — Ташкент, 1998. — 24с.
2. Баженов Л.Г., Перепелова И.Н. Выделение и идентификация Хеликобактер пилори при гастродуоденальной патологии. Методические рекомендации. — Ташкент, 1994. — 14 с.
3. Баженов Л.Г., Ризаева Е.В., Садыков Р.А. и др.// Бюллетень Ассоциии врачей Узбекистана. — 1998. №2. — С.37-38.
4. Байбеков И.М., Мавлян-Ходжаев Р.Ш., Ирсалиев Х.И.// Архив патол. - 1992. - №5. - С. 18-24.
5. Хаджибаев А.М., Низамходжаев З.М., Баженов Л.Г., и др. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений при операциях на пищеводе: Методические рекомендации. - Ташкент, 1996. - 14 с
6. Хаджибаев А.М., Низамходжаев З.М., Баженов Л.Г. и др.// Расмий ахборотнома. - 1997. - №4. - С.19.
7. Черноусов А.Ф., Хаджибаев А.М., Сташинкас А.В. и др. Профилактика инфекционных осложнений после эзофагопластики и гастроэктоми. -Ташкент, 1996. - 128с.
8. Holton J.//Culture.-1995. — Vol.16, №1. — P. 6-8.

Бахритдинов Ф.Ш.,
Хамидов Б.П.,
Трынкин А.В.,
Каримов З.З.,
Камилов Ш.М.,
Исамухамедов Ш.Ш.

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ВЫПОЛНЕННЫХ ПО ПОВОДУ СИНДРОМА ЛЕРИША

Научный центр хирургии им. академика В. Вахидова МЗ РУз.
(Директор - д.м.н. Х.А. Акилов)

Характерными признаками атеросклероза и неспецифического аорто - артериита является системность поражения артериального русла и прогрессивность поражения. По данным различных исследований, у больных с синдромом Лериша, ИБС встречается от 10,4 до 90% случаев [1,2,3,4].

Целью настоящей работы явилось выявление причин послеоперационных осложнений у больных с синдромом Лериша и поиск путей их профилактики.

Проведен анализ послеоперационной летальности с 1976 по 1998 г. За этот период по поводу синдрома Лериша оперировано 633 больных. В послеоперационном периоде умерло 27 больных, что составило 4,3%.

Из них подавляющее большинство составили мужчины - 96,3% (26), женщин было -3,7% [1]. Этиологическим фактором у 25 (92,6%) был атеросклероз, НАА - у 2(7,4%) больных. Распределение больных по возрастным группам было следующим: от 20 до 30 - 1, от

31 до 40 - 1, от 41 до 50 - 3, от 51 до 60 - 10, от 61 и старше -12 больных.

Ишемия нижних конечностей II степени (по Фонтену) была диагностирована у 6 (22,2%), III у 17(63%) и IV у 4 (14,8%).

Различные сопутствующие заболевания были диагностированы у всех больных. Наиболее часто встречались ИБС у 18(66,7%), Синдром ветвей дуги аорты у 6(22,2%), гипертоническая болезнь у 5(18,5%) и заболевание легких у 8(29,6%).

Из 18 больных с ИБС 8 больных ранее перенесли инфаркт миокарда, у 2 из них была диагностирована аневризма левого желудочка. 8 из них имели II ФК, 2 - III ФК.

Из 6 больных с синдромом ветвей дуги аорты 4 ранее перенесли ОНМК. У 1 отмечалась ишемия головного мозга I степени, у второго III.

Все больные этой группы были оперированы. Всем

им производилась бифуркационное аорто-бедренное (подвздошное) шунтирование или протезирование.

Причиной летальности в 4 (14,8%) случаях была инфекция протеза. Причиной последней в 3 (11,1%) случаях была длительная и обильная лимфорея, и в 1 (3,7%) поверхностное нагноение раны.

У одного больного (3,7%) причиной смерти явился перитонит. У этого больного был не диагностирован стеноз верхней брыжеечной артерии (ВБА). После выполнения бифуркационного аорто-бедренного протезирования у больного наступил тромбоз ВБА, который явился причиной гангрены кишечника.

Эмболия легочной артерии явилась причиной смерти у одного больного.

У 8 (29,6%) больных развилась клиника острой дыхательной и сердечно сосудистой недостаточности. Отек легких развился у 7 больных. В трех случаях причиной явилась двухстороннее воспаление легких. В одном случае наблюдалась клиника спонтанного пневмоторкса. У одного больного со стенозом ВБА в послеоперационном периоде наступил тромбоз нижней брыжеечной артерии, приведший к длительному парезу кишечника, на фоне которого развилась клиника острой дыхательной недостаточности.

У 3 (11,1%) больных развилась клиника ишемического инсульта, которая явилась причиной летальности. Причем, у одного из них - с третьей степенью ишемии, и у 2 с IV ст. ишемией головного мозга.

В 10 (37,03%) случаях причиной летальности явился острый инфаркт миокарда. Из них у 9 больных в дооперационном периоде отмечалась клиника ИБС, в одном случае - ишемия миокарда носила «немой» характер.

Ретроспективное изучение показало, что в одном случае инфаркт миокарда сформировался в системе правой коронарной артерии, в 8 в системе левой коронарной артерии и в одном случае отмечался трансмуральный инфаркт миокарда.

Анализируя причины летальности больных с синдромом Лериша, мы условно разделили их на два периода наблюдения: I включает больных, оперированных с 1977 по 1986гг (n=246), II -й с 1987 по 1998 (n=387). (Таблица №1).

У 77,8% больных отмечалась тяжелая ишемия нижних конечностей, что нивелировало клинику поражения других органов. В связи с этим должного внимания сопутствующим заболеваниям не уделяли. В последующем мы стали более детально изучать степень поражения экстракраниальных сосудов головного мозга, коронарных артерий и придерживаться активной хирургической тактики, что позволило нам снизить количество осложнений, связанных с нарушением коронарного и мозгового кровообращения в последние годы.

Таким образом анализ причин летальности у больных с синдромом Лериша показал, что наиболее частой причиной летальности является инфаркт миокарда. Для уменьшения частоты последнего необходимо

Таблица №1

ПРОЦЕНТ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПО ПОВОДУ СИНДРОМА ЛЕРИША К ОБЩЕМУ КОЛИЧЕСТВУ ОПЕРИРОВАННЫХ.

Причина летальности	Кол-во больных n=246 1977-1986		Кол-во больных n=387 1987-1988	
	п	%	п	%
Инфаркт миокарда	7	2,8	3	0,8
Инсульт	3	1,2	-	-
Инфекция протеза	2	0,8	2	0,5
Дыхательная недостаточность	5	2,03	3	0,8
Перитонит	-	-	1	0,3
Эмболия легочной артерии	1	0,4	-	-
Всего	18	7,3	9	2,3

проводить более углубленное обследование и при необходимости выполнять коронарографию и аорто-коронарное шунтирование. Это существенно позволит снизить летальность у больных оперируемых по поводу синдрома Лериша.

ВЫВОДЫ:

1. Непосредственной причиной смерти у больных, оперированных по поводу синдрома Лериша в 37,03% был инфаркт миокарда, в 11,1% случаев - инсульт.
2. При наличии у больного ишемии головного мозга II-IV степени, или стенокардии II-IV функциональных классов показано выполнение рентгенконтрастных методов исследования.
3. При выявлении гемодинамически значимых стенозов сонных или коронарных артерий, тактика хирургического лечения должна решаться с учетом приоритетной реваскуляризации органа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов Ю.В., Горюнов В.С., Аслибекаев И.С. Диагностика и хирургическое лечение ишемической болезни сердца у больных с окклюзирующими поражениями артерий нижних конечностей. //Хирургия. 1992. №5-6. С. 52-56.
2. Захарова Г.Н., Лосев Р.З., Гаврилов В.А. Реконструктивные операции при изолированных и сочетанных атеросклеротических окклюзионных поражениях магистральных сосудов. //Хирургия. 1989. №9. С. 52-55.
3. Хорошаева Р.А. Ишемическая болезнь сердца у больных с окклюзионными поражениями аорты и магистральных артерий. //Кровообращение. 1980. Т. 13(6). С. 50-55.
4. Hertzner N.R., Lood F.D., Taylor P.C., Beven E.G. Combined myocardial revascularization and carotid endarterectomy. Operative and late results in 331 patient. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1983. Vol. 85 (4) P.577-589.

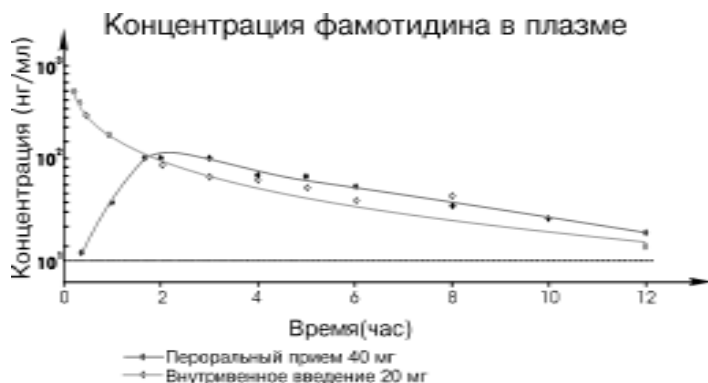
Далимов И.З.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КВАМАТЕЛ (ИНЪЕКЦИОННАЯ ФОРМА) ПРИ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.

Научный Центр Хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ РУз

Несмотря на значительные достижения клинической медицины, проблема лечения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями остается весьма актуальной. Кровотечения из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки возникают на фоне обострения язвенной болезни, углубления язвенного кратера в результате разъедания желудочным соком глуболежащих кровеносных сосудов. Своевременно проведенные профилактические мероприятия предупредят возникновение обострения язвенной болезни и его такое грозное осложнение как кровотечение. В комплексной терапии язвенной болезни в последнее десятилетие свое прочное место заняли антагонисты H_2 -рецепторов. Открытие антагонистов H_2 -рецепторов привели к значительному успеху в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. После клинического применения циметидина и ранитидина был внедрен новый антагонист H_2 -рецепторов - фамотидин. Фамотидин представляет собой гуанидино-тиазоловое соединение. Было выявлено, что соединение является компетитивным, обратимым ингибитором рецепторов гистамина H_2 [1,2,3]. Проведенные клинико-фармакологические исследования обнаружили преимущества фамотидина над его предшественниками, которое заключается прежде всего наименьшими дозами последнего. По данным японских авторов Сайгендзи и сотр. [4], процент выздоровления больных язвенной болезнью при лечении фамотидином считается отличным. Процент полного выздоровления после 4 недель составлял 54,4%, а после 8 недельного курса - 94,4%.

Препарат выпускается по 20 и 40 мг в таблетках, покрытых оболочками, и 20 мг фамотидина в виде порошка для инъекции с растворителем. Максимум концентрации препарата обнаруживается в плазме через 2 часа после приема таблеток и через 30 минут после внутривенного вливания и продолжается в течении 12 часов (рис 1).



При необходимости срочного достижения высокой концентрации препарата в плазме и невозможности применения препарата через рот прибегают к инъекционной форме кваматела. Одним из показаний к применению кваматела являются кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, так как эффективное его лечение можно осуществить воздействуя на все патогенетические звенья самой язвенной болезни.

В отделении реанимации НЦХ МЗ РУз квамател (инъекционная форма) применен в комплексной терапии кровотечений и профилактике их рецидива у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (у 10 больных язва локализовалась в желудке и у 14 в двенадцатиперстной кишке), эрозивно-язвенным гастритом (8 больных), синдромом Меллори-Вейса (4 больных). Из всех поступивших больных, у 4 больных язвенной болезнью и 1 больного с синдромом Меллори-Вейса при поступлении во время эндоскопии обнаружено активное кровотечение, у 16 больных язвенной болезнью, 2 больных с синдромом Меллори-Вейса и 3 с эрозивно-язвенным гастритом на месте патологического процесса был отмечен рыхлый красный тромб, а у остальных больных в просвете желудочно-кишечного тракта крови не было. Патологический очаг был покрыт фибриновым налетом, что указывало на недавно имевшее место кровотечение. Из 24 больных язвенной болезнью 3 больных с профузным кровотечением из язвы были оперированы на высоте кровотечения, а остальные больные получали консервативную терапию. Из них 12 в дальнейшем оперированы в плановом порядке с благоприятным исходом. Больные с синдромом Меллори-Вейса и эрозивно-язвенным гастритом после окончательной остановки кровотечения стабилизации показателей гемодинамики и красной части крови были выписаны в удовлетворительном состоянии. Кроме вышеперечисленных больных, у одного больного с острым инфарктом миокарда с сопутствующей язвенной болезнью и кровотечением в анамнезе квамател был использован для профилактики острого кровотечения на фоне проводимой антикоагулянтной терапии.

Одним из преимуществ кваматела является длительность его действия. Препарат применялся внутривенно капельно после его разведения в 100 мл. 0,9% физиологического раствора хлористого натрия или 5% раствора глюкозы. Длительность инфузии в среднем 30 минут. Раствор готовили непосредственно перед вливанием. Длительность курса зависела от состояния больного и составляла 3-7 дней. При активном кровотечении наряду с квамателом проводилась гемостатическая терапия, выполняли ОЦК компонентами крови и кровезаменителями. После остановки кровотечения активную гемостатическую терапию прекращали, но больные продолжали получать квамател. После перевода больных из отделения реанимации перешли на таблетированную форму кваматела по 20 мг 2 раза в сутки.

Несмотря на то, что в инструкции к препарату отмечается возможность возникновения побочных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы, органов кроветворения и аллергических проявлений, наши больные хорошо переносили вливания кваматела и за время использования осложнений и побочных явлений, связанных с применением препарата мы не наблюдали. Ни у одного больного рецидива

кровотечения не наблюдали.

