

Таким образом, для стандартизации сухого экстракта из побегов рододендрона Адамса разработан УФ-спек-

трофотометрический метод количественного определения суммы флавоноидов.

ELABORATION OF THE METHOD OF STANDARDIZATION OF THE DRY EXTRACT FROM SPROUTS OF RHODODENDRON ADAMSII

O.I. Paisova, V.M. Mirovich, G.M. Fedoseeva, S.P. Makarenko, I.G. Petrova
(Irkutsk State Medical University, the Siberian Institute of Physiology and Biochemistry of Plants of the Siberian Branch of the Russian Academy of Science)

There has been elaborated the method of quantitative definition of the sum of flavonoids in a dry extract from sprouts of rhododendron Adamsii by (with) UV-spectrophotometrie. This method is suggested for standardization of the extract. The method was tested on 5 series of the extract. The contents of the sum of flavonoids in the dry extract not less than 6,0% is recommended.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евдокимова О.В. Средства растительного происхождения в терапии заболеваний нервной системы // Новая аптека. — 2005. — № 9. — С.32-38.
2. Мирович В.М., Федосеева Г.М., Левента А.И., Макаренко С.П. Определение суммарного содержания флавоноидов в надземной части *Rhododendron Adamsii* (Ericaceae) спектрофотометрическим методом // Растительные ресурсы. — 2005. — Т. 41, вып. 4. — С.67-73.
3. Самылина И.А., Блинова О.А., Кумышева Л.А. и др. Перспективы создания сухих экстрактов // Фармация. — 2006. — № 2. — С.43-46.
4. Усов Л.А., Мирович В.М., Левента А.И., Кичигина Е.Л. К сравнительной оценке тонизирующего и стимулирующего действия рододендрона Адамса // Сиб. мед. журнал. — 1995. — № 3. — С.37-40.
5. Федосеев А.П., Федосеева Г.М., Мирович В.М. и др. Перспективы внедрения в медицинскую практику некоторых видов лекарственных растений Прибайкалья // Сиб. мед. журнал. — 2001. — Т. 27, № 3. — С.70-75.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© БЕЛОНОВ А.В., ЛАЛЕТИН В.Г., БАРЫШНИКОВ Е.С. — 2006

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЛИПАМИ И РАННИМИ ФОРМАМИ РАКА ЖЕЛУДКА

А.В. Белоногов, В.Г. Лалетин, Е.С. Барышников

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, курс онкологии, зав. — д.м.н., проф. В.Г. Лалетин; Иркутский областной онкологический диспансер, гл. врач — д.м.н. В.В. Дворниченко)

Резюме. Представлены результаты эндохирургического лечения в клиническом медицинском учреждении 951 больного, из которых полипы были удалены у 888 больных, рак желудка — у 49, неэпителиальные опухоли стенки желудка — у 7 и резидуальные полипы — у 7. Разработаны и применены новые медицинские технологии — электрохирургические, лазерные, комбинированные; трансгастральная и лапароскопическая резекции желудка. Приводится клиническое наблюдение.

Ключевые слова: полипы, рак желудка, эндохирургическое лечение.

За последнее десятилетие эндоскопические и лапароскопические методы заняли ведущее место не только в диагностике, но и в лечении различных заболеваний желудка [1,2]. Этому способствовало накопление опыта и применение новых инструментов и аппаратуры. В настоящее время хорошо разработаны эндоскопические методики лечения предопухолевых заболеваний тела и антрального отдела желудка, способы остановки желудочных кровотечений [6,7]. В то же время, менее разработанными остаются методы малоинвазивной лечебной эндоскопии при предопухолевых заболеваниях и злокачественных опухолях верхних отделов желудка. Недостаточно освещены в литературе сочетанные эндоскопические операции, направленные на профилактику и устранение различных осложнений. Мало разработанными остаются также методики применения лечебной лапароскопии у онкологических больных с первой стадией рака желудка. Учитывая большую научно-практическую значимость этой проблемы, мы поставили перед собой задачу разработать новые подходы к эндохирургическому лечению предопухолевой, доброкачественной и злокачественной патологии желудка. Для этого освоена новая аппаратура и разработаны специальные инструменты для лечебной эндоскопии.

