

ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Научно-практический рецензируемый журнал № 3, 2018

ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
Научно-практический рецензируемый журнал

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия. Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ТУ74-00953

Адрес редакции: 454048, г. Челябинск, ул. Яблочкина, 24

Редакция журнала:
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ»
тел.: 8 (351) 232-00-13
E-mail: sumed74@mail.ru
www.sumj.ru

При информационной поддержке:
Министерства здравоохранения Челябинской области
ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Издательство:
Журнал отпечатан с оригинал-макетов в ООО «Абрис-Принт», г.Челябинск, Комсомольский проспект, 2.
Номер подписан в печать по графику 26.09.2018г. Фактически 26.09.2018г. Дата выхода 28.09.2018г.
Распространяется бесплатно. Подписной индекс: П5518.

Перепечатка материалов допускается только с письменного разрешения редакционного совета

16+

Тираж: 500 экземпляров
Выходит 4 раза в год

Главный редактор:
Летяева О.И., д.м.н., доцент (Челябинск)

Редакционный совет:
Зиганшин О.Р., д.м.н., профессор (Челябинск)
Москвичева М.Г., д.м.н., профессор (Челябинск)
Телешева Л.Ф., д.м.н., профессор (Челябинск)
Гизингер О.А., д.б.н., доцент (Челябинск)
Осиков М.В., д.м.н., профессор (Челябинск)

Члены редакционной коллегии:
Абрамовских О.С., д.м.н., доцент (Челябинск)
Арифов С.С., д.м.н., профессор (Узбекистан)
Балтабаев М.К., д.м.н., профессор (Киргизия)
Важенин А.В., д.м.н., профессор, академик РАН
(Челябинск)
Васильев Ю.С., д.м.н. (Челябинск)
Волосников Д.К., д.м.н., профессор (Челябинск)
Долгушин И.И., д.м.н., профессор, академик РАН
(Челябинск)
Долгушина В.Ф., д.м.н., профессор (Челябинск)
Евстигнеева Н.П., д.м.н. (Екатеринбург)

Зуев А.В., д.м.н., профессор (Калининград)
Казачков Е.Л., д.м.н., профессор (Челябинск)
Кохан М.М., д.м.н., профессор (Екатеринбург)
Латюшина Л.С., д.м.н., доцент (Челябинск)
Малова И.О., д.м.н., профессор (Иркутск)
Малинина Е.В., д.м.н., доцент (Челябинск)
Молочков В.А., д.м.н., профессор (Москва)
Охлопков В.А., д.м.н., профессор (Омск)
Привалов А.В., д.м.н., профессор (Челябинск)
Симбирцев А.С., д.м.н., профессор, член-корр. РАН
(Санкт-Петербург)
Хисматуллина З.Р., д.м.н., профессор (Уфа)
Шишкова Ю.С., д.м.н., доцент (Челябинск)
Шаназаров Н.А., д.м.н., доцент (Челябинск)
Шперлинг Н.В., д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)
Юцковская Я.А., д.м.н., профессор (Москва)

Технические редакторы:
Антимирова Е.А.
Францева О.В.

SOUTH URAL MEDICAL JOURNAL

Scientific and practical journal № 3, 2018

SOUTH URAL MEDICAL JOURNAL
Scientific and practical peer-reviewed journal

The journal is registered by Federal service for supervision of legislation in mass communications and cultural heritage protection. Certificate of registration media PI NUMBER TY74-00953

Editorial address: 454048, Chelyabinsk, street Yablochkina, 24

Editorial board:
"THE SOUTH URAL MEDICAL JOURNAL"
tel: 8 (351) 232-00-13
E-mail: sumed74@mail.ru
www.sumj.ru

With the information support:
The Ministry of health of the Chelyabinsk region
Of the "South Ural state medical University"

Publisher:
The magazine printed the original layouts in OOO "Abris-Print", Chelyabinsk, the Komsomol prospectus, 2.
Room signed print on schedule 26.09.2018. In fact 26.09.2018. Release date 28.09.2018.
Distributed free of charge. Subscription index: П5518.

The reprint of materials is allowed only with the written permission of the editorial Board

16+

Circulation: 500 copies
Published 4 times a year

Editor in chief:
Letyaeva O. I., doctor of medical Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)
Editorial Board:
Ziganshin O. R., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)
Moskvicheva M. G., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)
Teleshova L. F., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)
Gizinger O. A., doctor of biological Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)
Osikov M. V., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)
Evstigneeva N. P., doctor of medical Sciences (Yekaterinburg)
Zuyev A.V., doctor of medical Sciences, Professor (Kaliningrad)
Kazachkov E. L., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)
Kokhan M. M., doctor of medical Sciences, Professor (Ekaterinburg)
Latushina L. S., doctor of medical Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)
Malova I. O., doctor of medical Sciences, Professor (Irkutsk)
Malinina E.V., doctor of medical Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)
Molochkov V. A., doctor of medical Sciences, Professor (Moscow)
Okhlopkov V. A., doctor of medical Sciences, Professor (Omsk)
Privalov A. V., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)
Simbirtsev A. S., doctor of medical Sciences, Professor, corresponding member of RAS (Saint Petersburg)
Khismatullina Z. R., doctor of medical Sciences, Professor (Ufa)
Shishkova Y. S., doctor of medical Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)
Shanazarov N. A., doctor of medical Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)
Sperling N. V., doctor of medical Sciences, Professor (Saint Petersburg)
Yutskovskaya J. A., doctor of medical Sciences, Professor (Moscow)

Members of the editorial Board:
Abramovskih O. S., doctor of medical Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)
Arifov S. S., doctor of medical Sciences, Professor (Uzbekistan)
Baltabayev M. K., doctor of medical Sciences, Professor (Kyrgyzstan)
Vazhenin A.V., doctor of medical Sciences, Professor, academician of the Russian Academy of Sciences (Chelyabinsk)
Vasiliev Y.S., doctor of medical Sciences (Chelyabinsk)
Volosnikov D. K., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)
Dolgushin I. I., doctor of medical Sciences, Professor, academician of the Russian Academy of Sciences (Chelyabinsk)
Dolgushina V. F., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)

Technical editors:
Antimirova E. A.
Frantseva O. V.

ОГЛАВЛЕНИЕ

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

- 5** Хисматуллина З.Р. Красильникова Е.С., Халиф А.Ю. Клинические варианты течения почесухи, этиология и патогенез

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

- 9** Красильникова Е.С., Хисматуллина З.Р. Ретроспективный анализ клинических проявлений и распространенности пруриго в Республике Башкортостан с 2014 по 2017гг.
- 11** Борисов Д.Л., Алиханов Н.Г., Волков В.В., Торговкина Л.В. Реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке. Анализ послеоперационных осложнений
- 17** Тихомиров С.Е. Абсцесс головного мозга. Клинический случай

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

- 23** Моргошия Т.Ш. Творческий путь Гийома Дюпюитрена (1777 – 1835) (К 240-летию со дня рождения профессора)
- 29** Моргошия Т.Ш. Герман Александрович Альбрехт (1878 – 1933) (К 140-летию со дня рождения и 85-летию со дня смерти профессора)

SCIENTIFIC REVIEW

- 5** Khismatullina Z. R., Krasilnikova, E., Khalifa, A. Y. the Clinical variants of the course of pruritus, etiology and pathogenesis

TO HELP THE PRACTICAL DOCTOR

- 9** Krasilnikova E. S., Khismatullina Z. R. Retrospective analysis of clinical manifestations and prevalence of prurigo in the Republic of Bashkortostan from 2014 to 2017
- 11** Borisov D. L. Reconstructive surgery on the colon. Analysis of postoperative complications
- 17** Tikhomirov S. E. brain Abscess. Clinical case

HISTORY OF MEDICINE

- 23** Morgoshia T. Sh., Career of Guillaume Dupuytren (1777 – 1835) (To the 240 anniversary of birthday of Professor)
- 29** Morgoshia T. Sh., Herman A. Albrecht (1878 – 1933) (To the 140th anniversary of the birth and the 85th anniversary since the death of Professor)

УДК 616.515.1:616.515.3

Хисматуллина З.Р., Красильникова Е.С., Халиф А.Ю.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ПОЧЕСУХИ, ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Khismatullina Z.R., Krasilnikova E.S., Khalifa, A.Yu.

CLINICAL VARIANTS OF THE COURSE OF PRURITUS, ETIOLOGY AND PATHOGENESIS

Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное Учреждение
Высшего Образования «Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, 450000, Приволжский феде-
ральный округ, Республика Башкортостан, г.Уфа, ул. Ленина, 3

Хисматуллина Зарема Римовна – д.м.н., про-
фессор, заведующий кафедрой дерматовенероло-
гии с курсами дерматовенерологии и косметоло-
гии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Красильникова Екатерина Сергеевна – асси-
стент кафедры дерматовенерологии с курсами
дерматовенерологии и косметологии ИДПО
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Халиф Айгуль Юлаевна – к.м.н., ассистент
кафедры дерматовенерологии с курсами дерма-
товенерологии и косметологии ИДПО ФГБОУ ВО
БГМУ Минздрава России

ПРОВЕДЕНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ИМЕЛО
ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ

РЕЗЮМЕ

На основании обзора источников литературы в статье рассмотрены последние сведения о механизмах развития пруриго. Представлена современная классификация заболевания в зависимости от возрастного периода, течения и особенностей клинической картины этого заболевания.

Ключевые слова: пруриго, зуд, сенсибилизация, ферментопатия.

SUMMARY

Based on the review of sources of literature, the article considers the latest information on the mechanisms of development of prurigo. A modern classification of skin lesions is presented depending

on the age period and the features of the clinical picture of this disease.

Keywords: Prurigo, itch, sensitization, enzymopathy

Почесуха (пруриго) – хроническое рецидиви-
рующее полигенетическое заболевание из
группы нейроаллергодерматозов, первичными
морфологическими элементами которого явля-
ются папуло-везикулы, уртикарные папулы, полу-
шаровидные папулезные и узловатые элементы,
появление которых сопровождается сильным зу-
дом.

Полиморфизм заболевания, схожесть клини-
ческих проявлений с другими нозологиями из
группы нейроаллергодерматозов, часто вызывает
затруднения в точной диагностике, а следом и
неверно подобранный терапии [8]. Наиболее часто
на практике приходится проводить дифференциальную диагностику с атопическим дерматитом, крапивницей из вышеуказанной группы забо-
леваний и дерматитом Дюринга, чесоткой. Эффективность терапии так же во многом зависит от выявления и устранения этиологических и
приводящих факторов развития заболевания.
Поэтому важно знать возможные причины, ме-
ханизм развития патологии, запускающие дерматоз в каждом отдельном случае и подбирать терапию пациентам с учетом данных факторов, по воз-
можности устранив их.

ЦЕЛЬ

Провести обзор современных данных по этиологии, патогенезу и клинических особенностей почесухи с целью точной диагностики заболевания и назначения терапии с устранением всех возможных триггеров.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

В зависимости от возрастного периода и особенностей клинической картины заболевания принято выделять почесуху детскую (строфулюс, детская папулезная крапивница), почесуху взрослых (почесуха простая Гебры), почесуху узловатую (крапивница папулезная стойкая, узловатая почесуха Гайда) [1, 2, 3].

По типу течения различают почесуху зимнюю – хроническая рецидивирующая почесуха, обостряющаяся в холодное время года; почесуху весенняя, летняя, солнечная – хронический рецидивирующий фотодерматоз, обостряющийся весной и летом [2].

Детская почесуха развивается чаще в возрастной период от 5-и месяцев до 3-х лет, реже до 5-8 лет. Обычно симптоматика заболевания совпадает с началом прикорма у новорожденных, что дает основание предполагать, что строфулюс является одним из проявлений повышенной чувствительности организма к пищевым продуктам, т.е. экссудативного диатеза [4].

Согласно литературным данным, важная роль в развитии детской почесухи отводится сенсибилизации организма к эндогенным и экзогенным раздражителям [2]. Как уже было сказано выше, чаще в качестве сенсибилизаторов служат именно пищевые продукты: коровье и козье молоко, мед, шоколад, орехи, соки, нектары, газированные напитки, какао, ягоды, тропические фрукты, яйца, томаты, баклажаны, соусы, рыба). Реже сенсибилизаторами могут быть лекарственные препараты (сульфаниламиды, антибиотики, витамины), профилактические прививки, паразитарная и глистная инвазия, бытовые аллергены. Кроме того, факторами развития болезни могут являться: заболевания желудочно-кишечного тракта (в том числе врожденные ферментопатии), наличие хронических очагов инфекции, период прорезывания зубов, состояние питьевой воды и состав вдыхаемого воздуха [2, 4, 6]. Некоторые авторы связывают возникновение папулезной крапивницы инсектными аллергенами, причем значение имеет как непосредственный контакт: укусы или ужаление блох, клещей, москитов и других насекомых,

а так же вдыхание частиц тела насекомых и продуктов их жизнедеятельности [2, 5].

Почесуху относят к группе атопических болезней, при которой макроорганизм способен образовывать реагины на пищевые антигены. Антигены проникают через слизистую оболочку кишечника и вызывают сенсибилизацию с накоплением IgE на тучных клетках кишечника, кожи и респираторного аппарата. При повторной экспозиции с антигеном образуются иммунные комплексы IgG-антисигна и развертывается аллергическая реакция немедленного типа. Далее развитию заболевания и ухудшению его течения у сенсибилизованных детей способствуют повышенная нервно-рефлекторная возбудимость, функциональные расстройства системы пищеварения, ферментативная недостаточность [7].

Последние исследования указывают, что в развитии аллергодерматозов большее значение имеет синдром вегето-висцеральных дисфункций. В частности установлено, что у младенцев с аллергическими заболеваниями преобладает тонус парасимпатической нервной системы и это является определяющим фактором, потенцирующим реакцию генетически предрасположенного к атопии организма на введение того или иного аллергена. Следствием выраженных вегето-висцеральных изменений становятся функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (учащение стула, усиление перистальтики кишечника), затем наславляется вторичная ферментная недостаточность, нарушения всасывания, расстройства питания, что ухудшает течение кожного заболевания.

Немаловажное значение в формировании аллергодерматозов отводится психоэмоциональному состоянию пациента, который при строфулюсе характеризуется синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости и поддерживается упорным зудом [5, 7]. У детей с пруриго присутствуют невротические расстройства: раздражительность, плохой сон, плаксивость [4].