Учитывая вышеизложенное рекомендуем применять кватател инъекционный в отделениях реанимации и интенсивной терапии при следующих патологических состояниях:

- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением,
- синдром Меллори-Вейса,
- эрозии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта,
- состояния после тяжелых реконструктивных операций в случае риска возникновения острых язв и эрозий желудочно-кишечного тракта.

Каримов З.Д.

ДВЕНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПОСОБА ВОССТАНОВЛЕНИЯ НИЖНЕГО СЕГМЕНТА МАТКИ В ОДИН РЯД ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.

Каримов З.Д.

КЕСАР ҚИРҚИШ ОПЕРАЦИЯСИДА БАЧАДОН ПАСТКИ СЕГМЕНТИНИ БИР ҚАТОР ҚИЛИБ ТИКЛАШ УСУЛИНИНГ 12 ЙИЛЛИК ҚЎЛЛАНИШ ТАЖРИБАСИ.

Мақолада муаллиф томонидан Кесар қирқиш опеарциясида бачадон пастки сегментини бир қатор қилиб тиклаш усулининг 12 йиллик қўлланиш тажрибаси ва қўлланиш техникаси келтириб ўтилган. Операциядан кейинги асоратларнинг кескин камайиши ва операциядан кейинги оғир асоратларнинг умуман учрамаслиги кўрсатилган. Одатдаги Кесар қирқиш операциясида бачадонни традицион тиклашга қараганда бачадон пастки сегментини бир қатор тиклаш усулидан сўнг кейинчалик мустақил туғиш холлари кўрсаткичи 4 марта юқорилиги аниқланди.

Karimov Z. D.

REVIEW OF THE ARTICLE TWELVE YEARS EXPERIENCE OF ADOPTION THE METHOD OF RECREATION THE BOTTOM UTERUS SEGMENT IN ONE LINE AT CAESEREAN SECTION.

It has been presented technique and twelve years experience of adoption, developed by author, method of recreation the bottom uterus segment in one line. Shown reliable reduction the frequencies of post operational complications, including heavy post operational complications. When using one line sewing method of bottom uterus segment, frequency of spontaneous deliveries at repeated pregnancy four times exceeded the figures in group of traditional sewing at foregoing caesarean operation.

В современный период операция кесарева сечения (КС) вышла из разряда вмешательств, имеющих узковедомственное значение. Данный способ родоразрешения приобрел характер крупной медико-социальной проблемы, а главное его назначение - это поддержание репродуктивного здоровья матерей и будущего поколения.

Одним из центральных вопросов обсуждаемой проблемы является безопасность вмешательства, борьба с негативными последствиями в ближайшие и отдаленные сроки после операции. В этом свете за последние 30 лет дискутируется проблема технологии операции, и одним из важных вопросов является переосмысление принципиального подхода к хирургированию на беременной матке. Это касается способов восстановления обширной раневой зоны, в основном нижнего сегмента матки (НСМ), после извлечения плода.

Специфика или уникальность проблемы (более не прослеживаемая в абдоминальной хирургии) заключается в быстрой физиологической инволюции матки со стремительно меняющимися условиями кровоснабжения и микроциркуляции, течения биохимических и иммунных реакций, в особенности касающихся энергопродукции и реконструкции клеток миометрия, а также поддержания надлежащего уровня антибактериальной защиты. Поэтому любое оперативное вмешательство на беременной матке следует рассматривать через призму указанных особенностей.

Еще в 70-е годы немецкими акушерами [3, 4, 5] было замечено, что однослойное восстановление НСМ при КС дает лучшие ближайшие послеоперационные результаты. Однако, такой подход не получил широко-

ЛИТЕРАТУРА:

1. Chremos A.N., Lin J.H., Kanovsky M., et al.: Effects of antacids and food on absorption of famotidine. Br.J.Med., 1986, 81, 25-32.
2. Humphries T.J., Famotidine: A Notable Lack of Drug Interaktions. Scand.J.Gastroenterol., 1987, 22, 55-60.
3. Kroemer H., Klotz U.: Pharmacokinetics of famotidine in man. Int. J. Clin. Pharmacol., Therapy and Toxicol., 1987, 25, 458-463.
4. Saigenji K., Fukutomi H., Nakazawa S.: Famotidine: Postmarketing Clinical Experience. Scand. J. Gastroenterol., 1987, 22, 34-40.

го признания в то время, в силу слабой аргументации гарантированности коаптации маточной раны при разнообразных индивидуальных особенностях течения операции. Квинтесенцией задачи является способ восстановления НСМ [1, 2], который бы гарантировано обеспечивал коаптацию и герметичность зоны утеротомии. Решение именно этой задачи позволило нам с 1986 года широко использовать данный принцип в восстановлении НСМ при КС. На способ получен патент Российской Федерации № 208536, 1997 г.

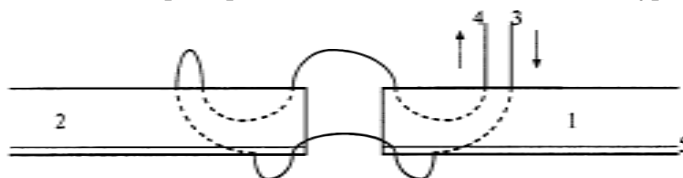
ОПИСАНИЕ СПОСОБА.

Операция КС проводится в НСМ по традиционной схеме. Не имеет принципиального значения способ рассечения НСМ. После извлечения плода и последа следует наложить отдельные швы на углы маточной раны, что существенно снижает кровотечение. Описание техники коаптирующего шва проводится так, как если хирург стоит справа от пациентки.

Отступая на 2,5 - 3 см от нижнего края разреза через всю толщу миометрия передней стенки НСМ (кроме брюшины переходной складки и эндометрия),

Рисунок 1.

Состояние краев раны НСМ до затягивания лигатуры.



Обозначения: 1 - нижний край раны НСМ, 2 - верхний край раны НСМ, 3 - начальный выкол с лигатурой, 4 - конечный выкол с лигатурой, 5 - эндометрий.

производится прокол иглой в сторону полости матки (рис. 1). Игла проводится по дуге, не нарушая эндометрия максимально ближе к нему и не доходя примерно 0,5 см до края раны прокалывают эндометрий в сторону полости матки и тут же прокалывают его вновь, выводя кончик иглы в раневой стык непосредственно под слизистой полости матки (рис. 1). После этого проводят лигатуру. Проведение иглы и лигатуры через верхний край маточной раны производят в обратном порядке, т.е. вначале прокалывают слизистую полости матки и на расстоянии 2,5 - 3 см. от среза верхнего края раны прокалывают все слои миометрия со стороны полости матки, проводят лигатуру (рис. 1). На этом этапе завершен так называемый нижний компонент коаптации. Далее иглу в иглодержателе переворачивают на 180°, т.е. кончиком вниз против часовой стрелки. Отступив на 0,5 - 0,7 см. от последнего выкола в сторону края раны, перпендикулярно плоскости верхнего края раны делают вкол иглой на глубину 1/2 всей толщи миометрия, иглу проводят на этой глубине по дуге к краю раны и не доходя до него 3 - 4 мм. производят выкол, проводят лигатуру (рис. 1). На нижнем крае раны лигатуру проводят в обратном порядке (рис. 1). На этом этапе завершен верхний компонент коаптации. В результате начальный вкол и последний выкол находятся на одной и той же стороне нижнего края маточной раны. В этом положении производят затягивание лигатуры. Следующий шов обычно накладывают на расстоянии 2,5 - 3 см. от предыдущего. Таким образом, после затягивания лигатур на маточной ране образуется своеобразная ступенчатая структура шва с развернутым раневым стыком, надежно коаптированными краями раны, что застраховывает от диспозиции краев маточной раны и интерпозиции слизистой полости матки в раневой стык (рис. 2). Указанная структура шва возникает в результате суммы сил натяже-

выкол следует производить как указано на расстоянии 3 - 4 мм. от края раны, но не в раневой стык (рис. 1). Также, при формировании верхнего компонента коаптации, прежде чем производить вкол следует пинцетом захватить верхние участки миометрия и оттянуть из к противоположному краю раны. Соблюдение указанных правил полностью снимает вопрос о зиянии краев маточной раны.

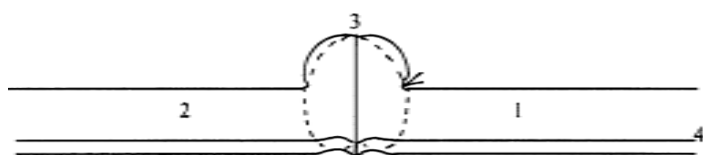
Преимуществами данного способа являются: однокольцевой захват всей толщи миометрия (в отличие от известных способов коаптирующих швов, где присутствует двойной кольцевой захват миометрия), существенно повышается герметичность шва, создается режим гарантированной коаптации, увеличивается площадь контакта раневых поверхностей. Для восстановления НСМ при данной технике как правило требуется не более 4 - 5 швов, что создает принципиально иные условия васкуляризации и заживления маточной раны. Предлагаемый режим восстановления НСМ полностью снимает вопрос о необходимости наложения второго ряда швов. Это обстоятельство позволяет избежать вовлечения в маточный шов значительного массива миометрия, тем самым существенно сократить степень ишемизации зоны утраты.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Данный способ восстановления НСМ используется нами в течение последних двенадцати лет. В общей сложности он применен более чем у 2500 пациенток. Под нашим непосредственным наблюдением находилось 810 женщин. Из них 89 (11,0%) оперированы в плановом порядке, 720 (89,0%) в экстренном. В возрасте до 20 лет было 23 (2,9%) пациенток, 20-24 - 173 (21,4%), 25-29 - 231 (28,6%), 30-34 - 254 (31,4%), 35-41 - 127 (15,7%). Первородящих было 285 (35,2%), повторнородящих 416 (51,4%), многорожавших 108 (13,3%). Показаниями к операции служили: клиническое несоответствие головки плода и таза роженицы - у 181 (22,4%); аномалии родовой деятельности - у 158 (19,5%); преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - у 116 (14,3%); рубец на матке - у 77 (9,5%); тяжелый гестоз (включая эклампсию) - у 62 (7,6%); предлежание плаценты - у 8 (1,0%); по сумме других относительных и абсолютных показаний оперировано 208 (23,3%) пациенток. Все женщины имели более или менее выраженный риск развития послеродовых инфекционных заболеваний: анемия 2-3 степени во время настоящей беременности была у 146 (18,1%) женщин, гестоз различной степени тяжести выявлен у 161 (19,5%), ожирение 2-4 степени отмечено у 112 (13,8%) пациенток, родовое излитие вод было 309 (38,1%), длительный безводный промежуток отмечен 181 (22,4%), кольпит у 254 (31,4%) (при этом у 46 трихомонадный), лихорадочное состояние перед операцией отмечалось у 72 (9,0%), длительность родового акта более 16 часов была у 65 (8,0%), обострение воспалительных заболеваний мочевыводящей системы в третьем триместре беременности было у 134 (16,5%) женщин, заболевания сердечно-сосудистой системы выявлены у 143 (17,6%). Все пациентки оперированы в нижнем сегменте матки поперечным разрезом по Л. А. Гусакову, при доношенном сроке беременности. Гемотрансфузия после операции проводилась у 71 (8,8%) женщин. Для сравнительной оценки послеоперацион-

Рисунок 2.

Структура маточного шва после затягивания лигатуры.



Обозначения: 1 - нижний край раны НСМ, 2 - верхний край раны НСМ, 3 - раневой стык, 4 - эндометрий.

ния лигатуры и взаимокомпрессии сшиваемых масс миометрия, и образующейся в результате этого выталкивающей силы на участки миометрия, находящиеся над лигатурой.

Помимо принципиальной техники шва следует остановиться на следующих деталях, часть которых следует строго выполнять при любом способе ушивания НСМ. При проведении лигатуры через все слои миометрия иглу следует проводить параллельно плоскости среза миометрия, чтобы избежать разности в дистанции от края раны до лигатуры между внутренней и наружной поверхностью ушиваемой стенки матки. На это следует обращать внимание при более или менее выраженном выварачивании раневой поверхности в результате сокращения матки после извлечения плода. При формировании верхнего компонента коаптации

Таблица 1.

Частота послеоперационных инфекционных осложнений среди рожениц опытной (А) и контрольной (Б) группы.

№№ п/п	Виды осложнений	n = 810 А		n = 810 Б	
		n	%	n	%
1.	Перитонит после кесарева сечения	-	-	15	1,9
2.	Параметрит	-	-	31	3,8
3.	Эндометриит: - легкая степень тяжести	46	5,7	127	15,7
	- средняя степень тяжести	31	3,8	123	15,2
	- тяжелая степень	-	-	23	2,9
	- все формы	77	9,5	273	33,8
4.	Паралитический илеус > 2 дней	11	1,4	62	7,6
5.	Нагноение операционной раны	27	3,3	35	4,3
6.	Пневмония	8	1,0	11	1,4
7.	Инфекция мочевыводящих путей	23	2,9	8	1,0

ного течения использовалась контрольная группа, подобранная методом рандомизации с использованием принципа копии-пары из общего числа пациенток оперированных в клинике за последние 15 лет. Среди пациенток контрольной группы НСМ восстанавливался в два ряда, использовались методы В. И. Ельцова-Стрелкова, Л. С. Персианинова, непрерывный шов.

В качестве интегрального теста оценки течения послеоперационного периода использовалось количественное бактериологическое исследование содержимого полости матки на третьи сутки после КС по общепринятым методикам среди 100 пациенток опытной и 100 пациенток контрольной группы, а также ультразвуковое исследование (УЗИ) матки для оценки динамики инволюции органа и выявления эхоспецифических признаков неблагоприятного течения раневого процесса.

