

В условиях хирургического отделения после обследования все 42 детей с диагнозом кокцигодения были оперированы.

Оперативное вмешательство проводилось под общим обезболиванием, больной в положении на боку с согнутыми в тазобедренных суставах обеих бедер, что улучшает рельефную анатомию крестцово-копчиковой области. После обработки операционного поля в проекции копчиковой кости продольно проводился разрез кожи и подкожной клетчатки длиной до 7 см (в зависимости от возраста и физического развития ребенка). Послойно обнажали копчиковую кость и в зоне повреждения острым путем рассекали и ретроградно последнюю удаляли. Послеоперационная рана обильно промывалась 3% раствором перекиси водорода, и после осушивания последнюю послойно ушивали. После обработки послеоперационной раны ставилась асептическая повязка.

В ближайшем послеоперационном периоде холод на рану.

Из всех больных болевой синдром исчез на второй день после оперативного вмешательства у 30, выписаны на амбулаторное лечение все дети без болевого синдрома.

При оперативном вмешательстве выявлено, что у всех больных женского пола имелись выраженные рубцовые перерождения в зоне перелома копчиковой кости, у мальчиков изменения умеренные.

Гистологически – рубцово измененные ткани в зоне повреждения копчиковой кости.

У всех больных леченых хирургическим способом кокцигодении имелось стойкое излечение – болевой синдром и жалоб на боли в области копчика больные не предъявляли.

Отдаленные результаты прослежены на глубину 5 лет, рецидива болевого синдрома не наблюдали.

Обсуждение результатов. Кокцигодения является следствием травматического разрушения копчиковой кости с последующим не сращением перелома а бурным развитием рубцовый ткани с вовлечением в процесс чувствительных нервных окончаний с клиникой постоянных болей в области копчика.

Диагностика проста – постоянная мучительная боль в области копчиковой кости. В анамнезе у всех больных травма копчиковой зоны, которой в остром периоде не придается должного значения. Рентгенологически – порочное положение копчиковой кости.

Выводы

1. Кокцигодения сложная патология с пограничным характером, что обязывает знать о ней нейрохирургу, травматологу-ортопеду, невропатологу, хирургу и другим специалистам.

2. Диагностика – болевой синдрома в области копчиковой кости и травма в анамнезе.

3. Рентгенологически у всех больных имеются признаки порочного положения копчиковой кости.

4. Лечение кокцигодении оперативное – удаление копчиковой кости.

5. Оперативное лечение технически не сложное и эффект положителен во всех случаях

6. Осложнений при хирургическом лечении больных с диагнозом застарелое повреждение копчиковой кости не наблюдали.

ПЕРСПЕКТИВЫ ВУЗОВСКОЙ НАУКИ В ОБЛАСТИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, РЕАНИМАТОЛОГИИ С ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИЕЙ

Кожевников В.А.

*ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России,
Алтайский край Первомайский район
пос. Солнечный, e-mail: garant.kajf@mail.ru*

Высшее учебное заведение отличается от среднего тем, что оно занимается научными исследованиями в области медицины, и особенно она значима на стыке наук, где рождаются открытия.

Наука – это прогресс, это двигатель цивилизации. Особенно она прослеживается в настоящее время в Космонавтике. Человек является творцом науки, но что бы им стать, нужно родиться, желательно здоровым ребенком, получить среднее образование, затем приобрести высшее по специальности. Речь будет идти о «молодой вузовской науке» детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии с интенсивной терапией АГМУ. Автор этой статьи с хирургическим стажем 48 лет, педагогическим 45, бывший кружковец закончивший целевую аспирантуру в 1970 г. по детской хирургии в клинике Академика Ю.Ф. Исакова (2-й МОЛГМИ им. Им. Н.И. Пирогова). По жизни участвовал в организации, становлении 2-х кафедр – детской хирургии и кафедры онкологии в АГМУ.

На становление кафедры дается до 10–15 лет, сюда включается организация учебного процесса на клинической базе, которая насчитывала бы до 150–200 коек, поликлиника с лабораторно-диагностическими возможностями. В клинике предусматривается создание монотематических учебных комнат для преподавателей и лекционный зал.

В предмет детской хирургии входят следующие дисциплины:

1. Неонатальная хирургия.
 2. Неотложная гнойная хирургия.
 3. Торакальная хирургия.
 4. Кардиохирургия.
 5. Детская онкология.
 6. Детская урология с андрологией.
 7. Детская ортопедия травматология.
 8. Детская анестезиология с реаниматологией.
- Важен вопрос подготовки кадров, высшей квалификации?

Он возможен через научные исследования в клинике с защитой кандидатских и докторских диссертаций с утверждением их в ВАКе.