Изучение инсектной аллергии выявило большое количество перекрестных аллергенов, вызывающих аллергизацию макроорганизма, порой приводящих в состояние анафилаксии [2].

Клинически почесуха у детей проявляется многообразием первичных морфологических элементов, не склонными к слиянию и представляющими собой ярко-розовые волдыри. Они служат основанием для расположенного в их центральном отделе узелка размером с булавочную головку. Верхушка узелка увенчана пузырьком с прозрачным содержимым (папуло-везикула).

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Возможно появление самостоятельных папулопузикул (без наличия волдыря в своем основании), а также узелковых элементов без папул и пузырьков. Преимущественные зоны их локализации – это грудная клетка, разгибательная поверхность верхних и нижних конечностей, ладонная и подошвенная поверхности, ягодичная область. Несколько реже сыпь локализуется на волосистой части головы и лице. Высыпания появляются приступообразно и сопровождаются выраженным зудом, особенно интенсивным в вечернее и ночное время, вследствие чего дети становятся беспокойными, раздражительными, агрессивными, нарушается сон [1]. Заболевание может осложниться присоединением стрептококковой инфекции вследствии потребности постоянного расчесывания. [4]

Выявлена также взаимосвязь клинических проявлений заболевания с провоцирующими факторами. Для строфулюса, вызванного пищевыми агентами и лекарственными препаратами, характерны симметричные высыпания, располагающиеся преимущественно на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, реже на коже туловища и лице. Морфологически сыпь представлена ярко-розовыми волдырями плотноватой консистенции конической формы до 10 мм в диаметре, на верхушке которых появляется мелкий пузырек. После расчесывания на месте пузырька возникает эрозия, при подсыхании которой образуется плотная серозно-геморрагическая корочка [7].

Высыпания, появляющиеся после укусов насекомых, обычно не симметричны. Они возникают чаще на открытых участках кожного покрова, иногда линейно, и сопровождаются отеком окружающих тканей. Элементы сыпи – яркие, плотно-эластичные, с выраженным экссудативным компонентом. Пузырек на поверхности такого элемента наполнен серозным или даже геморрагическим содержимым. Он может иметь довольно крупные размеры (до 5–7 мм) [5, 6].

Почесуха взрослых чаще встречается у женщин среднего и пожилого возраста. В патогенезе заболевания основное значение придается воздействию эндогенных аллергенов, возникающих вследствие хронических желудочно-кишечных нарушений, таких как: синдром раздраженного кишечника, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический холецистит, панкреатит, гепатит и функциональные диспепсии и эндокринопатии (сахарный диабет, синдром поликистозных яичников, заболевания щитовидной железы и надпочечников) [1, 2].

В развитии пруриго немаловажную роль могут сыграть алиментарные факторы в виде чрезмерного употребления в пищу продуктов с высоким индексом аллергичности (мед, шоколад, орехи, красные сорта рыба и морепродукты, приправы и пряности, алкогольные и энергетические напитки), вегетососудистые нарушения, гельминтозы, нервно-психические расстройства (неврозы, психозы различного генеза, навязчивые состояния) и аутоиммунные процессы [1, 2].

Пруриго взрослых может быть проявлением неспецифической реакции, развившейся на фоне неопластических (внутренних органов и опухоли кожи, лимфогранулематоз, лимфолейкозы) и паранеопластических процессов, системных заболеваний, стрессов, беременности, фотосенсибилизации, укусов насекомых [1].

В патогенезе узловатой почесухи, исследования последних лет указывают на ведущую роль иммунных нарушений [9]. Изменения выражаются в повышение уровня сывороточного иммуноглобулина Е у большинства пациентов, отмечается дисбаланс в Т-клеточном иммунитете. Отдельные работы были посвящены изучению цитокинового профиля, нарушения в котором достаточно характерны для данного дерматоза. Так отмечается значительное увеличение количества различных медиаторов воспаления и регуляторных цитокинов, содержание которых напрямую коррелирует с выраженностью зуда [9].

Почесуха взрослых может протекать в острой и хронической форме. Для острой формы характерна продолжительность от 2 недель до 4 месяцев. Характерна локализация преимущественно на коже разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, реже – туловища. Элементы представлены диссеминированными, симметрично расположены полушироковидными папулами плотной консистенции, величиной с чечевицу, не склонных к слиянию, красновато-бурого цвета, которые вследствие отека могут приобретать уртикарный характер. В результате расчесов на поверхности папул образуются геморрагические корки, при отторжении которых остается временная пигментация или белесоватые рубчики. Высыпания всегда сопровождаются интенсивным и мучительным зудом, что часто приводит к нарушению сна и раздражительности больных. Иногда начало заболевания может вызывать незначительные нарушения общего состояния в течение нескольких дней [1, 6].

Хроническая форма пруриго характеризуется длительным рецидивирующим течением. Отличается появлением свежих папулезных высыпаний

на фоне оставшихся после предыдущего рецидива и наличием очагов лихенификации. У лиц с повышенной чувствительностью к ультрафиолетовым лучам рецидивы часто носят сезонный характер и отличаются локализацией высыпаний на открытых участках кожи [1, 6].

Узловатая почесуха встречается реже, преимущественно у женщин старше 40 лет. Высыпания локализуются симметрично на коже разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей, реже – на сгибательных поверхностях, спине. Клиника характеризуется изолированными крупными (до 1 см и более в диаметре) полуshawровидными плотными папулами и узлами, резко выступающими над уровнем кожи. Элементы буровато-красного цвета, на поверхности которых могут появляться чешуйки или гиперкератотические очаги, как следствие интенсивного зуда и потребности постоянного расчёсывания. Чаще разрешение патологических элементов происходит путем изъязвления и рубцевания. Характерен интенсивный, приступообразный зуд, усиливается после возникновения высыпаний, что объясняют гиперплазией нервных волокон в пораженных участках кожи. Заболевание длится годами и сопровождается короткими ремиссиями [1, 6].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, почесуха является мультифакториальным заболеванием, в патогенезе которого наибольшая роль отводится сенсибилизации организма к различным раздражителям на фоне сопутствующей патологии. Клинические проявления имеют полиморфную картину, с преобладанием узелков и узлов, сопровождающихся интенсивным зудом.

Лечебно-диагностическая тактика больных с пруриго предусматривает тщательный сбор анамнеза и комплексное обследование с целью исключения всех возможных триггерных факторов, заболеваний желудочно-кишечного тракта, эндок-

ринопатий, онкологических заболеваний, нарушений нервной системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдрахимова Н.А., Мустафина Г.Р., Хисматуллина З.Р., Захарченко В.Д. Иммунологическая концепция развития микробной экземы. Медицинский вестник Башкортостана 2014; 9 (1): 109-118
2. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс 2016; с. 406-408
3. Абдрахимова Н.А., Надырченко Р.М., Мустафина Г.Р., Хисматуллина З.Р., Захарченко В.Д. Эффективность традиционной терапии при микробной экземе. Медицинский вестник Башкортостана 2013; 8 (4): 27-30.
4. Бутова Ю. С., Скрипкина Ю.К., Иванова О.Л. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание М.: ГЭОТАР-Медиа 2013. с. 454- 455.
5. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Сидоренко О.А.; под ред. Короткого Н.Г. Современная наружная и физиотерапия дерматозов . 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательство «Экзамен»; 2007; с. 200
6. Горланова И.А. Детская дерматовенерология; М.: Издательский центр «Академия» 2012; с. 114
7. Иванова О.Л. Кожные и венерические болезни: справочник. М.: ОАО «Медицина» 2007; с. 213
8. Разумова А.Н. Здоровая кожа: Пособие для врачей М.: МВД 2007; с. 60
9. Takefumi Ishii, Jiapeng Wang, Wei Zhang, John Mascarenhas, Ronald Hoffman, Ying Dai, Nathaniel Wisch, Mingjiang Xu. Pivotal role of mast cells in pruritogenesis in patients with myeloproliferative disorders 2009; 23: 5942–5950.

УДК 616.515.1:616.515.3

Красильникова Е.С., Хисматуллина З.Р.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРУРИГО В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН С 2014 ПО 2017 ГГ.

Krasilnikova E.S., Khismatullina Z.R.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF CLINICAL MANIFESTATIONS AND PREVALENCE OF PRURIGO IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN FROM 2014 TO 2017

Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное Учреждение Высшего Образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 450000, Приволжский федеральный округ, Республика Башкортостан, г.Уфа, ул. Ленина, 3

Красильникова Екатерина Сергеевна – ассистент кафедры дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Хисматуллина Зарема Римовна – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

ПРОВЕДЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ИМЕЛО ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ

РЕЗЮМЕ

В данной работе проведен ретроспективный анализ медицинских карт больных пруриго, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ РКВД №1 г. Уфы, по возрасту, нозологическим формам, гендерному различию в Республике Башкортостан с 2014 по 2017гг. В результате анализа, установлено, что почесуха взрослых преобладает у женщин среднего и пожилого возраста. Необходимо своевременно проводить дифференциальную диагностику для постановки точного диагноза. Данная статья актуальна для врачей – дерматовенерологов, аллергологов, так как они часто сталкиваются с пациентами после неэффективного самолечения.

Ключевые слова: ретроспективный анализ, пруриго, дифференциальная диагностика.

SUMMARY

In this paper, a retrospective analysis of medical records of patients with prurigo, who were on inpatient treatment in GBUZ RKVD №1 in Ufa, by age, nosological forms, gender difference in the Republic of Bashkortostan from 2014 to 2017. As a result of the analysis, it was found that adult pruritus is more common in middle-aged and elderly women. It is necessary to carry out differential diagnostics in time to make an accurate diagnosis. This article is relevant for dermatologists, allergists, as they often face patients after ineffective self-treatment

Keywords: retrospective analysis, prurigo, differential diagnostics

Пруриго (син. почесуха) – заболевание, характеризующееся хроническим и рецидивирующими течением, относящееся к группе аллергических дерматозов. Первичными элементами которого являются уртикарные папулы, папуло-везикулы, полушаровидные папулезные и узловатые элементы (чаще появляются на разгибательных поверхностях конечностей, в области поясницы), и сопровождающиеся сильным зудом [6]. В зависимости от возраста и особенностей клинической картины различают почесуху детскую, почесуху взрослых и почесуху узловатую. Различают две формы почесухи взрослых: острую и хроническую. Почесуха взрослых чаще встречается у

женщин в возрасте 40-60 лет и отличается упорным течением и резистентностью к терапии [1].

В развитии аллергодерматозов, наибольшее значение имеет нарушения вегетативной нервной системы, нарушения ЖКТ, эндокринные (сахарный диабет и др.) и онкологические заболевания. Заболеванию способствует так же алиментарный фактор (чрезмерное употребление меда, шоколада, кофе, алкоголя и др.) [1,2].

Важная роль в развитии дерматозов принадлежит иммунным сдвигам, так как у больных часто наблюдается повышение уровня IgE в сыворотке крови у 80-90% пациентов, дисбаланс между Т- и В-лимфоцитами [5,7].

В исследованиях у зарубежных авторов было выявлено, что при почесухе Т-лимфоциты вырабатывают значительное количество медиаторов воспаления (гистамин, интерлейкин-31, лейкотриены) и обладают повышенной миграционной активностью, причем повышение их количества статистически взаимосвязано с интенсивностью зуда [2].

В отличии от других хронических дерматозов изучению вопросов клинических особенностей и распространенности почесухи в Республике Башкортостан не уделялось особое внимание [3]. В этой связи данное исследование представляет определенный интерес, как изучение регионального компонента данного дерматоза.

ЦЕЛЬ

Провести анализ распространенности и клинических проявлений пруриго в Республике Башкортостан.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы ретроспективно амбулаторные карты пациентов обратившихся в Республиканский кожно-венерологический диспансер №1 г.Уфы с различными клиническими проявлениями почесухи и получивших полное лечение по данному заболеванию в период с 2014г. по 2017г.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

В результате исследования было определено, что из 68 пациентов с почесухой количество женщин превалировало и составило 49 человек, мужчин 19 человек. Все пациенты были распределены по шести возрастным группам. Обнаружено, что в возрасте от 18 до 20 лет количество пациентов составило 6 человек, от 20-30 лет 9 человек, 30-40 лет 8 человек. Было отмечено, что с данной патологией наибольшая обращаемость была отмечена в группах: 40-50 лет -12 человек, 50-60 лет - 14 человек, 60 лет и старше - 18 человек.

Анализируя распространенность различных форм почесухи, мы определили, что наиболее часто встречается пруриго взрослых. Эти данные согласуются с данными других исследований, в которых отмечается, что чаще заболевают в возрастной категории 30-55 лет, в редких случаях отмечается заболевание у детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате ретроспективного анализа заболеваемости пруриго в Республике Башкортостан было выявлено, что большинство пациентов были женского пола (81%). Отмечено преобладающее поражение населения среднего и пожилого возраста, наиболее тяжелое течение в возрасте от 40 до 60 лет, при том, что более половины пациентов до обращения к дерматологу лечились самостоятельно. Почесуха взрослых отмечена у 61%, узловатая составила 39%. Полученная нами информация говорит о том, что необходимо проведение дальнейших исследований вышеуказанной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. – 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс 2016. – С. 406-407.
2. Абдрахимова Н.А., Надырченко Р.М., Мустафина Г.Р., Хисматуллина З.Р., Захарченко В.Д. // Эффективность традиционной терапии при микробной экземе//Медицинский вестник Башкортостана 2013. – Т.8, №4. – С. 27-30.
3. Разумова А.Н. // Здоровая кожа: Пособие для врачей // М.: МВД 2007. – С. 60.
4. Абдрахимова Н.А., Мустафина Г.Р., Хисматуллина З.Р., Захарченко В.Д.// Иммунологическая концепция развития микробной экземы// Медицинский вестник Башкортостана 2014. - Т. 9. №1. – С. 109-118.
5. Булгакова А.И., Хисматуллина З.Р., Габдуллина Г.Ф.//Распространенность, этиология и клинические проявления пузырчатки // Медицинский вестник Башкортостана 2016. –Т. 11. №6 (66), С. 86-90.
6. Елькин В. Д., Митрюковский Л. С. Избранная дерматология. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы. Справочник по диагностике и лечению дерматозов. Пермь, 2000. – С. 699.
7. Takefumi Ishii, Jiapeng Wang, Wei Zhang, John Mascarenhas, Ronald Hoffman, Ying Dai, Nathaniel Wisch, Mingjiang Xu. Pivotal role of mast cells in pruritogenesis in patients with myeloproliferative disorders 2009, June №23. Vol. 113, - P. 5942-5950.