В отдаленные сроки при повторной беременности и доношенных сроках обследована 161 пациентка опытной группы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

Результаты сравнительного изучения течения послеоперационного периода представлены в таблице 1. В опытной группе отсутствовали тяжелые инфекционные осложнения, а частота всех форм послеоперационного эндомиометрита составила 9,5%. В контрольной группе перитонит после КС отмечен у 1,9% пациенток, параметрит у 3,8%, эндомиометрит у 33,8% женщин (табл. 1).

Количественные бактериологические исследования показали меньшую частоту высеваемости и степень количественной обсемененности полости матки на один порядок ($p < 0,001$) у пациенток опытной группы (табл. 2). Качественный состав микрофлоры в обследуемых группах существенно не отличался. Чаще всего высеивались: стафилококки, энтерококки, кишечная палочка, протей, клебсиеллы, гемолитический стрептококк. УЗИ матки в послеоперационном периоде, проведенное у 592 пациенток опытной и 592 контрольной группы на 4-5 и 9-10 сутки показало более быструю инволюцию органа среди рожениц опытной группы. Параметры величины матки в указанные сроки достоверно разли-

чались. Изучение области швов на матке выявило более гомогенную экоструктуру швов, менее выраженные признаки отека, отсутствие жидкостных включений в толще шва у рожениц опытной группы, при этом у 308 (52,1%) пациенток к 10 дню после операции область шва на матке не визуализировалась. Среди рожениц контрольной группы указанные изменения носили более выраженный характер, а у 481 (83,8%) сохранялись к 10 дню послеоперационного периода.

В отдаленные сроки после операции (14-26 месяцев после предыдущего КС) у 161 пациентки опытной группы и 158 оперированных традиционным способом при повторной беременности в сроках 36-40 недель, также проводилось УЗИ области рубца в НСМ. Из числа пациенток опытной группы у 126 (78,7%) область рубца на матке не визуализировалась. Только у 16 беременных выявлены участки повышенной эхоплотности и незначительное снижение толщины миометрия по сравнению с соседними участками. Несостоятельных рубцов не зарегистрировано. Из 158 беременных оперированных традиционно только у 28 (17,6%) зона рубца не визуализировалась, а у 57 (36,2%) отмечены очевидные признаки несостоятельности рубца на матке. Из 161 пациентки опытной группы у 108 (67,2%) были запланированы самопроизвольные роды. Данная тактика была реализована у 85 (78,7%) от числа запланированных на самопроизвольные роды. у остальных 23 женщин развились осложнения родового акта: первичная слабость родовой деятельности у 9, усугубление тяжести гестоза у 8, родовое излитие вод у 4, ранние признаки клинического несоответствия у 2, что потребовало повторного КС. Послеродовой период у рожениц опытной группы протекал без существенных осложнений. У остальных 53 беременных из 161 опытной группы планирование самопроизвольных родов не представлялось возможным: у 14 из 53 имел место крупный плод, у 13 возраст был старше 30 лет, анатомически узкий таз отмечен у 14 женщин, тазовое предлежание плода у 3, тяжелый гестоз у 6, порок митрального клапана у 1, у 2 пациенток во время первой операции производилась консервативная миомэктомия.

Также, с учетом клинических данных и результатов УЗИ из числа пациенток, оперированных традиционным способом (158 женщин) самопроизвольные роды возможно было запланировать только у 49 (31,0%), а успешно завершились лишь у 19 (38,8%) от числа запланированных на самопроизвольные роды.

Таким образом, самопроизвольные роды имели место у 52,5% женщин от числа повторно беременных в опытной группе. В контрольной группе показатель составил 12,0%.

ВЫВОДЫ.

Принимая во внимание особенности послеродового периода (инволюция матки), принципиальные условия оперативного вмешательства на беременном органе должны базироваться на создании оптимального уровня жизнеобеспечения оперированных тканей. Вероятно - это является общим и главным условием в вопросе герметичного хирургического разграничения различных биологических сред в живом организме, в отличие от неживой материи.

Таблица 2.

Частота и степень количественной обсемененности микрофлоры полости матки на 3 сутки после операции у родильниц опытной и контрольной группы с различными показаниями к КС.

Группы пациенток	Опытная группа (n = 100)		
	Число пациенток	Частота высеваемости (%)	Количество бак 1,0 мл. полости (КОЕ/мл.)
КУТ	20	80,0	$9,8 \times 10^3$
АРД	20	70,0	$9,1 \times 10^3$
ПОНРП	20	75,0	$1,3 \times 10^3$
Тяжелый гестоз	20	79,1	$2,4 \times 10^3$
Плановые операции	20	45,0	$1,2 \times 10^3$

Примечание: КУТ - клинически узкий таз, АРД - аномалии родовой деятельности, ПОНРП - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, КОЕ/мл. - колония-образующие единицы в 1,0 мл. содержимого полости матки.

По-видимому, в этом свете, принцип однослойного восстановления НСМ при КС не имеет альтернативы. Показано, что степень актуальности использования однослойного восстановления НСМ находится в прямопропорциональной зависимости от степени риска инфекционных послеоперационных осложнений, а в отдаленные сроки после операции данная методика обеспечивает возрастание качества рубца на матке.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Баев О. Р., Рыбин М. В. Современная тенденция развития техники операции кесарева сечения. // Акушерство и гинекология. -1997. -№2. -С. 3-7.
2. Кулаков В. И., Каримов З. Д. Способ восстановле-

ния нижнего сегмента матки в один слой при операции кесарева сечения. // Акушерство и гинекология. -1994. - №1. -С. 25 - 28.

3. Kiss Von D., Gyorik J., Kekesi J. Gisterographische Untersuchungen der linschichtig vereinigten wundrander nach kaiserschnitt - operationen. // Zbl. Gynakol. - 1978. - Bd. 100. - S. 303 - 309.

4. Klug P. W., Mayer H. G. K., Hohlweg Th. Die bedeutung der operationstechnik bei der verhutung infektiöser komplikationen nach kaiserschnitt. // Zent. bl. Gynakol. 1986. - Bd. 108. - S. 1046 - 1052.

5. Vaclavinkova V., Westin B. Ultraschalldiagnostik von narbendefekten nach kaiserschnitt. // Zbl. Gynakol. - 1984. - Bd. 106. - S. 682 - 692.

Маманазаров М.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО И ГНОЙНО-АТРОФИЧЕСКОГО ГАЙМОРИТА.

Андижанский Государственный медицинский институт

MAMANAZAROV M.A.

The peculiarities of clinic of chronic purulent and purulent-otrophic antritis.

201 patients with purulent and 76 patients with purulent-otrophic antritis were observed. During the observation we determined a sharp difference of time from each other. On the basis of the character of headache, discharge from nose, smell function, rhinoscopic pictures and X-ray examinations the differentiation was made. Deep knowledge of clinic of chronic antritis helps to determine their forms and make correct diagnosis. And this, naturally, gives a great effect in their treatment.

Многие авторы [1,4] рассматривают хронический гайморит как заболевание всего организма с реакцией многих органов и систем. Актуальность проблемы заключается не только в распространенности гайморитов, но и недостаточности сведений по некоторым вопросам клиники, диагностики и лечения гайморитов в различных регионах страны.

В последнее время в литературе появилось работы [2,3,4], где отмечается учащение случаев заболеваемости носа и околоносовых пазух в регионе с жарким климатом преобладает гнойно-атрофическая форма гайморита.

Клиника гайморитов в достаточной степени освещено во многих работах, что касается гнойно-атрофической формы воспаления, то сведений о ней в литературе крайне

скудные.

Цель исследования - изучить клинические признаки гнойного и гнойно-атрофического гайморита и дать характеристику для дифференциальной диагностики.

Под нашим наблюдением было 201 больных с гнойными гайморитами и 76 больных с гнойно-атрофическими формами гайморита.

Наибольшая частота гнойной формы наблюдается в возрасте 21-30 с последующим уменьшением числа заболеваний по мере увеличения возраста. Число больных гнойно-атрофическим гайморитом примерно одинаково во всех возрастных группах и даже в возрасте 61-70 лет и старше составляют 18,1 %, тогда как среди больных с гнойным гайморитом в этом возрасте их удельный вес 4, 0%.

Длительность заболевания у больных хроническим гнойным гайморитом не превышает 5 лет у 87,1%. Тогда как у больных с гнойно-атрофическим гайморитом длительность заболевания 6 лет и выше было у 50,0%.

Проводимые нами наблюдения показали, что частота обращаемости больных с хроническим гнойным и гнойно-атрофическими гайморитами в некоторой степени зависит от времени года. Так наиболее массовое поступление больных с гнойным гайморитом наблюдается в холодное время года (с января по март), что объясняется очевидно обострением процесса у этих больных в связи с увеличением заболеваемости гриппом и ОРВИ. Самый низкий удельный вес больных с хроническим гнойным гайморитом приходится на летний период.

Что касается гнойно-атрофической формы гайморита, то основной удельный вес больных, поступающих в стационар, приходится на жаркий период года. Так начиная с апреля число этих больных резко возрастает, и весь летний период их удельный вес держится на высоком уровне. С наступлением дождливого периода число этих больных резко сокращается, что, очевидно, объясняется увеличением влажности и уменьшением температуры и запыленности воздуха, т.е. уменьшаются факторы, способствующие развитию обострения гнойно-атрофического гайморита.

Нами подробно проанализированы жалобы больных, клинические проявления заболевания и особенности некоторых функциональных нарушений у больных гнойно-атрофическими и гнойными гайморитами.

Обращает внимание тот факт, что гнойно-атрофические гаймориты наблюдаются лишь у больных, у которых имеют место атрофические изменения слизистой оболочки полости носа. Мы не выявили ни в одном случае атрофического поражения пазух у больных с отсутствием атрофии слизистой оболочки носа. В связи с этим, следует предположить, что первично наступают дистрофические изменения в полости носа, затем распространяются на пазухи и на этом фоне развивается вторичный воспалительный процесс в пазухах. В связи с наличием у этих больных атрофического процесса, зачастую начало воспалительного процесса в пазухах проходит незаметно для больного. Обычно эти больные отмечают лишь увеличение сухости в носу и образования более толстых корок. Это объясняется и малосимптомностью гнойно-атрофического гайморита, который с самого начала протекает как хроническое заболевание.

Фактически все жалобы, которые имели место у больных с гнойно-атрофическим гайморитом, могли быть обусловлены и атрофическим ринитом. У 71 больного (из 76 больных) одной из основных жалоб именно на сухость в носу, что не является характерным симптомом для гнойного гайморита.

Одной из постоянных жалоб больных гнойно-атрофическим гайморитом являлось наличие запаха из носа, который встречался у 69 (90,8%) из 76 больных. При атрофических ринитах, даже при наличии массивных корок в полости носа, мы ни разу не наблюдали неприятного запаха из носа. Таким образом, появления запаха из носа у больных гнойно-атрофическим гайморитом связано не столько с атрофическим процессом, сколько с воспалительным процессом, развивающимся в околоносовых пазухах. На наличие запаха из носа также жаловались 29 (14,4%) больных атрофическим гнойным гай-

моритом.

На головную боль вне периода обострения больные с гнойно-атрофическим гайморитом жалуются редко. Это объясняется тем, что при атрофии слизистой оболочки снижается её чувствительность, поэтому рефлекторные явления выражены меньше. Среди обследованных нами больных лишь 9 (11,8%) жаловались на головную боль различной локализации.

Жалобы на наличие головной боли при хроническом гнойном гайморите встречались в 67,2% случаев. При этом локализованная боль, характерная для гнойного поражения верхнечелюстной пазух встречается 48,3% случаев.

Жалобы на выделения из носа гнойного характера, так характерные для больных гнойным гайморитом, при гнойно-атрофической форме гайморита отмечается редко.

В период обострения процесса лишь 19 больных (25%) жаловались на скудные выделения из носа. Они были густыми, тягучими с неприятным запахом и как правило стекали в носоглотку. Это очевидно объясняется тем, что у этих больных отделяемое густое и обычно быстро засыхает в полости носа, образуя довольно массивные корки. Образование корок в среднем носовом ходе способствовало стеканию гнойного отделяемого в задние отделы полости носа.

При гнойных гайморитах жалобы на выделения из носа гнойного характера были у 97,5% больных, при этом иногда выделения были обильными. Гнойный характер выделений был у 59,2% больных, слизисто-гнойный - у 27,0% и слизистый - у 13,8%.

Затрудненное носовое дыхание - один из основных симптомов как при гнойно-атрофической, так и гнойной форм гайморита. Одной из причин, приводящих к затруднению носового дыхания при гнойно-атрофической гайморите является наличие массивных корок, которые полностью обтурируют носовой ход. После удаления корок из носа нарушение дыхания полностью восстановилось у всех больных.

Жалобы на затруднение носового дыхания среди больных хроническим гнойным гайморитом наблюдались у 74,2%, причиной которого являлись отёк слизистой оболочки, гипертрофия носовых раковин и наличие обильного отделяемого в носовых ходах.

Одной из постоянных жалоб больных гнойно-атрофическим (84,2%) гайморитом было снижения или отсутствие обоняния, причиной которого являются распространением атрофического процесса с респираторной области носа на обонятельную.

Снижение обоняния при гнойных формах наблюдались редко и после излечения процесса в пазухах обоняние у них улучшалось или восстанавливались полностью.

Часто больные с гнойно-атрофическими гайморитами (56,6%) жаловались на кровотечение из носа. Это объясняется атрофией слизистой оболочки носа и пазух. А у больных с гнойными формами гайморита таких жалоб не встретили.

Риноскопическая картина у больных гнойно-атрофическими гайморитами отличается от таковой при гнойной форме поражения пазух. Так свободное гнойное отделяемое в среднем носовом ходе мы отметили лишь у 21 больного (27,6%) в небольшом количестве. У 47 (61,8%) больных корки полностью обтурировали полость носа в области среднего и общего носового хода,

после удаления которого риноскопическая картина была характерна для атрофического ринита, слизистая оболочка истонченная, бледная, сухая, мутная, носовые ходы широкие.

