

гепаринизированым физ.раствором. (0,1 мл гепарина на 3,0–5,0 мл физиологического раствора) затем производилось ушивание послеоперационной раны.

В послеоперационном периоде с помощью устройства проводилось наблюдение за внутрикостным давлением в пораженной головке.

При проведении оперативного вмешательства производился рентгенологический контроль установки устройства.

В послеоперационном периоде в течение 15 дней 2 раза в сутки после измерения ВКД производилась активная аспирация содержимого ГKB с понижением давления на 30% от исходного и повторным его измерением. Снижения и стабилизации ВКД нам удалось достичь на 12-е сутки после установки устройства. В течение 3 суток после этого давление оставалось на неизменно низких цифрах и поэтому производился демонтаж устройства.

Выводы. В патогенезе БП важную роль играет повышение внутрикостного давления которое достигает максимума II стадию процесса и снижается в III стадии болезни.

При болезни Пертеса происходит нарушение кровообращения в головке бедренной кости за счет: снижения артериального притока и блока венозного оттока.

Исследование кровотока в области головки бедренной кости является ранним скрининговым методом выявления болезни Пертеса.

Предложенный нами метод лечения болезни Пертеса является эффективным способом регенерации костной ткани, быстрого восстановления эффективного кровообращения в очаге поражения уже на 15-е сутки после установки устройства (в контрольной группе сроки восстановление структуры костной ткани происходило лишь через 3 месяца), раннего перевода детей в восстановительный период для эффективной реабилитации.

Список литературы

1. Бергалиев А.Н. Особенности состояния кровообращения и метаболизма костной ткани при болезни Легг-Кальве-Пертеса / А.Н. Бергалиев, В.И. Садофьева, А.И. Краснов // Патология крупных суставов и другие актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: Матер. симп. детских ортопедов-травматологов в г. Ижевске. – СПб., 1998. – С. 152–154.
2. Блинов А.В. Повреждения и заболевания тазобедренного сустава у детей // Актуальные вопросы хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста: Тез. докл. IX Рос. науч. студ. конф. по детской хирургии. – Уфа, 2002. – С. 156.
3. Гафаров Х.З. Современное этиопатогенетическое обоснование лечения болезни Пертеса // Лечение детей и подростков с ортопедическими заболеваниями нижних конечностей. – Казань, 1995. – С. 193–220.
4. Кровоснабжение тазобедренного сустава при остеохондропатии у детей / Мавыев Б.О., Дедова В.Д., Беляева А.А., Яновская С.К. // Ортопедия. Травматолог. – 1985. – № 12. – С. 43–44.
5. Компьютерно-томографическое исследование тазобедренных суставов при болезни Пертеса у детей / Х.З. Гафаров, И.Ф. Ахтямов, А.Я. Дудина, И.В. Рябов // Лечение и реабилитация детей инвалидов с ортопедической и ортопедо-неврологической патологией на этапах медицинской помощи. – СПб., 1997. – С. 133.

АНАЛИЗ РАННИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

¹Фокин Д.В., ²Дударев В.А.

¹МБУЗ «Городская клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона»;

²ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно – Ясенецкого Минздрава России, кафедра детской хирургии с курсом ПО им. проф. В.П. Красовской, Красноярск, e-mail: dudarev-va@yandex.ru

Актуальность. Среди кистозных образований печени наиболее распространён эхинококкоз. Кистозный эхинококкоз убиквитарен с различной частотой (общая частота: < 1–220/100 000 населения в год). Эхинококкоз является тяжелым паразитарным заболеванием. Среди поражений эхинококкозом различных органов и тканей, частота поражения печени колеблется от 44 до 84% [1]. Заболеваемость эхинококкозом печени в эндемических регионах в последние годы остается высокой. К таким регионам относится Среднеазиатская часть СНГ, где частота заболеваемости составляет 2,8–6,9 человек на каждые 100 тысяч населения. Поэтому эхинококкоз печени является одной из главных проблем хирургов гепатологов Центрально-Азиатского региона. Особую проблему представляют собой осложненные формы эхинококкоза печени. Клиническая диагностика эхинококкоза печени трудна в силу скудности специфической симптоматики. В настоящее время для диагностики эхинококкоза печени используются инструментальные и лабораторные методы диагностики [2, 4, 8].

Наличие гипокоагуляционного сдвига в системе гемостаза при эхинококкозе печени является установленным фактом [3]. Ранее нами было доказано, что этот сдвиг гемостаза закономерно сопровождается явлениями латентно протекающего внутрисосудистому свертыванию крови [5]. Однако механизмы регуляции функционального состояния системы свертывания крови при эхинококкозе в отдаленном послеоперационном периоде систематически не изучались; этой проблеме посвящены лишь единичные, фрагментарные работы [3, 5].

Литературные данные разноречивы и не определяют единой тактики в диагностике и лечении эхинококкоза (Yoon S.S. 2003, Завенян З.С. 2004), что делает целесообразным поиск способов её совершенствования. Каждая из указанных модификаций характеризуется специфичностью развития, инвазивностью, а также различным прогнозом хирургического лечения и реабилитации. Ряд авторов указывают, что после оперативных вмешательств морфологические изменения в ткани печени и признаки печеночной недостаточности не только не исчезают, но даже прогрессируют, что негативно

сказывается на отдаленных результатах лечения кист печени [6, 7].