Кандидатские выполняются в сроки от 3 до 5 лет, для докторских требуется время от 10 до 15 лет. Кафедра будет сильной, если по перечисленным выше дисциплинам сотрудниками будут выполняться диссертационные работы. Многое зависит от руководителя клиники, он должен быть в гуще всех событий, что делается в стране, мире по научным разработкам в данной дисциплине, акцентировать на обходах, в выступлениях на научных хирургических обществах в местной, центральной печати.

Руководитель должен быть хорошим оператором, стремиться к новациям к изобретательству, а отсюда и к новым подходам в диагностике и методам лечения. Обязан читать проблемные лекции для сотрудников и подрастающего поколения студентов, интернов, клинических ординаторов, аспирантов. Так, постепенно создается научная школа. Научный процесс на кафедре переплетается с лечебной работой, каждый сотрудник должен стремиться к освоению хирургических технологий, быть хорошим оператором в дальнейшем по жизни превзойти своего учителя, такова логика жизни.

В нашей стране в некоторых институтах имеются собственные клиники, но в большинстве своем арендуются у практического здравоохранения. Если бы меня спросили как лучше, то я бы ответил: «Лучше иметь институтские клиники».

В клинике серьезно должен быть поставлен вопрос к образованию научно студенческого кружка, ибо здесь зарождаются будущие ученые.

В Алтайском крае в 1990 году была проведена грандиозная по масштабам впервые в Сибири Всесоюзная научно-студенческая конференция по «Актуальным вопросам детской хирургии, анестезиологии с реаниматологией». Съехалось до 350 участников, в том числе 75 человек профессорско-преподавательского состава: в том числе с мировым именем Академики Ю.Ф. Исаков, С.Я. Долецкий, Э.А. Степанов и др. — они ведь тоже были кружковцами — учителем их был замечательный детский хирург, член — корреспондент АМН С.Д. Терновский, написавший собственноручно учебник для студентов, врачей по «Детской хирургии».

Резонанс от проведенной конференции был велик. Коллектив клиники детской хирургии, активно стал осваивать оперативные вмешательства при заболеваниях пищевода, воронкообразной деформации грудной клетки, урологических заболеваниях, детской онкологии. Создается лаборатория физико-хирургических методов лечения. Планируются кандидатские и докторские диссертации.

Период с 1987 г. и по настоящее время в России он является перестроечным. За этот период в клинике выполнено 5 докторских, 20 кандидатских диссертаций.

Сформировалась научная школа детских хирургов на Алтае, но появились и сложности о трудоустройстве докторов наук.

Что дала клиника детской хирургии здравоохранению на Алтае?

1. Сократила летальность от стафилококковой деструкции легких с 39 до 1–2% за десятилетие 1970–1980 г. (зав. каф. доц. И.Д. Жуков, асс. к.м.н. В.А. Кожевников, асс. В.И. Головкин, асс. В.В. Гейн)

2. Освоены обследования бронхолегочной патологии и оперативные вмешательства, разработаны и внедрены консервативные и оперативные методы лечения ожогов пищевода у детей. В конечном итоге создана детская торакальная хирургия.

3. Разрабатываются вопросы использования низких температур при доброкачественных образованиях и другой патологии у детей; создается лаборатория физико-хирургических методов лечения, а затем самостоятельный научно-практический медицинский центр «Гарант». Методика на ранних стадиях используется в лечении злокачественных образований кожи и с поллиативной целью при запущенных новообразованиях (1980–1990 г. (проф. В.А. Кожевников). Защищается докторская диссертация на тему: «Хирургическое лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний коленного сустава с использованием артроскопической криотехнологии» 2005 г. (к.м.н. Е.В. Кожевников).

4. Разрабатывается и внедряются в клинику новые методы диагностики и лечения атрезии пищевода у детей. Выживаемость у новорожденных составила 93,6% — (1990–2005 г. проф. В.А. Кожевников, Ю.В. Тен) это очень высокий процент, по этому разделу защищается док. диссертация Ю.В. Тен.

5. По разделу детская ортопедия и травматология защищена докторская диссертация А.А. Осиповым «Прогноз, профилактика и лечение келоидных рубцов и деформаций у детей» 2003 г.

6. Параллельно с детской хирургией научно развивается детская анестезиология, реаниматология, выполнена и защищена докторская диссертация А.Е. Завьялова на тему: «Коррекция синдрома системного воспалительного ответа на этапах хирургического лечения новорожденных с атрезией пищевода» 2006 г.

7. Разработаны новые подходы к «Профилактике и лечению рубцовых стенозов пищевода и желудка после химических ожогов у детей». Защищена докторская диссертация А.К. Смирновым 2009 г.

Стали докторами медицинских наук ранее выполнившие кандидатские диссертации в нашей клинике:

1. Т.А. Гассан работает в должности доцента РГМУ г. Москва.

2. А.Ф. Федоровский работает в должности профессора на кафедре лучевой диагностики с курсом эндоскопии ФПК и ППС АГМУ.

3. А.М. Королёва — д.м.н., работает на кафедре травматологии АГМУ.