При пункции гнойно-атрофического гайморита получен гной обычно густой, тягучий, который вымывается с трудом. Обращает на себя внимание отсутствие при этом слизи, что объясняется атрофией слизистых желез в пазухах и отсутствием их секреции. При пункции больных с гнойным гайморитом получено гнойное или слизисто-гнойное отделяемое.

Рентгенологическое обследование является одним из основных методов исследования. При нативной рентгенографии у больных гнойными формами гайморита отмечается гомогенное, довольно интенсивное затемнение пораженной пазухи. При гнойно-атрофической форме гайморита затемнения пазух часто бывает малоинтенсивными (71,1%), в связи с чем рентгенологи трактуют процесс как катаральное или пристеночно-гиперпластическое воспаление.

Более четкая картина наблюдается при рентгенологическом исследовании пазух с введением контрастного вещества (йодолипола). Обычно при гнойных гайморитах пятно контрастное вещество отделено от костного контура пазухи, утолщенной слизистой оболочкой. Как правило, контрастное вещество имеет ровные границы, указывающие на равномерное утолщение слизистой оболочки пазухи. При гнойно-атрофической форме гайморита контрастное вещество заполняет целиком пазуху, повторяя

контур костных её стенок, что указывает на истончение слизистой оболочки. У 14 (18,2%) больных при первичном рентгенологическом исследовании с контрастным веществом было отмечено наличие дефекта наполнения, что напоминало картину, характерную для кисты или солитарного полипа после повторного промывания пазухи и тщательного удаления её содержимого дефект-наполнения исчезал. В связи с этим подобную рентгенологическую картину мы объясняем наличием в нижних отделах пазухи гнойного комка или гнойной корки.

Таким образом, клинические проявления гнойного и гнойно-атрофического гайморита явно отличаются друг от друга. Четкая дифференциальная диагностика и правильное определение формы гайморита помогают правильно поставить диагноз, и в свою очередь выбрать правильный метод лечения.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Дайняк Л. Б. Хронический атрофический насморк. Журнал ушных, носовых и горловых болезней. -1987. - 4. - С. 21-28.
2. Козлов М.Я. Об атрофической форме гайморита. Сборник научных трудов Ленинградского института усовершенствования врачей.-1967. -С. 153-166.
3. Муминов А. И, Плужников М.С.Рязанцев С.В. Паталогия носа и околоносовых пазух при заболеваниях легких. Ташкент. - Медицина.-1987.-С. 118.
4. Касимов К. К. Клиника, диагностика и лечение синуситов, протекающих в условиях жаркого климата Дисс. ... докт.мед.наук. -Москва -1990. -С.395.

Самарцев В.И.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ, ВЫЗВАННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

Научный Центр Хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ РУз.

Окклюзия маточных труб в общей структуре бесплодия у женщин составляет от 30 до 74%. Окклюзия просвета маточных труб является основным фактором, препятствующим оплодотворению яйцеклетки и дальнейшему развитию беременности. Применение микрохирургической техники для решения проблем механической трубной непроходимости вооружает хирурга стратегией деликатного и эффективного вмешательства, в наибольшей степени способного вернуть пораженной маточной трубе ее нормальные транспортные возможности [1,2,4].

В частности, в США более 0,5 млн. женщин подвергаются стерилизации путем перевязки фаллопиевых труб. Впоследствии, часть из них пересматривает свое решение и подвергается микрохирургической реконструкции труб, эффективность которой в восстановлении репродуктивной функции достигает более 80% [3].

Принципиальным отличием категории больных с трубным бесплодием у нас в стране является причинная обусловленность окклюзии маточных труб воспалительными заболеваниями. При достаточно высоком внимании вопросам восстановления целостности просвета, роль и значимость воспалительных изменений фаллопиевых труб в достижении главного результата - развитии беременности, изучены не достаточно [3,4].

Мы располагаем опытом хирургического лечения 30

больных с трубным бесплодием, причиной которого, прямо или косвенно, явились ранее перенесенные оперативные вмешательства в брюшной полости и на органах малого таза. Возраст больных варьировал от 20 до 45 лет, большинство (82%) составили лица 25 - 35 лет. Длительность бесплодия к моменту обращения составляла от 2 до 14 лет, в среднем - 5-6 лет.

В анамнезе у данной популяции больных ранее было выполнено 13 операций по поводу эктопической беременности. В 6 случаях вмешательство завершено перевязкой одной трубы, в 7 - резекцией, в том числе с обеих сторон в 5 наблюдений. 6 операций выполнено по поводу кист и опухолей яичника, в 4 случаях операция дополнялась перевязкой ипсилатеральной маточной трубы. Было выполнено 7 операций кесарева сечения: все они сочетались двусторонней перевязкой или резекцией маточных труб. 1 больная была оперирована по поводу апоплексии яичника, еще 2 больным была выполнена аппендэктомия. 2 больным ранее была выполнена сальпингопластика по поводу трубного бесплодия.

Все больные предварительно были обследованы у гинеколога. Проведена нормализация менструального цикла при его нарушении. Проверена базальная температура: у всех больных менструальный цикл был двухфазным. Данные рентгеносальпингографии выявили ок-

клюзию в ампулярном отделе в 8 наблюдениях, в том числе единственной маточной трубы в 6, одной трубы - в 1, обеих труб - также в 1 случае.

Окклюзия в истмическом отделе выявлена в 22 наблюдениях: в 10 с одной, в 12 - с обеих сторон. Все больные оперированы, вмешательства выполнялись под общей анестезией, с использованием микрохирургической техники.

Выполнены следующие варианты операций:

терминальная сальпингопластика:

односторонняя — 1

двусторонняя — 1

сальпингопластика единственной трубы — 6

истмопластика единственной трубы — 10

двусторонняя истмопластика — 9

истмопластика+сальпингопластика единственной трубы—1

ревизия органов малого таза — 6

Послеоперационное течение у всех больных протекало без осложнений. Всем больным проведен курс противовоспалительной терапии и лечебных гидротубаций. В сроки наблюдения до 6 лет повторные исследования проходимость маточных труб выявили реокклюзии лишь у 4 больных: все они подверглись успешным повторным операциям, тем не менее наступление беременности отмечено лишь у 8 больных, которые в 5 случаях (16,6%) завершили успешными родами.

Полученные результаты коррелировались с данными сканирующей электронной микроскопии интраоперационных биоптатов маточных труб - степень повреждения внутренней выстилки при дистальных формах окклюзии свидетельствуют о неравноценности достижения механической проходимости маточной трубы и восстановлении ее тончайших функций, обеспечивающих наступление физиологической беременности. Приводим пример клинического наблюдения. Больная К. поступила в отделение с жалобами на бесплодный брак в течение 7 лет.

В анамнезе больная оперирована 7 лет назад по по-

воду острого аппендицита. Муж больной обследован, патологии не выявлено. На произведенной гистеросальпингографии выявлена окклюзия обеих маточных труб в ампулярных отделах. Больной неоднократно проводились курсы консервативной терапии, санаторнокурортное лечение. Проведенные общеклинические исследования крови, мочи без патологии.

Больная оперирована в нашем отделении: нижне-срединная лапоротомия по Пфаненштилю. В малом тазу выраженный спаечный процесс. Матка с придатками находится в едином спаечном «панцире». Правый яичник с маточной трубой плотно спаян с илеоцекальным углом кишечника. С большими техническими трудностями матка с придатками выделена из спаек. Спайки рассекались после предварительной коагуляции биполярным коагулятором. Произведена неосальпингопластика ампулярных отделов с обеих сторон. Интраоперационно проверена проходимость маточных труб - обе маточные трубы проходимы. В послеоперационном периоде проведен курс гидротубаций, противовоспалительная терапия. Больная в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное наблюдение и лечение у гинекологов по месту жительства. На контрольной гистеросальпингографии обе маточные трубы проходимы. Через 4 месяца после операции наступила нормальная маточная беременность, которая завершилась рождением нормального ребенка - мальчика.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Арсланян К.Н., Стругацкий В.М., Адамян Л.В., Волобуев А.И. Акушерство и гинекология 1993 г. №2. с. 45-48.
2. Айламазян Э.К., Устинкина Т.И. Баласанян И.Б. Акушерство и гинекология 1990г. №9. с. 46-49.
3. Кулаков В.И., Овсянникова Т.В., Акушерство и гинекология 1997г. №3, с. 5-8.
4. Медведев Б.И., Астахова Т.В., Лысенко С.В., Канева Е.Ю., Узлова Т.В. Акушерство и гинекология 1993г. №5, с. 36-39.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ*Турдибаев М.А.***АТИПИЧНАЯ ПЕРФОРАЦИЯ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.***Туракурганская центральная районная больница.*

Перфорация гастродуоденальных язв в послеродовом периоде встречается довольно редко. Дооперационная диагностика перфораций язв, особенно атипичных форм ее, в ближайшие сутки после родов представляет большие трудности [1].

Приводим наше наблюдение. Больная М. 26 лет, переведена из родильного отделения 02.01.89 г. с жалобами на постоянные боли в животе, вздутие живота, тошноту, многократную рвоту, неотхождение газов и стула, сухость во рту.

28.12.87 году у больной были срочные, нормальные роды. Через 3 часа появились боли в эпигастриальной области и в правом подреберье, тошнота. На следующий день появились желтушность склер. Билирубин крови 129,2 ммоль/л, прямой 79,9 ммоль/л, не прямой 49,3 ммоль/л, АЛТ 2,0 ммоль/л. Диагноз: острый холецистит, вирусный гепатит.

За время нахождения в стационаре постоянно держались боли в животе, была неоднократная рвота. Несмотря на проведенную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию состояние больной постепенно ухудшилось, появилось вздутие живота, задержка стула и газов. На 6-е сутки от начала заболевания больная переведена в хирургическое отделение. Состояние больной тяжелое. Кожные покровы бледные, склеры субиктеричные, пульс ритмичный 120 уд в минуту. АД 130/80 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот вздут, слабо участвует в акте дыхания, умеренно напряжен и болезнен по всем отделам. В отлогих местах припухлость. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Кишечная перистальтика ослаблена. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости выявлено множество чашки Клойбера. Общий анализ крови: эритроциты $3,2 \cdot 10^{12}$, НВ 90 г/л, лейкоциты $16 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 8 мм/ч. Предварительный диагноз: острая кишечная не-

проходимость. Перитонит.

02.01.88 году произведена средне срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено около 2 литра зеленоватого цвета мутный выпот с хлопьями фибрина. Петли тонкого кишечника вздутые, на серозе фибринные налеты. Желчный пузырь застойный, в просвете конкрементов не определяется. Печень нормальных размеров, эластической консистенции, край закругленный.

Печеночно-двенадцатиперстная связка имбибирована зелено-грязной жидкостью. Передняя стенка желудка и двенадцатиперстной кишки гиперемированы, местами покрыты фибрином. Брюшная полость осушена. При ревизии выявлено поступление грязного цвета жидкости из Винслова отверстия. Вскрыта сальниковая сумка через желудочно-ободочной связки. На задней стенке двенадцатиперстной кишки, на границе с поджелудочной железой имеется язва с прободным отверстием в центре (диаметром 0,5 см). После выделения стенки двенадцатиперстной кишки от капсулы поджелудочной железы прободная язва ушита двухрядным швом в поперечном направлении. Выполнена трансназальная интубация тонкой кишки с последующей эвакуацией содержимого. Брюшная полость тщательно промыта раствором фурацилина, осушена, дренирована силиконовыми трубками через отверстие в боковых областях живота. Операционная рана послойно ушита наглухо. Послеоперационный период протекал гладко. Проводилась интенсивная инфузионная и антибактериальная терапия. Биохимические анализы нормализовались на 6-сутки. Рана зажила первичным натяжением. Больная выписана на 20 день после операции в удовлетворительном состоянии. Больная осмотрена через 10 лет, жалоб не предъявляет.

Литература:

1. Неймарк. Атипичная перфорация гастродуоденальных язв. Хирургия. 1983; 2; с.20-23.

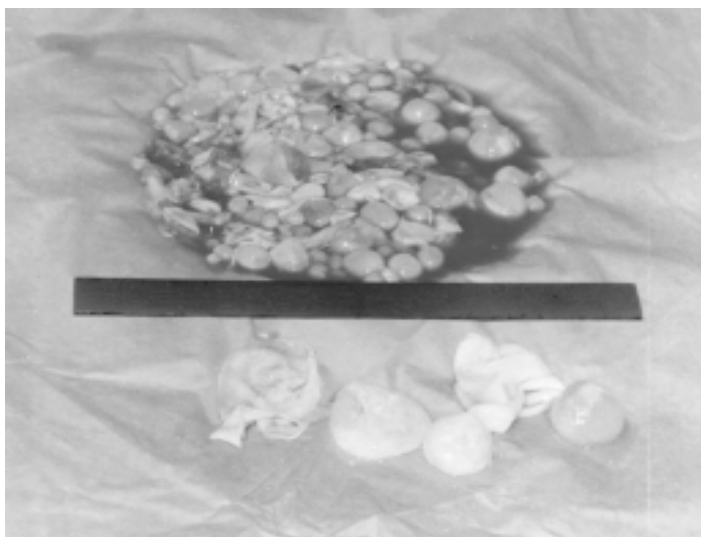
*Бабаджанов К.Б.,**Собиров М.Б.,**Назаров Х.Б.,**Алимов Б.М.*

Эхинококкоз сердца составляет 0,01-2% всех эхинококковых поражений (Э.С. Мартикян, Нейат и соавт.). Клиническая картина эхинококкоза сердца не имеет характерных признаков и зависит от размеров, локализации кисты, её отношения к коронарным сосудам, проводящей системе (С.А. Колесников и соавт.). В 20,6% случаях отмечается бессимптомное течение (И.Я. Дейнека). В литературе мы нашли сведения о 15 прооперированных больных с эхинококкозом сердца, из них только у 2 выполнены радикальные вмешательства в условиях ИК (С.А. Колесников и соавт.). Приводим собственное наблюдение.