Цель: Провести сравнительную характеристику методов хирургического лечения с анализом ранних и отдаленных результатов лечения.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы дети прошедшие лечение, по поводу эхинококковых кист печени (44 человек). Данный контроль проводился через один, шесть месяцев, год и пять лет после первичного обращения. Превалирующее большинство составляли дети подростковой группы (13–18 лет) и группы второго детства (8–12 лет).

В ходе оперативного лечения дети распределены на две группы: группа I (55,9%) проводилась ликвидацией остаточной полости (тромбин феракриловой пробкой) со стимуляцией регенераторных процессов печени и группа II классическим способом (36,4%). Дети оперировались с применением стимуляции регенерации печеночной ткани методом термокоагуляции, для снижения внутритканевого давления. Операцию заканчивали при снижении и стабилизации внутритканевого давления (ВД) ниже на 25–30% от исходной величины ВД. В установленные сроки проводился забор крови для определения тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза, УЗИ печени и ЖВП, при необходимости КТ.

Результаты исследования и их обсуждение. На сегодняшний день из 44 пациентов прошедших лечение при обследовании у 36 детей не обнаружены патологические изменения в печени и ЖВП, отсутствует какая либо симптоматика и отклонения от нормы в клинических и лабораторных данных.

В отдаленный период согласно статистике наиболее частыми осложнениями считаются формирование остаточных полостей в 2,6–5,3% случаев. Рецидив заболевания встречается в 5,9 – 10,3% случаев. Опухолевые перерождения диагностированы в 1,4–2,1% случаев (Матвояян А.Р., 2005., Альперович Б.И., 2003., Хабас Г.Н., 2006).

В ходе нашей работы при обследовании осложнения были выявлены у восьми больных, остаточные полости и рецидив заболевания выявлены у 6-ти перерождение в опухоль у 2-х больных.

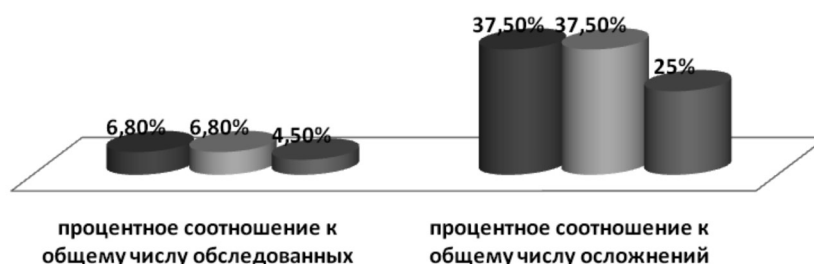
Формирование остаточных полостей выявлены у трех больных (37%), что обусловлено применением метода частичного иссечения капсулы кисты при оперативном лечении. Данное осложнение было диагностировано в течении года после операции, при помощи УЗИ и КТ. Данной группе больных выполнено пункционное лечение с последующей склеротерапией под контролем УЗИ.

Рецидив заболевания выявлен у 3х больных (37%) и связан с не соблюдением режима и отказа от химиотерапевтического лечения, либо прерывания курса лечения.

Перерождение в опухоль выявлено у двух больных (25%) на третьем и пятом году после лечения при помощи КТ, данной группе больных проводилась типичная эхинококкэктомия (рисунок).

Сравнивая динамику показателей гемостаза у больных детей I группы (со стимуляцией регенераторных процессов) и II группы (без стимуляции регенераторных процессов печени) вывела определенную параллель. (АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время в секундах, ПВсек – протромбиновое время в секундах, АНТсек – анцистродоновый тест, ЭХТсек – эхитоксовое время в секундах, ЛЕТсек – лебетоксовый тест). Выявленная хронометрическая гипокоагуляция сохраняется в течении первого года после операции в обеих группах больных. Но к пятому году гипокоагуляция (АЧТВ $45,97 \pm 1,91$ сек.), показатели коагулаз (ЛЕТ $24,54 \pm 1,22$ сек., ЭХТ $33,34 \pm 1,5$ сек.) осталась практически прежней во второй группе. Что свидетельствует о развившейся дисфибриногемии. Показатели первой группы стабилизировались и приравнены к норме. Что свидетельствует о максимальном восстановлении клеток паренхимы печени и их полноценном функционировании.

■ формирование остаточной полости ■ рецидив заболевания ■ перерождение в опухоль



Выявленные осложнения у больных детей по поводу эхинококкоза печени

При исследовании тромбоцитарного гемостаза удалось выявить наличие следующих изменений. Как в первой так и во второй группе обследуемых в течении первого года данные значительно отличались от нормы. Но к пятому году в первой группе показатели тромбоцитарного состава крови превзошли все ожидания, так количество тромбоцитов стало $112 \pm 2 /л$ ($N = 219$), АДФ ($44,3 \pm 1,07$) и ФВ ($91,3 \pm 0,97$) приравнены к норме. Во второй же группе определяется умеренное снижение количества тромбоцитов при увеличении тромбоцитарной активности и агрегационной функции (АДФ агрегации $52,5 \pm 0,85\%$), с наличием явно выраженного эндотелиоза (ФВ $128,62 \pm 6,91\%$). Данные нарушения можно расценивать как компенсаторную вторичную дисфункцию тромбоцитов, обусловленную дистрофическими изменениями гепатоцитов и микроциркуляторными нарушениями.

