Ўзбекистон Республикаси Соғликни сақлаш вазирлиги
Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Ўзбекистон хирургияси

Илмий – амалий журнал

1999 йилда ташкил этилган

Хирургия *Узбекистана*

Научно– практический журнал

Основан в 1999 году

Главный редактор
Ф.Г. НАЗЫРОВ

Редакционная коллегия:
В.Е. Аваков, М.Д. Азизов, Х.А. Акилов, М.М. Алиев, А.В. Алимов, Д.Л. Арустамов,
А.В. Девятов (ответ.секретарь), Ю.И. Калиш (зам.главн.редактора), М.Х. Кариев, Ш.И. Каримов,
С.Н. Наврузов, З.М. Низамходжаев (ответ.секретарь), А.С. Сулейманов,Б.З. Турсунов, А.М. Хаджибаев

Учредитель – Научный центр хирургии им.акад. В.Вахидова МЗ РУз

2002, №1

тики и лечения, которыми они овладели в центре и внедрили в работу своих учреждений. Анализ полученных данных позволяет постоянно улучшать систему последипломного образования, созданную в РНЦХ РАМН, и способствует широкому внедрению достижений науки в практическое здравоохранение.

Р.А.Садыков,
Л.В.Досмухамедова

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ГЕМАНГИОМ С ПОМОЩЬЮ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ЛАЗЕРОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Научный центр хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ РУз

Изучение свойств оптических квантовых генераторов расширяет область их применения и в медицине.

Применяемое в хирургии высокоэнергетическое лазерное излучение позволяет проводить резку, вапоризацию, коагуляцию тканей без кровотечения и в асептических условиях [3]. Малый диаметр светового пятна позволяет более точно воздействовать на патологический очаг, не повреждая окружающие ткани даже при сложной анатомической локализации образования. Действие на ткань у различных лазеров неодинаковое. В то же время, изменяя мощность, продолжительность и режим генерации одного и того же лазера, можно получить ряд биологических эффектов: от гипертермии до необратимых изменений в клетке.

Изучаются возможности аргонового, углекислотного и YAG-Nd лазеров в коагуляции гемангиом. Излучение зеленого спектра аргонового лазера поглащается оксигемоглобином, вызывая агглютинацию эритроцитов в сосудах дермы [4,6,9]. При этом повреждение кожи и периваскулярных структур минимально. Инфракрасные волны углекислотного лазера поглощаются водой и применяются для неспецифичной коагуляции и испарения образований, возвышающихся над поверхностью кожи и слизистой [1,7]. Наибольшей глубиной деструкции ткани обладают лучи YAG-Nd лазера. Воздействие этого диапазона излучения малоспецефично, хотя в основном оно поглощается хромофорами. Лазер нашел применение в коагуляции кавернозных и других глубоких форм гемангиом на конечностях и ягодицах [5].

Таблица 1.

Распределение детей по возрасту.

№	Возрастные периоды	Кол-во детей	%
1	Новорожденность	5	6,7
2	Грудной	14	18,7
3	Преддошкольный	7	9,3
4	Дошкольный	16	21,3
5	Младший школьный	13	17,3
6	Старший школьный	20	26,7
	Всего	75	100

С 1998 года изучено 75 больных в возрасте до 14 лет с различными формами поверхностных гемангиом.

Превалирующее большинство из них составили девочки – 77,3%, причем в 57,3% случаев образование локализовывалось на лице, причиняя косметический ущерб.

Из анамнеза этих больных важно выделить то, что в 94,7% случаев появление образования отмечали с рождения в виде “точечки”, “пятнышка”, “бугорка” всегда меньшего размера в сравнении с имеющимся. Все дети до обращения лечения не получали, часть их находилась на диспансерном наблюдении в поликлинике по месту жительства и в онкодиспансере. Среди обратившихся преобладают дети старшего возраста, а число новорожденных минимально (таблица 1). Это можно объяснить ожидательной тактикой при динамическом наблюдении в расчете на спонтанную регрессию, отсутствием грубых функциональных нарушений.

Диагностика поверхностных форм гемангиом не представляет трудности для хирурга. Информативным является локальный осмотр: оцениваются размеры, форма, цвет, характер поверхности, наличие пульсации и локальной гипертермии. При осмотре определяется вовлечение в патологический процесс близлежащих органов, определяется их функциональное состояние.

Для обследования больным проведен общий анализ крови с определением количества тромбоцитов и времени свертывания крови. Некоторым больным проведено ультразвуковое обследование для определения глубины поражения и связи образования с подлежа-

Таблица 2.