Больной Х., 32 лет, был обследован в 1997 году в

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
МНОГОКАМЕРНОГО ЭХИНОКОККОЗА
ПЕРИКАРДА И СЕРДЦА.***Кардиохирургическое отделение областной больницы, г. Ургенч.*

Санкт-Петербурге на кафедре сердечно-сосудистой хирургии Военно-медицинской академии, где был установлен диагноз: неясная патология сердечно-сосудистой системы, поликистоз полости перикарда. В наше отделение поступил с жалобами на одышку при физической нагрузке, сердцебиение, общую слабость. Состояние относительно удовлетворительное, нормального телосложения, дыхание адекватное, в легких везикулярное дыхание, ослаблено в корне легких с обеих сторон. Аускультативно: тоны сердца приглушены, перкуторные границы сердца увеличены влево и вправо, АД 120/90 мм. рт. ст., пульс 86 уд. мин, ритм сердца синусовый, правильный; ЭОС отклонена вправо, гиперт-



рофии отделов сердца нет, PQ-0,12. Вывод ЭхоКГ: поликистоз перикарда, не исключается образование в миокарде (множественные полостные образования различных размеров, возможно паразитарного происхождения); печень и селезенка без особенностей.

12.03.99. года операция - под общим обезболиванием переднебоковым торакотомным доступом слева вскрыта грудная клетка. Перикард резко увеличен в объеме; перикард вскрыт, эвакуировано 300 мл. экссудата мутного цвета. В области левых легочных вен об-

наружена эхинококковая киста размерами 5,0х3,0 см., плотно припаянная с перикардом и легочными венами. Пункцией эвакуировано содержимое; вскрыта киста, хитиновая оболочка удалена, полость обработана 3% формалином, 5% йодом и спиртом. Полость ликвидирована гофрирующими швами. При дальнейшей ревизии в области правого предсердия имеется эхинококковая киста размерами 2,5 х 2,5см.; пункцией эвакуировано содержимое, полость обработана формалином, йодом, спиртом и ликвидирована. Выполнена переднебоковая торакотомия между 5-6 межреберьем справа. При дальнейшем ревизии обнаружено резкое увеличение полости перикарда, который вскрыт. Эвакуировано около 250 мл. экссудата мутного цвета обнаружены эхинококковые кисты размерами 10,0х8,0, 8,0х8,5, 6,0х7,5, 9,0х7,5, 5,0х7,0х, 7,5х6,5х, 8,5х9,5 см. (всего 7 кист). Масса дочерних клеток и пузырьков кисты заполняют всю диафрагмальную поверхность перикарда, половину грудной клетки. С большими техническими трудностями кисты вскрыты, удалена масса дочерних клеток и пузырьков различных размеров. Все полости обработаны стандартным методом. Всего удалено около 3 кг пузырьков, хитиновых оболочек вместе с содержимой жидкостью (фото). Произведена субтотальная перикардэктомия. Тщательный гемостаз. Дренирование. Ушивание ран. Больной выписан с полным выздоровлением; при осмотре через 6 мес. рецидива болезни нет.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Начатое по Указу Президента нашей страны реформирование системы здравоохранения потребовало коренного пересмотра и реорганизации ранее существующей концепции оказания медицинской помощи населению, в том числе хирургической.

В этой связи как никогда возросли требования ко всем хирургам различного профиля и, прежде всего, к уровню их профессиональных знаний.

Следует со всей очевидностью признать, что он не отвечает задачам и целям сегодняшнего дня, той программе реформирования, повсеместно проводимой в нашей стране.

Мы не можем безучастно смотреть на то, что даже молодые врачи не стремятся к совершенствованию своих знаний, обмена опытом и навыков. Мы будем жестко и принципиально требовать с каждого, не взирая на занимаемую должность, повседневной работы над собой.

В этой связи Министерство здравоохранения Республики Узбекистан на страницах журнала “Хирургия Узбекистана” будет публиковать рекомендуемый специалистам хирургического профиля перечень основной и специальной литературы, знание которой должно быть обязательным для каждого хирурга.

Мы надеемся на ваше понимание тех ответственных задач, решение которых зависит только от нас с вами.

Министр

Ф.Г.НАЗЫРОВ

СПИСОК

основной рекомендуемой литературы для хирургов общего профиля

I. РУКОВОДСТВА

- | | |
|-----------------------------|--|
| <u>1. Астапенко В.Г.</u> | <u>Практическое руководство по хирургическим болезням. Минск, 1984.</u> |
| <u>Малиновский Н.И.</u> | |
| <u>2. Брюсов П.Г.</u> | <u>Военно-полевая хирургия (Руководство для практических врачей). М. ГЭОТАР, 1996.</u> |
| <u>Нечаев Э.А.</u> | |
| <u>3. Кишковский А.А.</u> | <u>Руководство по неотложной рентгенодиагностике. М., 1989.</u> |
| <u>4. Кованов В.В.</u> | <u>Оперативная хирургия и топографическая анатомия. М. Медицина, 1995.</u> |
| <u>М. Медицина, 1995.</u> | |
| <u>5. Кузин М.И.</u> | <u>Хирургические болезни. М. Медицина, 1995.</u> |
| <u>6. Лебедев В.В.</u> | <u>Руководство по неотложной нейрохирургии. М. Медицина, 1987.</u> |
| <u>и соавторы.</u> | |
| <u>7. Вихриев Б.С.</u> | <u>Ожоги (Руководство для врачей). Л. Медицина, 1986.</u> |
| <u>и соавторы.</u> | |
| <u>8. Кузин М.И.</u> | <u>Раны и раневая инфекция (Руководство для врачей). М. Медицина, 1990.</u> |
| <u>и соавторы.</u> | |
| <u>9. Стручков В.И.</u> | <u>Руководство по гнойной-хирургии. М. Медицина, 1984.</u> |
| <u>и соавторы.</u> | |
| <u>10. Бураковский В.И.</u> | <u>Сердечно-сосудистая хирургия: Руководство. М. Медицина, 1989.</u> |
| <u>и соавторы.</u> | |
| <u>11. Стручков В.И.</u> | <u>Хирургическая инфекция: Руководство для врачей. М. Медицина, 1991.</u> |
| <u>и соавторы.</u> | |

II. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

- | | |
|--------------------------|--|
| <u>1. Долинин В.А.</u> | <u>Техника хирургических операций на сосудах. СПб. 1996.</u> |
| <u>2. Балалыкин А.С.</u> | <u>Эндоскопическая абдоминальная хирургия. М., 1996.</u> |
| <u>3. Кригер А.Г.</u> | <u>Лапароскопические операции в неотложной хирургии. М. 1997.</u> |
| <u>4. Джумабаев С.У.</u> | <u>Справочник по клинической лимфологии. Ташкент, Изд-во им. Абу Али ибн Сино, 1999.</u> |

III. ТЕМАТИЧЕСКИЕ МОНОГРАФИИ

III.1. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

- | | |
|------------------------|--|
| <u>1. Арсений А.К.</u> | <u>Диагностика острого аппендицита. Кишинев, 1978.</u> |
|------------------------|--|

2. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при ост-
ром аппендиците. М. Медицина, 1988.
3. Русанов А.А. Аппендицит. Л. Медицина, 1979.

III.2. ПРОБОДНЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ

1. Неймарк И.И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. М. Медицина, 1972.

III.3. ГРЫЖИ

1. Тоскин К.Д. Грыжи живота. М. Медицина, 1983.
с соавторами.

III.4. КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

1. Петров В.П. Кишечная непроходимость. М. Медицина, 1989
с соавторами.
2. Лисицын К.М. Неотложная хирургия при онкологических заболе-
с соавторами ваниях органов брюшной полости. М. Медицина, 1986.

III.5. ОСТРАЯ ГЕПАТО-ПАНКРЕАТО-БИЛИАРНАЯ ПАТОЛОГИЯ

1. Гальперин Э.И.
с соавторами. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. М. Медицина, 1987.
2. Королев Б.А.
с соавторами. Экстренная хирургия желчных путей. М. Медицина, 1990.
3. Филин В.И.
с соавторами Неотложная панкреатология. СПб., 1994.
3. Шалимов А.А.
с соавторами. Хирургия печени и желчевыводящих путей. Киев, 1993.
5. Борисов А.Е.
с соавторами. Чрезкожные эндобилиарные вмешательства при рубцовой непроходимости желчных протоков. СПб., 1997.

III.6. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

1. Братусь В.Д. Острые желудочные кровотечения. Киев, Здоровье. 1972.
2. Гобрашко А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Л. Медицина, 1974.
3. Петров В.П. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного

с соавторами.

тракта. М. Медицина, 1987.

III.7. ХИРУРГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ

1. Вагнер Е.А.

Хирургия повреждений груди. М. Медицина, 1981.

2. Дедушкин В.С.

Повреждение грудного и поясничного отделов
позвоночника. СПб. 1994.

с соавторами.

4. Комаров Б.Д.

Повреждения пищевода. М. Медицина, 1981.

с соавторами.

4. Мариев А.М.

Хирургия травм печени. Томск, 1993.

с соавторами.

5. Никитин Г.Д.

Множественные переломы и сочетанные повреж-
дения. Л. Медицина, 1983.

с соавторами.

6. Романенко А.Е.

Закрытые повреждения грудной клетки. Киев, 1982

с соавторами.

7. Усольцева Е.В.

Хирургия заболеваний и повреждений кисти. Л.
Медицина, 1986.

с соавторами.

8. Цибуляк Г.Н.

Хирургическое лечение тяжелой и сочетанной травмы.
СПб. Гиппократ, 1996.

9. Шапкин В.С.

Закрытые и открытые повреждения печени. М.
Медицина, 1977.

с соавторами.

25-26 ноября 1999 года в г. Андижане состоялась Республиканская научно-практическая конференция с международным участием “Осложнения и летальность в экстренной хирургии и пути их снижения”.

Это первая конференция, проведенная после Указа Президента нашей страны о реформировании системы здравоохранения. Ее основной задачей было рассмотрение вопросов состояния и перспектив развития экстренной хирургической помощи населению республики.

С программным докладом выступил Министр здравоохранения проф. Ф.Г.Назыров, содокладчиками — все главные специалисты по различным профилям хирургической службы.

В работе конференции приняли участие 341 делегат и гости из всех регионов нашей Республики. Были заслушаны доклады по различным разделам экстренной хирургии, издан сборник, содержащий 217 тезисов и принята резолюция конференции, которая приведена ниже.

РЕЗОЛЮЦИЯ

Республиканской научно-практической конференции
«Осложнения и летальность в экстренной хирургии и пути их снижения»
Андижан, 25-26 ноября 1999г.

Во исполнение Указа Президента республики Узбекистан о реформировании системы здравоохранения Минздравом начата ее полномасштабная реализация. Это, прежде всего, создание сети филиалов Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в ККР и областях и их субфилиалов в центральных районных больницах. Такая беспрецедентная, не имеющая аналогов в странах СНГ, служба экстренной медицинской помощи, позволяет охватить все население нашей страны.

Первая республиканская научно-практическая конференция, проведенная в г. Андижане, посвящена самым актуальным проблемам неотложной хирургической службы по всем ее специализированным профилям. Основопологающим в создании и совершенствовании принципиально новой системы орга-

низации экстренной хирургической помощи является четкое и аргументированное определение взаимосвязи от сельского врачебного пункта

(СВП) - центральной районной - городской больницы - до филиалов Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП).

Минздравом республики разработана концепция и определены стандарты оказания экстренной медицинской, в том числе, хирургической помощи во всех вышеуказанных звеньях лечебно-профилактических учреждений.

Сельский врачебный пункт (СВП).

Основными задачами СВП являются:

1. Экстренная догоспитальная помощь больным хирургического профиля.

Она заключается:

- в остановке наружного кровотечения;
- в наложении транспортных шин при повреждениях костей и суставов;
- в наложении асептических повязок на раны любого происхождения.

Основным принципом оказания доврачебной помощи является срочное и обязательное направление больного с болями в животе («острый живот») на машине скорой помощи в ЦРБ или городскую больницу. Какие-либо назначения при этом категорически запрещены.

2. Диспансеризация больных хирургического профиля.

Её основной принцип - на уровне СВП не больной обращается к врачу, а

врач производит активный осмотр вверенного ему контингента населения.

Сам процесс диспансеризации проводится по двум направлениям (принципам).

Первый: пальпаторно-визуальный. Он дает возможность выявления грыж передней брюшной стенки, варикозно расширенных вен нижних конечностей,

артериальной недостаточности (перемежающаяся хромота), пороков развития (косолапость, врожденные вывихи бедра и пр.), геморроя, заболеваний щитовидной и молочной железы, опухолей мягких тканей и пр.

Второй принцип диспансеризации в СВП - анамнестический.

Сбор путем опроса анамнестических данных дает возможность врачу СВП заподозрить ряд заболеваний, в том числе различных хирургических. Все они должны направляться в плановом порядке на обследование и уточнение диагноза в условиях центральной районной, городской больницы.

Центральная районная, городская больница

В соответствии с приказом МЗ РУз N522 от 27.08.99г. основной, приоритетной задачей всех профилей хирургической службы в ЦРБ и ГБ является - оказание высококвалифицированной амбулаторной и специализированной стационарной помощи больным с экстренными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, грудной клетки, травмами, ожогами и пр.

Открытие филиалов РНЦЭМП и предусмотренное при них наличие мобильных бригад специалистов различного профиля создает все условия для экстренного вызова их в любую центральную районную или городскую больницу.

В немалой степени облегчит данную проблему объединение в филиалах РНЦЭМП службы скорой помощи и областной санавиации.

