



Рис. 4. Состояние показателей функциональных проб в конце учебного года.

способами действия незначительно изменялся как в сторону увеличения, так и в сторону снижения. В группе учащихся со среднеблагоприятным прогнозом течения адаптации уровень овладения способами действия выше среднего и средний увеличивался, а уровень ниже

среднего снижался. В группе учащихся с неблагоприятным прогнозом течения адаптации уровень овладения способами действия оставался без изменений (рис. 4).

Таким образом, благоприятное течение адаптационного процесса обусловлено нормальным функционированием сердечно-сосудистой и нервной системы школьников, нормализацией психоэмоционального состояния и уровня резистентности, что способствует повышению успеваемости детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. – М.: Медицина, 1997. – 236 с.
2. Быков Е.В., Исаев А.П. Адаптация к школьным нагрузкам учащихся образовательных учреждений нового типа // Физиология человека. – 2001. – Т. 27. №5. – С.76-81.
3. Готовность ребенка к школе. Медико-психологические критерии: Учеб. пособие / Под ред. А.В. Гордиец. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. – 128 с.
4. Звездина И.В., Жигарева Н.С., Агапова Л.А. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы детей в динамике обучения в начальной школе // Рос. педиатр. журн. – 2009. – №2. – С.19-23.
5. Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Приоритетные критерии оценки состояния здоровья и профилактики заболеваний детей и подростков // Гигиена и санитария. – 2005. – №6. – С.42-45.
6. Меры по облегчению адаптации к условиям дошкольного учреждения и школы: Метод. рекомендации МЗ РФ. – М., 2004. – 26 с.
7. Звездина И.В., Сухарева Л.М., Жигарева Н.С. Особенности формирования здоровья младших школьников в динамике обучения // Рос. педиатр. журн. – 2009. – №2. – С.8-11.
8. Бирюкова Н.А. Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательных учреждениях // Гигиена и санитария. – 2006. – №6. – С.76-77.
9. Румянцев А.Г., Панков Д.Д., Чельникова С.М. Новые подходы к мониторингу здоровья школьников // Российский педиатрический журнал. – 2004. – №3. – С.4-6.
10. Клешина Ю.В. Состояние здоровья современных школьников и перспективы его укрепления // Российский педиатрический журнал. – 2009. – №3. – С.48-51.

Информация об авторах: Макарова Марина Владимировна – заместитель руководителя, 660022, г. Красноярск, д.1, тел.(391) 295-81-73, 220-13-93, e-mail: klinika_mkt@mail.ru; Потупчик Татьяна Витальевна – научный сотрудник; Бакшеева Светлана Сергеевна – к.б.н., доцент; Прахин Ефим Исаакович – д.м.н., профессор; Эверт Лидия Семеновна – д.м.н., ведущий научный сотрудник

© ЗАЙЦЕВ Д.Н., ГОВОРИН А.В., ЧИСТЯКОВА М.В., ЧЕРЕДНИК А.В. – 2012
УДК 616.1

НАРУШЕНИЯ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ И СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Дмитрий Николаевич Зайцев¹, Анатолий Васильевич Говорин¹,
Марина Владимировна Чистякова¹, Алексей Владимирович Чередник²
(¹Читинская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. А.В. Говорин;
²Дорожная клиническая больница на ст. Чита, гл. врач – к.м.н. С.А. Алексеев)

Резюме. С целью изучения взаимосвязи изменений кардиогемодинамических показателей левого желудочка с нарушением суточного профиля АД у 82 больных хроническим простатитом было выполнено эхокардиографическое исследование и суточное мониторирование АД с определением комплекса общепринятых морфофункциональных параметров. Установлено, что нарушения суточного профиля АД представлены преимущественно недостаточным ночным снижением систолического и/или диастолического АД и лабильной ночной систолической артериальной гипертензией. У данных больных чаще выявлялась диастолическая дисфункция левого желудочка с увеличением массы миокарда и толщины задней стенки левого желудочка.

Ключевые слова: хронический простатит, кардиогемодинамика, суточный профиль артериального давления.