Распределение пациентов по локализации видов поверхностных гемангиом.

№	Вид гемангиомы	Анатомическая локализация									
		лицо	шея	грудь	живот	спина	в/к	н/к	пол. орг.	всего	%
1	Пятнистая	23	5	-	2	1	2	2	3	38	37,3
2	Звездчатая	6	3	5	-	-	-	1	-	15	14,7
3	Гипертрофическая	12	3	-	5	2	6	8	-	36	35,3
4	Авернозная	1	-	-	-	-	3	1	-	5	4,9
5	Рацемозная	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
6	Смешанная	5	-	-	-	-	2	-	1	8	7,8

щими тканями.

Из множества классификаций для работы выбрана анатомо-онкологическая классификация А.Ю. Соловко 1965 г. Согласно ей поверхностные гемангиомы прорастают кожу, слизистую, кожу с подкожной клетчаткой и слизистую с подслизистым слоем и проявляются в шести видах [2]. В таблице 2 приведено распределение изученных пациентов по локализации различных видов поверхностных гемангиом.

Для удобства все гемангиомы были подразделены на две группы. Первая группа – гемангиомы, возвышающиеся над поверхностью кожи – как правило, это гипертрофические и кавернозные формы. Вторая группа – плоские гемангиомы. Это различные пятна – сосудистые, плоские, "винные", "лососевые", неонатальные и паукообразные ангиомы. В исследовании не встретились больные с рацемозными формами гемангиом.

Для лечения первой группы больных было применено излучение углекислотного лазера в расфокусированном режиме с плотностью мощности 0,009 кВт/мм^2. В большинстве случаев проведено по одному сеансу облучения. В 12 % случаев после отпадения струпа отмечались единичные внутрикожные участки по 0,2 – 0,4 см^2 в виде плоских пятнышек. Лечение их проводилось уже как пациентам второй группы. В первую группу вошли также больные с кавернозными формами гемангиом. В случае локализации их на конечностях, ягодицах применялся YAG-Nd лазер мощностью до 3 - 5 Вт. Заживление послеоперационных ран у больных первой группы происходило под коагуляционным струпом. Корочка обрабатывалась ежедневно растворами бриллиантовой зелени, марганцевокислого калия, 70^o спирта. В случаях локализации раны на сгибательных поверхностях, в естественных складках кожи, во избежание мацерации накладывалась асептическая повязка. Отпадение корочки наблюдалось на 12 – 15 день на лице и шее, на 18 – 21 день на нижних конечностях и промежности. Косметический эффект оценивался удовлетворительно, на коже оставался нежный рубчик, не выделяющийся на фоне кожи.

Для лазерокоагуляции пятнистых и звездчатых плоских форм эффективным оказался аргоновый лазер мощностью 3 – 5 Вт. Вначале больным проводился "пробный" сеанс коагуляции участка около 1 см^2, причем, детям школьного возраста в основном без применения анестезии. В момент коагуляции расширенные капилляры тромбируются и облитерируются, при этом эпидермис в процесс не вовлекается. Наложение повязок этот метод лечения не требует. Как правило, у детей 3 –12 лет за 2 – 3 сеанса с перерывами в 3 – 5 недель можно добиться хорошего косметического эффекта. Тогда как у новорожденных и детей грудного возраста достаточно однократной коагуляции ввиду малых размеров образования и высоких репаративных свойств кожи. Форсированный подход к лечению может привести к грубому рубцеванию [8].

Клинические результаты

На рисунке 1 - двухмесячная девочка с простой гипертрофической гемангиомой левой половины лица. Проведен сеанс лазерокоагуляции образования углекислотным лазером в расфокусированном режиме мощностью 20 Вт. На рисунке 2- этот же ребенок через месяц после первого сеанса лечения.



рис 1



рис 2

На рисунке 3 – Больная Г., 30 лет. С рождения имеет бурое пятно в правой щечной области, размеры и цвет которого не изменялись с возрастом.

Однократная лазерокоагуляция пятнистой гемангиомы аргоновым лазером без анестезии дала хороший косметический результат (рис 4).



рис3



рис4

Исследование показало, что лечение гемангиом покровов необходимо проводить в грудном возрасте, когда гемангиомы имеют меньшие размеры, репаративные процессы кожи и слизистой высоки и не развились местные и функциональные осложнения.

Точное воздействие лазерного луча на патологический очаг даже при сложной анатомической локализации определяют получение хороших косметических результатов.

В лечении гипертрофических и кавернозных форм гемангиом лучшие результаты получены при использовании излучения углекислотного и YAG-Nd лазеров.

