ца. Таким способом применение автономного стимулятора рекомендуется больным преклонного возраста, значительно ослабленным соматическими заболеваниями, либо этот способ вводится как предварительный перед проглатыванием стимулятора. Наибольший эффект от применения АЭС ЖКТ наблюдается при его проглатывании как обычной капсулы. При этом время нахождения стимулятора в той или иной области желудочно-кишечного тракта будет определяться степенью нарушения периодической деятельности данного отдела. Активное восстановление сокращений в гладкомышечных слоях кишечной стенки способствует восстановлению циркуляции крови в её капиллярном русле. При этом сокращения гладкомышечных структур выполняют роль «насоса» прокачивающего кровь, а соответственно, и лимфу в толще кишечной стенки. Восстановление микроциркуляции, естественно, не последнюю роль оказывает на ферментативные процессы в стенке кишечника, что способствует снижению уровня эндоинтоксикации, стимулирует лимфадинамику.

Таким образом, применение автономного электростимулятора открывает новые возможности высокоэффективной электроимпульсной коррекции периодической деятельности пищеварительного тракта без применения химических фармацевтических препаратов, определяя это направление как наиболее экологически чистое и безвредное для организма человека.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Электростимуляция желудочно-кишечного тракта/А.А.Вишневский, А.В. Ливщиц, М.П. Вилянский. – М.: Медицина, 1978. - 184 с.

2. Автономные электростимуляторы организма человека и животных / В.В.Пекарский, В.Ф.Агафонников, Г.Ц.Дамбаев, и др. - Томск ИПФ ТПУ, 1995. - 132 с.

## НОВЫЙ СПОСОБ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Матвеев О.Л., Бабич И.И.
*Ростовский государственный медицинский университет*
*Ростов-на-Дону, Россия*

Комбинированные повреждения печени и селезенки являются наиболее частым вариантом травм органов брюшной полости при дорожно-транспортных происшествиях, количество которых в последние годы неуклонно растет. При этом результаты хирургического лечения больных во многом зависят от надежности гемостаза раны печени при ее повреждениях.

С этой целью в детской хирургической практике используются различные варианты П-образных швов и синтетические гемостатические материалы. Введение в рану печени гемостатической губки, вискозы, полимерных клеев имеет ряд существенных осложнений: аутоиммунные реакции, гиперэргический спаечный процесс брюшной полости и.т.д.

Поиск современных наиболее физиологических способов гемостаза раны печени является актуальной проблемой.

В клинике детской хирургии РостГМУ с 1980 года оперировано 57 больных с политравмой с доминирующим повреждением печени и селезенки.

По механизму повреждений больные распределились следующим образом: у 17 пациентов (30%) – травма в результате падения с высоты; у 2-х пациентов (3%) – спортивная травма, остальные пациенты (67%) – получили травму в результате дорожно-транспортных происшествий.

У всех больных во время лапаротомии определялись значительные повреждения селезенки (поперечный разрыв, размозжение полюса органа) и ушибленные линейные и звездчатые разрывы печени со значительным паренхиматозным кровотечением.

На курсе детской хирургии ФПК и ППС РостГМУ с целью надежного гемостаза раны печени, а также профилактики послеоперационного гипоспленизма разработан новый способ гемостаза раны печени аутотрансплантацией селезеночной ткани (патент на изобретение № 2006108347/14(009074 от 16.03.2006 г.)). Способ применен в клинических условиях у 17 больных с комбинированными повреждениями печени и селезенки в возрасте от 7 до 16 лет.

Способ заключается в следующем: после экстренной лапаротомии больным производится превентивная тампонада раны печени. Выполняется обоснованная спленэктомия. Затем из удаленной селезенки выкраивается конусообразный фрагмент ткани, периферическая расширенная часть которого не декапсулируется, при этом выкроенный фрагмент селезеночной ткани по форме и размерам соответствует ране печени.

После удаления тампона из раны печени без дополнительного коагуляционного гемостаза рана печени «пломбируется» селезеночным аутотрансплантатом, который фиксируется по периферии П-образными швами к глиссоновой капсуле печени.

После выполнения данного этапа операции кровотечение из раны печени во всех наблюдениях останавливалось. При этом не было существенного натяжения в области швов, что профилактировало их прорезывание.

Применение данного способа в клинических условиях позволило во всех наблюдениях радикально герметизировать рану печени без применения синтетических гемостатических материалов и дополнительного дренирования подпеченочного пространства, что позволило на 12

% сократить количество больных со спаечной непроходимостью и спаечной болезнью брюшной полости.