Выполняя научную работу по кафедре детской хирургии в АГМУ сотрудниками за период 1987–2012 г. получено 18 патентов на изобретения. Это подтверждает значимость выполненных научных исследований в клинике детской хирургии АГМУ.

Перспективно на будущее развивается детская урология с андрологией, велика роль пренатальной УЗД диагностики, которая позволяет рано корректировать хирургический порок, за которым следует выздоровление ребёнка.

Детская онкология – это наукоёмкая дорогостоящая специальность. Заболеваемость 12–13 детей на 100 000 детского населения. Открыты современные научные центры по диагностике и лечению детей с онкологическими заболеваниями в г. Москве, г. Екатеринбурге, перспективная ранняя пренатальная УЗД компьютерная томографическая диагностика. В перспективе можно добиться до 80 % выздоровления детей.

Для Западной Сибири желателен такой центр построить в г. Барнауле, так как уже имеется филиал онкологического центра им. Н.Н. Блохина для взрослых больных, да и территория находилась под «влиянием» Семипалатинского полигона.

ВОЗРАСТНАЯ КАТАРАКТА: ПРИКЛАДНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Корсакова Н.В., Сергеева В.Е.

*ФГБОУ ВПО «Чувацкий государственный
университет имени И.Н. Ульянова», Чебоксары,
e-mail: korsnv@rambler.ru*

В последние десятилетия отмечается значительное повышение заболеваемости возрастной катарактой, которую относят к главным причинам слепоты в мире и рассматривают как «медико-социальную проблему государственной важности» (Либман Е.С. и др., 2010; Тахчиди Х.П. и др., 2010). Хирургическое лечение катаракты по-прежнему является основным. Без должного внимания остаются фундаментальные вопросы причин и механизмов формирования катаракты. Неоднократно доказано, что характер возрастных изменений вегетативной нервной системы раскрывает важные механизмы формирования многих возрастных заболеваний (Ажица Я.И., 1970; Аршавский И.А., 1967; Волкова О.В., 1978; Швалев В.Н. и др., 2003).

Цель исследования: изучить особенности вагосимпатического баланса вегетативной нервной системы пациентов с разными видами возрастной катаракты и предложить метод прогнозирования ее вида.

Материал и методы исследования. Проведено сплошное статистическое исследование 198 пациентов мужского и женского пола в возрасте старше 60 лет. При исследовании

пациентов применены: метод биомикроскопии переднего отрезка глаза, проба с реактивной гиперемией на коже предплечья, измерение уровня артериального давления и пульса, расчет вегетативного индекса Кердо, ретроспективный анализ данных амбулаторных карт. Статистическая достоверность результатов определена непараметрическим критерием Вилкоксона-Манна-Уитни. Сформированы две группы пациентов в зависимости от выявленного вида возрастной катаракты: пациенты, страдающие корковым (78 человек) и ядерным видом возрастной катаракты (120 человек).

Результаты исследования. Впервые обнаружено, что для пациентов с корковым видом возрастной катаракты характерно преобладание белого дермографизма (82,1 % обследованных лиц), гиперкинетического типа гемодинамики (84,5 %), вегетативный индекс Кердо в среднем равен $2,79 \pm 1,4$ ($P < 0,05$), имея у 83,3 % обследованных положительные значения; у пациентов с ядерным видом возрастной катаракты – преобладание красного дермографизма (93,3 %), гипокINETического типа гемодинамики (100 %), вегетативный индекс Кердо в среднем равен $-23,52 \pm 1,28$ ($P < 0,05$), имея во всех изученных случаях отрицательные значения. Ретроспективно доказано, что проявления возрастной инволюции различных отделов вегетативной нервной системы пациентов предшествуют возрастному помутнению хрусталика определенной локализации. Обнаружено, что формирование коркового вида возрастной катаракты происходит на фоне преобладающих эффектов симпатического отдела вегетативной нервной системы пациента, а ядерного вида – на фоне преобладающих парасимпатических эффектов.

Обсуждая полученные результаты, следует отметить, что начало инволютивных изменений симпатического отдела вегетативной нервной системы человека в норме происходит рано, в среднем в возрасте 35–40 лет. Компенсация этих процессов заключается в нарастании, согласно физиологическому закону Кеннона-Розенблюта, количества адрено-рецепторов в составе тканей организма (Швалев В.Н. и др., 1992, 2003). По мнению О.В. Волковой (1978), симпатическую нервную систему следует рассматривать в том числе как фактор, сдерживающий филогенетически древнюю способность клеток к митотическому размножению. Снятие же регулирующих влияний нервной системы приводит к нарушению скорости процесса дифференцировки, а также к изменению количества включаемых в этот процесс клеток. Следовательно, возможно не завершение и даже изменение процесса дифференцировки. При этом молодая популяция клеток может продуцировать белки, сходные с эмбриональными, инициируя появление антигенных белковых структур в различных тканях организма, способных стать важным па-