

¹R.A.Kuuz, ¹M.A.Ronkin, ²G.I.Firsov**COMPUTER STABILOMETRY IN THE TASKS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF THE DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM**¹Laboratory of Electro-physiological Research of Moscow Medical Academy²Mechanical Engineering Research Institute, Academy of Science
Moscow, Russia

For some neurology of diseases the high degree coherence of fluctuations in sagittal and frontal directions in sufficient wide ranges of frequencies is marked, that testifies to presence of strong linear inertial statistical communication of fluctuations in sagittal and frontal directions and can be explained or existence of a homogeneous powerful source of fluctuations in CNS, or synchronization of fluctuations on both directions.

© С.Э.Мамараджабов, 2006.

С.Э.Мамараджабов**ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ***Кафедра факультетской и госпитальной хирургии Самаркандского медицинского института Самарканд, Узбекистан***Ключевые слова:** хирургия, эхинококкоз, печень
E-mail: msobir11@mail.ru

Во всем мире за последние годы существенно пересматривается значимость паразитарных заболеваний, наблюдается тенденция к увеличению эхинококкоза. Так, при ВОЗ организован центр сотрудничества по Предотвращению и Лечению Эхинококка Человека.

Заболевание сегодня получает все большее распространение не только в нашей Республике. Еще до недавнего времени эхинококкоз считался эндемическим заболеванием в районах Средней Азии, юга России, Закавказья, Австралии, Южной и Северной Америки, а сейчас, учитывая низкий статус иммунной реактивности организма, влияние неблагоприятных факторов внешней среды, заболевание уверенно шагает по Западной и восточной Европе. Так, в России по данным Госсанэпиднадзора МЗ РФ за 2001 год зарегистрировано 750 случаев эхинококкоза (т.е. 1 случаев эхинококкоза на 200 000 тыс. населения).

Как известно, основным методом лечения эхинококкоза печени является хирургический. В тоже время всем нам известны недостатки традиционного лечения этого заболевания: травматизация при выполнении оперативного доступа, поздняя активизация, длительное и частое обезбоживание, продолжительный госпитальный период, длительный реабилитационный период, косметические дефекты.

Развитие же эндоскопической хирургии и ее применение в лечении эхинококкоза печени заставляет пересмотреть ряд позиций в лечении этого заболевания.

Целью исследования явилось разработка малоинвазивных вмешательств при эхинококкозе печени.

В клинике в 2000-2004 г.г. прооперированы 234 пациента с эхинококкозом печени. Возраст больных варьировался от 15 до 65 лет, 2/3 составляли больные женского пола. Из 234 оперированных больных у 9 (3,84%) произведено лапароскопическое удаление эхинококковых кист, удаление кист через минилапаротомию – у 63 (29,9%) пациентов. 162 (69,23%) больным эхинококкэктомия из печени проведена из лпаротомного доступа.

Нашими исследованиями выявлено, что при неосложненных, одиночных эхинококковых кистах печени в диаметре до 5 см, при локализации их в III,IV,V и частично II,VI сегментах печени, а также при эхинококковых кистах

1,2 типа по данным УЗИ (по Гарби) возможно проведение лапароскопической эхинококкэктомии. Одиночные кисты с диаметром 15 см, с локализацией кист во II, III, IV,V и частично VI сегментах печени могут быть удалены через минилапаротомный доступ.

Множественный эхинококкоз печени, рецидив заболевания или перенесенная лапаротомия, наличие осложнений, локализация кист в труднодоступных сегментах печени и большие размеры кист являются показанием к эхинококкэктомии через широкий лапаротомный доступ с использованием ретрактора Сигала.

Только у 9 (3,84%) больных произведена лапароскопическая эхинококкэктомия из печени. Конверсия проведена в 6 (66,6%) случаях с переходом на минилапаротомию. Послеоперационные осложнения наблюдались у 3 (33,3%) больных: желчный свищ – 1, остаточная полость – 2. Длительность послеоперационного реабилитационного периода составила 4,5±1,5 дня. Технические трудности, связанные с удалением хитиновой оболочки и других включений, препятствовали широкому применению этой операции.

Проведение эхинококкэктомии через минилапаротомный доступ требует определенных навыков хирурга, использования малого ранорасширителя и инструментов с длинными браншами. При выполнении минилапаротомии нами использован инструмент «Мини-ассист» фирмы «САН». 63 (26,9%) больным эхинококкэктомия из печени произведена через минилапаротомный доступ. Несомненным преимуществом этой операции является возможность визуального контроля и яркое освещение со стороны брюшной полости. Техническая простота операции в сравнении с чисто лапароскопической эхинококкэктомией позволили нам шире применять эту операцию. Недостатком этого вмешательства является невозможность его выполнения при локализации эхинококковых кист в труднодоступных сегментах печени. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Пребывание больных в стационаре после операции составило 5,8±1,4 дня. Всем больным в послеоперационном периоде проводили химиотерапию. Рецидивов не выявлено.