Материал и методы

В основу работы положен опыт эндохирургического

лечения 951 больного, при этом всего удалено 1045 опухолей. Операции проводились в отделении эндохирургии Иркутского областного онкологического диспансера. Критерием включения в исследование считали установленный диагноз полипов желудка и рака желудка, соответствующего первой стадии заболевания (T1N0M0).

Средний возраст больных с полипами желудка составил $59,1 \pm 0,9$ года, при раннем раке желудка — $70,1 \pm 0,6$, с опухолями стенки желудка — $42,0 \pm 0,7$ и у больных резидуальными полипами желудка — $65,2 \pm 0,4$ года (табл. 1).

Во всех анализируемых случаях операции проводились с целью радикального лечения, после проведения стандарта обследования, принятого для этой категории больных: общего и биохимического анализов крови и мочи, коагулограммы, ЭКГ, УЗИ брюшной полости и др.

Для лечения применены следующие методики:

1. Эндоскопические электрохирургические:
 - удаление электропетлей;
 - удаление полипов точечным электрокоагуляционным зондом или цапкой.
2. Высокоэнергетический лазерный способ в сочетании с гибкой эндоскопией:
 - дистанционный;
 - контактный;
 - комбинированный лазерный (сочетание дистанционного и контактного воздействия).
3. Комбинированный (сочетание дистанционного и

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от вида патологии, пола и возраста

Патологии		Число больных, чел.			Возрастные группы, чел.					
		всего	муж.	жен.	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	>80
Доброкачественные опухоли желудка (полипы)		888	378	510	79	292	220	142	126	29
Рак желудка первой стадии		49	14	35	-	1	6	14	17	11
Опухоли стенки желудка (стромальные опухоли)		7	1	6	1	6	-	-	-	-
Резидуальные полипы желудка		7	-	7	-	1	4	2	-	-
Всего	кол-во	951	393	558	80	300	230	158	143	40
	%	100	41,3	58,6	8,4	31,5	24,1	16,6	15	4,2

контактного воздействия).

4. Трансгастральная резекция желудка.

5. Лапароскопическая атипичная резекция желудка.

6. Лапароскопическая резекция желудка.

Для лечения применяли эндоскопическое оборудование марки Olympus и Pentax (Япония). В качестве источника лазерного излучения использовался высокоэнергетический твердотельный лазер, активным элементом которого служит алюмоиттриевый гранат с неодимом Dornier mediLas fibertom 4100 (Германия). Вторым используемым лазером — гольмиевый (Ho) НТЦ «ИРАДИА», серия «TRIPLE» (Россия). Для электрохирургического удаления полипов использовалась электрохирургическая установка «МФС» отечественного производства, электрохирургические генераторы марки Olympus UES — 10 и 30 (Япония). Электрохирургический эффект резания и коагуляции основан на обеспечении достаточно высокой степени нагрева биологических тканей узким потоком тока высокой частоты в месте прикосновения активного электрода аппарата к больному. Для электродеструкции использовался стандартный набор эндоскопических инструментов: полипектомические петли круглой и овальной формы, диатермические цапки и зонды. При выполнении лапароскопической атипичной резекции желудка использовались троакары диаметром 10 и 12 мм, через которые выполня-

лась резекция стенки желудка сшивающими аппаратами и кассетами Endo GIA — 30 («Auto Suture»), для формирования окна в малом сальнике и при выделении тканей использовался электродиссектор с захватывающим инструментом типа «эндобеккок» («Auto Suture»). Для выполнения трансгастральной резекции и остановки кровотечения дополнительно применялись — ультразвуковой нож Sono Surg в сочетании с электрохирургической установкой UES — 30 (Япония). Во время операции использовались так же стандартные лапароскопические инструменты и сшивающие аппараты эндостич («Auto Suture»), эндоскопические иглодержатели с лыжными атравматичными иглами и т.д.