УДК 616.345-089.844-06:617-089.168

Борисов Д.Л.^{1,2}, Алиханов Н.Г.², Волков В.В.², Торговкина Л.В.²

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ. АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Borisov D.L., Alikhanov N.D., Volkov V.V., Torgovkina L.V.

RECONSTRUCTIVE-RESTORATION OPERATIONS ON A COLON. ANALYSIS OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS

¹ ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ, 454092, г.Челябинск, ул.Воровского, 64.

² МБУЗ «Городская клиническая больница №8», 454071, г.Челябинск, ул.Горького, 28.

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Наиболее распространенной тактикой лечения при осложненных формах колоректального рака остается выполнение этапных операций. Однако, наличие колостомы приводит к стойкой инвалидизации пациентов, а, следовательно, целесообразность реконструктивно-восстановительного этапа не вызывает сомнения. При этом данные оперативные вмешательства не менее сложны, чем первичные радикальные операции по поводу опухоли, и на сегодняшний день нет единого мнения о сроках восстановления кишечной непрерывности после обструктивной резекции толстой кишки. **Цель исследования.** Анализ послеоперационных осложнений у пациентов, перенесших реконструктивно-восстановительные операции на толстой кише. **Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 53 историй болезни пациентов, которым была выполнена реконструктивно-восстановительная операция на толстой кише. **Результаты и обсуждения.** Все пациенты были госпитализированы в экстренном порядке с клинической картиной острой обтурационной кишечной непроходимости или «острого живота». После проведения 1 этапа хирургического лечения у 18 (33,96%) больных наблюдались ранние и поздние паракстомальные осложнения. При этом отмечено, что достоверно чаще осложнения наблюдались у пациентов, оперированных хирургами общей лечебной сети – 15 (45,5%), чем у хирургов-онкологов – 3 (15%).

Оптимальными сроками для выполнения 2 этапа хирургического лечения – является 6 месяцев. Подготовка к РВО носила комплексный характер и включала специальную тренировку отключённого отдела толстой кишки.

Выводы. 1. После выполнения 2 этапа оперативного лечения в послеоперационном периоде превалировали гнойно-септические осложнения. 2. Несостоятельность анастомоза наблюдалась только в 1 случае. 3. Летальных исходов не было. 4. В отдаленном послеоперационном периоде формирование послеоперационных грыж возникло у 6 (11,3%) больных.

Ключевые слова: колоректальный рак, реконструктивно-восстановительные операции, осложнения.

SUMMARY

Relevance. The most common tactic of treatment for complicated forms of colorectal cancer is the implementation of stage operations. However, the presence of colostomy leads to persistent disability of patients, and, consequently, the expediency of the reconstructive-restorative stage is beyond doubt. At the same time these surgical interventions are no less complicated than the primary radical surgery for the tumor, and to date there is no consensus on the timing of recovery of intestinal continuity after obstructive resection of the colon. **Purpose of the study.** Analysis of postoperative complications patients who underwent reconstructive-

restoration operations on a colon. **Materials and methods.** A retrospective analysis of 53 case histories of patients who underwent reconstructive-restoration operations on a colon was carried out.

Results and discussions. All patients were hospitalized in an emergency with a clinical picture of acute obstructive intestinal obstruction or "acute abdomen." After the first stage of surgical treatment, 18 (33.96%) patients had early and late parastomal complications. It was noted that complications were significantly more frequent by patients operated by surgeons of general medical network - 15 (45.5%) than oncologists-3 (15%). The optimal time for performing the 2nd stage of surgical treatment is 6 months. Preparation for the RRO was of a complex nature and included a special training of the disconnected department of the colon. **Conclusions.** 1. After the second stage of surgical treatment in the postoperative period, purulent-septic complications prevailed. 2. Insufficiency of anastomosis was observed only in 1 case. 3. There were no final outcomes. 4. In the late postoperative period, the formation of postoperative hernias appeared by 6 (11.3%) patients.

Key words: colorectal cancer, reconstructive-restoration operations, complications.

В последние годы в мире наблюдается рост числа лиц с колоректальным раком, перенесших операции с формированием кишечной стомы. Это связано с неуклонным ростом осложненных форм колоректального рака, таких как острая кишечная непроходимость, перфорация, параканкрозный абсцесс, кровотечение, частота которых колеблется в диапазоне от 35 до 60% [1,2,3,4,5]. Несмотря на достижения современной хирургии и интенсивной терапии, количество послеоперационных осложнений и летальных исходов все же достигает 15-34% и 32-64% соответственно [6,7,8]. Остается высоким и процент паллиативных оперативных вмешательств [9,10,11]. В то же время при операциях, выполненных в экстренном порядке на высоте непроходимости, в большинстве наблюдений не удается из-за тяжести состояния больного или недостаточной подготовки хирургической бригады произвести онкологически обоснованное оперативное вмешательство в полном объеме [12]. Наряду с этим при раке толстой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью, не проводится предоперационная химиолучевая или интраоперационная внутрибрюшная и внутритазовая химиотерапия, в связи с чем отдаленные результаты остаются неутешительными, пятилетняя выживаемость зачастую

не превышает 35-40% [13,14]. Несмотря на большое число публикаций, посвященных первичным радикальным операциям с одномоментным восстановлением пассажа по кишечному тракту в условиях левостороннего опухолевого поражения толстой кишки с непроходимостью [15,16], наиболее распространенной тактикой остается выполнение этапных операций. Однако такой подход имеет и отрицательные стороны [17,18,19]. Наличие колостомы приводит к стойкой инвалидизации пациентов. Ставятся затруднительными социальная адаптация и реабилитация данного контингента больных. В свете этого целесообразность реконструктивно-восстановительного этапа не вызывает сомнения. Восстановление непрерывности толстой кишки приобретает высокую значимость для социально-трудовой реабилитации и улучшения качества жизни стомированных больных. Однако не стоит забывать, что данные оперативные вмешательства не менее сложны, чем первичные радикальные операции по поводу опухоли. При этом сроки восстановления кишечной непрерывности после обструктивной резекции толстой кишки не определены и в зависимости от различных факторов колеблются от 2-3 недель до 1,5 лет и более [20,21], по последним данным, в среднем, составляют 1-3 месяца с момента первичной операции [22].

Цель исследования. Анализ послеоперационных осложнений у пациентов, перенесших реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 53 историй болезни пациентов, которым была выполнена реконструктивно-восстановительная операция на толстой кишке, за 2011-2017 г. на базе онкологического отделения Городской клинической больницы №8.

Результаты и обсуждения. Средний возраст в обследуемой группе составил $59,3 \pm 10,8$ лет. В соответствии классификации возрастных периодов по ВОЗ: пациенты молодого возраста составили 3 (5,66%), среднего возраста – 20 (37,74%), пожилого – 27 (50,94%), старческого – 3 (5,66%). В исследуемой группе женщины составили – 30 (56,6%), мужчины – 23 (43,4%).

На 1 этапе пациентам были выполнены операции по поводу рака толстой кишки в 43 (81,13%) случаев и воспалительной псевдоопухоли сигмовидной кишки – 10 (18,87%). Среди онкологических заболеваний по локализации (Таблица №1) превалировал рак сигмовидной кишки – 24 (55,81%), рак прямой кишки составил – 6 (13,95%),

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

рак ректосигмоидного отдела – 4 (9,3%), селезеночного угла ободочной кишки – 3 (6,98%), попе-

речно-ободочной кишки – 3 (6,98%), нисходящего отдела ободочной кишки – 2 (4,65%).

Локализация	Группа пациентов с колоректальным раком n=43
Сигмовидная кишка	55,81% (24)
Прямая кишка	13,95% (6)
Ректосигмоидный отдел толстой кишки	9,3% (4)
Селезеночный угол ободочной кишки	6,98% (3)
Поперечно-ободочная кишка	6,98% (3)
Нисходящий отдел поперечно-ободочной кишки	4,65% (2)

Таблица №1. Локализация опухоли у пациентов с колоректальным раком

Более половины случаев рака составила 2 стадия – 26 (60,47%), 2в стадия – 5 (11,63%), 1 и 4 стадии имели место в одинаковом проценте случаев – 4 (9,3%), 3в стадия – 3 (6,98%), 3с стадия – 1 (2,33%). У 10 (23,26%) больных раком толстой кишки, осложненным острой кишечной не-проходимостью, выявлены регионарные и/или отдаленные метастазы или распространение опухоли на соседние органы.

Все пациенты были госпитализированы в экстренном порядке с клинической картиной острой обтурационной кишечной непроходимости или «острого живота». После общеклинического, лабораторно-инструментального обследования и

предоперационной подготовки, во всех случаях проведено экстренное оперативное лечение в объеме обструктивной резекции толстого кишечника. Оперативное лечение выполнено хирургами общей лечебной сети в 33 (62,26%) случаев, хирургами-онкологами – в 20 (37,74%). После проведения 1 этапа хирургического лечения у 18 (33,96%) больных наблюдались ранние и поздние парастомальные осложнения. При этом отмечено, что достоверно чаще осложнения наблюдались (Таблица №2) у пациентов, оперированных хирургами общей лечебной сети – 15 (45,45%), чем у хирургов-онкологов – 3 (15%).

Показатель	Пациенты, оперированные хирургами общей лечебной сети (n = 33)	Пациенты, оперированные хирургами-онкологами (n = 20)	p
Частота осложнений	45,45% (15)	15% (3)	p=0,023

Таблица №2. Частота осложнений после проведения 1 этапа хирургического лечения

Подготовка к РВО носила комплексный характер и включала специальную тренировку отключённого отдела толстой кишки. С целью профилактики застоя в начальной части включённого отдела кишки и, как следствие, несостоятельности швов анастомоза, применялся способ тренировки отключённого отдела толстой кишки пенным аэрозолями (Гипозоль, Мирамистин). Данные препараты, помимо механического воздействия на стенку кишки, обладают противовоспалительны-

ми, антибактериальными, регенерирующими свойствами и, следовательно, способствуют более надёжному восстановлению моторной функции отключённого отдела.

У 13 (30,23%) больных колоректальным раком выполнению РВО предшествовало химиотерапевтическое лечение. Всем больным перед выполнением реконструктивно-восстановительных операций выполнялись диагностические исследования, исключающие прогрессирование опухолово-

го процесса, структур и наличие дивертикулов, а также проводилось исследование приводящего и отводящего отделов толстой кишки с обязательным проведением гидромассажа «отключенного» отдела кишки. В комплекс обследования, помимо общеклинических методов исследования, входили: УЗИ органов брюшной полости, фиброколоноскопия, ирригография с оценкой длины дистальной культи, а также расстояния между ней и стомой. Реконструктивно-восстановительный этап был выполнен всем пациентам специально подготовленными хирургами, имеющими сертификат онколога. Во время операции следили за выполнением следующих условий: хорошей подготовкой толстой кишки, отсутствием натяжения между анастомозируемыми участками кишки, адекватным кровоснабжением толстой кишки, минимальной травматизацией тканей и соблюдением принципов асептики. Проверка герметичности анастомоза в ряде случаев проводилась с помощью гидропробы.

Оптимальными сроками для выполнения 2 этапа хирургического лечения – реконструктивно-восстановительной операции (РВО) – после обструктивных резекций толстой кишки является 6 месяцев, так как за этот период, во-первых, адекватно восстанавливается общее состояние пациента для проведения повторного хирургического и анестезиологического пособия, во-вторых, стабилизируются продуктивные воспалительные

процессы в брюшной полости, и в-третьих, данный промежуток времени позволит провести пациенту адьювантную лекарственную терапию.

На 2 этапе хирургического лечения во всех случаях выполнен тотальный или субтотальный энтеролиз. В 14 (26,42%) случаях вмешательство носило симультантный характер, РВО сочеталось с атипичной резекцией печени по поводу солитарных метастазов у 4 (7,55%) пациентов, грыжесечением, по поводу послеоперационных грыж – 11 (20,75%), экстирпацией матки 3 (5,66%).

Частота осложнений после проведения 2 этапа хирургического лечения (Таблица №3) составила – 28,3%. Превалировали гнойно-септические осложнения: нагноение послеоперационной раны – 8 (15,09%); внутрибрюшной абсцесс – 2 (3,77%). Проведение релапаротомии потребовалось в 2 (3,77%) случаев, по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости. Эвентрация имела место у 1 (1,89%) пациента. Несостоятельность анастомоза наблюдалась только в 1 (1,89%) случае (4 степень по Clavien-Dindo), по поводу чего была произведена релапаротомия с резекцией анастомоза и выведением односторонней концевой колostомы. Летальных исходов не было. Среднее количество койко-дней госпитализации составило 24,7 суток. В отдаленном послеоперационном периоде формирование послеоперационных грыж возникло у 6 (11,32%) больных.