Филиалы РНЦЭМП

Основной задачей филиалов РНЦЭМП является оказание специализированной высококвалифицированной помощи наиболее тяжелому контингенту больных любого хирургического профиля. Она осуществляется, либо путем выезда на место, либо путем перевода больного в филиалы РНЦЭМП.

Немаловажной в организации гибкой системы оказания экстренной

хирургической помощи населению является разработка стандартов диагностики и лечения на всех звеньях этой системы: от СВП до филиалов и самого РНЦЭМП.

Особое внимание органов здравоохранения должно быть уделено вопросам усиления ЦРБ и ГБ, как в материально-техническом, так и организационно-методическом обеспечении.

При этом необходимо учитывать, что большая часть больных с экстренной хирургической патологией различного профиля поступала и будет поступать в эти учреждения. По данным за 1998 год среди всех операций на органах брюшной полости у 78% из них их причинами были острые заболевания.

Повышению качества оказываемой экстренной хирургической помощи должны способствовать:

- специальная подготовка хирургов ЦРБ и ГБ в областных филиалах РНЦЭМП, республиканских специализированных центрах;

- оснащение специальным оборудованием.

Кроме этого необходим пересмотр форм учета и отчетности по основным нозологическим заболеваниям.

Без этих основных составляющих прогресс в экстренной хирургии невозможен.

АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Следует исходить из того факта, что около 80% операций на органах брюшной полости в республике осуществляется в экстренном порядке.

Плановые - профилактические, идущие на опережение развития различных осложнений — операций (холецистэктомия, органосохраняющие вмешательства при дуоденальных язвах, грыжесечения) вмешательства на порядок меньше от требуемого.

Этот дисбаланс объясняет рост числа холецистэктомии при деструктивных формах острого холецистита, грыжесечений при ущемленных грыжах, перфоративных и кровоточащих язвах ДПК и желудка, острых форм кишечной непроходимости, ее рецидивирующих форм. Именно этим следует объяснить

увеличение числа послеоперационных осложнений и относительно высокий процент летальности.

Залог успешной работы экстренной хирургической помощи больным с острыми заболеваниями органов брюшной полости и травмами, в том числе сочетанными, зависит от:

1. Неукоснительного соблюдения и scrupulous выполнения стандартов единой диагностики и тактики хирургического лечения от СВП-ЦРБ-ГБ до филиалов РНЦЭМП.

2. Широкого внедрения новых технологий и последних научных достижений.

ГИНЕКОЛОГИЯ

1. В условиях ГБ экстренна гинекологическая помощь оказывается врачами гинекологами, так как в городских условиях они имеют достаточный опыт в оказании экстренной медицинской помощи женщинам с гинекологической патологией.

2. В условиях ЦРБ экстренную гинекологическую помощь необходимо осуществлять совместно с хирургами.

3. Провести переподготовку гинекологов первого звена (ЦРБ) по овладению хирургической техникой и вопросам диагностики и оказания экстренной медицинской помощи гинекологическим больным.

4. Необходимо широко внедрять применение эндоскопических методов диагностики и лечения экстренных состояний в гинекологической практике.

НЕЙРОХИРУРГИЯ

1. Восстановить, объединить и создать единые отделения нейрохирургии в областях

2. Оснастить НЦ нейрохирургии и областные отделения нейрохирургии необходимой диагностической аппаратурой в соответствии с постановлением Кабинета Министров №583 от 31.12.1998 “О мерах по укреплению нейрохирургической службы Республики Узбекистан”.

3. Организовать реабилитационный центр для лечения больных с последствиями спино-мозговой травмы.

УРОЛОГИЯ

1. Организация экстренной урологической помощи в нынешних условиях должна базироваться только на основе современных лечебных и диагностических технологий.

С этой целью, во вновь организуемых отделениях РНЦЭМП и его филиалах должно быть сконцентрировано имеющееся, а там где его нет, должно быть предусмотрено соответствующее укомплектование их необходимым оборудованием.

2. Необходимо предусмотреть подготовку высококвалифицированных кадров врачей-урологов впредь только в системе магистратуры.

3. Организация лечебно-диагностической работы в условиях отделений должна быть построена на основе стандартных протоколов или алгоритмов при каждой конкретной нозологии или неотложных состояниях с целью ее унификации независимо от того где эта помощь будет оказана.

ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

1. Создание четкой пульмонологической службы в республике.

2. Широкое внедрение в клиническую практику последних клинических разработок.

3. Улучшение оснащения, имеющихся в республике торакальных отделений, внедрение в их практику новых технологий.

4. Налаживание четких связей между терапевтами-пульмонологами и торакальными хирургами.

5. Повышение осведомленности терапевтов о принципах выявления больных с хирургической торакальной патологией, широкое внедрение в терапевтических стационарах бронхолегочных методов исследований.

6. Разработать и внедрить в лечебную практику единых классификационных систем, используемых терапевтами-пульмонологами и торакальными хирургами, позволяющих избежать лечебно-тактических разногласий.

СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

С целью повышения уровня оказания специализированной ангиохирургической помощи больным необходимо:

1. Открытие в каждом филиале РНЦЭМП специализированных сосудистых отделений.
2. Проведение плановой подготовки врачей ангиохирургов на базе НЦХ им.акад.В.Вахидова.
3. Подготовка ангиохирургов, владеющих микрохирургической техникой для каждого филиала РНЦЭМП.

ТРАВМАТОЛОГИЯ

В системе оказания экстренной медицинской помощи серьезное внимание должно быть уделено экстренной травматологии, т.к. значительная часть обращений, требующих неотложную помощь будут составлять травмы опорно-двигательного аппарата.

Для успешной реализации реформ по травматологической службе требуется следующее:

1. Максимальное снижение этапов эвакуации пострадавших. Оптимальный вариант эвакуации: место происшествия – филиал РНЦЭМП. Для этого необходимо:

- а) обеспечение современными средствами доставки пострадавших;
- б) наличие квалифицированных специалистов скорой помощи;
- в) обеспечение современными средствами иммобилизации.

2. Учитывая, что наиболее тяжелые травмы являются следствием ДТП необходимо строго контролировать наличие навыков оказания первой помощи у водителей транспортных средств и работников ГАИ.

3. Специализированная помощь в филиалах РНЦЭМП должна быть оказана только квалифицированными специалистами, прошедшими подготовку на базе НИИТО МЗ РУз.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

По инициативе и при самом непосредственном участии Министра здравоохранения Республики Узбекистан проф. Ф.Г. Назырова в январе 1999 года вышел в свет первый номер журнала «Хирургия Узбекистана».

Основная цель этого периодического издания, как отметил его главный редактор проф. Ф.Г.Назыров, это эффективное внедрение достижений науки в хирургическую практику, популяризация новых технологий, освещение политики и направленности деятельности Минздрава в свете широкомасштабного реформирования здравоохранения страны, обмен опытом и т.д.

Думаем, что основная цель этого журнала достигнута, если учесть, что в 4-х его номерах было опубликовано 133 работы практически по всем разделам хирургии, а также анестезиологии - реаниматологии. На его страницах опубликованы все директивные документы, касающиеся перспектив развития хирургической службы республики, решения конференций в виде резолюций, прошедших в республике.

Естественно, что это только начало той большой работы, которая возложена на редколлегию и редакционный совет журнала. Это касается, прежде всего, привлечения к работе в нем как широкого круга практических хирургов различного профиля, так и известных ученых республики и стран СНГ.

Предполагается увеличение тиража журнала, чтобы он был доступен для каждого специалиста, публикации заказных статей и обзоров, позволяющих конкретизировать и стандартизировать методологию диагностики и хирургического лечения различных патологических состояний. Особое внимание будет уделено вопросам унификации оказания экстренной специализированной хирургической помощи населению нашей страны.

В этой связи мы надеемся на обратную связь и с благодарностью воспримем пожелания практических хирургов различного профиля, чтобы сделать наш журнал более содержательным и информативным.

Зам. главного редактора

Ю.И.Калиш

**КОЛИЧЕСТВО И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛЕ
«ХИРУРГИЯ УЗБЕКИСТАНА» ЗА 1999 ГОД**

<u>1. Колонка редактора</u>	<u>2</u>
<u>2. Галерея отечественных хирургов</u>	<u>2</u>
<u>3. Обзоры</u>	<u>2</u>
<u>ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ</u>	
<u>1. Хирургическая гепатология</u>	<u>26</u>
<u>2. Абдоминальная хирургия</u>	<u>24</u>
<u>3. Детская хирургия</u>	<u>6</u>
<u>4. Сосудистая хирургия</u>	<u>8</u>
<u>5. Кардиохирургия</u>	<u>6</u>
<u>6. Торакальная хирургия</u>	<u>9</u>
<u>7. Анестезиология-реаниматология</u>	<u>7</u>
<u>8. Экспериментальная хирургия</u>	<u>3</u>
<u>9. Акушерство-гинекология</u>	<u>4</u>
<u>10. ЛОР - хирургия</u>	<u>1</u>
<u>11. Онкология</u>	<u>1</u>
<u>12. Травматология</u>	<u>1</u>
<u>13. Урология</u>	<u>1</u>
<u>14. Новые технологии</u>	<u>7</u>
<u>ПРОЧИЕ</u>	
<u>1. Обмен опытом</u>	<u>9</u>
<u>2. Случай из практики</u>	<u>6</u>
<u>3. Юбилейные даты</u>	<u>3</u>
<u>4. Некрологи</u>	<u>2</u>
<u>5. Наша информация</u>	<u>2</u>
<u>ВСЕГО:</u>	<u>133</u>

Зам. главного редактора

КАЛИШ Ю.И

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ГЕПАТОЛОГИЯ

Акилов Х.А., Ибадов Р.А., Касымов Ш.З., Девятков А.В., Рахимов Б.С.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТБО У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Акилов Х.А., Артыков Б.Я., Алтыев Б.К., Акбаров М.М., Артыков Ж.Б.

ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Арипов У.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ И НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ БИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

Каримов Ш.И., Нишанов Х.Т., Боровский С.П.

ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ.

Назыров Ф.Н., Арипова Н.У.

ПРЕИМУЩЕСТВА ФОРМИРОВАНИЯ БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ СШИВАЮЩИМ АППАРАТОМ СПП – 20.

Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятков А.В., Хашимов Ш.Х.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ЛЕЧЕБНАЯ ДОКТРИНА ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ.

Ерамишанцев А.К., Шерцингер А.Г., Юлдашев Г.Ю.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СПЛЕНЭКТОМИИ ПРИ СЕГМЕНТАРНОЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.

Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Алтыев Б.К., Акбаров М.М., Каримов М.Э.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРИКТУР И НАРУЖНЫХ СВИЩЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ.

Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Икрамов А.И.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАДИОЛОГИЧЕСКИ КОНТРОЛИРУЕМЫХ ЛЕЧЕБНЫХ И ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОБЪЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Струцкий Л.П., Садыков Х.Т., Джамалов Р.М., Акбаров М.М., Ваккасов М.Х.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЯ И ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ.

Арипова Н.У., Хашимов И.У., Магзумов И.Х.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛАНГИТА.

Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Акбаров М.М., Струцкий Л.П., Худайберганов Ш.Н.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНКОНТРАСТНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫМИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ.

Акилов Х.А.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПЛАНОВОЙ И ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ.

Алтыев Б.К., Струцкий Л.П., Ваккасов М.Х., Садиков Х.Т., Каримов М.Э.

СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ.

Арипов У.А., Назыров Ф.Н., Алиджанов Ф.Б., Ибадуллаев М.И.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И МИНИЛАПАРОТОМНОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.

Кротов Н.Ф., Ганиев Ш.А., Косимов Д.А., Арустамова М.Н.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ОБТУРАЦИОННОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ.

Мадартов К.М., Дустбаев А.Д., Рамазанов Р.Р.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ И ДРЕНИРОВАНИЕ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ.

Нишанов Ф.Н., Таджибаев Ш.А., Номанбвков А.У., Курбанов Ш.П.

ЛАПАРОСКОПИЯ С ВИДЕОПОДДЕРЖКОЙ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ.

Собиров Б.У., Курбаниязов З.Б., Ахтамов Д.А., Кушмурадов Н.Е.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ.

Саидазимов Э.М., Атаджанов Ш.К.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИЗУАЛЬНОЙ ТЕХНИКИ В ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.

Худайбергенов А.М., Атаджанов Ш.К., Саидазимов Э.М., Каримов М.Э.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ: АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ.

Хусаинов Б.Р., Маткаримов А.К., Курбанов Р.Р.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ С КОМБИНИРОВАННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРОВ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ.

Арипов У.А., Арипова Н.У.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХОЛЕДОХОСТОМИЙ, СФОРМИРОВАННЫХ АППАРАТОМ СПП-20 И ТРАДИЦИОННЫМ СПОСОБОМ.

Ерамишанцев А.К., Лебезев В.М., Бохян Т.С., Мусин Р.А.

Результаты парциальных портокавальных анастомозов у больных циррозом печени с портальной гипертензией.

Нишанов Ф.Н., Абдуллаев У.У., Рахманов Б.Ж., Батиров А.К.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ.

Таджибаев Ш.А., Рахманов Б.Ж., Курбанов Ш.П., Номонбеков А.У.,

Абдуллажанов Б.Р.

РОЛЬ И МЕСТО ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ШЕЙКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.

АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Девятков В.Я.

ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ОРГАНОВ ЖИВОТА.

Калиш Ю.И., Худайбергенов Ш.А., Бабаджанов А.Р.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА «ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ».

Макаров К.И., Калиш Ю.И., Юлдашев Р.Ш.

«АТИПИЧНЫЕ», РЕДКО ВСТРЕЧАЕМЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА.

Маликов Ю.Р., Хаджибаев А.М., Саидханов Б.А., Болтаев Д.Э.

ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ УРГЕНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА.

