

ЛИТЕРАТУРА

1. Батырбеков А.А., Алиев Х.У., Минц Э.М. Институт иммунологии АН РУз. Иммунокоррекция при патологиях щитовидной железы и надпочечников. — Ташкент, 2010. — С. 3-100.
2. Батырбеков А.А., Алиев Х.У., Аскарлов Т.А., Ганиев А.К. Институт иммунологии АН РУз. Иммуномодулирующие свойства растительного сбора «Рано». — Ташкент, 2010. — С. 3-140.
3. Белогородов В.А., Генич Е.В., Антонов В.Н. Осложнённые формы язвенной болезни и оценка качества послеоперационной жизни больных // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2011. — №2. — С. 17-20.
4. Нестерова И.В., Сепиашвили Р.И. Иммуноотропные препараты и современная иммунотерапия в клинической иммунологии и медицине // Аллергология и иммунология. — 2000. — Том 1, №3. — С. 18-28.
5. Лакин Г.Ф. Биометрия. — М.: Высш. шк., 1990. — 352 с.
6. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ / Под ред. Р. У. Хабриева. — 2 изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2005. — С. 13-774.
7. Султанова Р.Х., Алиев Х.У., Хусаинова Р.А. Изучение противоязвенной активности новых препаратов висмута // Фармацевтический журнал. — Ташкент, 2009. — №2. — С. 84-86.
8. Тотолян А.А., Фрейдлин И.С. Клетки иммунной системы. I-II. — СПб.: Наука, 2000. — С. 49-52.
9. Штышбаева О.В., Агеева Е.С., Иптышев В.М. Роль иммунорегуляторных цитокинов в патогенезе хронического гастрита и язвенной болезни, поиск предикторов заболеваний // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2011. — №1. — С. 87-90.
10. Якубов А.В., Паттахова М.Х. Актуальные проблемы антибактериальной терапии язвенной болезни // Инфекция, иммунитет и фармакология. — 2008. — №2. — С. 44-48.

Информация об авторах: 100015, Республика Узбекистан, г. Ташкент, Мирабадский район, ул. Айбек, 45, e-mail: r_m_j_sultanova@mail.ru. Султанова Рано Хакимовна — ассистент; Алиев Хабибулла Убайдуллаевич — д.м.н.; профессор; Батырбеков Акрам Анварович — д.м.н. профессор

© ЧАРЫШКИН А.Л., ГАФИУЛЛОВ М.Р., ДЕМИН В.П. — 2012
УДК 617.55-001.31

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УШИВАНИЯ РАН ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Алексей Леонидович Чарышкин, Михаил Ринатович Гафиулов, Владимир Петрович Демин
(Ульяновского государственного университета, ректор — д.ф.-м.н. проф. Б.М. Костишко,
Институт медицины, экологии и физической культуры, директор — д.м.н., проф. В.И. Мидленко,
кафедра факультетской хирургии, зав. — д.м.н., проф. А.Л. Чарышкин)

Резюме. Исследовано 118 пострадавших с сочетанными травмами живота, в период 2009-2011 гг. Средний возраст пострадавших составил $39,2 \pm 4,5$ лет. Все пострадавшие были рандомизированы на две группы. В первую группу вошли 86 пациентов с травмами живота, у которых при повреждениях печени выполнены ушивание ран традиционными П-образными швами, атипичная резекция печени, спленэктомия при повреждениях селезенки. Вторую группу составили 32 пациента с травмами живота, у которых при повреждениях печени, селезенки выполнены ушивание предложенным способом (заявка №2011114631). Во всех наблюдениях удалось обеспечить надежный гемостаз. Наибольшее количество осложнений развилось у больных первой группы, представленных надпеченочными абсцессами у 8 (9,3 %) больных, желчными свищами у 4 (4,6 %), нагноением послеоперационной раны у 15 (17,4 %) больных. Во второй группе осложнений со стороны брюшной полости не было, нагноение послеоперационной раны у 3 (9,4 %) больных. Применение разработанного способа ушивания ран печени, селезенки позволило значительно улучшить результаты операций на паренхиматозных органах и снизить послеоперационные осложнения.

Ключевые слова: способ ушивания, паренхиматозные органы.