Осложнения	Пациенты, перенесшие 2 этап хирургического лечения n=53
Нагноение послеоперационной раны	15,09% (8)
Формирование послеоперационных грыж в отдаленном послеоперационном периоде	11,32% (6)
Внутрибрюшной абсцесс	3,77% (2)
Ранняя спаечная кишечная непроходимость	3,77% (2)
Эвентрация органов брюшной полости	1,89% (1)
Несостоятельность анастомоза	1,89% (1)

Таблица №3. Частота осложнений после 2 этапа хирургического лечения

ВЫВОДЫ

1. После проведения 1 этапа хирургического лечения у 18 (33,96%) больных наблюдались ранние и поздние параколикальные осложнения, при этом послеоперационные осложнения чаще наблюдались у пациентов, перенесших хирургическое лечение, выполненное хирургами общей лечебной сети, в сравнении с пациентами, оперированными хирургами-онкологами.
 2. После выполнения 2 этапа оперативного лечения в послеоперационном периоде превалировали гнойно-септические осложнения.
 3. Несостоятельность анастомоза наблюдалась только в 1 случае.
 4. Летальных исходов не было.
- В отдаленном послеоперационном периоде формирование послеоперационных грыж возникло у 6 (11,32%) больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Брюсов П.Г., Малахов Ю.П. Эволюция подходов к хирургическому лечению больных раком ободочной кишки, осложнённым острой обтурационной кишечной непроходимостью. Рос. онкол. ж. 2004; (5): 4–7.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2006 г. Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2008; 29 (2): 53.
3. Жашуев А.Ж., Мизиев И.А., Мищенко С.Ф. Выбор тактики хирургического лечения больных колоректальным раком с учётом оценки тяжести общего состояния по системе APACHE II. Материалы I съезда хирургов ЮФО. Ростов. 2006; 111–112.
4. Яницкий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. Опухоли толстой кишки. М.: Медпресс-информ. 2004; 376 с.
5. Marling A., Holm T., Johansson H. et al. The Stockholm treatment on preoperative radiotherapy in rectal carcinoma: long-term follow-up of a population – based study. Cancer. 2001; 92: 896–902.
6. Smothers L, Hynan L, Fleming J, Turnage R, Simmang C, Anthony T. Emergency Surgery for Colon Carcinoma. Dis Colon Rectum. 2003;46(1):24-30. doi: 10.1007/s10350-004-6492-6
7. Yuan Y, Li MD, Hu HG, Dong CX, Chen JQ, Li XF, Li JJ, Shen H. Prognostic and survival analysis of 837 Chinese colorectal cancer patients. World J Gastroenterol. 2013;19(17):2650-2659. doi: 10.3748/wjg.v19.i17.2650
8. Zahid A, Young CJ. How to decide on stent insertion or surgery in colorectal obstruction? World J Gastrointest Surg. 2016;8(1):84-89. doi: 10.4240/wjgs.v8.i1.84
9. Cousins SE, Tempest E, Feuer DJ. Surgery for the resolution of symptoms in malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2016;1:CD002764. doi: 10.1002/14651858.CD002764.pub2
10. Krouse RS. Surgical management of malignant bowel obstruction. SurgOncolClin N Am. 2004;13(3):479-490. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.soc.2004.03.006
11. Tuca A, Guell E, Martinez-Losada E, Codorniu N. Malignant bowel obstruction in advanced cancer patients: epidemiology, management, and factors influencing spontaneous resolution. Cancer Manag Res. 2012;4:159-169. doi: 10.2147/CMAR.S29297
12. Тотиков З.В., Тотиков В.З. Наиболее частые интраоперационные факторы, влияющие на результаты лечения при раке толстой кишки, осложненном непроходимостью. Анналы хирургии. 2014; (2): 33-37.
13. MohdSuan MA, Tan WL, Soelar SA, Ismail I, Abu Hassan MR. Intestinal obstruction: predictor of poor prognosis in colorectal carcinoma? Epidemiology and Health. 2015; 37 :2015017. doi: 10.4178/epih/e2015017
14. Yuan Y, Li MD, Hu HG, Dong CX, Chen JQ, Li XF, Li JJ, Shen H. Prognostic and survival analysis of 837 Chinese colorectal cancer patients. World J Gastroenterol. 2013; 19 (17): 2650-2659. doi: 10.3748/wjg.v19.i17.2650
15. Yang Z, Wang L, Kang L, Xiang J, Peng J, Cui J, Huang Y, Wang J. Clinicopathologic characteristics and outcomes of patients with obstructive colorectal cancer. J Gastrointest Surg. 2011; 15 (7): 1213-1222. doi: 10.1007/s11605-011-1563-1
16. Kam M, Tang C, Chan E, Lim J, Eu K. Systematic review of intraoperative colonic irrigation vs. manual decompression in obstructed left-sided colorectal emergencies. International Journal of Colorectal Disease. 2009; 24 (9): 1031-1037. doi: 10.1007/s00384-009-0723-1
17. Chaireau N, Lefevre J, Lefrancois M, Chafai N, Parc Y, Tiret E. Management of malignant left colonic obstruction: is an initial temporary colostomy followed by surgical resection a better op-

-
- tion? Colorectal Dis. 2013; 15 (11): 646-653. doi: 10.1111/codi.12335
18. Biondo S, París D, Frago R, Martín-Ragui J, Kreisler E, De Oca J, Jaurrieta E. Large bowel obstruction: predictive factors for postoperative mortality. Diseases of the Colon & Rectum. 2004; 47 (11): 1889-1897. doi: 10.1007/s10350-004-0688-7
19. Meyer F, Marusch F, Koch A, Meyer L, Fuhrer S, Kockerling F, Lippert H, Gastinger I. Emergency operation in carcinomas of the left colon: value of Hartmann's procedure. Tech Coloproctol. 2004; 8 (1): 226-229. doi: 10.1007/s10151-004-0164-3
20. Воленко А.В., Рудин Э.П., Андреев Ю.В. Причины послеоперационных осложнений при восстановлении непрерывности толстой кишки после операций типа Гартманна. Стационарно-замещающие технологии. Амбулаторн. хир. 2011; (3-4): 12-13.
21. Тимербулатов В.М., Афанасьев С.Н., Гайнутдинов Ф.М. и др. Хирургическая реабилитация больных со стомами. Колопроктология. 2004; 1 (7): 3-6.
22. Гатауллин И.Г., Халиков М.М., Козлова Е.В., Афанасьева З.А., Потанин В.П. Сроки выполнения и объем хирургического вмешательства реконструктивно-восстановительного этапа после операций типа Гартманна. Казанский медицинский журнал, 2017: 98: (1): 67-72. doi:10.17750/KMJ2017-67.

УДК: 616.831-002.3-089

Тихомиров С.Е.

АБСЦЕСС ГОЛОВНОГО МОЗГА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Tikhomirov S.E.

ABSCESS OF THE BRAIN. CLINICAL CASE

ГБУЗ ТО «Областная больница №3», 626150, Тюменская область, г. Тобольск,
3Б микрорайон, 24

Тихомиров Сергей Евгеньевич – к.м.н., врач-нейрохирург травматолого-ортопедического отделения.

ПРОВЕДЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ИМЕЛО ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ

РЕЗЮМЕ

Представлено клиническое наблюдение больной, оперированной по поводу абсцесса головного мозга. Операция выполнена без дренирования и без удаления капсулы абсцесса. В послеоперационном периоде внутривенная антибактериальная терапия была дополнена эндolumбальным введением антибиотика.

Ключевые слова: абсцесс головного мозга, хирургическое лечение.

SUMMARY

Clinical observation is presented. Patient with an abscess of the brain. The operation is performed without draining and without removing the capsule of the abscess. In the postoperative period, intravenous antibiotic therapy was supplemented with intrathecal antibiotic injection.

Key words: brain abscess, surgical treatment.

Абсцесс головного мозга – гнойная полость в веществе мозга, ограниченная соединительноканной капсулой. Абсцесс головного мозга может быть результатом распространения инфекции из близлежащего очага, либо переноса инфекции гематогенным путем из первичного очага инфек-

ции. Нередки абсцессы, при которых источник инфекции выявить не удается. [1,2,3]

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

В Областную больницу №3 Тобольска была доставлена больная Н., 48 л. по направлению фельдшера с. Лайтамак. Село Лайтамак является центром так называемого "Тобольского Заболотья" – региона Тюменской области, для которого характерно отсутствие дорог, связывающих с "большой землей" с начала апреля по конец ноября. Летом регулярное сообщение с этими сёлами осуществляется только авиатранспортом.

При поступлении осмотрена неврологом, выполнена КТ головного мозга, выявлено объёмное образование правой лобной доли головного мозга. Больная госпитализирована в неврологическое отделение с подозрением на онкологическое заболевание головного мозга.

Проведено дополнительное обследование. На обзорной рентгенограмме лёгких: патологии не выявлено. Осмотр офтальмолога: ангиопатия сосудов сетчатки по гипертоническому типу. УЗИ органов брюшной полости: онкологической патологии не выявлено. Осмотр онколога, гинеколога: клинических данных за онкопатологию других органов не выявлено. Анализ крови на RW, HbsAg, HCV, ВИЧ: отрицательный.

КТ головного мозга (нативное исследование с последующим контрастным усилением, приведено оригинальное заключение рентгенолога): КТ-картина глиомы в правой лобной доле головного мозга с перифокальным отёком и смещением срединных структур влево до 5 мм. (Рис.1,2,3)

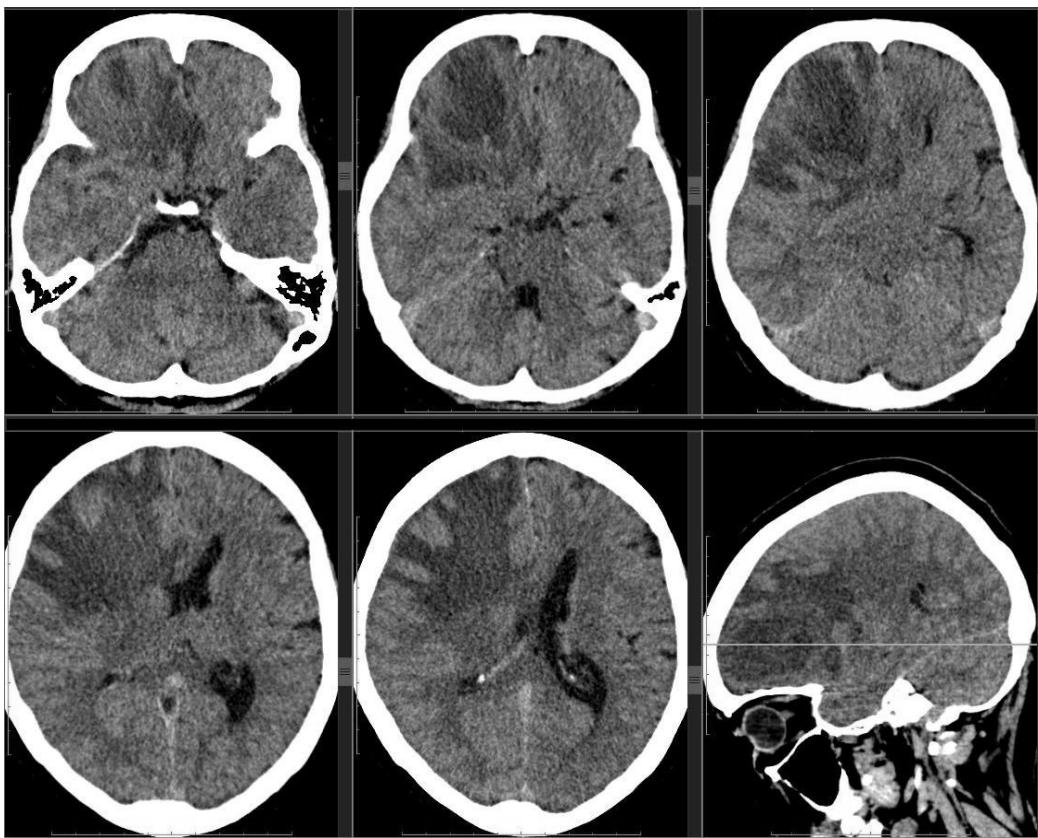


Рис. 1. КТ головного мозга, нативное исследование. Выполнено при поступлении больной Н., 48 л.

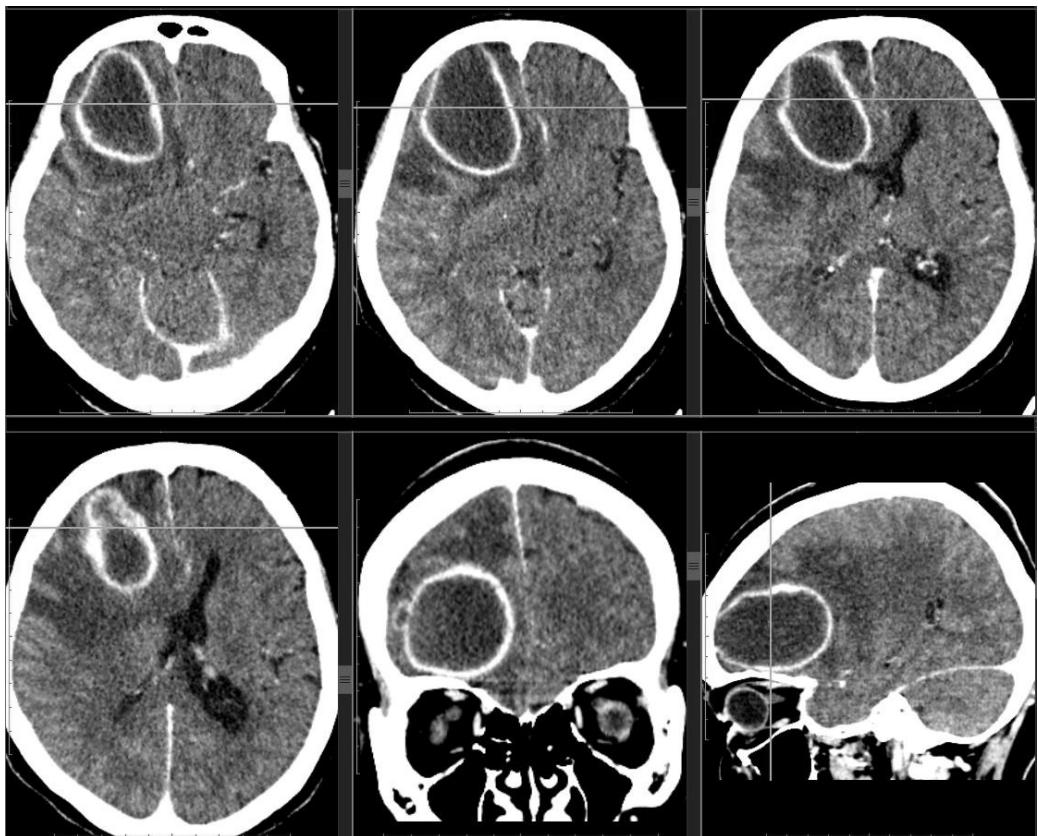


Рис. 2. КТ головного мозга больной Н., 48 л. Исследование выполнено с внутривенным введением контрастного препарата.