DISTURBANCE OF DYNAMICS OF BLOOD CIRCULATION AND DAILY PROFILE OF BLOOD PRESSURE IN PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS

D.N. Zaitsev¹, A.V. Govorin¹, M.V. Chistyakova¹, A.V. Cherednik²
(¹Chita State Medical Academy; ²Chita Rail Way Clinical Hospital)

Summary. Objective. Study of correlation of changes in dynamics of blood circulation of the left ventricle with abnormality of daily profile of BP in patients with chronic prostatitis. Methods. Echocardiography research and daily monitoring BP with determination of complex of generally accepted morphological and functional parameters. Results. Disturbance of daily profile of BP are presented by mainly insufficient night decrease of systole and/or diastole BP and by a labile night systolic hypertension. In these patients more frequent diastolic disfunction of left ventricle came to light with the increase in mass of myocardium and thickness of the back wall of left ventricle.

Key words: chronic prostatitis, dynamics of blood circulation, daily profile of blood pressure.

Хронический простатит является самым распространенным урологическим заболеванием у мужчин моложе 50 лет и третьим по частоте – у мужчин старше 50 лет (после доброкачественной гиперплазии и рака простаты), составляя 8% амбулаторных визитов к урологу [8,10,15]. С возрастом частота заболевания увеличивается и достигает 30-73% [14]. По мнению отечественных и зарубежных урологов, психотерапевтов хронический простатит является одним из наиболее сильных психотравмирующих патологических изменений у мужчин [11,13]. Это определяется преобладанием в клинической картине таких синдромов, как болевой, дизурический и нарушение половой функции [4]. Одним из ключевых звеньев в патогенетической схеме психопатологических расстройств является стресс, сопровождающийся вегетативным дисбалансом с преимущественной активацией симпатического отдела вегетативной нервной системы. Психопатологические нарушения выявляются примерно у 75% больных, страдающих хроническим простатитом, при этом наиболее частыми расстройствами у них являются ипохондрия, депрессия, тревога [13]. Реализация психосоматических взаимоотношений осуществляется следующим образом: психические нарушения – изменения в вегетативной и эндокринной системах – соматические расстройства [1,2]. Одним из маркеров вегетативной дисфункции, характеризующейся повышением концентрации вазоактивных веществ сыворотки крови, является нарушение регуляции сосудистого тонуса [12]. Это проявляется патологическими типами суточного профиля артериального давления, которые выявляются еще до развития артериальной гипертензии с поражением органов-мишеней. Такие больные имеют повышенный риск развития сосудистых событий и требуют своевременной коррекции данных нарушений. Однако исследований, посвященных изучению суточного профиля артериального давления при хроническом простатите в современной литературе практически нет.

Одним из ранних причин дисфункции сердечной мышцы при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы, в том числе и некоронарогенных, является структурное ремоделирование миокарда [3,6,7,9]. Так, в единичных сообщениях отмечено нарушение процессов расслабления миокарда у больных ХП [5], однако вопрос о механизмах их развития при данном заболевании до сих пор остается открытым.

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение взаимосвязи изменений кардиогемодинамических показателей левого желудочка с нарушением суточного профиля артериального давления у больных хроническим простатитом.

Материалы и методы

В настоящей работе представлены результаты обследования 82 больных хроническим простатитом (ХП), средний возраст которых составил $34,2 \pm 8,1$ года. Контрольную группу составили 32 здоровых мужчины, сопоставимых по возрасту с основной группой больных. В исследование не включались больные старше 45 лет, имевшие различные заболевания сердца, артериальную гипертензию в анамнезе и воспалительные заболевания любой другой локализации. Эхокардиографическое ис-

следование проводилось по стандартной методике на аппарате «Logic 400» с определением комплекса общепринятых морфофункциональных параметров. Для оценки диастолической функции левого желудочка проводилось исследование трансмитрального потока из апикального доступа в 4-камерном сечении. Определялись следующие величины: максимальная скорость потока быстрого наполнения (Е), м/с; максимальная скорость потока артериального наполнения (А), м/с; отношение Е/А, усл. ед. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводилось с помощью аппарата АВРМ-04 «Meditech» (Венгрия). При проведении СМАД рассчитывались следующие показатели: средняя ЧСС за весь период наблюдения, отдельно средненедневная и средненочная; усредненные показатели систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД) и среднего АД (СрАД) за 24 ч; вариабельность САД, ДАД и СрАД за весь период наблюдения, оцениваемая по стандартному отклонению от средней величины; индекс времени (гипертоническая нагрузка, *pressure load*) – процент измерений АД, превышающих принятый за верхнюю границу нормы уровень в общем количестве регистраций, отдельно для САД и ДАД за 24 ч. Оценка данных, полученных при СМАД, проводилась согласно рекомендаций Европейского общества по артериальной гипертензии [16].

