

изменения, происходящие в компонентах крови под воздействием ВЛОК, выражающиеся в стимуляции эритропоэза, увеличении количества лейкоцитов и изменении их функциональной активности, улучшении реологических свойств, микроциркуляции и др. Целью данной работы являлось изучение влияния ВЛОК на сроки коррекции гематологических осложнений (лейкопения) у онкобольных, получавших ПХТ.

Курсы ВЛОК по поводу лейкопении получили 115 пациентов с опухолями различной локализации: рак молочной железы, легкого, репродуктивной системы, злокачественные лимфомы и др. У 86 больных (74,7%) были зарегистрированы лейкопении 1–2-й степени. Этим пациентам проводили симптоматическое лечение и сеанс ВЛОК. 29 больных (25,3%) имели лейкопению 3–4-й степени. Одновременно с сеансами ВЛОК и симптоматической терапией им вводили колониестимулирующий фактор – нейпомакс в дозе 30 млн МЕ 1 раз в сут (от 2 до 5 дней подряд). Гематологический контроль осуществляли ежедневно. Для процедуры ВЛОК использовали полупроводниковый лазерный аппарат «МУЛАТ» с излучением красного спектра (длина волны 630 нм), мощностью – 2 мВт. За процедуру длительностью 30 мин пациент получал дозу в 1,8 Дж. Курс лечения состоял из 5 ежедневных сеансов. Для каждого больного использовали одноразовые стерильные световоды (КИВЛ-01) с иглой ОС-2.

При анализе результатов лечения было определено, что нормализация показателей крови у больных с начальными степенями лейкопении (1–2-я) происходит к 4–6-му дню. У пациентов, не получавших ВЛОК, коррекция лейкопении наступала на 2–3 суток позднее. В случаях выраженной лейкопении (3–4-я степень) показатели периферической крови нормализовались в среднем на 6–7-й день. У больных без ВЛОК улучшение в анализах отмечено лишь на 8–10-е сутки.

Полученные результаты позволяют позитивно оценить влияние ВЛОК на процесс коррекции гематологических осложнений у больных на фоне ПХТ и рекомендовать его использование в медучреждениях онкологического профиля.

Мамедов А.С., Мамедов М.М.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТРАКОРПОРАЛЬНОЙ НАЗОГАСТРАЛЬНОЙ МАГНИТОИНФРАКРАСНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С АНТИОКСИДАНТОМ В КОРРЕКЦИИ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Научный центр хирургии им. М.А. Топчибашева, Баку, Азербайджан

Mamedov A.S., Mamedov M.M. (Baku, AZERBAIJAN)

INTRACORPORAL NASOGASTRIC MAGNET INFRARED LASER THERAPY IN COMBINATION WITH ANTIOXIDANTS FOR CORRECTING ENDOTOXICOSIS IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

Целью исследования явилось изучение результатов интракорпоральной назогастральной магнитолазерной терапии в сочетании с антиоксидантом мексидолом в комплексном лечении больных острым панкреатитом.

Материалы и методы исследования. В Научном центре хирургии им. М.А. Топчибашева на лечении находились 90 больных с различными формами острого панкреатита в возрасте от 32 до 68 лет, из них 60 женщин и 30 мужчин, которые были разделены на две группы:

В I контрольной группе 30 больным проводили стандартную, традиционную терапию. Во II основной группе больные были разделены на три подгруппы (А, Б, С). Во II подгруппе А 10 больным проводили традиционную терапию + внутримышечное введение мексидола; во второй основной подгруппе Б 20 больным на фоне традиционной терапии проводили интракорпоральную назогастральную МИЛ-терапию в проекции поджелудочной железы; в третьей основной подгруппе С 30 больным на фоне традиционной терапии проводили лечение мексидолом и интракорпоральной назогастральной МИЛ-терапией поджелудочной железы, аппаратом «Мильга-Ф» мощностью на выходе световода 20 мВт в течение 6–7 дней один раз в сутки с экспозицией 14–16 мин. Методика интракорпоральной назогастральной МИЛ-терапии выполняется следующим образом. Световод подключают к аппарату МИЛТА, который является источником и регулятором параметров инфракрасного лазерного излучения. Магнитный индуктор подключают

к аппарату АБА, являющемуся устройством, регулирующим параметры генерации индуктора, и источником питания.