Назирев Ф.Н., Саламов Т.С., Абдуллаев Ч.Г.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Саидханов Б.А., Хаджибаев А.М., Касымов Ш.З., Болтаев Д.Э.

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ И АУТОГЕМОАППЛИКАЦИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА.

Хаджибаев А.М., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Асомов Х.Х.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ РЕФЛЮКС-
ЭЗОФАГИТЕ.

Эшбеков М.Э., Хаджибаев А.М., Байбеков И.М., Тухтакулов А.Ю., Болтаев Д.Э.
ПЕРИУЛЬЦЕРОЗНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И МЕХАНИЗМ
РАЗВИТИЯ.

Аталиев А.Е., Мавлянов А.Р.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И
СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.
Жерлов Г.К., Зыков Д.В., Кошель А.П., Плотников Е.В., Мельников С.А.
АРЕФЛЮКСНЫЕ АНАСТОМОЗЫ ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЖЕЛУДКА.

Саламов Т.С., Назиров Ф.Н.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ
ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И РАННЕЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КУЛЬТИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

Далимов И.З., Мавлянова НА., Угарова Т.Б., Жалымбетов Б.Х.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И САНАЦИОННАЯ ТРАХЕОБРОНХОФИБРОСКОПИЯ С ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫМ
ЛАЗЕРНЫМ ОБЛУЧЕНИЕМ В БЛИЖАЙШЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ
ПОЛОСТИ.

Джамалов Р.М., Струцкий П.П., Садыков Х.Т., Маликов Ю.Р.
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА.

Калиш Ю.И., Юлдашев Р.Ш., Струцкий Л.П.
ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ АТИПИЧНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ
ЯЗВ.

Маматкулов Г. О., Султанов А.Т., Сотволдиев А.Т.
ЛАПАРОСКОПИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.

Назыров Ф.Г, Ваккасов М.Х, Атаджанов Ш.Х.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ.

Оразалиев Б.Х, Оразалиев Г.Б.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

Саидханов А.С., Ибрагимов Р.И.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ, ОБЪЕМА И ХАРАКТЕРА ОПЕРАТИВНОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ОСНОВАНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ДАННЫХ.

Саидханов Б.А., Садыков Х.Т., Болтаев Д.Э.
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА.

Струцкий Л.П., Джамалов Р.М., Садыков Х.Т., Янгиев Б.А., Лигай Р.Е.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА.

Кротов Н.Ф., Нишанов Х.Т., Ким В.Л., Абдуллаев Н.А., Ким И.А., Ганиев Ш.А., Бабаханов О.А., Беркинов У.Б.
ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
Абдуллаев Д.С.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕДИОГАСТРАЛЬНЫХ ЯЗВ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ
ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.

Байбеков И.М., Калиш Ю.И., Садыков Р.А., Хан Г.В., Гайнулин Б.И.
ДЕЙСТВИЕ ИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ФУНДАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ ЖЕЛУДКА

БОЛЬНЫХ ЯБДПК С ГИПЕРСЕКРЕЦИЕЙ.

Саенко В.Ф., Полинкевич Б.С., Пустовит А.А., Диброва А.Ю.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Вахидов А.Ш., Сулайманов А.С.
РЕЗУЛЬТАТЫ НЕЙТРОННО – АКТИВАЦИОННОГО АНАЛИЗА МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ТОЛСТОЙ
КИШКИ И ВОЛОС ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ.

Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Шамсиев Д.А., Суванкулов У.Т.,
Шахриев А.К.
К ЛЕЧЕНИЮ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ПЕРИТОНИТОВ У ДЕТЕЙ.

Алиев М.М., Исамухамедов А.С., Султанов Б.А., Ташходжаев Б.П., Аликулов Г.М.
РОЛЬ ПОРТОСИСТЕМНОГО СОСУДИСТОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ У
ДЕТЕЙ.

Салимов Ш.Т., Абдурахманов А.А., Чориев М.Л., Адьйова Г.С.
ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ «ОСТРОГО ЖИВОТА» У ДЕТЕЙ.

Атаханов А., Мамасалиев Н.С.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ФАКТОРОВ РИСКА У ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ
(ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Рахимов С.Р.
ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ОСЛОЖНЕННОГО НЕФРОЛИТИАЗА У
ДЕТЕЙ

СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

Бахритдинов Ф.Ш., Каримов З.З., Юнусов М.Ю., Абидов М.М.
АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА В ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ: КАК ОБЪЯСНИТЬ РЕГРЕСС ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ЭТОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ.

Каримов З.З., Бахритдинов Ф.Ш., Трынкин А.В.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ
ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, КОМБИНИРУЮЩИХСЯ С ДЛИТЕЛЬНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ
КАТЕТЕРНОЙ ТЕРАПИЕЙ.

Каюмходжаев А.А., Тен С.Л.
МЯГКОТКАННАЯ МИКРОСОСУДИСТАЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕФЕКТОВ
ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ, ГОЛОВЫ И ШЕИ.

Мирзаев Б.Б.
ФАКТОРЫ РИСКА ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ.

Турсунов Б.З., Имамов А.А., Кашкова Э.К., Рахманов С.
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ КАТЕТЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ГАНГРЕНОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ.

Белов Ю.В., Косвиннов А.Н., Абрамов Ю.А., Логуш Н.О., Асланов А.Д.
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИФфуЗНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ АРТЕРИЙ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Бахритдинов Ф.Ш., Атаджанов Ш.К., Каримов З.З., Тоиров О.А., Юсупов Ш.И.
ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ГРУДНАЯ СИМПАТЭКТОМИЯ.

Абдуллаходжаева Д.Г., Айзиков М.И., Левкович О.А.
ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ЖИТЕЛЕЙ УЗБЕКИСТАНА, БОЛЬНЫХ
ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

КАРДИОХИРУРГИЯ

Гулямов Д.С., Абдумажидов Х.А., Парпиев Р.С., Аманов А.А.

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКОВ СЕРДЦА.

Гулямов Д.С., Махмудов М.М., Парпиев Р.С., Абдумажидов Х.А., Аманов А.А.

РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПОРОКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.

Махмудов М.М., Гулямов Д.С., Хикматов А.А., Каракозов П.Е., Узаков Н.У., Назырова Л.А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В УЗБЕКИСТАНЕ.

Махмудов М.М., Гулямов Д.С., Мадиев Р.З., Аманов А.А., Абдумажидав Х.А., Назырова Л.А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.

Назыров Ф.Г., Каракозов П.Е., Гулямов Д.С., Махмудов М.М., Байбеков И.М., Касымов А.Х., Чеканов В.С.

КАРДИОМИОПЛАСТИКА В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА (СООБЩЕНИЕ I).

Абдумажидов Х.А., Гулямов Д.С., Черепенин Л.П., Иванов А.С., Балоян Г.М.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА «ЗАКРЫТЫХ» И «ОТКРЫТЫХ» МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕВМАТИЧЕСКИХ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Низамходжаев З.М., Хаджибаев А.М., Янгиев Б.А.

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ЗАПУЩЕННЫХ ФОРМ КАРДИОСПАЗМА.

Хаджибаев А.М., Струцкий Л.П., Янгиев Б.А., Лигай Р.Е.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАТЕРМОТУННЕЛИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАПУЩЕННЫХ ФОРМ РАКА ПИЩЕВОДА.

Рахимов С.Р., Жамолов М.М., Рахимов Б.С.

ПРИНЦИПЫ ЭНДОВИЗУАЛЬНОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ.

Угарова Т.Б., Струцкий Л.П., Далимов З.

ЭКСТРЕННАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ БРОНХОФИБРОСКОПИЯ В ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ И БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ.

Хаджибаев А.М., Струцкий Л.П., Мадрахимов Н.З.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ СУЖЕНИЙ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ.

Исламбеков Э.С., Исмаилов Д.А., Пахомов Г.Л., Максумов Д.Т., Акмеев В.Р.

СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС: ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ.

Кабулов М.К., Оразалиев Б.Х., Каландарова А.Д.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА.

Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Шоумаров З.Ф., Муртазаев З.И., Расулов А.Э., Мамаралжапов С.Э.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЯХ.

Т.М. Кариев, Ш.Ю. Сабилов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОВТОРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕАКТИВАЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОСЛЕ ЧАСТИЧНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ЛЕГКИХ

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ

Назырова Л.А., Иванчина Э.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БРИЕТАЛА ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.

Назырова Л.А., Шумилова И.Ю., Суванов А.О.

МЕТОДЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ БЛИЖАЙШЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА.

Агзамходжаев Т.С., Юсупов А.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ В СОЧЕТАНИИ, С РАЗЛИЧНЫМИ АНЕСТЕТИКАМИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА КОНЕЧНОСТЯХ У ДЕТЕЙ.

Далимов И.З., Арифджанов А.Ш.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАМАЛА МЕТОДОМ ТИТРОВАНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ БОЛЬНЫХ.

Назырова Л.А., Иванчина Э.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИПРИВАНА КАК КОМПОНЕНТА ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.

Сатвалдиева И.А., Агзамходжаев Т.С.

ИЗМЕНЕНИЕ ВЕГЕТОТОНУСА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ДЕТЕЙ.

Назырова Л.А., Иванчина Э.А.

К ВОПРОСУ О ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВИДЕОТОРАКО-, ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Назырова Л.А., Девятов А.В., Асабаев А.Ш., Суванов А.А.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПЕРЕСАДКИ ПЕЧЕНИ.

Садыхов Р.А., Калиш Ю.И., Байбеков И.М.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ХИРУРГИИ.

Мавлянова Н.А., Далимов И.З., Овчинников И.В., Хорошаев В.А.

ЭНДОТОКСИКОЗ И РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ ПРИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ (в эксперименте).

АКУШЕРСТВО-ГИНЕКОЛОГИЯ

Алимбаева Ш.А., Султанов С.Н., Хайрутдинова М.Х.

ПРИМЕНЕНИЕ УГЛЕРОДМИНЕРАЛЬНОГО СОРБЕНТА СУМС-1 ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ.

Калегин А.В., Курбанов Д.Д., Аракелянц А.Б.

КОМБИНИРОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ С ИСКУССТВЕННЫМ АБОРТОМ

Курбанов Д.Д., Рафикова Х.А., Мурдахаев С.Л., Абдурахманов А.Д.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ.

Арипова Н.Д.

ВЛИЯНИЕ ЛАПАРОТОМИИ ПО ДЖОЕЛ-КОХЕНУ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ГИСТЕРОЭКТОМИЕЙ БЕЗ ПЕРИТОНИЗАЦИИ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.

ЛОР-ХИРУРГИЯ

Паршин З.Д., Гудовский Л.М.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СТЕНОЗАМИ ТРАХЕИ.

ОНКОЛОГИЯ

Палванов Б. Б., Утепов Я. Ю.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОРТАНИ.

ТРАВМАТОЛОГИЯ

Шорустамов М.Т., Хамраев Ш.Ш., Рахматиллаев Ш.Н.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ.

УРОЛОГИЯ

Арустамов Д.Л., Мухтаров Ш.Т., Арустамов Л.Д., Тарасенко Б.В.

ТРАНСВЕЗИКАЛЬНАЯ ИГОЛЬНАЯ АБЛАЦИЯ (TVNA) В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ (ДТП), ОСЛОЖНЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДЕТРУЗОРА.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Арипов У.А., Асамов Р.Э., Джамалов С.Н., Имамов А.А.

ПЕРЕСАДКА ОСТРОВКОВЫХ КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА «ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ».

Джумабаев С.У., Джумабаев Э.С., Хакимов В.А., Файзиев И.Р.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛИМФОЛОГИИ В УЗБЕКИСТАНЕ.

Наджимитдинов Л.Т., Усманов А.Н.

АЭРОЗОЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНОЙ СТОПЫ.

Рахманов Р.К., Нарчаев Ж.А., Абдурахманов Х.Х., Юлдашев П.Х., Мурадов А.Ю.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.

Байбеков И.М.

ЗНАЧЕНИЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЭНДОСКОПИИ.

Салахиддинов К.З., Джумабаев Э.С., Байбеков И.М., Файзиев И.Р.

НОВЫЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ.

Турсунов Б.С., Джабриев Д.А.

СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН С ПРИМЕНЕНИЕМ МОБИЛИЗОВАННЫХ МЕТАЛЛОКОМПЛЕКСОВ НА ТЕКСТИЛЬНЫХ МАТЕРИАЛАХ.

ПРОЧИЕ

ОБМЕН ОПЫТОМ

Назыров Ф.Г., Бахритдинов Ф.Ш., Трынкин А.В., Исамухамедов Ш.Ш., Каримов З.З.

О ВОЗДЕЙСТВИИ КУРИОЗИНА НА ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО ЗАЖИВАЮЩИХ РАН И ЯЗВ.

Ачилов Ш.Д., Муралов Б.Х.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПОСОБА “ОТКРЫТОЙ ЛАПАРОСКОПИИ” ЧЕРЕЗ МИНИЛАПАРАТОРНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

Мирсаматов М.М.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКЦИИ НИЖНЕЙ ПОЛОВИНЫ МОЧЕТОЧНИКА.

Ш.Д.Ачилов

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСТОМИИ С ПРОГРАММНОЙ САНАЦИЕЙ ПРИ ПЕРИТОНИТАХ

Б. Р. Бабаджанов, А. Р. Эшчанов, Б. Н. Курязов, Ф. Р. Якубов.

ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ ЭХИНОККОЗА ПЕЧЕНИ.

Ф.Ш. Бахритдинов, Н.У. Шарапов, Б.П. Хамидов, М.Т. Махамаджанов, Ш.М. Камилов, В.В. Илюхин, Ш.Ш. Исамухамедов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ИБС.

Нуритдинов Н.И., Саидов Д.Р., Ломакин Т.П.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ.

Ойматов М.Х., Джураев М.Д.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ.

Царенко И.А., Ларионов А.А., Ирошников В.Р., Шенев С.В., Сосинский Д.А.