Все больные дали письменное информированное согласие на участие в исследовании, строго соблюдались требования Хельсинской декларации.

Статистическая обработка материала проведена с применением пакета статистических программ «Statistica 6.0». Выборка была проверена на нормальность. Значимость различий оценивали по t-критерию Стьюдента. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

При проведении суточного мониторирования АД у больных ХП средние величины САД и ДАД не выходили за границы нормальных значений, рекомендованных Европейским обществом по артериальной гипертензии. При анализе суточного профиля АД в дневные и ночные часы лишь в 19,5% случаев регистрировался нормальный суточный профиль АД, а у 66 (80,5%) больных с хроническим простатитом его значения были патологическими. Так, у 40 (48,8%) больных ХП не происходило достаточного ночного снижения систолического и/или диастолического АД (нон-дипперы). У 10 (12,2%) больных ночные величины систолического/диастолического АД превышали аналогичные показатели в дневное время (найт-пикеры). У 16 (19,5%) больных происходило чрезмерное ночное снижение систолического/диастолического АД (гипердипперы). При этом необходимо отметить, что возраст больных, а соответственно и связанное с

Таблица 1
Распределение больных ХП по типу суточного профиля АД

Тип суточного профиля АД	Число больных, чел. (%)	Возраст больных, лет
Дипперы	16 (19,5%)	$40 \pm 2,8$
Нон-дипперы	40 (48,8%)	$34,2 \pm 7,1$
Гипердипперы	16 (19,5%)	$33,4 \pm 1,0$
Найтпикеры	10 (12,2%)	$32,6 \pm 5,4$

ним возможное увеличение жесткости артериальной стенки, не имели значения в нарушении суточного профиля АД. Так, большая часть лиц в возрасте 40 лет были дипперами, а все нарушения суточного профиля регистрировались у больных более молодого возраста, однако имеющих больший стаж ХП (табл. 1).

При изучении вариабельности систолического и диастолического АД в 29,2% случаев выявлено повышение вариабельности САД и в 14,6% – ДАД в дневные часы, у 19,5% отмечено повышение вариабельности САД и ДАД ночью. При изучении индекса времени (нагрузки давлением) в 4,8% случаев в дневные часы была выявлена лабильная систолическая и диастолическая артериальная гипертензия. В ночные часы нагрузка давлением у больных ХП была выше, чем в период бодрствования. Так, лабильная систолическая ночная гипертензия встречалась у 24,4% пациентов, а лабильная диастолическая АГ – в 12,2% случаев. У лиц контрольной группы нарушения суточного профиля АД не регистрировались.

Таким образом, при проведении суточного мониторинга АД, были выявлены следующие закономерности: на фоне нормальных средних значений САД и ДАД регистрируются нарушения суточного профиля АД, большей частью представленные недостаточным ночным снижением как систолического, так и диастолического АД, а также ночной лабильной систолической артериальной гипертензией. Необходимо отметить, что клинической симптоматики, связанной с нарушениями суточного профиля АД, у больных ХП не было. Это касается и случаев лабильной артериальной гипертензии, рассчитанной по индексу нагрузки давлением. Длительное существование нарушенного суточного профиля, возможно, в дальнейшем способствует развитию артериальной гипертензии с поражением органов-мишеней. При проведении ЭхоКГ были изучены параметры трансмитрального потока. Из четырех известных типов потока (нормальный, гипертрофический, псевдонормальный, декомпенсированный) у больных ХП встречались 2 типа: нормальный тип (78%) и гипертрофический тип (22%) у больных, при этом последний тип спектра в подавляющем большинстве случаев регистрировался у лиц с недостаточным снижением САД и ДАД. Так, было выявлено снижение пика Е на 15% и соотношения доплеровских скоростей трансмитрального кровотока Е/А на 14% у больных с нарушениями суточного профиля АД (нон-дипперы и больные с лабильной ночной систолической артериальной гипертензией) по сравнению с больными с сохраненным суточным профилем АД. Уровень снижения данных параметров по сравнению с показателями лиц контрольной группы составил 30% и 36%, соответственно. Параметры трансмитрального потока больных с другими типами профиля АД (гипердипперы, найтпикеры) представлены в таблице 2.