Результаты и обсуждение

Главным результатом проведенного исследования явилось эндохирургическое удаление новообразований желудка, что привело к выздоровлению больных. Из 951 больного после эндохирургических вмешательств не было ни одного летального исхода. На наш взгляд этому способствовал адекватный выбор эндохирургических методик с учетом характера поражения (табл. 2).

В амбулаторных условиях пролечено 779 (82%) больных, в стационаре — 172 (18%). Из основных методов лечения, выполненных в стационаре, преобладали лапароскопические вмешательства — у 82 (47,6%) боль-

Таблица 2

Распределение больных по методам лечения

Характер поражения	Методика операций		Кол-во больных	Лечение стационарное
Доброкачественные опухоли слизистой желудка (полипы) (n=888) N=982	Электро N=612		599	8
	Лазерная N=186		134	3
	Комбинированная (n=127) N=156	Эндоскопический комбинированный	108	51
		Эндоскопический комбинированный + лапароскопическая операция	8	8
		Эндоскопический комбинированный + лапаротомия	5	5
		Эндоскопический комбинированный + трансгастральный	6	6
Рак желудка (n=49)	Трансгастральная резекция		28	28
	Лазерная		6	6
	Комбинированная		7	7
	Комбинированная с ФДТ		8	8
	Трансгастральная резекция		4	4
	Лапароскопическая резекция		2	2
Неэпителиальные опухоли (n=7)	Лапароскопическая атипичная резекция		22	22
	Лапароскопическая атипичная резекция		5	5
Резидуальные полипы (n=7)	Лапароскопическая резекция		2	2
	Лапароскопическая сегментарная резекция		7	7
Всего	1045		951	172 (18%)

Примечание: n — количество больных, N — количество удаленных опухолей.

ных. В этой группе эндоскопические операции проведены у 20 (11,6%); это были больные с тяжелой соматической патологией. Причиной госпитализации других 70 (8,1%) больных были кровотечения, проявившиеся после эндоскопического удаления полипов желудка.

Эндохирургическое лечение проводилось как известными способами, с применением эндоскопических электрохирургических инструментов и лазеров [3,4,5,8], а так же разработанными нами новыми альтернативными лапароскопическими и сочетанными трансабдоминальными операциями. Применение малоинвазивных хирургических способов позволило избежать или ликвидировать различные осложнения, не прибегая к открытым лапаротомным доступам и традиционным хирургическим приемам.

Приводим пример эндохирургического лечения полипов и раннего рака желудка.

Больная У., 1934 г.рождения (история болезни № 195/11), находилась в Иркутском областном онкологическом диспансере с 9.01.03 по 19.02.03 г. Диагноз: рак желудка 1 ст. II кл. гр. T1M0N0, полипоз желудка 16 кл. гр., киста правого яичника 16. кл. гр., ИБС, стенокардия напряжения 1 ф.к., артериальная гипертензия 3 стадии, риск 4 степени, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса.

Считает себя больной с 25.05.02 г., когда возникло желудочное кровотечение. Госпитализирована в хирургическое отделение городской больницы, выполнен эндоскопический гемостаз. Источником кровотечения являлся полип желудка. После удаления полипа диаметром 2 см обнаружен рост высокодифференцированной аденокарциномы. Больная направлена в ИООД, но вначале от лечения отказалась. После получения согласия на операцию госпитализирована.

ФЭГДС 03.02.03. При осмотре желудка обнаружено 4 полипа. В верхней трети определяется два полипа второго типа до 0,8 – 0,9 см (аденоматозные полипы). На границе верхней и средней трети тела желудка по большой кривизне определяются также два полипа, из которых первый полип 4 типа до 1,5 см в диаметре, второй – 2 типа диаметром до 2,5 см – рецидив опухоли (рис. 1).

При патогистологическом исследовании № 140282-4 в малигнизированном полипе желудка картина высокодифференцированной аденокарциномы.

При рентгенографии желудка и ультрасонографии определяется объемное образование верхней трети тела желудка.

При УЗИ малого таза выявлена опухоль правого яичника 44x41 мм (двухкамерное образование с неровными стенками).