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Бабаджанов К. Б., Сабиров М., Анфимов Б., Мадримов И.

О РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ МИКСОМЫ СЕРДЦА - ДИАГНОСТИКА И УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Ачилов Ш.Д., Мельник И.В.

СЛУЧАИ СЛОЖНОЙ МИГРАЦИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ЖКТ

Грачев И.В., Ачилов Ш.Д.

ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ, КАК ПРИЧИНА ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Ф.Г. Назыров, А.С. Шанасыров, Ф.А. Ильхамов, Э.А. Торкин, А.Х. Шарипов

АППЕНДИКС В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ БЕДРЕННОЙ ГРЫЖИ (случай из практики)

Ш.А. Таджибаев.

СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ И СЕРДЕЧНОЙ СУМКИ ЭХИНОКОККОЗОМ.

Хусаинов Б.Р.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ С ПОЛНЫМ ОБРАТНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ.

ОБЗОРЫ

Исмаилов С.И., Рашитов М.М.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ И МЕСТО ЕЕ В ЭНДОКРИНОЛОГИИ.

Кариев М.Х., Гафуров Ф.З., Каюмов Б.П., Абдуназарова Н.Ф., Алиева Ф.А

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

Назыров Ф.Г., Калиш Ю.И., Струцкий П.П.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Юлдашев Ф. Ю., Маматкулов Г. О., Бекмамбетова В.Я.

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ИЛМИЙ МАРКАЗИ ФАРГОНА ФИЛИАЛИДА ЭНДОСКОПИЯ ХИЗМАТИ.

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

К 70-ЛЕТИЮ Д. С. ГУЛЯМОВА

К 60-ЛЕТИЮ М. М. МИРСАМАТОВА

К 70 ЛЕТИЮ Ш. Н. ХОДЖАЕВА

НЕКРОЛОГИ

ДЖУМАБЕВ С.У.

ЧЕРЕПЕНИН Л.П.

ГАЛЕРЕЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ХИРУРГОВ

Академик В. Вахидов и его школа

Профессор С.А. Масумов и его школа.

ИНФОРМАЦИЯ О I-М СЪЕЗДЕ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

Д.М. Сабилов, Ш.Э. Атаханов, Б.Д. Дурманов

В г. Ташкенте 5-6 октября 1999 г. прошел I-й Съезд Анестезиологов и Реаниматологов Узбекистана с участием иностранных специалистов. Данный Съезд был первым не только в Узбекистане, но и в Центрально-Азиатском регионе, и третьим на территории СНГ. В работе этого форума приняли участие более 300 участников, в том числе делегаты из России, Германии, Турции, Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана. Оргкомитет съезда возглавил министр здравоохранения РУз проф. Ф.Г. Назиров, который и открыл Съезд.

Кратко остановившись на достижениях и перспективах развития службы анестезиологии и реаниматологии в Республике Узбекистан, проф. Ф.Г. Назиров, в частности, отметил что за 30 лет истории этой отрасли в Республике имеются значительные достижения: создана стройная служба с большим количеством высококвалифицированных специалистов, система подготовки и усовершенствования врачебных кадров, ведется значительная научная работа. Однако сегодня перед анестезиологами-реаниматологами и организаторами здравоохранения стоят большие задачи, особенно в свете Указа Президента «О Государственной Программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан»: это развитие службы в рамках создающейся системы экстренной медицины; внедрение минимальных и оптимальных стандартов мониторинга жизненно важных функций организма во время анестезии и при проведении реанимационных и интенсивных мероприятий; внедрение самых современных технологий анестезиологического и реанимационного обеспечения; дальнейшего совершенствования системы подготовки кадров и т.д. Министр пожелал Съезду плодотворной работы, а его участникам профессиональных успехов.

Далее Съезд на своих пленарных и секционных заседаниях рассмотрел следующие вопросы:

- 1. Проблемы экстренной медицины и медицины катастроф;*
- 2. Анестезиология и интенсивная терапия в акушерстве и педиатрии;*
- 3. Актуальные проблемы анестезиологии и интенсивной терапии;*
- 4. Новое в анестезиологии и реаниматологии.*

Была принята резолюция, которая приводится ниже.

**РЕЗОЛЮЦИЯ I-го СЪЕЗДА
АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА
6 октября 1999 г., г. Ташкент**

Служба анестезиологии и реаниматологии Узбекистана за свою 40-летнюю историю получила определенное развитие и достигла ряда успехов: создана стройная система подготовки кадров, повышения их квалификации, на практике широко применяются различные виды современной анестезии, в службе работает около 3 тысяч квалифицированных врачей. Однако на современном этапе развития службы имеется целый ряд проблем, в первую очередь, финансового и организационного характера. Крайне актуальными являются вопросы внедрения в практику стандартов мониторингирования жизненно важных органов, улучшения подготовки кадров в рамках проводящейся реформы образования, разработки и внедрения лечебно-диагностических протоколов, освоения методов расчета критерия «эффективность/стоимость» и т.д. По данному блоку вопросов Съезд принял следующие рекомендации:

I. По общим вопросам организации службы:

1. На республиканском и региональном уровнях принять и внедрить в практическое здравоохранение оптимальный стандарт аппаратного мониторинга жизненно важных функций: ЭКГ, АД, пульсоксиметрию, капнометрию, термометрию.
2. Обновить и улучшить материально-техническую базу аппаратурой респираторной поддержки, ориентируясь на приобретение техники, обеспечивающей наиболее современные и физиологические режимы респираторной поддержки как во время

анестезии, так и в послеоперационном периоде и при пролонгированной ИВЛ.

3. Создать унифицированные системы и подходы к оценке тяжести состояния пациентов, анестезиолого-операционного риска и внедрить их в широкую клиническую практику путем издания соответствующей нормативно-методической литературы.

4. Активно внедрять в широкую практику современную компьютерную технику и заниматься разработкой специализированных компьютерных комплексов, локальных сетей и специализированного программного обеспечения для многосторонней поддержки эффективного функционирования отделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

II. По подготовке и переподготовке кадров:

1. Усовершенствовать учебный план и программу подготовки студентов медвузов, врачей ВОП, магистратуры, а также систему непрерывного обучения и повышения квалификации врачей и среднего медперсонала по анестезиологии и реаниматологии; внести предложение в Минздрав РУз по увеличению сроков начальной подготовки по анестезиологии и реаниматологии в магистратуре, учитывая мировой опыт и опыт подготовки отечественных кадров, не менее чем до 3—4 лет.

2. Разработать порядок сертификации и аттестации персонала службы анестезиологии и реаниматологии, который бы учитывал, помимо других качественных показателей, степень оснащенности ОАРИТ, внедрение в практику их работы протоколов и стандартов, уровень, частоту и качество последипломного обучения и усовершенствования.

3. Обеспечить потребности практических врачей в новой современной литературе и нормативно-методической документации.

III. По вопросам развития экстренной медицины и медицины катастроф

Съезд с удовлетворением отметил, что в рамках проводящейся реформы здравоохранения одним из самых важных направлений является становление службы экстренной медицины и медицины катастроф. В соответствии с национальной концепцией развития этой службы, одной из приоритетных мест в ней отводится анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. Это ставит ряд организационных и методических проблем, которые Съезд рекомендует решать следующим образом:

1) Одобрить разработанные принципы создания экстренной медицины и медицины катастроф в Республике Узбекистан, а также представленные организационные основы функционирования службы анестезиологии и реаниматологии в рамках этой сферы.

2) Признать необходимым уделить первоочередное внимание развитию специализированной неотложной скорой помощи (бригад реанимобилей) с обеспечением их необходимыми средствами связи, реанимации, интенсивной терапии и транспортировки.

3) Унифицировать систему синдромальных и нозологических понятий и терминологии в системе экстренной медицины, учитывая, что на догоспитальном этапе основу формирования диагноза должны составить состояния и синдромы, а на госпитальном — синдромы и нозологические формы.

IV. По актуальным проблемам анестезиологии и интенсивной терапии в педиатрии, акушерстве и гинекологии:

Материнство и детство было и будет приоритетным направлением отечественного здравоохранения. В этой сфере есть ряд специфических особенностей, которые необходимо учитывать при проведении анестезии и мероприятий интенсивной терапии. По единодушному мнению участников, общим принципом детской анестезиологии должен быть принцип «ребенок не должен присутствовать на своей операции», причем это в равной мере относится также как к дооперационному, так и к послеоперационному

периодам.

В акушерской практике одной из злободневных остается проблема интенсивной терапии гестозов беременных, а также проведение анестезии при сопутствующих заболеваниях, особенно при сердечно-сосудистой недостаточности.

По данным направлениям Съезд рекомендует:

1) При анестезии у детей, в том числе в послеоперационном периоде, ориентироваться на комбинированные виды анестезии, включая ингаляционную, эпидуральную анестезию, современные препараты (диприван, даларгин, комбинированное применение клофелина и т.д.).

2) Продолжить разработку и внедрение в практику детской интенсивной терапии системы комплексной оценки тяжести состояния и нарушения гомеостаза, степени эндотоксикоза, а также современные методы интенсивной терапии и детоксикации (ГБО, лазерная терапия, лимфотропная терапия и др.).

3) Расширить сферу эпидуральной анестезии рожениц, особенно с использованием современных анестетиков.

4) Уделить особое внимание тактике ведения беременных и рожениц с гестозами, разрабатывать и внедрять новые методы анестезии и интенсивной терапии при этих состояниях.

V. По актуальным проблемам и новым методам в анестезиологии и реанимации:

Несмотря на относительную молодость, анестезиология во всем мире продолжает интенсивное развитие, появляются новые методы анестезии, новые фармакологические препараты, новые аппаратные комплексы на микропроцессорной основе, что зачастую дает совершенно новые возможности анестезиологу и может существенно повлиять на организацию анестезиологического обеспечения. В этом направлении Съезд рекомендует:

1) Шире использовать ингаляционную анестезию современными ингаляционными анестетиками (энфлюран, изофлюран), обеспечив анестезиологов необходимой наркозно-дыхательной аппаратурой.

2) Уделить особое внимание освоению и активному использованию в практике анестезиологии методов регионарной блокады, том числе в комбинированной анестезии при торакальных и абдоминальных вмешательствах.

3) Внедрять в клиническую практику новые методы анестезии и интенсивной терапии, в частности, с использованием ИВЛ при помощи ларингеальной маски и дилатационной трахеостомии.

4) Внедрять в практику трансфузионной терапии современные фильтрационные технологии, обеспечивающих наиболее эффективную и экономичную профилактику трансфузионных осложнений.

5) Приветствовать внедрение в клиническую практику новых препаратов, в том числе: инфузионных - отечественного средства «Сукцинасол», российского «Волекам», волемических экспандеров плазмы на основе гидроксиэтилкрахмала; препаратов для лечения и профилактики ДВС-синдрома на основе низкомолекулярного гепарина (фраксипарин, клексан); системных энзимов для лечения и профилактики заболеваний воспалительного генеза и др.

НЕКРОЛОГ

**ПАМЯТИ БАСЫТ АЛИЕВИЧА
АХУНДЖАНОВА (1923-2000).**



7 февраля 2000 года после тяжелой продолжительной болезни скончался Басыт Алиевич Ахунджанов - заслуженный деятель науки РУз., доктор медицинских наук, профессор.

Басыт Алиевич Ахунджанов родился в 1923 году в городе Ташкенте, в 1949 г. окончил лечебный факультет ТашГосМИ. После окончания института Басыт Алиевич работал клиническим ординатором, аспирантом, а затем ассистентом кафедры госпитальной хирургии санитарно-педиатрического факультета ТашГосМИ, с 1953 по 1961 год Басыт Алиевич был на партийной работе. С 1961 по 1963 год работал директором научно-исследовательского института травматологии и ортопедии МЗ УзССР. В 1963 г. Басыт Алиевич успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему: « К вопросу патогенеза острой кишечной непроходимости». В 1964 г Басыт Алиевичу присвоено звание старшего научного сотрудника, а в 1965 году - звание доцента. С 1964 по 1972 год Басыт Алиевич Ахунджанов работал доцентом кафедры хирургических болезней педиатрического факультета Таш-

ГосМИ. С 1972 по 1991 годы Басыт Алиевич возглавлял кафедру хирургических болезней САМПИ.

В 1979 г. Б.А. Ахунджанов в г. Москве успешно защитил докторскую диссертацию на тему « Хирургическое лечение цирроза печени с использованием стимуляторов регенерации». Занимаясь в течении ряда лет этим тяжелым разделом печеночной патологии он разработал и внедрил в клиническую практику оригинальный метод краевой резекции печени с использованием собственного шва, практически исключаящий возможность развития послеоперационного крово- и- желчеистечения. После ухода на пенсию в 1991 г. Басыт Алиевич работал профессором, а с 1997 г. консультантом кафедры хирургических болезней ТашПМИ, всегда был готов помочь любому сотруднику как в профессиональном, так и в личном плане. Под его руководством выполнены 4 докторские и 17 кандидатских диссертаций, он автор 164 научных работ, 3 монографии. Под его редакцией изданы 3 тома методических рекомендаций к практическим занятиям по факультетской и госпитальной хирургии, а также по урологии.

Участник Великой Отечественной войны Басыт Алиевич награжден 12 медалями, орденами « Трудового Красного Знамени» и «Знак почета», ему присвоено звание « Заслуженный врач Узбекской ССР» и «Отличник Здравоохранения СССР. В 1991 году указом Президиума Верховного Совета УзССР ему присвоено звание - «Заслуженный деятель науки Узбекской ССР».

Б.А. Ахунджанов избирался депутатом Ташгорсовета V, VI, VII, VIII созывов.

Светлую память о Басыт Алиевиче Ахунджанове навсегда сохраняют его ученики, коллеги и все те кто знал его и был согрет теплом его большой души.

Профессор

Дадаев Ш.А.