EFFICIENCY OF SEWING LIVER AND SPLEEN WOUNDS IN TRAUMATIC DAMAGES OF BODIES OF AN ABDOMINAL CAVITY

A.L. Charyshkin, M. R. Gafulllov, V.P. Dyomin
(Ulyanovsk State University)

Summary. 118 patients with stomach traumas have been investigated in 2009 — 2011 years. The average age of patients was 39.2 ± 4.5 years. All the patients have been divided into two groups. The first group included 86 patients with stomach traumas in which in liver damages sewing wounds was carried out by the traditional P-shaped seams, an atypical resection of liver, splenectomy at spleen damages have been carried out. The second group included 32 patients with stomach traumas in which in damages of liver and spleens the sewing has been conducted by the offered way (the demand №2011114631). In all supervision it was possible to provide a reliable hemostasis. The greatest quantity of complications was observed in the patients of the first group: there were abscesses in 8 (9.3%) patients, bilious fistulas in 4 (4.6%), suppuration of postoperative wound in 15 (17.4%) patients. In the second group there were no any complications of abdominal cavity, suppuration of postoperative wound has been observed in 3 (9.4%) patients. Application of the developed way of sewing wounds of liver and spleen has allowed to improve considerably the results of operations on parenchymatous bodies and to decrease postoperative complications.

Key words: a way of sewing, parenchymatous bodies.

Несмотря на успехи в диагностике и реанимационных мероприятиях, летальность при травмах паренхиматозных органов брюшной полости остается высокой, достигая 26,0% [1, 2, 3, 5, 6]. При закрытых и открытых травмах живота повреждения паренхиматозных орга-

нов занимают второе место среди всех травм органов брюшной полости [4, 6, 7]. Из них повреждения печени занимают второе место по частоте и составляют 15-20%, а летальность — 6-12% при открытых повреждениях и 28-72% при закрытых травмах [8, 9, 11]. Наиболее ча-

сто встречаются повреждения диафрагмальной (60,3%) и висцеральной (39,7%) поверхности печени [6, 10, 11]. Степень тяжести пострадавших определяется множественностью и сочетанностью повреждений паренхиматозных органов, а также объемом и интенсивностью кровопотери [6,13]. Тактика лечения при разрывах печени включает первичную хирургическую обработку (ПХО) раны, ушивание повреждений [5,14]. Ведущей проблемой при травмах печени и селезенки является обеспечение надежного гемостаза. Для достижения окончательного гемостаза при ранениях печени и селезенки применяют прошивание, биологические и синтетические пленки, клеевые композиции, методы неконтактного воздействия (лазерная, плазменная, аргонная и электрокоагуляции). Нередко развиваются некрозы паренхимы печени, селезенки в зоне швов, с развитием нагноений, вторичных кровотечений, желчных свищей, требующих повторных операций [6, 10]. В настоящее время не в полном объеме решены вопросы тактики хирургического лечения травм селезенки и печени. Поиск оптимальных вариантов технического усовершенствования способов органосохраняющих операций на паренхиматозных органах при их повреждениях остаются актуальными. Целью нашего исследования явилось улучшение хирургического лечения травматических повреждений паренхиматозных органов брюшной полости.

Материалы и методы

Клинические исследования проведены на базе МУЗ УГКБСМП г. Ульяновск. Под нашим наблюдением находилось 118 пострадавших с сочетанными травмами живота, в период 2009-2011 гг. Все пострадавшие были рандомизированы на две группы. Между группами не было выявлено значимых различий по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии.

В первую группу вошли 86 пациентов с травмами живота, у которых при повреждениях печени выполнены ушивание ран традиционными П-образными швами, атипичная резекция печени, спленэктомия при повреждениях селезенки.

Вторую группу составили 32 пациентов с травмами живота, у которых при повреждениях печени, селезенки выполнены ушивание предложенным способом (заявка №2011114631). Особенностью является то, что сначала накладывают глубокие П-образные швы на расстоянии 1-1,5 см друг от друга на всю длину раны, отступя от нижнего края раны на 1-1,5 см и проводя один из концов нити под дно раны с выколом на противоположную сторону на расстоянии 1-1,5 см от верхнего края раны, аналогичным образом проводят другой конец нити; затем накладывают поверхностные П-образные швы на всю длину раны в противоположном направлении через середины расстояний между выколами глубоких П-образных швов на 1/3 глубины раны от поверхности, отступя от верхнего края раны на 0,5-0,8 см и проводя один из концов нити на 1/3 глубины раны от поверхности с выколом на противоположную сторону на расстоянии 1-1,5 см от нижнего края раны под петлями глубоких П-образных швов, аналогичным образом проводят другой конец нити; после наложения всех швов связывают между собой одновременно с одной стороны — все концы нитей глубоких П-образных швов, с другой стороны — все концы нитей поверхностных П-образных швов. Заключение этического комитета ИМЭиФК УлГУ от 17.03.2010 г. проведение клинических исследований по применению разработанного способа ушивания паренхиматозных органов, предполагаемая эффективность и безопасность научно обоснованы. Все больные давали информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Статистическая обработка результатов производилась с помощью пакета программ Statistica 6. При сравнении полученных параметров нами использовались t-критерий Стьюдента для независимых парных

выборок и χ^2 -тест. Статистически значимыми признавались различия с уровнем доверительной вероятности не менее 95% с учетом поправки Бонферрони для множественных сравнений.