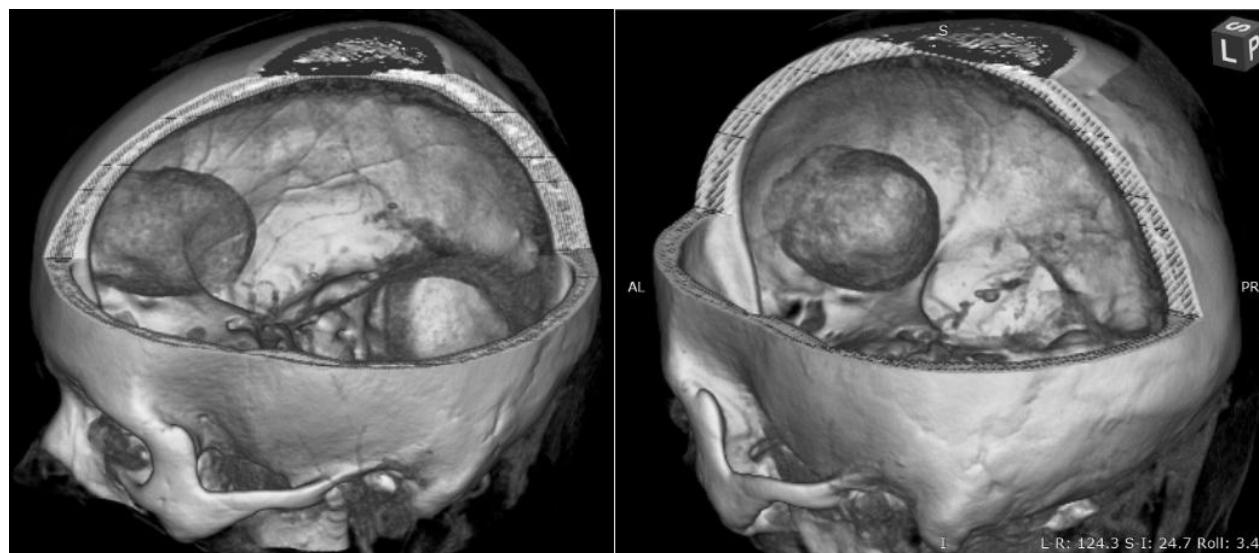


Рис. 3. 3D-реконструкция объёмного образования правой лобной доли головного мозга выполнена на основании сканов КТ головного мозга с контрастным усилением.

Неврологический статус при осмотре нейрохирургом: Уровень сознания: глубокое оглушение (11 б. по ШКГ), глубокий левосторонний гемипарез, менингеальных симптомов нет.

Больная взята на операцию. Далее приведён протокол оперативного вмешательства.

Выполнен дугообразный разрез мягких тканей в правой лобно-височной области. Наложено фрезевое отверстие у основания скулового отростка лобной кости, из которого краинотомом выпилен костный лоскут 6.0 X 5.0 см. Гемостаз электрокоагуляцией по ходу доступа. Гемостаз воском. Твёрдая мозговая оболочка (ТМО) вскрыта подковообразно основанием к сагиттальному си-

нусу. Мозг отёчен, пролабирует. По центру ТМО подпаяна к коре головного мозга. Тонким шпателем ТМО постепенно отделена от коры. Вскрыт абсцесс: получен гной с гнилостным запахом. Взят посев гноиного содержимого абсцесса на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Аспирировано около 60.0 мл гноиного субстрата. Полость абсцесса многократно промыта водными растворами перекиси водорода и фурацилина. Мозг запал, имеется хорошая пульсация. ТМО ушита с одновременным подшиванием по периметру трепанационного окна. Костный лоскут уложен на место. Послойный шов раны, асептическая повязка. (Рис.4)

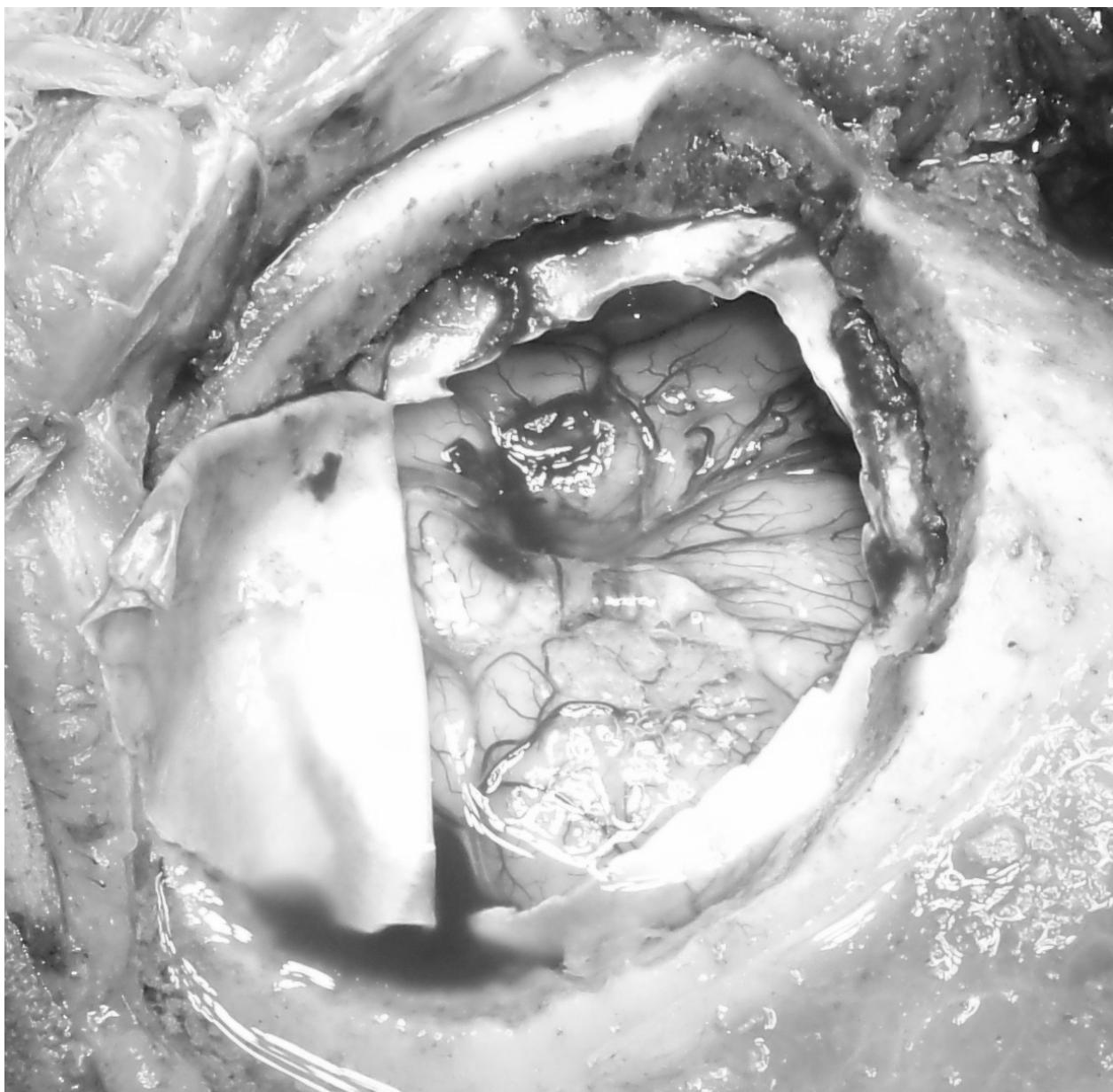


Рис. 4. Интраоперационная фотография, выполненная после аспирации гнойного содержимого из полости абсцесса и промывания полости антисептическими растворами.

В послеоперационном периоде проводилось медикаментозное лечение: цефтриаксон 2.0 внутривенно 2 раза в сутки, амикацин эндоплюмбально 1.0 в разведении на 20.0 физиологического раствора №3 с интервалами 1-2 дня, инфузционная терапия, энтеральное питание через назогастральный зонд.

Бактериальный посев гнойного содержимого абсцесса выявил *Streptococcus* spp. Анализ цереброспinalной жидкости на 2-е сутки после операции: цвет – желтовато-серый, прозрачность – мутная, цитоз – 785 в 1 мкл, общий белок – 2.3 г/л; на 5-е сутки: цвет – светло-жёлтый, прозрачность – слабо-мутная; цитоз – 204 в 1 мкл, общий белок –

5.9 г/л; на 7-е сутки: цвет: светло-жёлтый, прозрачность – слабо-мутная, цитоз – 115 в 1 мкл, общий белок – 5.6 г/л.

В неврологическом статусе положительная динамика в виде восстановления сознания до ясного, регресса менингеального синдрома, частичного регресса левостороннего гемипареза. На контрольной КТ головного мозга на 2-е и 8-е сутки после операции положительная динамика в виде регресса перифокального отёка и дислокации срединных структур. (Рис.5) Операционная рана зажила первичным натяжением, швы сняты. Выписана на амбулаторное лечение.

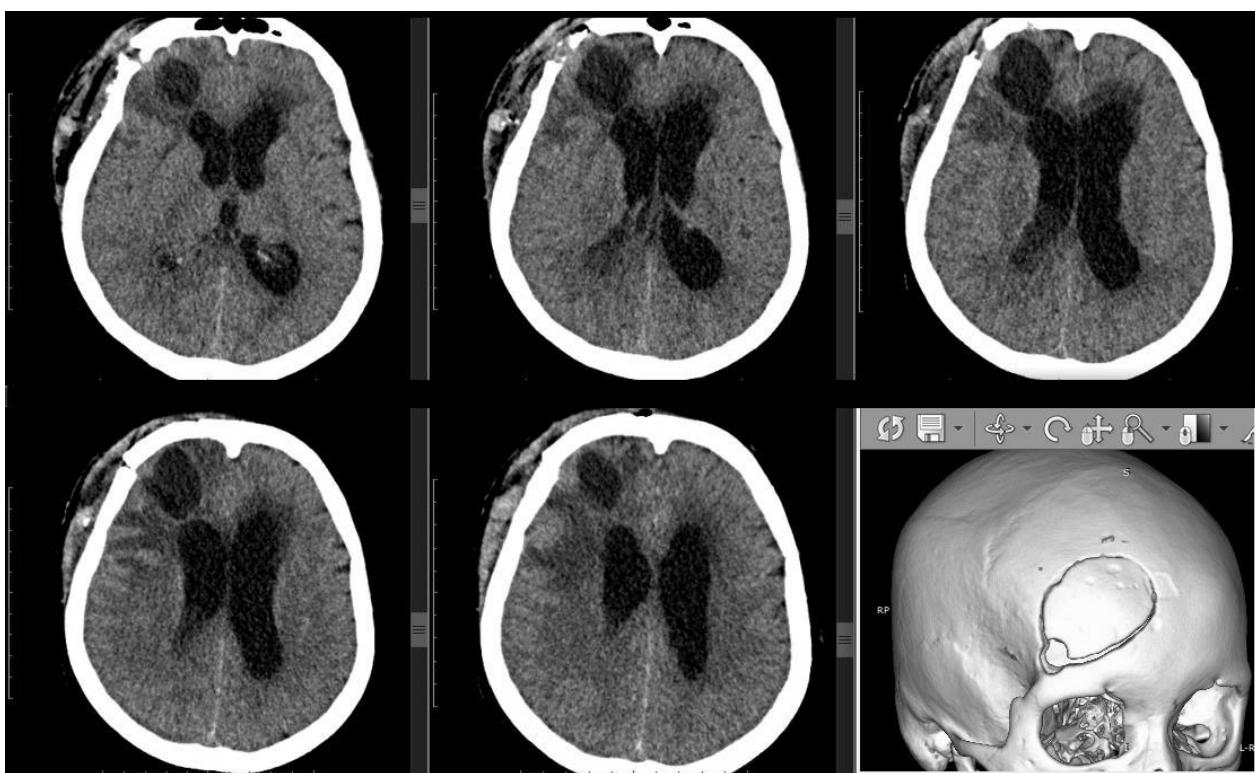


Рис. 5. КТ головного мозга, нативное исследование, выполненное на 8-е сутки после операции. В нижнем правом углу выполнена 3D-реконструкция, иллюстрирующая краиниотомический доступ.

ОБСУЖДЕНИЕ

Поступление больной в тяжёлом состоянии из труднодоступного района с угнетённым сознанием не позволило собрать анамнез. Компьютерная томография с контрастным усилением выявило объёмное образование с чётко очерченной капсулой, что вызвало подозрение на абсцесс, но отсутствие уровня жидкости на снимках КТ и лихорадки у больной в большей степени склонило клиническую мысль в сторону онкологического поражения. Сложность дифференциальной диагностики между абсцессом головного мозга и онкологическим поражением описана в литературе. [4,5,6] Ретроспективно, конечно, в предоперационном периоде следовало бы выполнить диагностическую лумбальную пункцию.

На момент оперативного вмешательства абсцесс уже был хорошо ограничен капсулой и подпаянной к коре головного мозга твёрдой мозговой оболочкой. При оперативных вмешательствах по поводу абсцесса головного мозга принято оставлять дренаж в полости абсцесса. [1,7,8,9,10] Однако, с учётом наличия хорошо сформированной капсулы, которая была визуализирована после промывания полости антисептическими растворами, принято решение не оставлять дренаж.

Послеоперационном периоде внутривенное введение цефтриаксона было дополнено эндолюмбальным введением амикацина (1.0 г на 20.0 физиологического раствора). Анализ цереброспinalной жидкости, которая бралась на анализ перед введением антибиотика, отразил положительную динамику в виде постепенного уменьшения цитоза.

На контрольной КТ на 8-е сутки хорошо визуализируются спавшаяся капсула абсцесса, заполненная цереброспинальной жидкостью и расправление правого бокового желудочка.