Гинекологом установлен диагноз: опухоль правого яичника 1А кл. группа. Рекомендовано симультанное удаление опухоли правого яичника совместно с опухолью желудка.

Чрезбрюшная гастрэктомия либо проксимальная резекция были противопоказаны ввиду тяжелых сопутствующих заболеваний: ИБС, стенокардия напряжения 1 ф.к., артериальная гипертензия 3 стадии, риск 4 степени, блокада ножки пучка Гиса. 7.02.03 г. выполнена лапароскопическая двусторонняя аднексэктомия. Справа яичник был представлен серозной кистой до 5 см. Далее была выполнена сочетанная трансабдоминальная резекция желудка по поводу рецидива рака. В ходе операции сочетанным трансабдоминальным способом с помощью аппарата Endo-GIA 30 выполнена резекция рецидива малигнизированного полипа диаметром 2,5 см и стенки желудка в пределах не измененных тканей, отступив от видимых краев опухоли до 2,0 см. Коагуляцией произведено удаление также двух небольших полипов кардиального отдела и тела желудка. После консервативного лечения больная была выписана 19.02.03 г. в удовлетворительном состоянии.

Патогистологическое заключение № 48-021-13 от 14.03.03 г. – удаленные полипы имеют строение тубулярно-папиллярной аденомы. В удаленном малигнизированном полипе желудка на фоне тубулярно-папиллярной аденомы – обнаружена дифференцированная аденокарцинома с прорастанием в подслизистый слой, опухоль удалена с подслизистым и мышечными слоями. В удаленной опухоли правого яичника рост доброкачественной серозной кистомы.

При контрольной гастроскопии от 26.03.03 г. по большей кривизне на границе тела и антрального отдела в зоне удаленного рецидива малигнизированного полипа определяется аппаратный линейный шов до 5,0 см. При диспансерном наблюдении в течение последующих 3,5 лет рецидива опухоли, метастазов не обнаружено.

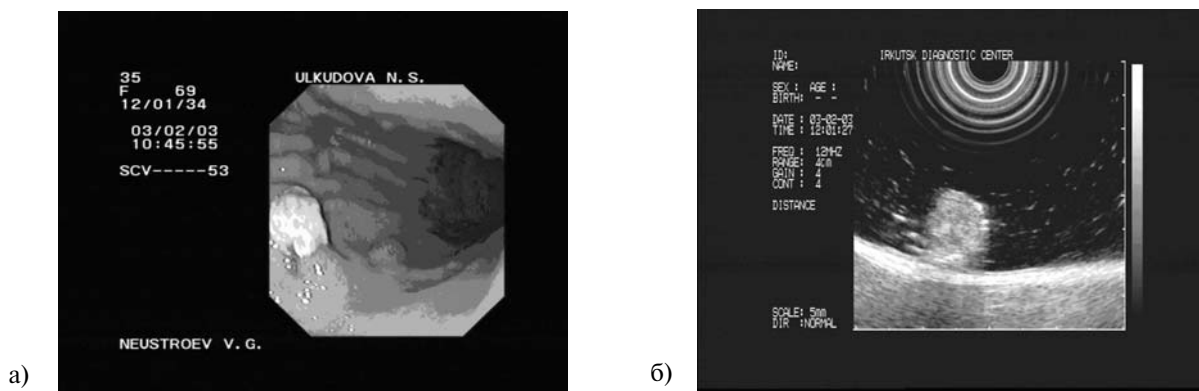


Рис. 1. Эндофото. а. Рецидив рака желудка после эндоскопического удаления; б. Ультрасонограмма рецидивного рака желудка.