Показатели диастолической функции левого желудочка у больных с хроническим простатитом в зависимости от суточного профиля АД

Показатель	Контрольная группа (n=32)	Дипперы (n=16)	Гипер-дипперы (n=16)	Найт-пикеры (n=10)	Нон-дипперы (n=40)
Е, см/сек	0,89±0,1	0,73±0,3	0,71±0,1	0,67±0,2	0,62±0,1*
А, см/сек	0,46±0,1	0,51±0,1	0,57±0,2	0,44±0,1	0,53±0,1*
Е/А	1,91±0,2	1,41±0,1	1,34±0,3#	1,57±0,7	1,22±0,1**
ФМН, мс	171,1±5,1	151,8±34,1	189,4±30,6	201,6±36,1	156,4±34,7
ВИБР, мс	57,1±9,4	98,1±13,4	97,2±13,8	84,6±4,0	88,1±12,8

Примечание: * - по сравнению с дипперами (p<0,05), # - по сравнению с контрольной группой (p<0,05).

В дальнейшем у больных, распределенных на две группы в зависимости от наличия нарушений диастолической функции левого желудочка (1-я группа), либо ее отсутствия (2-я группа), были изучены большинство кардиогемодинамических показателей. Так, основные

отличия касались ЧСС, которая в 1 группе была выше на 13% по сравнению с показателями лиц 2-й группы; толщина задней стенки (ТЗС), индекс конечного систолического объема (иКСО) и сердечный индекс (СИ) у больных 1-й группы значительно превышали аналогичные параметры лиц 2-й и контрольной группы (p<0,05). Такие показатели, как конечный систолический объем (КСО), масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и ИММЛЖ у лиц 1 группы различались лишь с параметрами лиц контроля (p<0,05) (табл. 3).

Таблица 3

Изменения кардиогемодинамических показателей у больных хроническим простатитом в зависимости от диастолической функции левого желудочка (M±SD)

Показатель	Контрольная группа (n=32)	Больные без диастолической дисфункции (2 группа) (n=64)	Больные с диастолической дисфункцией (1 группа) (n=18)
ЧСС, уд/мин	68,5±8,5	64,7±9,1	73,5±10,8*
Аорта, мм	30,3±3,2	34±3,8	36,7±2,7
ЛП, мм	31,3±2,6	36,2±3,4	36,6±2,5*
ПЖ, мм	17,7±1,6	26,5±3,5	25,8±1,4
КСР, см	3,4±0,3	3,0±0,2	3,1±0,3
КДР, см	4,9±0,4	4,9±0,3	4,8±0,4
КДР/С	2,7±0,1	2,5±0,1	2,6±0,2
InTЗС	1,9±0,1	2,2±0,1*	2,3±0,1*#
InМЖП	2,0±0,1	2,2±0,1	2,3±0,1*
InКСО	3,4±0,3	3,4±0,1	3,6±0,2#
InКДО	4,4±0,1	4,7±0,1	4,7±0,1
InиКДО	3,8±0,1	4,0±0,1	4,0±0,1
InиКСО	2,6±0,1	2,7±0,1	2,9±0,2*#
InУО	3,9±0,2	4,4±0,2	4,3±0,2
InУИ	3,3±0,1	3,7±0,1	3,6±0,2
InМО	1,2±0,1	1,6±0,2*	1,7±0,2*
InСИ	0,6±0,1	0,8±0,2	1,0±0,2*#
ФВ, %	63,5±6,5	68,4±5,1	65,8±3,2
ММЛЖ, г	119,4±20,4	161,3±25,2*	182,1±34,1*
ИММЛЖ, г/м ²	64,4±6,2	85,3±11,8	96,1±19,7*
ВИБР, мс	57,1±9,4	95±17,5*	99,3±12,4*
ФМН, мс	171,1±5,1	152,6±29,1	167,5±36,1

Примечание: * - по сравнению с контрольной группой (p<0,05), # - по сравнению с группой больных без диастолической дисфункции левого желудочка (p<0,05).