Результаты и обсуждение

Средний возраст пострадавших составил $39,2 \pm 4,5$ лет. Между группами исследования не было выявлено значимых различий по полу, возрасту (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту и полу

Показатели	Группы больных (n=118)	
	1 группа (n=86)	2 группа (n=32)
18-40 лет	40 (46,5%)	14 (43,75%)
41-60 лет	39 (45,4%)	14 (43,75%)
старше 60 лет	7 (8,1%)	4 (12,5%)
мужчины	66 (76,7%)	25 (78,1%)
женщины	20 (23,3%)	7 (21,9%)

В первой группе у 86 пациентов с закрытыми травмами живота, при повреждениях печени выполнены ушивание ран традиционными П-образными швами, атипичная резекция печени, спленэктомия при повреждениях селезенки. Разрывы печени у всех больных были представлены ранами длиной до 10,0 см, глубиной до 6,0 см правой доли диафрагмальной поверхности печени. Не во всех наблюдениях удалось обеспечить надежный гемостаз, у 14 больных линию швов печени укрывали прядью большого сальника с гемостатической целью. Разрывы селезенки у 12 больных первой группы представлены были ранами диафрагмальной поверхности и ворот селезенки длиной до 5,0 см, глубиной до 3,0 см. Выполнялась спленэктомия.

Во второй группе у 32 больных использовали разработанный способ при ушивании разрыва правой доли печени у 32 больных с закрытой травмой живота, из них у 12 больных при ушивании разрыва диафрагмальной поверхности селезенки.

Разрывы печени во второй группе у 32 больных с закрытой травмой живота представлены были ранами длиной до 8,0 см, глубиной до 6,0 см правой доли диафрагмальной поверхности печени, выполнено ушивание предложенным способом.

Разрывы селезенки у 12 больных второй группы представлены были ранами диафрагмальной поверхности селезенки длиной до 3,0 см, глубиной до 2,0 см, выполнено ушивание предложенным способом, линия швов укрыта париетальной брюшиной. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Во всех наблюдениях удалось обеспечить надежный гемостаз.

В послеоперационном периоде у 65 больных (76,6 %) в первой группе и у 3 больных (9,4 %) второй группы отмечалось развитие посттравматического гепатита.

Показатель билирубина (табл. 2) у больных второй группы ($32,5 \pm 1,4$ мкмоль/л; $p < 0,05$) был достоверно ниже, чем в первой группе ($68,1 \pm 3,3$ мкмоль/л). Уровень билирубина приходил в норму на 6-е сутки.

Таблица 2

Результаты исследования уровня общего билирубина (мкмоль/л)

Сроки наблюдения	1 группа (n=86)	2 группа (n=32)
После хирургического лечения 2-е сутки	$68,1 \pm 3,3$	$32,5 \pm 1,4^*$

Примечание: * — межгрупповые различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Уровень активности АлАТ и АсАТ (табл. 3) после хирургического лечения во второй группе был достоверно ниже ($84,2 \pm 4,2$ и $35,5 \pm 2,2$ ед./л соответственно), чем в группе сравнения ($103,4 \pm 13,4$ и $58,1 \pm 11,6$ ед./л, соответ-

ственно $p < 0,05$). Уровень активности АлАТ и АсАТ в первой группе приходил в норму на 6-е сутки.

С целью раннего выявления послеоперационных осложнений со стороны, как поврежденной печени, так и других травмированных органов применяли динамическое ультразвуковое исследование органов брюшной полости, начиная со вторых суток после операции. Наибольшее количество осложнений развилось у больных первой группы, представленных надпеченочными абсцессами у 8 (9,3 %) больных, желчными свищами у 4 (4,6 %), нагноение послеоперационной раны у 15 (17,4 %) больных. Во второй группе осложнений со стороны брюшной полости не было, нагноение послеоперационной раны у 3 (9,4 %) больных.

Разработанный способ ушивания ран печени обеспечивает возможность ушивания ран разной длины и глубины, что предупреждает прорезывание швов, обеспечивает гемостаз и надежное сопоставление раневых поверхностей, сокращает время операции и улучшает процессы заживления в области шва. Проведенные клинические наблюдения показали эффективность предложенного способа гемостаза при хирургическом лечении повреждений печени и селезенки, что позволило значи-

Таблица 3
Результаты исследования уровня активности
АлАТ и АсАТ (ед./л)

Сроки наблюдения	1 группа (n=86)		2 группа (n=32)	
	АлАТ	АсАТ	АлАТ	АсАТ
После хирургического лечения 2-е сутки	103,4±13,4	58,1±11,6	84,2±4,2°	35,5±2,2°

Примечание. · — межгрупповые различия показателей АлАТ статистически значимы ($p < 0,05$), ° — межгрупповые различия показателей АсАТ статистически значимы ($p < 0,05$).

