

Для обеспечения хорошего доступа к нерву перевязывают и прижигают мелкие артериальные и венозные веточки, проходящие над нервом. Выделяют и берут на держалки находящиеся в тарзальном канале заднюю большеберцовую артерию с одноименными венами и большеберцовый нерв. Последний выделяют на протяжении 10 см. В дистальном направлении уровень выделения — переход нерва на подошвенную поверхность стопы. Большеберцовый нерв и его ответвления берут на эластические держалки. Применение средств оптического увеличения значительно повышает безопасность дальнейших манипуляций. Устанавливают локализацию артерии, питающей большеберцовый нерв, и на противоположной стороне от ее расположения проводят продольное рассечение эпинеуральной оболочки на всем протяжении тарзального канала.

После чего края эпинеуральной оболочки отслаивают не более чем на 1/2 окружности большеберцового нерва, визуализируют основные внутривольные нервные пучки. Далее микрохирургическими ножницами рассекают внутривольный эпинеурий, окружающий латеральный и медиальный подошвенные нервы. Рассечение проводят от здоровой части нерва к поврежденной. Для определения границ зоны рубцовых изменений вводят субэпинеурально раствор 2% лидокаина (гидропрепаровка нерва), свободное распространение которого прекращается при наличии субэпинеуральных рубцовых сращений.

После удаления эластических держалок осуществляют тщательный гемостаз, накладывают кожные швы, фасцию не ушивают.

В послеоперационном периоде достоверно снижалось количество парестезий, увеличивалась чувствительность на стопе (вибрационная, температурная, тактильная, болевая), а также улучшались параметры электронной миографии. Таким образом, предлагаемый способ позволяет провести эффективное лечение пациентов с нейропатической формой синдрома диабетической стопы с тарзальным тоннельным синдромом. Для профилактики деструктивных нарушений на стопе предлагаемый способ может быть использован и у пациентов с тяжелой нейропатией, сопровождающейся клиникой тарзального тоннельного синдрома.

М.Ю. Итыгилов, С.А. Чукаев, Л.Д. Дымшеева

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФТОРОТАНА

*ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)
Институт общей и экспериментальной биологии Бурятского научного центра СО РАН (Улан-Удэ)*

За последние несколько лет в России отмечается рост количества расширенных радикальных хирургических вмешательств. Более чем в три раза увеличилось количество операций с использованием высоких технологий (Бокерия Л.А., 2006). Большая часть из них проводится в условиях общей анестезии (Бунятян А.А., 2004). Растет доля анестезий с применением ингаляционных анестетиков, Федерацией анестезиологов-реаниматологов России провозглашено «возрождение» ингаляционной анестезии. В ряду ингаляционных анестетиков одно из ведущих мест занимает галогенсодержащий анестетик фторотан. Это обусловлено такими его характеристиками, как мощная наркотическая активность, умеренный мио-плегический эффект, быстрая индукция и быстрое пробуждение, отсутствие раздражения дыхательных путей (Бунятян А.А., 1998). Кроме этого, среди других галогенсодержащих анестетиков фторотан имеет самую низкую стоимость.

Но все же после выполнения длительных операций не удается избежать отрицательного воздействия операционного стресса и анестетиков. Компенсаторные механизмы организма часто оказываются несостоятельными, что может проявиться увеличением частоты анестезиологических осложнений (Делингер Дж.К., 1985, Гаврилов С.В., 2005). Проблема безопасности применения анестетиков для пациентов, а в случае с ингаляционными анестетиками — и для медицинского персонала, остается в настоящее время актуальной и активно обсуждаемой. (Буеверов А.О., Богданов А.А., Острейков И.Ф., Васильев Я.И., Давыдов В.В., Мизиков В.М., Еременко В.Г., Синьков С.В., Овчинников И.В., Fujisato M., Ohwada T., D'Eramo C., Ebert T.J., Hughes H.M., Gorge I.M. и др.).