Таким образом, аспирация гнойного содержимого абсцесса без удаления капсулы и без дренирования с последующей антибактериальной терапией путём как внутривенного, так и эндолюмбального введения антибиотиков, в данном случае оказалось вполне достаточным. Представленный клинический случай может быть рассмотрен как возможный вариант хирургической тактики при хорошо отграниченном абсцессе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гайдар Б.В. Практическая нейрохирургия. Санкт-Петербург: Гиппократ; 2002

-
- 2. Гринберг М.С. Нейрохирургия. Москва: МЕД-пресс-информ; 2010
 - 3. Яшаров Ю.А., Цимбалюк В.И. Хирургические аспекты в лечении абсцессов головного мозга. Медицина неотложных состояний 2015; (7): 93 – 97.
 - 4. Agarwal A.K., Garg R., Simon M. Ring enhancing lesion in CT scan: metastases or a brain abscess. Emerg. Med. J. 2007; (24): 706
 - 5. Britt R.H., Enzmann D.R. Clinical Stages of Human brain abscesses on Serial CT Scans After contrast infusion. J. Neurosurg 1983; (59): 72-89
 - 6. Alderson P.O., Gado M.H., Siegel B.A. Computerized cranial tomography and radionuclide imaging in the detection of intracranial mass lesions. Semin. Nucl. Med. 1977; (7): 161-173
 - 7. Bernardini G.L. Diagnosis and management of brain abscess and subdural empyema. Curr. Neurol. Neurosci. Rep. 2004; (4): 448-456.
 - 8. Barlas O., Sencer A., Erkan K., Eraksoy H., Sencer S., Bayindir C. Stereotactic surgery in the management of brain abscess. Surg.Neurol. 1999; (52): 404-11.
 - 9. Beller A.J., Sahar A., Praiss I. Brain abscess. Review of 89 cases over a period of 30 years. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1973; (36): 757-768.
 - 10. Calfee D.P., Wispelwey B. Brain abscess. Semin. Neurol. 2000; (20): 353-360.

УДК 61(092)+617:355

Моргошия Т.Ш.

ТВОРЧЕСКИЙ ПУТЬ ГИЙОМА ДЮПЮИТРЕНА (1777 – 1835) (К 240-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА)

Morgoshiia T. Sh.

THE CREATIVE WAY OF GIYOM DUPYUTIREN (1777 - 1835) (TO THE 240TH ANNIVERSARY OF THE BIRTHDAY OF THE PROFESSOR)

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
кафедра факультетской хирургии имени профессора А.А. Рusanova,
194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская 2.

Моргошия Темури Шакроевич – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии имени профессора А.А. Рusanова СПбГПМУ

РЕЗЮМЕ

Главное, пожалуй, состоит в том, что Дюпюитрен был представителем анатомо-физиологического направления, так как считал, что хирургия должна развиваться на основе достижений анатомии и физиологии. В статье отмечено, что в 1819 г. Дюпюитрен впервые описал возникающий при резкой пронации стопы перелом медиальной лодыжки, надлодыжечный перелом малой берцовой кости с разрывом связок дистального межберцового сочленения и подвывихом или вывихом стопы книзу (перелом Дюпюитрена), а позднее еще и сочетание этого перелома с разрывом межберцового сочленения, расхождением берцовых костей и подвывихом стопы книзу (переломовывих Дюпюитрена). Он детально изучил контрактуру пальцев кисти, вызванную рубцовым сморщиванием ладонного апоневроза (контрактура Дюпюитрена) и первым в мире в 1831 г. произвел с хорошим результатом предложенную им операцию (операция Дюпюитрена). Указано, что он одним из первых разработал методики вправления застарелых вывихов; предложил получившие широкую известность операции: резекцию нижней челюсти, подкожную перерезку грудино-ключично-сосковой мышцы, перевязку подвздошной и подключичной артерий, операцию продольного рассечения вросшего ногтя на две

половины с последующим удалением каждой половины, операцию при аплазии влагалища (метод кольпопозза Дюпюитрена). Дюпюитрен описал свободное перемещение головки бедра вверх и вниз при врожденном вывихе бедра (симптом Дюпюитрена). Дюпюитрена симптом, или симптом «пергаментного хруста» — ощущение хруста при надавливании на взбухающую костную стенку альвеолярного отростка или на верхнюю челюсть; наблюдается при корневой или фолликулярной зубной кисте, а также при некоторых доброкачественных новообразованиях челюсти. Французский хирург предложил новую классификацию ожогов на тот момент, различая шесть степеней этого повреждения тканей. Им созданы хирургические инструменты: для раздавливания шпоры при закрытии наружного кишечного свища (энтеротриб Дюпюитрена), безбрешевый эластичный зажим для кишки (зажим Дюпюитрена-Блазиуса). Талантливый исследователь, хирург и травматолог Гийом Дюпюитрен, навсегда останется в сердцах его соратников и последователей.

Ключевые слова: Г. Дюпюитрен; биография; контрактура; фиброз; ладонный апоневроз; перелом Дюпюитрена; операция Дюпюитрена; зажим Дюпюитрена-Блазиуса; абсцесс Дюпюитрена.

SUMMARU

The main thing, perhaps, is that Dupuytren was a representative of the anatomical and physiological direction, since he believed that surgery should develop on the basis of the achievements of anatomy

and physiology. In the article it is noted that in 1819 Dupuytren first described the fracture of the medial malleolus that occurs when a pronounced foot is pierced, a tibial fracture of the tibia with a rupture of the ligaments of the distal intercellular articulation and subluxation or dislocation of the foot outside (Dupuytren's fracture), and later a combination of this fracture with a rupture of the intercostal articulation, a divergence of the tibia and a subluxation of the foot outside (fractured Dupuytren). He studied in detail the contracture of the fingers of the hand caused by cicatricial shrinking of the palmar aponeurosis (Dupuytren's contracture) and the first in the world in 1831 to produce, with good results, the operation he proposed (Dupuytren's operation). It is indicated that he was one of the first to develop methods of correcting long-standing dislocations; proposed operations that were widely known: resection of the lower jaw, subcutaneous transection of the sternocleidomuselus muscle, ligation of the iliac and subclavian arteries, the operation of longitudinal dissection of the ingrown nail into two halves, followed by the removal of each half, surgery for aplasia of the vagina (Dupuytren's method of colpopoiesis). Dupuytren described the free movement of the femoral head up and down with a congenital hip dislocation (Dupuytren's symptom). Dupuytren's symptom, or symptom of "parchment crunch" - a sensation of crunch when pressure is applied to the swelling bone wall of the alveolar process or to the

upper jaw; is observed with the root or follicular dental cyst, as well as with some benign neoplasms of the jaw. The French surgeon proposed a new classification of burns at that time, distinguishing six degrees of this tissue damage. He created surgical instruments: for crushing the spur when closing the external intestinal fistula (enteroptibum Dupuytren), unbranched elastic clamp for the gut (clamp Dupuytren-Blasius). A talented researcher, surgeon and traumatologist Guillaume Dupuytren, will always remain in the hearts of his associates and followers.

Key words: G. Dupuytren, biography, contracture, fibrosis of the Palmar aponeurosis, Dupuytren's fracture, surgery Dupuytren, clip Dupuytren-Blasius, abscess Dupuytren.

Гийом Дюпюитрен (фр. Dupuytren) (рис. 1) родился 5 октября 1777 года в деревне Пьер-Бюфье на западе Франции (Верхне-Биенском департаменте) в семье сельского ходатая по делам. Отец – обанкротившийся адвокат, работал в Бордо, а некоторые родственники были хирургами в его родном городе. Детство мальчика нельзя назвать безоблачным, о чем говорит тот факт, что его дважды уводили из семьи. Так, в возрасте 4 лет он был похищен богатой дамой из Тулузы, но спустя какое-то время она сама вернула Гийома. Затем в возрасте 12 лет его похитил кавалерист, который в последующем оплатил мальчику обучение в г. Париже [3].



Guillaume Dupuytren [1777-1835]



Рис. 1. Гийом Дюпюитрен (слева – памятник профессору в Париже; справа – хирург в госпитале «Отель-Дьё»).

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Напомним, что 14 июля 1789 г. во Франции вспыхнула революция. Учитывая напряженную политическую и экономическую обстановку в стране, Дюпюитрен мечтал стать офицером, но по наставлению своего отца в 1793 г. он поступил в медико-хирургическую школу больницы святого Алексия в Лиможе. Однако в этом же году, в возрасте 16 лет, он переезжает в Париж и продолжает свое обучение уже на медицинском факультете Парижского университета. Учился Гийом отлично и настолько хорошо знал анатомию, что еще, будучи студентом, был приглашен занять должность прозектора кафедры анатомии и преподавать этот предмет. За время обучения он проходил практику в таких знаменитых учреждениях, как госпиталь Шарите, Сальпетриер, Эколь де Сантé и колледж Маньяк-Лаваль, а преподавали ему известные врачи того времени – Ф. Пинель, Ж. Кювье и Ж. Корвизар [1, 3].

Первые два года студенчества были самыми сложными. Дюпюитрен страдал от голода, живя на чердаке Анатомического института. Отметим, что для освещения этого помещения Гийом использовал лампадку, которую заправлял кусочками жира, вытопленными из подкожной жировой клетчатки трупов [1]. Однако все это не помешало его безудержному стремлению к знаниям. Как уже отмечалось, еще, будучи студентом, Г. Дюпюитрен читал лекции по анатомии, которые достаточно хорошо посещались. Он занимался также вопросами физиологии. Закономерно, что к моменту окончания своего обучения (1797 г.) молодой и перспективный Гийом Дюпюитрен стал широко известен в медицинских кругах Франции.

В конце 1801 г. Дюпюитрен пишет свой первый монографический научный труд «Предложения по некоторым исследованиям анатомии, физиологии и патологической анатомии», основанный на своих работах в области патологической анатомии. Он хотел представить ее в качестве своей докторской диссертации. Однако защита этой работы была отложена на 2 года, поскольку медицинские школы были подавлены Революционным Правительством. Дюпюитрен получил звание хирурга в 1802 году в парижском госпитале «Отель-Дьё», где в 1808 г. его назначили заместителем главного хирурга, а с 1815 года возглавил хирургическое отделение; одновременно в течение 20 лет заведовал этим госпиталем и кафедрой оперативной хирургии (с 1812 г. уже профессором) медицинского факультета Парижского университета [1, 5]. «Отель-Дьё» (буквально означает обитель Бога) – самая старая больница Парижа. Официальным годом основания считается 660

год. С XII по XVIII века она реконструировалась и достраивалась, а в 1878 году, когда в Париже проходил конгресс психиатров и первый Международный антиалкогольный конгресс, она приобрела современный вид [7].

В то время больница «Отель-Дьё» была в ужасном состоянии. По существующей традиции (декретом от 16 сентября 1760 года), всем помещенным пациентам Парижа полагалось непременно пройти через больницу Отель-Дьё. Это положение неукоснительно соблюдалось до 1791 года. Для них были отведены две палаты: первая – это палата святого Людовика на 42 человека мужчин и палата святой Женевьевы на такое же приблизительно число женщин. Сюда примыкали приемная и ванная комната с двумя ванными. Это считалось психиатрическое отделение. Штат отделения состоял из двух наемных служителей, из которых один был банщиком. В каждой палате было 6 больших кроватей и по 8 – меньших размеров, причем на каждой большой кровати помещалось по трое, по четверо. Что мог сделать единственный палатный служитель, когда возбужденные больные, очутившись на одной кровати, начинали наносить друг другу удары, царапались и плевали друг в друга? Он призывал на помощь банщика, и они, вооружившись палками, принимали участие в побоище, пока им не удавалось, наконец, связать по рукам и ногам зачинщика или зачинщицу драки. Методы лечения соответствовали состоянию медицины того времени: больным делали кровопускание, давали слабительные, мушки, наркотики и, конечно, знаменитую чемерицу. Кроме того, больным делали насильтственные холодные ванны и души. Нетрудно представить, как можно было обслуживать двумя ваннами 84 человека, особенно если учесть тогдашние технические возможности. После одного или двух месяцев такого изнуряющего режима большинство этих больных обнаруживало полный упадок физических и нравственных сил.

Всего по штату больницы имелось 1220 коек, причем на каждой из них помещалось от 4 до 6 человек, такие они были широкие. Привилегированных одиночных кроватей было 486. Кроме того, в просторных палатах около 800 больных лежали на соломенных тюфяках или просто подстилках, загрязненных до чрезвычайности [3]. В этой обстановке больные редко поправлялись после хирургических операций, и септические лихорадки были правилом; вентиляции не было никакой, по утрам персонал заходил в палаты, держа пропитанные уксусом губки у носа. Когда правительство поручило Академии наук в 1785 г.

составить доклад о парижских больницах, администрация «Отель-Дьё» не постеснялась запретить комиссии, председателем которой был академик и мэр Парижа Ж. Бай, доступ в больницу. После заключения Бай о плачевном состоянии госпиталей (1787), и в частности «Отель-Дьё», правительство отдало распоряжение о перестройке самого старого госпиталя [7].

Нетрудно представить колossalное переполнение этих «свалочных мест», которые лишь по недоразумению еще назывались больницами. Хорошо известно, что случившийся однажды пожар в «Отель-Дьё» сделал то, что не могли сделать врачи: неожиданно для всех «парализованные» больные встали и пошли [7].

Следует подчеркнуть личные человеческие качества великого французского хирурга. Гийом Дюпюитрен был мрачным, беспощадным, презрительным и надменным человеком. При описании его характера отрицательные термины «спотыкались» друг о друга. Он был недружелюбен по отношению к коллегам и студентам. «Первый среди хирургов, последний среди людей», – так отзывались о нем сослуживцы. Заняв должность, Дюпюитрен почти сразу же вступил в конфликт с руководителем госпиталя Филиппом Ж. Пеллетаном. Длившаяся несколько лет борьба между ними закончилась тем, что в 1815 г. Г. Дюпюитрен стал руководителем клиники (как уже отмечалось) «Отель-Дьё», сместив своего бывшего начальника [1, 4].

Работа знаменитого хирурга начиналась с обхода больных в 7 часов утра, а далее проводился тщательный разбор трудных клинических случаев со студентами и коллегами, которые не всегда разделяли энтузиазм своего руководителя. Профессор с головой был погружен в работу. Продолжался рабочий день многочисленными операциями и консультациями, а завершался формированием заключений по каждому пациенту. Коллеги Дюпюитрена называли «дикое животное на Сене». У него была прекрасная способность доходчиво излагать материал и при этом крайняя нетерпимость к малейшей слабости, проявляемой студентами. Но, несмотря на это, ученики дали ему прозвище «Лектор-Очарование». Добавим также, что во всей Европе у него было несколько прозвищ: «бандит из Отель-Дьё» и «Наполеон хирургии». Однако отметим, что Г. Дюпюитрен со своими студентами были одними из первых, кто оказывал помощь раненым, когда город Париж был атакован Русской армией [1].