тельно улучшить результаты операций на паренхиматозных органах.

Таким образом, предложенный способ ушивания ран при хирургическом лечении повреждений печени и селезенки обеспечивает надежный гемостаз. Глубокие и поверхностные П-образные швы ран печени способствуют эффективному сопоставлению раневых поверхностей, улучшают процессы заживления, тем самым, снижая развитие посттравматического гепатита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белобородов В.А., Белобородов А.А., Чихачев Е.А. Травма печени мирного времени. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2010. — Т. 95. №4. — С. 45-48.
2. Григорьев Е.Г., Чепурных Е.Е., Стифуткин А.В., Васильева Н.Е. Оптимизация хирургического лечения сочетанных повреждений печени. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2006. — Т. 64. №6. — С. 41-43.
3. Вишневский В.А., Кубышкин В.А., Чжао А.В., Икрамов Р.З. Операции на печени: Рук-во для хирургов. — М., 2003. — С. 86-90.
4. Владимиров Е.С., Абакумов М.М. Хирургическая тактика при закрытых повреждениях печени. // Хирургия. — 1997. — №3. — С. 53-58.
5. Литвин А.А., Цыбуляк Г.И. Местный гемостаз в хирургии повреждений печени и селезенки. // Хирургия. — 2000. — №4. — С. 74-76.
6. Рагимов Г.С. Дифференцированный выбор способа гемостаза и тактики хирургического лечения травматических повреждений печени и селезенки (экспериментально-клиническое исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Махачкала, 2010. — 37 с.
7. Сабиров Ш.Р. Органосохраняющие принципы гемостаза при повреждениях паренхиматозных органов (печени, селезенки и почек): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2006. — 35 с.
8. Тимебулатов М.В. Совершенствование хирургического лечения повреждений и заболеваний селезенки с позиций профилактики постспленэктомического синдрома: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Уфа, 2004. — 43 с.
9. Фаязов Р.Р. Оптимизация методов диагностики, хирургического лечения и профилактики осложнений травм абдоминальных повреждений (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Уфа, 2000. — 43 с.
10. Чалык Ю.В. Высоко-низкоинтенсивные лазеры в хирургии паренхиматозных органов живота: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Саратов, 1993. — 42 с.
11. Шапкин В.С., Гриненко Ж.Ф. Закрытые и открытые повреждения печени. — М., 1977. — 176 с.
12. Feliciano D.V., Pachter L. Hepatic trauma revisited. // Current probl. Surg. — 1989. — Vol. 266. N7. — P. 455-524.
13. Hanna S.S. Blunt live trauma and Sunnybrook medical centra a 13 year experience. // Surgery. — 1991. — Vol. 4 (1). — P. 49-58.
14. Mischinger H.L., Bacher H., Werkgartner C., et al. Liver Trauma. // Acta Chir Austr. — 1999. — Vol. 2. — P. 80-84.
15. Mooney D.P. Multiple trauma: liver and spleen injury. // Curr Opin Pediat. — 2002. — Vol. 14 (4). — P. 482-485.

Информация об авторах: 432970, г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42, УлГУ,
тел. (8422) 412088, e-mail: charyshkin@yandex.ru

Чарышкин Алексей Леонидович — заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.;
Гафиуллин Михаил Ринатович — аспирант кафедры; Демин Владимир Петрович — аспирант кафедры.

© МОРГУН А.В., ЧЕРЕПАНОВ С.М., МАЛЮТИН О.А., ТАРАНУШЕНКО Т.Е., САЛМИНА А.Б. — 2012
УДК: 616.831-006.6-036-053.2

ОТДЕЛЬНЫЕ КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Андрей Васильевич Моргун¹, Станислав Михайлович Черепанов¹, Олег Анатольевич Малютин¹, Татьяна Евгеньевна Таранушенко², Алла Борисовна Салмина¹

(¹Красноярский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н. проф. И.П. Артюхов;

²Красноярская краевая детская больница, гл. врач — А.В. Павлов)

Резюме. Исследовали прогностическое значение маркеров апоптоза, пролиферации и химиорезистентности при опухолях ЦНС у детей. Оценивали динамическое изменение этих показателей после химиотерапии. Установлена значимость экспрессии Р-гликопротеина и показателя пролиферации (Ki-67) в прогнозе опухолей ЦНС. Обнаружены гендерные отличия при развитии химиорезистентности опухолей. Обозначена возрастная группа с высокими показателями маркера пролиферации при отсутствии отличий по половому признаку.

Ключевые слова: апоптоз, опухоли ЦНС, дети.