S.E.Mamarajabov

POSSIBILITY OF MINIINVASIVE SURGERY IN TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS*Samarkand Medical Institute
Uzbekistan*

Minimal invasive surgery makes it possible to lower operations traumatism, the rate and severity of complications. Clinical material is presented by 234 patients with echinococcosis of liver at 15 to 62 years of age, of them 2/3 females. Laparoscopic echinococectomy from the liver had been performed to 9 patients, the evidence of this operation was presented by non-complicated echinococcus cysts 5 sm in diameter without inclusions, located in III,IV,V and partial II, VI segments of liver. Contraindications to miniinvasive treatment were operations performed on the upper floor of abdominal cavity, cysts of large size, presence of inclusions inside the cyst, localization of cyst in VII,VIII segments of liver.

Liver echinococectomy through minilaparotomy was performed in 63 patients using by instruments of "Mini-assist". 169 patients were performed liver echinococectomy from the laparotomic interventions.

We did not mark intra and post operative complications while performing laparoscopic echinococectomy and echinococectomy from minilaparotomic intervention. In 6 observations in performing laparoscopic echinococectomy there was required a change to minilaparotomy.

The patients stay in the hospital after laparoscopic echinococectomy was $4,5 \pm 1,5$ days, after minilaparotomy $5,8 \pm 1,4$ days. In the group of patients with echinococectomy from liver performed from laparotomic intervention there were postoperative complications in 3,33 % patients. There were no lethal cases.

© А.В.Мамошин, 2006.

А.В.Мамошин**ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА***Орловская областная клиническая больница
Орел, Россия***Аннотация**

Представлен опыт применения цветного доплеровского картирования и энергетической доплерографии у 49 человек (38 мужчин и 11 женщин в возрасте от 22 до 77 лет) при подозрении на деструктивный панкреатит, с последующей прицельной пункцией этого сегмента под УЗ-контролем. За основу использована оригинальная методика со сравнительной оценкой количества доплеровских сигналов в толще железы и на её поверхности при мысленном разделении поджелудочной железы на одинаковые по площади сегменты. Используемый нами способ выявления зон некроза в области поджелудочной железы обладает высокой специфичностью, служит четким критерием для локализации зоны забора тканевого материала во время последующей тонкоигольной пункции железы под УЗ-контролем. Это ведет к своевременной диагностике деструктивного панкреатита, адекватному изменению лечебной тактики и улучшению результатов лечения данной категории больных. Чувствительность, специфичность и диагностическая эффективность доплерографического исследования в работе составила соответственно 85,47%, 90,4% и 89,6%.

Ключевые слова: ультразвуковая томография, пункционно - аспирационная биопсия, острый панкреатит

E-mail: dr.mamoshin@mail.ru

При подозрении на острый деструктивный панкреатит (ОДП) и с целью обнаружения некроза паренхимы поджелудочной железы (ПЖ) выполняют УЗ-исследование, при котором выявляют участки деструкции железы и проводят мультифокальную пункционно-аспирационную биопсию для подтверждения диагноза [1]. Недостатком способа является то, что критерием обоснования выбора зоны в ПЖ для забора тканевого материала является УЗ - диагностика в В - режиме. При этом УЗ - исследования имеют недостаточную диагностическую точность для выявления зон некроза из-за неспецифичности УЗ - изображения участков деструкции и отёчно-воспалительных изменений. Значительно возросшие возможности ультразвуковой томографии (УЗТ) с привлечением доплеровских методик исследования кровотока в крупных и мелких, в том числе паренхиматозных, сосудах позволяют расширить область применения эхографии и обратиться к исследованиям нарушений гемодинамики на органном уровне [2, 3, 4, 5].

После выявления патологии ПЖ при серошкальном исследовании по общепринятой методике 49 пациентам с различными формами ОДП выполнена УЗТ с использованием цветного доплеровского картирования (ЦДК) и энергетического доплера (ЭД). Производилось исследование гемодинамики панкреатической области со сравнительной оценкой количества доплеровских сигналов в толще желе-

зы и на её поверхности, определением абсолютных и относительных показателей гемодинамики.

УЗТ интерстициально-отечной формы ОДП в режиме дуплексного сканирования характеризовалась усилением васкуляризации паренхимы с той или иной степенью выраженности во всех отделах ПЖ. Наблюдалось достоверное увеличение линейных скоростей кровотока. В некротическую стадию ферментативной фазы острого деструктивного панкреатита отмечалось более выраженное усиление кровотока на поверхности и в толще железы в виде увеличения количества цветочных сигналов. Кроме того, наблюдалась деформация паренхиматозного сосудистого рисунка в зоне выраженного воспаления, появление артерио-венозного шунтирования в паренхиме ПЖ. При прогрессировании патологического процесса отмечалось достоверное постепенное снижение значений линейных показателей и индексов интрапанкреатических сосудов.

Инфильтративно-некротический форма ОДП в реактивную фазу характеризовалась снижением количества доплеровских сигналов с паренхимы железы, выраженной деформацией сосудистого рисунка и признаками артерио-венозного шунтирования в паренхиме ПЖ. Линейная скорость кровотока не определялась в интрапанкреатических сосудах и снижалась окружающих железу сосудах.

При асептическом варианте течения фазы секвестрации