Хорошие косметические результаты получены в коагуляции плоских форм гемангиом аргоновым лазером.

Литература

1.Алимпиев С.С., Горбатова Н.Е. Опыт применения лазерого излучения для лечения пигментной патологии у детей //Труды 8-го международного конгресса европейской медицинской лазерной ассоциации и 1-го Российского конгресса медицинской лазерной ассоциации. Москва, 2001, с.168.

2.Соловко А.Ю., Воронцов И.М. Гемангиомы. Киев, Здоров'я,1980, с.91.

3.Шафранов В.В., Буторин А. Лечение гемангиом у детей. Врач. 1996, №9, с.17-18.

4.Glassberg E., Lask G.P. et al. Cellular effects of the pulsed tunable dye laser at 577 nm of human endothelial cells, fibroblast and erytrocytes: An in vitro study. Laser Surg Med. 1988; 8: 567-572.

5.Hoffman W.L., Anvari B. et al: Cryogen spray cooling during Nd:YAG laser treatment of hemangiomas. Dermatol Surg 1997; 23 (8): 635 - 41.

6.Janai A., Fukuda O. et al: Argon laser therapy of port wine stains: effects and limitations. Plast Reconstr Surg 1985; 75: 520-527.

7.Lanigan S.W., Cotterill J. A.: The treatment of port wine stains with the carbon dioxide laser. British Journal of Dermatology 1990; 123: 229-235.

8.Pasyk K. Classification and clinical and histopathological features of hemangiomas and other vascular malformation. Vascular Birthmarks. 1987. P.1-54.

9.Waldschmidt J. Technique and results of Nd: YAG laser using. // Труды 8-го международного конгресса европейской медицинской лазерной ассоциации и 1-го Российского конгресса медицинской лазерной ассоциации. Москва, 2001, с. 114

Р.З.Чориев,
А.А.Буриев,
Г.Джумаев,
А.М.Холбаев

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ АРИДНОЙ ЗОНЫ

Сурхандарьинский филиал ГНЦЭМП, областная больница №1 г. Термез

Эхинококкоз – тяжелое паразитарное заболевание, распространенное в районах развитого животноводства.

Эхинококкоз легкого (ЭЛ) по частоте занимает второе место после поражения печени и по нашим данным составляет 34%.

Встречаемость легочной локализации эхинококкоза может зависеть также от региональных особенностей, а клинические проявления от метеорологических условий. Для поддержания гомеостаза в

ГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ 59

Ю.И.Калиш, Р.Ш. Юлдашев , К.Х. Хатамов , Д.Г. Бурибаев
СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ЖЕНЩИН. 65

Н.З.Назарова, Н.В.Елецкая, Л.В.Гаманина
ГЛОМАНГИОМА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ 72

А.М.Хаджибаев, Б.А.Янгиев, А.М.Егитов
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА 74

Ш.Ш.Хамраев, Н.З.Назарова, Л.В.Гаманина
ВИДЫ КОЖНЫХ ПЛАСТИК 78

ОБМЕН ОПЫТОМ

К.Б. Бабаджанов, Х.А.Абдумаджидов, Ф.Ф. Тураев, Р.А.Хорошаева, Г.Х.Шарафутдинова
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И РЕЗЕРВОВ СИСТЕМЫ ТРАНСПОРТА КИСЛОРОДА У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНО-АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. 83

З.М. Низамходжаев, С.С. Ганиходжаев, Н.Ю. Саметдинов, Т. Абдалов
БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПИЩЕВОДЕ. 85

Ю.Я.Рабинович, И.Ю.Ложкевич
ОПЫТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ РОССИЙСКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ РАМН 86

Р.А.Садыков, Л.В.Досмухамедова
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ГЕМАНГИОМ С ПОМОЩЬЮ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ЛАЗЕРОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 88

Р.З.Чориев, А.А.Буриев, Г.Джумаев, А.М.Холбаев
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ АРИДНОЙ ЗОНЫ 90

З.Р. Янгибаев, З.Х. Қадиров, Д.Ю. Ботиров, Ш.Р. Эшметов, З.Қ. Шарипов, А.Х. Назаров
ҚОРИН ОҚ ЧИЗИҒИ ВА КИНДИК ЧУРРАЛАРИДА ЛАПАРОСКОП НАЗОРАТИ ОСТИДА ГЕРНИОПЛАСТИКАНИНГ ЯНГИ МОДИФИКАЦИЯЛАРИ. 91

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Ю.И.Калиш, Л.З.Аметов, Б.М.Мирзахмедов
МИКСОМА ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА, РАСПОЛОЖЕННОГО В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ 93