RESULTS OF ENDOSURGICAL TREATMENT OF STOMACH POLYPS AND EARLY FORMS OF STOMACH CANCER

A.V. Belonogov, V.G. Laletin, E.S. Baryshnikov
(Irkutsk State Medical University)

Here are presented the results of Endosurgical treatment of 951 patients at clinic of Medical Institute. Polyps of stomach were diagnosed in 888, stomach cancer in 49, notepithelial tumor of stomach wall in 7 and residual polyps in 7 patients. We have developed and used new medical technologies for resection of stomach by electro-surgical, laser, combined; transgastral and laparoscopic techniques.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кувшинов Ю.П. Лечебная эндоскопия у больных предопухолевыми заболеваниями и опухолями верхних отделов желудочно-кишечного тракта: Дисс. ...докт. мед. наук. – М., 1988. – 311 с.
2. Лукиных А.К. Отдаленные результаты лечения больших

- полипов желудка // Науч. тр. Рязанск. мед. ин-та. – 1962. – Вып. 21. – С.96-104.
3. Скобелкин О.К., Титова Т.М., Беляев А.А. и др. Лазерная коагуляция в желудке: эффективность и безопасность // Неотложные состояния в клинике внутренних болезней, хирургии и неврологии. – М., 1981. – С.123-132.

4. Соколов В.В., Телегина Л.В., Филоненко Е.В., Карпова Е.С. Фиброэндоскопическая электрохирургия, Nd: YAG лазерная хирургия и фотодинамическая терапия раннего рака органов дыхательных путей и пищеварительного тракта: современный подход при выборе метода // Высокие технологии в онкологии: материалы 5-го Всероссийского съезда онкологов. — Казань, 2000. — Т.3. — С.278-279.
5. Сотников В.Н., Пономарев В.Г., Зелепер С.В. Эндоскопическая полипэктомия // Материалы 8-й Моск. го-род. онкол. конф. — М., 1977. — С.112-113.
6. Чибис О.А. Эндоскопическая полипэктомия при полипозе желудка: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1978. — 26 с.
7. Burke C.A. Diagnostic and management of gastroduodenal polyps // Surg. Oncol. North Amer. — 1996. — Vol.5, № 3. — P.589-707.
8. Jung M. Endoskopische lasertherapie an Esophagus, Magen und kolon // Chir. Prax. — 1987. — Vol.38, №1. — P.41-62.

© НЕРЕТИНА Е.В., КУВИНА В.Н., МАРТЫНОВИЧ Н.Н. — 2006

ПАТОЛОГИЯ ТАЗОВОГО ПОЯСА У ДЕТЕЙ В ОТНОГЕНЕЗЕ

Е.В. Неретина, В.Н. Кувина, Н.Н. Мартынович

(Иркутская государственная областная детская клиническая больница, гл. врач — заслуж. врач РФ В.М. Селиверстов; Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра педиатрии № 1, зав. — д.м.н., проф. Н.Н. Мартынович)

Резюме. В статье представлен онтогенез диспластически-дистрофического синдрома опорно-двигательного аппарата у детей. Доказана эффективность различных физических методов реабилитации в возрастных группах пациентов. Определена эффективность проводимого лечения в зависимости от начала сроков реабилитации.

Ключевые слова: дети, дисплазия, тазовый пояс, реабилитация.

Диспластически-дистрофический синдром — это сочетанное поэтапное проявление системной патологии зон роста, развивающееся в соответствии с возрастными особенностями развития костей тазового пояса [11].

В общей структуре больных детей с заболеваниями опорно-двигательной системы диспластическая патология тазового пояса составляет 85%, изолированная асимметрия таза имеет место в 9%, а в комплексе с системной патологией — в 48% случаев [6]. Одной из причин развития диспластической патологии тазового пояса являются продукты техногенного загрязнения окружающей среды Восточной Сибири [5], что вызывает извращенное формирование, рост и созревание костной ткани.

Результаты региональных исследований показали, что у 70% больных с асимметрией таза, чаще в возрасте от 2 до 7 лет, наблюдается дистрофическое поражение проксимального отдела бедра [4]. Преимущественная нагрузка приходится на внутренний полюс головки бедра, т.к. она не достигает дна вертлужной впадины, формируется ее латеропозиция, затем проявляются дистрофические изменения в головке бедра, затем формируется соха valga, затем торсионный подвывих или маргинальный вывих бедра [1].