Отрицательное воздействие средств для анестезии, в том числе, затрагивает высшие функции центральной нервной системы. В отношении фторотана, как и других галогенсодержащих анестетиков, является доказанным угнетение когнитивных функций, наблюдаемое в послеоперационном периоде. Эти наблюдения подтверждаются как в экспериментальных, так и в клинических исследованиях. Установлена нейротоксичность фторотана на животных разного возраста, приводящая к когнитивным расстройствам (Culley D.J. et al., 2007). Исследования, проведенные на добровольцах, показали, что присутствие только остаточных концентраций летучих анестетиков во вдыхаемом воздухе без воздействия других факторов вызывает заметные изменения в ЦНС: значительное снижение двигательной реакции, ориентации,

способности концентрировать внимание, появление сонливости и др. (Bruce D., Bach M., 1976). В США исследования, инициированные Food and Drug Administration (FDA), указывают на наличие нейродегенеративных изменений при применении галогенсодержащих анестетиков, наиболее выраженных в развивающемся головном мозге, в связи с чем вводятся некоторые ограничения их применения у детей до 7 лет (Mellon R.D. et al., 2007).

В этих условиях существует объективная необходимость изыскания средства для коррекции побочных эффектов анестетиков, обладающего ноотропной фармакотерапевтической активностью и высокой степенью безопасности. С учетом того факта, что уже доказана высокая эффективность и низкая токсичность препаратов природного происхождения, по сравнению с синтетическими (Баторова С.М., 1989; Николаев С.М., 1998, 2004), по нашему мнению, они являются перспективными в решении указанной задачи. При этом представляется возможным применение уже разработанных прописей, таких, как «Полиноофит», разработанной в отделе тибетской медицины Института общей и экспериментальной биологии Бурятского научного центра СО РАН. В состав экстракта входят корни шлемника байкальского (*Scutellaria baikalensis Georgi*), пиона уклоняющегося (*Paeonia anomala L.*) и кровохлебки аптечной, (*Sanuisorba officinalis L.*), трава сушеницы топяной (*Gnaphalium uliginosum L.*) и горца птичьего (*Polygonum aviculare L.*), побеги пятилистника кустарникового (*Pentaphylloides fruticosa L.*) О. Shwartz) и плоды шиповника (*Rosa L. Spp*) (Дымшеева Л.Д., 2006).

При разработке указанного фитопрепарата получены данные, свидетельствующие о наличии у него ноотропного эффекта. Курсовое введение препарата улучшает когнитивные функции у животных, что выражается в повышении эффективности и объема поисково-исследовательских движений, ускорении выработки условных рефлексов, упрочении памятного следа после обучения. Экстракт снижает амнезирующее влияние агрессивных факторов: этанола, электрошока, различных видов гипоксии. Курсовое введение «Полиноофита» в экспериментальных объемах оказывает выраженное нейропротекторное действие на фоне острой гипобарической гипоксии, что выражается в увеличении продолжительности жизни, нормализации морфофункционального состояния головного мозга. Также данный экстракт оказывает церебропротекторное действие при острой ишемии головного мозга. Эффекты «Полиноофита» в большинстве случаев сопоставимы, а в ряде случаев превосходят эффекты пирацетама.

LD50 данного экстракта при внутрибрюшинном введении у белых крыс составляет 22 мл/кг, а при внутрижелудочном введении — 31 мл/кг, что соответствует аналогичным показателям 40% спиртового раствора, входящего в состав готовой лекарственной формы. Таким образом, экстракт «Полиноофит» можно отнести к группе практически нетоксичных веществ.

Сопоставляя освещенные побочные эффекты анестетика фторотан и доказанную ноотропную активность многокомпонентного фитоекстракта «Полиноофит», с учетом его низкой токсичности можно считать актуальной задачей проведение углубленных исследований, направленных на изучение возможности его применения для коррекции негативного воздействия фторотана на функции центральной нервной системы.

**Е.А. Качина, С.В. Куликов, О.Г. Новокрещенных, О.А. Шабатина, А.П. Плеханов,
А.И. Товаршинов**

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

Цель исследования: проанализировать эффективность принципов и методов лечения трофических язв, оценить качество лечения этими методами, а также их преимущества и недостатки.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Лечение трофических язв сегодня настолько же сложно, как и 200 лет назад, поскольку не до конца изучен их патогенез, велико число рецидивов, а в клинику не внедрены эффективные методы. Стандартные методы мало результативны, поэтому лечение длительное и дорогостоящее.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проводилось исследование на кафедре факультетской хирургии в Отделенческой клинической больнице на станции г. Улан-Удэ. Были проанализированы истории болезней в период с 2000 по 2007 гг. Установлено, что данным заболеванием чаще страдают лица старческого и пожилого возраста, чем зрелого; большинством заболевших являются лица женского пола; среди больных нередки случаи рецидивов, даже спустя несколько лет.