Список профессиональных заслуг Гийома Дюпюитрена крайне велик, многообразен и актуален в настоящее время. Главное, пожалуй, состоит в

том, что он был представителем анатомо-физиологического направления, так как считал, что хирургия должна развиваться на основе достижений анатомии и физиологии. Преподавая основы патологической физиологии (этим он занимался во Франции одним из первых), он, в частности, указывал, что развитие патологических процессов и нормальное функционирование организма происходят по одним и тем же законам. В 1819 г. Дюпюитрен впервые описал возникающий при резкой пронации стопы перелом медиальной лодыжки, надлодыжечный перелом малой берцовой кости с разрывом связок дистального межберцового сочленения и подвывихом или вывихом стопы книзу (перелом Дюпюитрена), а позднее еще и сочетание этого перелома с разрывом межберцового сочленения, расхождением берцовых костей и подвывихом стопы книзу (переломы вывихи Дюпюитрена). Он детально изучил контрактуру пальцев кисти, вызванную рубцовым сморщиванием ладонного апоневроза (контрактура Дюпюитрена); при этом считавшись ранее неизлечимым заболеванием он первым в мире в 1831 г. произвел с хорошим результатом предложенную им операцию (операция Дюпюитрена) [3, 5]. Следует сделать ремарку, что первое описание гибательной контрактуры пальцев приведено в 1614 г. базельским анатомом Плоттером. Однако он не объяснил сущности заболевания. В 1822 г. английский хирург Э. Купер предположил, что контрактура пальцев связана с изменениями в ладонном апоневрозе. Им же произведена первая операция рассечения тяжей апоневроза. Кроме того, что Дюпюитрен в 1831 – 1832 гг. опубликовал работы, в которых изложил подробные клинические данные о контрактуре пальцев кисти, он путем препарирования при контрактуре обнаружил патоморфологические изменения в ладонном апоневрозе, которые и связал с наличием контрактуры у больного. С тех пор заболевание носит его имя. Одним из первых Дюпюитрен разработал методики вправления застарелых вывихов; разработал получившие широкую известность операции: резекцию нижней челюсти, подкожную перерезку грудино-ключично-сосковой мышцы, перевязку подвздошной и подключичной артерий, операцию продольного рассечения вросшего ногтя на две половины с последующим удалением каждой половины, операцию при аплазии влагалища (метод кольпопозза Дюпюитрена). Дюпюитрен описал абсцесс клетчатки малого таза, расположенный на его боковой стенке (абсцесс Дюпюитрена), свободное перемещение головки бедра вверх и вниз при врож-

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

денном вывихе бедра (симптом Дюпюитрена) [5]. Дюпюитрена симптом, или симптом «пергаментного хруста» — ощущение хруста при надавливании на взбухающую костную стенку альвеолярного отростка или на верхнюю челюсть; наблюдается при корневой или фолликулярной зубной кисте, а также при некоторых доброкачественных новообразованиях челюсти. Он предложил способ закрытия наружного калового свища (способ Дюпюитрена) и способ формирования искусственного заднего прохода. Французский хирург предложил новую классификацию ожогов на тот момент, различая шесть степеней этого повреждения тканей. Им созданы хирургические инструменты: для раздавливания шпоры при закрытии наружного кишечного свища (энтеротриб Дюпюитрена), безбрешевый эластичный зажим для кишки (зажим Дюпюитрена-Блазиуса) [5, 7].

Французского хирурга высоко ценили и уважали в России. «Дюпюитрен, — писал профессор И.В. Варвинский, — внес в преподавание Практической хирургии ту оригинальность и возвышенность взгляда, ту вечность и ловкость в оперативной части, которые возможны только по приобретении самых глубоких сведений в Нормальной и Патологической анатомии, и которые поставили его в ряд первых хирургов настоящего столетия» [2].

Дюпюитрен, по праву, заслужил репутацию лучшего хирурга Франции, что обеспечило ему богатство, славу, титулы: он был лейб-хирургом двух королей Франции — Людовика XVIII (который сделал его бароном) и Карла X. Писатель Оноре Бальзак избрал его прототипом хирурга Деплена в повести «Обедня безбожника» [5].

В 1833 г. на одной из лекций Г. Дюпюитрену стало плохо, но, несмотря на это, профессор закончил лекцию. К сожалению, это был уже не тот энергичный Дюпюитрен. В связи со своей болезнью великий хирург был вынужден уехать в Италию для прохождения курса реабилитации. Через некоторое время он вернулся из Италии и принялся работать рядовым хирургом. Но подорванное здоровье постепенно ухудшалось и скоро дало о себе знать [1].

В 1834 г. подчиненные и ученики Дюпюитрена сделали приятный и полезный подарок своему руководителю, а также и всем остальным хирургам, опубликовав его лекции и некоторые клинические случаи в 4 томах. Для многих врачей эти знания были бесценными.

Когда 8 февраля 1835 года Дюпюитрен (58 лет) лежал на смертном одре, умирая от гнойного скопления в грудной клетке, собравшиеся вокруг него друзья предложили ему подвернутьсяope-

рации прокола грудной клетки. «Великий хирург Франции, хирург, решившийся впервые вонзить нож в мозг живому человеку для извлечения из него гноя, — писал Н.В. Склифосовский, — этот лучший представитель медицинских знаний своего времени, с грустной улыбкой ответил: «Я скорее предпочту умереть от руки Бога, чем от руки врача» [6, 7]. Дюпюитрен очень хорошо понимал, что последствия операции не в руках оператора; он помнил изречение своего же соотечественника, в свое время не менее знаменитого хирурга, Амбуаза Паре: «Операция сделана, Бог тебя вылечит», и отклонил пособие, предложенное друзьями [5]. Какое тяжелое впечатление должно было произвести это признание несостоятельности хирургической помощи в устах самого блестящего представителя хирургии!

После смерти Дюпюитрена французскую хирургию возглавил Вельпо. Альфред Арман Луи Мари Вельпо (1795–1867) — известный французский профессор хирургии, член Парижского медицинского факультета, блестящий хирург, отличный анатом, опытный акушер, знающий эмбриолог. Ученики Дюпюитрена — Бланден, известный своими исследованиями по анатомии полости рта, Жобер (1799–1867), с его трудами о лечении огнестрельных ран, — достойно представляли своего учителя. Замечательный хирург Лисфранк (1790–1847), специалист по ампутации конечностей, лечению аневризм и перевязки артерий, любил хвастать, превозносить себя. Криклий Лисфранк опубликовал доклад, в котором утверждал, что из девяноста операций, сделанных им по поводу рака, восемьдесят четыре привели к полному излечению больных. Один из учеников Лисфранка доказал, что данные фальшивы. Лисфранк не опровергал разоблачений, петлял, замазывал промахи. С тем большим пылом оскорблял во все горло своих учених коллег. Дюпюитрена именовал «береговым разбойником», Вельпо — «подлой шкурой», всех профессоров хирургии вместе — «попугаями от медицины». После смерти великого Дюпюитрена парижские хирурги разоблачали друг друга, конкурировали, дрались за приоритет. Приоритет считался в медицинском мире чуть ли не более существенным, чем само открытие [7].

Знаменитый хирург, ученик Пинело, Кювье и Корвизара, казалось, Дюпюитрен удостоен всех званий: он и профессор хирургии Парижского медицинского факультета (с 1813 г.), и лейб-хирург Людовика XVIII (с 1823 г.), и член Национальной медицинской академии (с 1820 г.), и Парижской академии наук (с 1825 г.) [4, 5]

Дюпюитрен был похоронен на кладбище Пер-Лашез. Официальной причиной смерти ученого стал гнойный плеврит. Он завещал 200000 франков медицинскому факультету Парижского университета [7]. В его честь был создан музей Дю-

пюитрена, который функционирует и в настоящее время (рис. 2). Улица в Париже также была названа его именем. Справедливо ради отметим, что Гийом Дюпюитрен не был любим во Франции, но его очень уважали в Англии, Италии и России.



Рис. 2. Музей Дюпюитрена в Париже.

Идеи, высказанные Гийомом Дюпюитреном о фундаментальной травматологии и хирургии, не потеряли своего значения и в наши дни. Как показало время, основные теоретические и практические положения и открытия Г. Дюпюитрена до сих пор составляют основу наших знаний в хирургии. Кроме того, заслуживают внимания те общетеоретические и методологические принципы научного познания, которыми пользовался великий Дюпюитрен и которые характеризуют его не только как великого хирурга и травматолога, но и как выдающегося ученого-мыслителя. Талантливый исследователь, хирург и травматолог Гийом Дюпюитрен, навсегда останется в сердцах его соратников и последователей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Байтингер В.Ф. Великий хирург Франции – Гийом Дюпюитрен // Вопросы реконструктив-

- ной и пластической хирургии. – 2010. – Том 10, № 1. – С. 72 – 78.
2. Варвинский И.В. Гийом Дюпюитрен // Московский врачебный журнал. – 1849. – Том III, кн. S. – С. 76 – 77.
 3. Глянцев С.П. Гийом Дюпюитрен (1777 – 1835) // Новая российская энциклопедия. – М.: Инфра-М, 2009. – 89 с.
 4. Епифанов Н.С. Гийом Дюпюитрен (к 150-летию со дня его смерти) // Хирургия. – 1986. – Том 4. – С. 151 – 152.
 5. Мирский М.Б. Хирургия от древности до современности. Очерки истории. – М.: Наука, 2000. – 798 с.
 6. Склифосовский Н.В. Н.В. Склифосовский. Избранные труды. – М., 1953. – С. 58 – 59.
 7. Шойфет М.С. 100 великих врачей. – М.: Вече, 2004. – 528 с. («100 великих»).

УДК 61(092)+616.31

Моргошия Т.Ш.

ГЕРМАН АЛЕКСАНДРОВИЧ АЛЬБРЕХТ (1878 – 1933) (К 140-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ И 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ СМЕРТИ ПРОФЕССОРА)

Morgoshiia T.Sh.

GERMAN ALEXANDROVICH ALBREHT (1878 - 1933) (ON THE 140TH ANNIVERSARY OF THE BIRTHDAY AND THE 85TH ANNIVERSARY OF THE DEATH OF THE PROFESSOR)

Кафедра факультетской хирургии имени профессора А.А. Русанова,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская 2.

Моргошия Темури Шакроевич – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии имени профессора А.А. Русанова СПбГПМУ.

РЕЗЮМЕ

В статье отмечено, что 20 ноября 1907 г. удостоен конференцией академии степени доктора медицины, после публичной защиты диссертации на тему: «К патологии и терапии боковых искривлений колена». Одна за другой стали появляться в печати его работы: «К вопросу о рентгеноскопии и рентгенографии огнестрельных повреждений», «О травматическом отторжении нижнего эпифиза лучевой кости», «Эпифизеолоз, как способ лечения genu valgum», «Патология и лечение hallux valgus», «К технике лечения coxitis tuberculosae», «Изолированный перелом trochleae humeri с кровавым вправлением по методу автора», «К технике лечения псевдоартрозов аутопластическим путем». Герман Александрович рассматривал протезирование как особую область медицины и техники, имеющую важное государственно-экономическое значение. Основным средством подготовки являлись оперативные вмешательства. Кроме того, в лечебных учреждениях должны были производиться заказы, примерка, окончательная пригонка протезов и обучение пользованию ими пациентов. Предусматривалось также широкое ознакомление хирургов с основными требованиями протезирования. Отмечено, что

только в 1928 г. состоялось открытие в институте лечебно-протезного стационара на 30 коек в дополнение к общежитию на 50 мест, предназначенному для ожидающих протезов. Таким путем организовалась единая система подготовки к протезированию, снабжения протезами и обучения пользованию ими в специальном учреждении, располагающем для этой цели необходимым медицинским и техническим персоналом и оборудованием. Герман Александрович представлял собой высококвалифицированного врача, научного деятеля и педагога не совсем обычного для того времени, но вместе с тем гармонически сложившегося профиля. Проработав 10 лет в клинике профессора Г.И. Турнера, он приобрел всестороннее знание ортопедии, которое легло в основу его дальнейшей деятельности. Обладая блестящей оперативной техникой, Альбрехт разработал собственные способы артродеза голеностопного и коленного суставов, модификации кинепластических операций на кульях плеча и предплечья, а также весьма целесообразные видоизменения фалангизации первой пястной кости и расщепления культи предплечья по Крукенбергу.

Ключевые слова: Г.А. Альбрехт, биография, ортопедия, травматология, протезирование, ортопедическая обувь, корсет, фалангизация I пястной кости, ампутация бедра

SUMMARU

The article noted that on 20 November 1907, awarded by the conference of the Academy degree of doctor of medicine, after public defence of a thesis on the theme: "pathology and treatment of lateral curvature of the knee". One after another began to appear in print: "the question of fluoroscopy and radiography gunshot injury", "traumatic separation of the lower epiphysis of the radius", "Apitzers as a method for the treatment of genu valgum", "Pathology and treatment of hallux valgus", "the technique of treatment of coxitis tuberculosae", "Isolated fracture of the trochleae humeri with a bloody reduction method, the technique of treatment of pseudoarthrosis autoplastic way." German Alexandrovich considered the prosthesis as a special area of medicine and technology that have important national economic significance. The primary means of training was surgery. In addition, in medical institutions was to be made, fitting, final fitting of prosthetic devices and training in their use patients. Also provides a broad familiarization of surgeons with the essential requirements of the prosthesis. It was also noted that in 1928, the opening of the Institute for medical and orthopedic hospital with 30 beds in addition to the hostel with 50 places, intended for the waiting of prostheses. In this way organized a uniform system of preparation for prosthetics, supply of prostheses and learning to use them in a special institution, which has for this purpose the necessary medical and technical personnel and equipment. German Alexandrovich was a highly qualified physician, research worker and teacher is not unusual for the time, however, harmonically the current profile. After 10 years in the clinic of Professor G. I. Turner, he acquired a comprehensive knowledge of orthopedics, which formed the basis for his later activities. Having a brilliant operative technique, Albrecht has developed its own methods of arthrodesis of the ankle and knee joints, modification kinaesthesia operations on stumps of the upper arm and forearm, as well as highly desirable variation of talangsari the first metacarpal and the splitting of the stump of the forearm by Krukenberg.