Так, средние значения ММЛЖ и ИММЛЖ были в 1,5 раза больше у больных с диастолической дисфункцией ЛЖ по сравнению с аналогичными показателями лиц контрольной группы. При отсутствии значимых отклонений размеров левого предсердия (ЛП) от нормативных значений было выявлено значимое увеличение его переднезаднего размера на 17% у больных с диастолической дисфункцией ЛЖ по сравнению с параметрами лиц контроля (p<0,05).

Таким образом, даже при отсутствии артериальной гипертензии и гипертрофии левого желудочка, у больных с нарушениями суточного профиля АД, преимущественно нон-дипперов и найт-пикеров, происходит увеличение левого предсердия, ММЛЖ, ИММЛЖ и ТЗС, которые сопровождаются ухудшением диастолической функции левого желудочка. Одним из механизмов нарушений суточного профиля АД, сопровождающегося процессами ремоделирования ЛЖ, вероятно, является вегетативный дисбаланс с длительной симпатотонией, которая, как известно, может прямо или опосредованно (через ренин-ангиотензин-альдостероновую систему) инициировать и поддерживать процессы избыточного роста кардиомиоцитов. Длительное существование гипертрофического типа спектра потока с увеличением массы миокарда может усугублять ремоделирование левого желудочка и являться фактором риска для

более раннего развития ишемической болезни сердца.

Таким образом, у больных хроническим простатитом имеет место нарушение суточного профиля АД, преимущественно в виде недостаточного ночного снижения систолического и/или диастолического АД и лабильной ночной систолической артериальной гипертензии. Наиболее часто нарушение функции расслабления левого желудочка регистрируется у больных нон-дипперов и больных с лабильной ночной систоли-

ческой артериальной гипертензией. У больных с патологическим профилем артериального давления чаще увеличена масса миокарда левого желудочка и толщина задней стенки, что сопровождается ухудшением диастолической функции левого желудочка. Изменения суточного профиля АД, сопровождающиеся нарушением кардиогемодинамических показателей, возможно, могут ухудшать сердечно-сосудистый прогноз у больных хроническим простатитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А.М. Лекции по неврологии неспецифических систем мозга. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 112 с.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. – М.: МИА, 2003. – 752 с.
3. Говорин А.В. Некоронарогенные поражения миокарда. – Новосибирск: Наука, 2010. – 231 с.
4. Голубчиков В.А., Родоман В.Е., Ситников Н.В. и др. Патогенетическое обоснование сочетанного применения физических факторов в комплексном лечении больных хроническими простатитами // Урология. – 2001. – №4. – С.15-21.
5. Искендеров Б.Г., Вакина Т.Н., Шутков А.М. Структурно-функциональные изменения сердца и содержания половых гормонов у мужчин с половой дисфункцией // Клиническая медицина. – 2004. – №4. – С.43-45.
6. Ларева Н.В., Говорин А.В. Сердечно-сосудистые нарушения в постменопаузе: патогенез, особенности клинического течения. – Чита: ИИЦ ЧГМА, 2008. – 100 с.
7. Мартынов А.И. и др. Гипертрофия миокарда левого желудочка при артериальной гипертензии: клиническое значение, диагностика, влияние антигипертензивных препаратов // Клиническая медицина. – 2000. – №10. – С.10-17.
8. Чазова И.Е., Дмитриев В.В., Толпыгина С.Н. и др. Структурно-функциональные изменения миокарда при ар-

териальной гипертонии и их прогностическое значение // Тер. архив. – 2001. – №9. – С.50-56.

9. Чеботарев В.В., Кулагина Л.М. Диагностика хронического уретрогенного простатита // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1992. – №7. – С.62-64.