Выводы. В план обследования детей с кистозными поражениями печени, необходимо включать полное комплексное исследование системы гемостаза с последующей медикаментозной коррекцией выявленных изменений до и в послеоперационном периоде. Динамическое интродоперационное измерение величины тканевого давления, от очага к периферии, позволяет определить границы дистрофически измененной ткани печени и решению объема ее экономной резекции (патент РФ № 2179821 от 27.02.2002.).

Оперативное лечение с применением частичной резекции перекистой части паренхимы путем нормализации ТД в области накладываемых швов способствует регенерации печеночной

ткани, что позволяет улучшить результаты хирургического лечения, в стационаре, снизить инвалидность среди детей, перенесших данное заболевание. (Патент РФ № 2268674 от 27.01.2006).

Диспансерное наблюдение за больными с кистозными заболеваниями следует вести в условиях специализированного стационара, в предложенные сроки (один месяц, три, шесть месяцев, один год и до пяти лет) что позволяет значительным образом улучшить непосредственные и отдаленные результаты комплексного лечения (операционного, коррекционного и профилактического).

Список литературы

1. Алиев М.А., Ордабеков С.О. Вопросы классификации и терминологии эхинококкоза печени // Эхинококкоз и очаговые заболевания паренхиматозных органов человека: Сборник трудов научно-практ. конф. Шымкент. – 1998. – С. 15–17.
2. Альперович Б.И. Оперативные вмешательства при эхинококкозе печени, их классификация // Анналы хир. гепатол. – 1999. – Т. 4, № 1. – С. 104–106.
3. Баркаган З.С., Момонт А.П. Диагностика и контролирующая терапия нарушения гемостаза. – М., – 2001. – С. 150.
4. Булыгин В.И., Глухов А.А. Резекция печени // Применение новых технологий. г.Воронеж: Изд-во ВГУ, 1995. – С. 107.
5. Гуляев В.А., Журавель С.В. Нарушение гемостаза и его коррекция при операциях на печени // Анналы хир. гепатол. – 2005. – Т. 10, № 1 – С. 122–130.
6. Пулатов А.Т. О рецидивах эхинококкоза у детей // Юбилейная конференция «Настоящее и будущее детской хирургии». – М., 2001. – С. 215–216.
7. Besim H., Karailryn K., Hamamci O. et all. Scolicidal agents in hidatid cyst surged. HPB Surg. 1998. 10(6): 347–51.
8. Byson G.L., Laupacis A., Wells G.A. Does acute normovolemic hemodilution reduce perioperative allogeneic transfusion: a meta analysis: The international study of perioperative transfusion // Anesth. Analg. – 1998. – V. 9. – P. 15.

Педагогические науки

ГЕОМЕТРИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ШКОЛЕ

Далингер В.А., Кузьмин С.Г.

Омский государственный педагогический университет, Омск, e-mail: dalinger@omgpu.ru

Академик М.И. Башмаков, отстаивая приоритетность отечественного математического образования, подчеркивает: «Когда я открываю свой компьютер, то первое, что появляется на экране, – это предупреждение типа: «Ваш компьютер под угрозой, появились новые вирусы, которые могут нанести вам непоправимый ущерб». Когда я говорю с учителями и знакомлюсь с тем, что сейчас происходит в школе, то всегда появляется мысль: «Наша школа под угрозой, разрушительные вирусы в действии, нужна хорошая защита и укрепление иммунитета» [1, с. 1].

Под лозунгом «школьники перегружены» сегодня идет сокращение объема учебных часов на дисциплины, но на самом деле сокращается идейная, содержательная стороны школьного образования.

Можно также наблюдать явное упрощение и деградацию как учебных программ по математике в высшей школе, так и математических компетенций у нынешних студентов.

Введение государственных стандартов, единого государственного экзамена привело к тому, что учителя стали отказываться использовать в обучении материал, который формально не предусмотрен этими стандартами или не включен в ЕГЭ. Тем самым из обучения уходит многое из того ценного, что было накоплено.

Последнее замечание относится ко многим учебным дисциплинам и, в первую очередь, к геометрии.

Отечественная геометрическая школа была одной из лучших в мире. Чего стоят лишь одни эти имена: П.С. Александров, А.Д. Александров, В.И. Арнольд, И.М. Гельфанд, Д.Н. Зейлигер, В.Ф. Каган, Н.И. Лобачевский, С.П. Новиков, Г.Я. Перельман, А.В. Погорелов, А.Н. Тихонов, П.С. Урысон и др.

Но в последние десятилетия уровень геометрического образования и в школе, и в педагогическом вузе значительно понизился.