Немаловажным обстоятельством является то, что данный способ гемостаза раны печени, в свою очередь, является радикальным способом профилактики послеоперационного гипоспленизма.

Учитывая обширность повреждения паренхиматозных органов и перенесенную спленэктомию, особое внимание уделялось иммунологическому статусу.

Следует отметить, что в отдаленные сроки после перенесенной операции в группе спленэктомированных больных без аутотрансплантации селезеночной ткани в рану печени (40 детей) только 3 пациента (7,5%) не предъявляли жалоб и при клиническом обследовании были практически здоровыми. Остальные, 37 пациентов (92,5%) имели клинические проявления послеоперационного гипоспленизма. В группе пациентов, которым была произведена аутотрансплантация селезеночной ткани в рану печени (17 детей), клинические проявления гипоспленизма выявлены только у 2 пациентов (12%).

Клинические данные, указывающие на иммунодепрессию у спленэктомированных больных без аутотрансплантации селезночной ткани, были четко подтверждены результатами иммунологического обследования. При этом было выявлено снижение концентрации сывороточных иммуноглобулинов А, М, J, уменьшение количества Т и Б – лимфоцитов, в значительной степени отмечалось снижение фагоцитарной активности лимфоцитов.

Наши клинические наблюдения объективно указывают на то, что травма печени в сочетании со спленэктомией, выполненной в детском возрасте приводит к выраженной некупирующейся иммунодепрессии, проявляющейся увеличением числа интеркуррентных инфекционных заболеваний (частые ОРВИ, ангины, гнойные заболевания кожи, энтероколит, ревмокардит).

Отдаленные результаты после разработанной операции прослежены в сроки от 6 месяцев до трех лет. Следует отметить, что у всех пациентов после аутотрансплантации селезеночной ткани раны зажили первичным натяжением, осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде, связанных с данным способом операции, не зарегистрировано. Биохимические и общие анализы крови были в пределах нормы. Увеличения инфекционных заболеваний у данного контингента больных не наблюдалось. Показатели иммунного статуса были в пределах возрастной нормы.

Таким образом, разработанный способ лечения комбинированных повреждений печени и селезенки у детей имеет существенное преимущество перед используемыми в настоящее время.

Аутотрансплантация селезеночной ткани в рану печени при комбинированных повреждениях данных органов позволяет обеспечить адекватный гемостаз без применения синтетических гемостатических материалов и дополнительного дренирования подпеченочного пространства.

Разработанное оперативное пособие не требует дополнительного хирургического оборудования и не удлиняет время оперативного вмешательства.

## ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ЖЕНЩИН

Микаелян С.Т.
*Республиканский спелеотерапевтический центр Армения, Ереван*

**Введение**

Из литературы следует, что половые гормоны играют важную роль в патогенезе бронхиальной астмы, особенно у женщин [1]. Один из факторов, провоцирующих бронхоспазм, это нарушение обмена гормонов и дисфункция желез внутренней секреции [2]. Авторами доказано, что у женщин во время беременности под воздействием половых гормонов увеличивается поглащение кислорода, повышаются объем резервного воздуха, а также ЖЕЛ и МОД. Наравне с этим имеются данные о том, что применение эстрогенов сопровождается ростом легочного сопротивления, появлением бронхоспазма, высвобождением гистамина. Castro-Vazgner и соавт., Fishborne и соавт., Stein и соавт. после введения эстрогенов в эксперименте через 2-3 месяца обнаруживали фиброз плевры и интерстициальной ткани легких, гипертрофия кубических и бокаловидных клеток бронхиол, с чем авторы связывают рост легочной резистентности.

В 1994 году С.А. Прибыловым и соавторами была проведена работа об изучении количества эстрогенов в крови у больных бронхиальной астмой, с декомпенсированным легочным сердцем. Выявилено гиперэстрогенэмия и гипопрогестеронемия, особенно у женщин больных бронхиальной астмой в возрасте старше 45-и лет. Лечение антиэстрогенным препаратом (зитазониум - 30мг в сутки, 10-15 дней) привело к уменьшению обструкции центральных и периферических бронхов, росту ЖЕЛ, депрессии легочной гипертензии, снижению уровня иммуноглобулинов, циркулирующих иммунных комплексов, сокращению размеров печени, увеличению сократительной способности сердца и нивелированию резистентной легочно-сердечной недостаточности. При этом уровень эстрадиола в сыворотке крови снижался, отмечалось достоверное угнетение продукции лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов [3]. Прогестерон, наоборот, является дыхательным стимулятором – увеличивает глубину дыхания, расширяет про-