Силиконовую трубку стерилизуют и устанавливают в антральном отделе по большой кривизне желудка излучающим торцом. Во время сеанса МИЛ-терапии световод подключают к аппарату МИЛТА, а коннектор магнитного индуктора – к аппарату АБА. На аппаратах выставляют параметры соответствующих излучений. При интракорпоральной назогастральной МИЛ-терапии происходит облучение непосредственно поджелудочной железы, что исключает потерю энергии через слои брюшной стенки. Большая эффективность используемого метода по сравнению с чрескожной МИЛ-терапией обусловлена применением пульсирующего магнитного поля, генерируемого магнитным индуктором. После окончания курса интракорпоральной назогастральной МИЛ-терапии силиконовую трубку с магнитным индуктором и лазерным световодом удаляют из желудка. Всем пациентам определяли показатели активности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), малонового диальдегида, карбониллов, антиоксидантную активность SH-групп, средних молекул.

Заключение. Интракорпоральная назогастральная МИЛ-терапия обеспечивает увеличение количества SH-групп. Этим обеспечивается антиоксидантный эффект интракорпоральной назогастральной МИЛ-терапии. Что касается мексидола, то под его влиянием происходит быстрая «инактивация» самих продуктов распада и метаболитов липидов – МД и КБ, а также быстрая нормализация СМ. У пациентов основной группы нормализация биохимических показателей достигалась в среднем на $5,1 \pm 0,8$ сут, а у пациентов, получавших общепринятую традиционную терапию, позже 14-х сут.

Мамедов М.М., Мусаев Х.Н., Мамедов Н.И.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Научный центр хирургии им. М.А. Топчибашева, Баку, Азербайджан

Mamedov M.M., Musajev Kh.N., Mamedov N.I.

(Baku, AZERBAIJAN)

RESULTS OF TREATING POSTTRAUMATIC FISTULAS WITH MODERN LASER TECHNOLOGIES

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения посттравматических свищей прямой кишки с применением современной лазерной техники и новых технологий.

Материалы и методы. С 1995-го по 2010 гг. под наблюдением находились 1220 пациентов со свищами прямой кишки. Среди них посттравматические свищи прямой кишки различной этиологии были выявлены у 134 (10,9%) больных. В контрольную группу, в которой использовали общепринятую лечебную тактику, вошли 58 (43,3%) больных. Основную группу составили 76 (56,7%) больных, при лечении которых были использованы новые подходы диагностики и лечения. Мужчин было 81 (60,4%), женщин – 53 (39,6%), возраст – от 13 до 83 лет. Все больные после клинического, лабораторного и эндоскопического обследований были оперированы. В основной группе – одноэтапное хирургическое вмешательство с применением современной лазерной техники со специальными инструментами и новых технологий (углекислотный лазерный аппарат «Ланцет-2» (Россия) с длиной волны 10,6 мкм, мощностью до 20 Вт, и контактный лазерный аппарат «Аткус-15» (Россия), генерирующий длину волны излучения 0,81 мкм, выходной мощностью до 15 Вт) было выполнено у 30 (22,4%) больных с посттравматическими свищами прямой кишки «низкого» уровня; многоэтапное хирургическое вмешательство – у 46 (34,3%) больных, страдавших посттравматическими свищами прямой кишки «высокого» уровня. После иссечения свищевого хода проводили промывание раневого канала в параректальной клетчатке антисептиками и обкалывание в 3–4 точках вокруг раневого канала 1%-ным раствором диоксида – 10,0 мл. В послеоперационном периоде больным ежедневно проводили сеансы инфракрасного чрескожного и чрездренажного лазерного облучения раневой поверхности с экспозицией 10–12 мин аппаратом «Игла» (Россия) с длиной волны излучения 0,89 мкм и мощностью 20 мВт на выходе.

Результаты. Операции, выполняемые с помощью современных лазерных технологий, протекали практически бескровно, техни-

чески прецизионно. Послеоперационный период характеризовался гладким течением, незначительными болевыми ощущениями и отеком в области послеоперационных ран, снижением частоты послеоперационных осложнений с 19,0 до 7,9% и возможностью достижения медицинской и социальной реабилитации у 96,1% больных с посттравматическими свищами прямой кишки.