Материалы и методы

Обследование детей проводилось по обычным клинико-лабораторным параметрам с заполнением регистрационной карты индивидуального обследования ребенка, включающей антропометрию, оценку ортопедического статуса, функциональные пробы, данные нейрофизиологические, рентгенометрические, компьютерной томографии (КТ). Основным методом обследования была обзорная рентгенография таза в прямой проекции, лежа с захватом поясничного отдела позвоночника и головок бедер [2]. Рентгенография таза проводилась на аппаратах: в стационаре «РУМ-20П. КОМПАКТ-ДИАГНОСТ-1» фирмы Philips. С целью уточнения диагноза назначались: ЯМР, КТ. ЯМРТ выполнялась на магнитно-резонансном томографе 3 поколения «Somatom Open 0.25 Te» (Siemens — Германия). Исследования проводились в сагитальной, коронарной и фронтальной плоскостях, в режимах T₁ и T₂ взвешенных состояний. КТ выполнялась на компьютерном томографе 4 поколения «Somatom ARC» (Siemens — Германия). Нейрофизиологические исследования проводились с использованием записи электроэнцефалографии и электромиографии. ЭЭГ регистрировалась с помощью энцефалографа «Энцефалан», а ЭМГ с помощью нейро- и миоанализатора «Нейромиан» («Медиком», г. Таганрог). Запись трехминутной электрокардиограммы с последующим расчетом осуществлялась с помощью автоматизированного комплекса, состоящего из блока предварительной обработки электрофизиологических сигналов «АГНИС-16» и специально разработанной программы.

При проведении комплекса лечебной гимнастики про-

водился врачебно-педагогический контроль с определением плотности и определения типа физиологической кривой занятия [10].

Результаты и обсуждение

Нами наблюдалось 137 больных с асимметрией таза, которые распределялись на 4 группы в зависимости от возраста и метода лечения:

1 группа — классический метод лечения; 2 — с применением асимметричной лечебной гимнастики; 3 — с применением мануальной терапии и постизометрической релаксации мышц [3,8]; 4 группа (дети до 1 года) — с применением массажа, ЛФК, постизометрической релаксации мышц [7,9] (табл. 1).

1 группа. Классический метод лечения асимметрии таза был применен к 39 больным в возрасте от 3 до 15 лет, что составляет 28,4% от общего числа пролеченных. Этот метод включал следующие методы лечения: симметричную лечебную гимнастику, классический массаж, грязелечение, водолечение, физиолечение. По всем критериям оценки результатов лечения спустя 1 год наблюдалась стойкая положительная динамика. При изучении ответной реакции мышц брюшного пресса и мышц спины на дозированную нагрузку и методы лечения отмечался закономерный прирост выносливости мышц спины и брюшного пресса. Тенденция к выравниванию мышечной силы происходила к 6 месяцу лечения.

2 группа. Метод лечения с применением асимметричной лечебной гимнастики был применен к 39 больным с 3 до 15 лет (28%) от общего числа пролеченных больных. Специальные корригирующие упражнения проводились на фоне общеукрепляющих мероприятий, улучшения состояния сердечно-сосудистой системы, дыхательной, нервно-мышечной. Асимметричные и симметричные упражнения применялись при максимальной разгрузке позвоночника (исходное положение лежа). При изучении ответной реакции мышц брюшного пресса и мышц спины уравнивание мышечной силы через 1 год занятий не наступало.

3 группа. Метод лечения с применением мануальной терапии и постизометрической релаксации мышц был применен также у 39 больных в возрасте от 3 до 15 лет (28%). При асимметрии таза нарушаются функции взаимосвязанных элементов опорно-двигательной системы мышц, связок, суставов происходит соматическая дисфункция таза. Симметричность крестцово-подвздошных сочленений наступала в период 15-дневного лечения. Ответная реакция на дозированную физическую нагрузку мышц брюшного пресса и мышц спины при данном методе лечения имела характер постепенного прироста мышечной силы, выравнивание наступало с 6-го месяца от начала лечения.

Анализ полученных результатов выявил положительные функциональные изменения нервно-мышечных показателей по данным антропометрии, электро-