10. Щетинин В.В., Зотов Е.А. Простатит. – М.: Медицина, 2003. – 488 с.

11. Berghuis J.P. Psychological and physical factors involved in chronic idiopathic prostatitis // J. Psychosom. Res. – 1996.

12. Dodt C., et al. Plasma epinephrine and norepinephrine concentrations of healthy humans associated with night-time sleep and morning arousal // Hypertension. – 1997. – Vol. 30. – P.71-76.

13. Egan K.J., Krieger J.N. Psychological factors in chronic painful prostatitis syndrome // Clin. J. Pain. – 1994. – Vol. 10. – P.218-225.

14. Luzzi G., O'Leary M. Chronic pelvic pain syndrome // Br Med J. – 1999. – Vol. 318. – P.1227-1228.

15. McNaughton-Collins M., Stafford R.S., et al. How common is prostatitis? A national survey of physician visits // J. Urol. – 1998. – Vol. 159. – P.1224-1228.

16. O'Brien E., Asmar R., Beilin L., et al. Practice guidelines of the European Society of Hypertension for clinic, ambulatory and self blood pressure measurement // Hypertension. – 2005. – Vol. 23. – P.697-701.

Информация об авторах: 672027, Забайкальский край, г.Чита, ул. Горького, ЧГМА, e-mail: zaycevdn@mail.ru,

Зайцев Дмитрий Николаевич – ассистент, к.м.н.; Говорин Анатолий Васильевич – заведующий кафедрой, профессор, д.м.н., e-mail: pochta@medacadem.chita.ru; Чистякова Марина Владимировна – врач функциональной диагностики, к.м.н.; Чередник Алексей Владимирович – заведующий отделением.

© АЮШИНОВА Н.И., ШУРЫГИНА И.А., ШУРЫГИН М.Г., ЛЕПЕХОВА С.А., БАЛЫКИНА А.В., МАЛГАТАЕВА Е.Р., ПОПОВА А.Д., ЯНКЕЛЕВИЧ С.А. – 2012
УДК 616.381-007.274-092.9

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ СПОСОБОВ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Наталья Ильинична Аюшинова^{1,2}, Ирина Александровна Шурыгина¹, Михаил Геннадьевич Шурыгин¹, Светлана Александровна Лепехова¹, Анастасия Викторовна Балыкина³, Екатерина Робертовна Малгатаева³, Анна Дмитриевна Попова³, Сергей Алексеевич Янкелевич³

(¹Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН, директор – член-корр. РАМН, д.м.н., проф. Е.Г. Григорьев; ²Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра семейной медицины, зав. – д.м.н., проф. Л.В. Меньшикова;

³Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов)

Резюме. Предложена оригинальная экспериментальная модель спаечного процесса в брюшной полости, обладающая хорошей воспроизводимостью результатов и наиболее приближенная к клинической хирургии. Способ моделирования спаечного процесса включает вскрытие серозно-мышечного слоя слепой кишки с последующим ушиванием раны непрерывным вворачивающимся швом в сочетании со скарификацией париетальной брюшины правого бокового канала. Разработана макроскопическая шкала оценки спаечного процесса.

Ключевые слова: спайки, брюшная полость, экспериментальная модель.

EXPERIMENTAL MODEL FOR DEVELOPING OF WAYS TO PREVENT ADHESIONS IN THE ABDOMINAL CAVITY

N.I. Ayushinova^{1,2}, I.A. Shurygina¹, M.G. Shurygin¹, A.V. Balykina³, E.R. Malgataeva³, A.D. Popova³, S.A. Yankelevich³
(¹Scientific Center of Reconstructive and Restorative Surgery SB RAMS; ²Irkutsk state Academy for postgraduate Medical Education; ³Irkutsk State Medical University)

Summary. A new experimental model of adhesions in the abdominal cavity is most close to clinical surgery. The process of modeling adhesion included opening sero-muscular layer of the cecum followed by suturing the wound with continuously screwed suture in combination with scarification of parietal peritoneum of the right side of the channel. We have developed scale macroscopic assessment of degree of abdominal adhesion.

Key words: adhesions, abdominal cavity, experimental model.