Key words: G. A. Albrecht, biography, orthopedics, traumatology, prosthetics, orthopedic shoes, corset, talangsari I metacarpal bones, amputation of the thigh.

Один из основоположников отечественного протезирования, выпускник Военно-медицинской академии в Петербурге (1903), талантливый хирург и ортопед, ученик профессора Г.И Турснера,

Г.А. Альбрехт на протяжении почти 30 лет своей бурной научно-практической деятельности развивал и совершенствовал отечественную и мировую ортопедию, обогащая ее ценным клиническим опытом. Герман Александрович Альбрехт (рис. 1), сын воспитателя в Псковском реальном училище, родился 11 сентября 1878 года в г. Пскове. Там же получил среднее образование, в губернской гимназии, которую успешно окончил 1898 году. Осенью того же года поступил в Военно-медицинскую академию. Окончив ее, 8 ноября 1903 г. Г.А. Альбрехт «признан в степени лекаря с отличием» и на следующий день «определен на службу в 63-й пехотный Рязанский полк младшим врачом» [7].

В январе 1904 г. младший полковой врач Альбрехт «временно прикомандирован к Военно-медицинской академии для несения обязанностей ассистента клинического военного госпиталя». «По прибытии к госпиталю назначен в его ортопедическое отделение», которым руководил профессор Г.И. Турнер. Именно он, обратив внимание на пытливый интерес к ортопедии и настойчивую работоспособность молодого студента Альбрехта, затем ходатайствовал прикомандирование его к академии, и не ошибся в своей оценке.

В 1905 – 1906 учебном году Герман Александрович сдал докторские экзамены. Следует отметить, что в январе 1905 г. сделал на заседании Русского хирургического общества имени Н.И. Пирогова свое первое научное сообщение: «Случай огнестрельного ранения подключичной артерии и вены с исходом в выздоровление». 20 ноября 1907 г. удостоен конференцией академии степени доктора медицины, после публичной защиты диссертации на тему: «К патологии и терапии боковых искривлений колена» [7]. Подчеркнем, что официальными оппонентами, или, по терминологии того времени, «цензорами» диссертации были выдающиеся профессора Г.И. Турнер, С.Н. Делицын и приват-доцент В.Н. Гейнац.

Состоя ассистентом клиники, Г.А. Альбрехт постепенно расширял круг своей деятельности. Одна за другой стали появляться в печати его работы: «К вопросу о рентгеноскопии и рентгенографии огнестрельных повреждений», «О травматическом отторжении нижнего эпифиза лучевой кости», «Эпифизеолоз, как способ лечения genu valgum», «Патология и лечение hallux valgus», «К технике лечения coxitis tuberculosae», «Изолированный перелом trochleae humeri с кровавым вправлением по методу автора», «К технике лечения псевдоартрозов аутопластическим путем»

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

[1, 2]. Так продолжалось до 1914 г., а потом началась Первая Мировая война и в июле Г.А. Альбрехт был откомандирован к своему штатному месту службы в Рязанский полк, но, еще не прибыв туда, получил другое назначение: главным врачом 105-го полевого запасного госпиталя, на северо-западный фронт.

Интересно отметить, что 15 мая 1915 года в служебном положении Г.А. Альбрехта произошла перемена, определившая все его дальнейшую жизнь: он был назначен младшим врачом «Мариинского приюта для ампутированных иувечных воинов» [5]. Мариинский приют считался «военно-врачебным заведением», деятельность которого заключалась в следующем: он рассматривал ходатайства о протезировании с приложенными к ним медицинскими актами и в порядке очереди вызывал увечных в г. Петербург. Установив, какие именно протезы необходимы, приют заказывал их на казенном заводе военно-врачебных заготовлений или в нескольких частных мастерских, с которыми состоял в договорных отношениях. По изготовлении протезов, определялась их пригодность, и протезированные отправлялись к месту их жительства. Ожидающие получения протезов проживали в приюте, который имел для этой цели палаты на 75 пациентов. Заняв скромную должность младшего врача приюта, Г.А. Альбрехт, вскоре, стал душою этого учреждения. Он в 1916 году выдвинул план создания государственной системы реорганизации протезной помощи инвалидам войны, который предусматривал бесплатное протезирование и подготовку к нему в лечебных учреждениях, создание сети протезных мастерских, научную разработку новых конструкций протезов и подготовку специальных кадров. Эти прогрессивные идеи были осуществлены только после Великой Октябрьской революции. Герман Александрович рассматривал протезирование как особую область медицины и техники, имеющую важное государственно-экономическое значение. Для работы в этой области нужны специалисты: врачи, инженеры и мастера-протезисты, которых следует соответственно подготовить на специализированных курсах. По мере их подготовки надлежит создать в стране сеть протезных мастерских. Кроме того, необходимо для разработки новых, более совершенных протезов организовать экспериментальную мастерскую. По плану Г.А. Альбрехта, медицинская часть протезирования, должна осуществляться в особых лечебных учреждениях, устроенных по типу хирургических и предназначенных в основном для подготовки лиц, перенесших ампутацию, к протезированию,

так как состояние кульпей подавляющего большинства их не соответствовало требованиям протезирования. Основным средством подготовки являлись оперативные вмешательства. Кроме того, в лечебных учреждениях должны были производиться заказы, примерка, окончательная пригонка протезов и обучение пользованию ими пациентов. Предусматривалось также широкое ознакомление хирургов с основными требованиями протезирования.

В 1919 году Г.А. Альбрехту удалось начать осуществление одного из своих давних замыслов: по его ходатайству Мариинский приют был переименован в Институт протезирования, а с 1922 года в институте открылась собственная протезно-сборочная мастерская. Еще труднее, оказалось, организовать в институте стационар для подготовки к протезированию. Постоянным препятствием являлся недостаток средств. Приходилось договариваться с ближайшими учреждениями: по ходатайству Альбрехта для подготовки к протезированию было выделено 30 мест в Травматологическом институте, где он заведовал отделением. Небольшое количество пациентов, перенесших ампутацию, согласилась принимать расположенная по соседству больница имени Карла Маркса, где Герман Александрович некоторое время также работал по совместительству. Отметим, что только в 1928 г. состоялось открытие в институте лечебно-протезного стационара на 30 коек в дополнение к общежитию на 50 мест, предназначенному для ожидающих протезов. Таким путем организовалась единая система подготовки к протезированию, снабжения протезами и обучения пользованию ими в специальном учреждении, располагающем для этой цели необходимым медицинским и техническим персоналом и оборудованием. В 1926 году Г.А. Альбрехт был командирован в Германию для ознакомления с постановкой протезного дела. Он привез оттуда образцы наиболее распространенных протезно-ортопедических изделий и некоторые хирургические установки, связанные с протезированием. Заграничный опыт был воспринят Альбрехтом критически. Вскоре после возвращения он опубликовал работу «Активные верхние конечности, рабочие приспособления и их значение в связи с приспособляемостью ампутированных увечных». В ней ученый писал, что испытывал «как бы угрызение совести, что в этой области слишком мало сделано; к тому же в годы жестоких войн, случайно доходившие, до нас успехи в этой области Запада распаляли наши мысли» [7]. Следует отметить, что до своей командировки, под влияни-

ем благоприятных заграничных отзывов, Герман Александрович настойчиво занимался кинематизацией культей верхней конечности по принципам Вангетти и Зауэрбрюха и предложил некоторые усовершенствования техники этих вмешательств. Ознакомившись с результатами их в Германии, он пришел к заключению, что кинетические петли и каналы, может быть, окажутся полезными только в будущем, при наличии протезов, построенных по иному принципу, и прекратил попытки кинематизации культей по Вангетти и Зауэрбрюху. Дальнейшая жизнь подтвердила правильность этих выводов. Отметим, что вся последующая деятель-

ность Г.А. Альбрехта связана с созданным им Ленинградским институтом протезирования. Он стремился превратить институт в научный и методический центр в масштабах страны, непосредственно руководящий всей практической постановкой протезирования и подготовляющий все категории медицинских и технических работников. И если вначале был период, когда институт входил в состав Московского протезного завода и был подчинен ему, то Альбрехт добился обратного, организация стала самостоятельным учреждением, получив в свое расположение Ленинградский протезный завод [6, 7].



Рис. 1. Г.А. Альбрехт (1878 – 1933)

Герман Александрович представлял собой высококвалифицированного врача, научного деятеля и педагога не совсем обычного для того времени, но вместе с тем гармонически сложившегося профиля. Проработав 10 лет в клинике профессора Г.И. Турнера, он приобрел всестороннее знание ортопедии, которое легло в основу его дальнейшей деятельности. Альбрехт особенно интересовался боковыми искривлениями коленного сустава, которые послужили темой для его диссертации. Вместе с тем Г.А. Альбрехт с молодых лет много занимался травматологией мирного и военного времени. Вскоре после начала рус-

ско-японской войны в клинический госпиталь стали поступать солдаты и офицеры с последствиями тяжелых огнестрельных ранений, что увеличила в разы материал для клинических наблюдений. После перехода ученого в Мариинский приют его интересы в области травматологии сосредоточились почти исключительно на ампутациях и их результатах. Этой проблеме посвящен ряд работ об уровнях и методах ампутаций, которые рассматривались им в непосредственной связи с протезированием. Отметим, что из совокупности эти работ складываются основы своеобразного комплекса знаний – «учения о культе».

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Формированию культуры посредством реампутаций и разного рода реконструктивных вмешательств, в том числе пластических, Герман Александрович уделил особое внимание, подкрепляя свои выводы собранными им статистическими данными и наблюдениями отдаленных результатов. Большое практическое значение имела также его работа об ошибках и непредвиденных осложнениях при ампутациях конечности. Обладая блестящей оперативной техникой, Альбрехт разработал собственные способы артродеза голеностопного и коленного суставов [1], модификации кинепластических операций на культурах плеча и предплечья, а также весьма целесообразные видоизменения фалангизации первой пястной кости и расщепления культуры предплечья по Крукенбергу. Одним из первых в стране Г. А. Альбрехт начал разрабатывать медицинские основы протезирования. Он обосновал теорию построения протеза бедра; предложил новые конструкции активных протезов плеча с тяговым управлением (они принципиально не утратили своего значения); разработал принципы построения ортопедической обуви, аппаратов и корсетов. Его модификация операции Крукенберга оригинальна по замыслу и техническому выполнению; она широко применялась во время Великой Отечественной войны [3, 4]. Он автор ряда рационализаторских предложений и изобретений. С самого начала своей ассистентской работы Г.А. Альбрехт заинтересовался исследованиями посредством рентгеновских лучей, еще не оформленных в те годы в самостоятельную дисциплину. Одна из первых по времени его работ посвящена рентгеновской картине переломов. Докторская диссертация и многие из докладов и демонстраций Альбрехта иллюстрированы рентгенограммами, которые вначале он делал сам. Следует подчеркнуть, что много занимаясь рентгенологией, Герман Александрович был одним из компетентных врачей в рентгенодиагностике в пределах своей специальности. Особо следует отметить вклад Альбрехта в области протезирования, которому он посвятил в основном всю свою деятельность, после перехода на службу в Мариинский приют. Справедливости ради отметим, что и ранее некоторые российские врачи уделяли внимание протезированию и даже разрабатывали отдельные протезы [7]. Так, например, доктор Рюль сконструировал протез-голень для своего сына, утратившего ногу в Бородинском бою; Н.И. Пирогов предложил оригинальный протез-башмак для подвергшихся костнопластических ампутаций по его способу. Можно привести еще несколько отдельных примеров; но этим дело

и ограничивалось. Не секрет, что роль врача в протезировании была крайне незначительна; им занимались мастера, изготавлившие протезы по собственному разумению. Г.А. Альбрехт внес в протезирование научную мысль ортопеда. В своих работах он рассматривал протезы нижних конечностей с точки зрения статики и динамики, обосновал схему построения искусственной стопы, сформулировал принципы конструирования ортопедических корсетов и аппаратов. Им внесена ясность в вопросах нормальной и ортопедической обуви. Особенно настойчиво Альбрехт занимался наиболее трудным разделом протезирования – искусственными руками, создав первые отечественные образцы активных протезов для подвергшихся ампутации обеих верхних конечностей выше локтевых суставов, а также так называемых рабочих приспособлений. Чтобы добиться успеха в этой области, Герману Александровичу пришлось прибрести довольно значительные технические знания, а также усвоить некоторые практические навыки, чтобы учить мастеров-протезистов непосредственно «показом». В деятельности Г.А. Альбрехта техническая сторона протезирования (или, как принято ее называть, протезостроение) была теснейшим образом связана, или вернее – слита, с медицинской и организационной его сторонами. Так образовалась новая, в основном медицинская дисциплина – протезирование, в полном смысле современного понимания этого термина. Следует отметить, что эта новая дисциплина не имела ни базы, ни кадров. Базой явился созданный Г.А. Альбрехтом первый в Советской России Ленинградский институт протезирования, в котором выросли первые сотрудники и ученики Германа Александровича и продолжатели его дела: профессора Т.М. Степанов, М.С. Юсевич и заслуженный врач РСФСР В.А. Бетехтин [7, 8]. Подчеркнем, что 1922 году Герман Александрович начал читать курс лекций в Институте для усовершенствования врачей (ГИДУВ); программа курса состояла из учения о культуре и основах протезирования. В дальнейшем возникла доцентура по протезированию, преподаваемому на базе института. В 1925 году Альбрехтом организованы и проведены при содействии профессоров Г.И. Турнера и Р.Р. Вредена первые курсы для врачей, работающих в протезных учреждениях [6, 9]. Так началась непрерывная и разнообразная педагогическая работа по протезированию, проводимая лично Г.А. Альбрехтом и под его руководством для студентов-медиков, различных групп ленинградских и иностранных врачей, а также технических работников

разных отраслей протезного дела. Так были подготовлены кадры Ленинградского протезного завода, а в дальнейшем руководящие сотрудники многих других протезных предприятий и учреждений страны. Необходимо отметить, что профессор Альбрехт широко освещал вопросы протезирования докладами и демонстрациями в Русском хирургическом обществе имени Н.И. Пирогова и в Ленинградском обществе хирургов-ортопедов, одним из учредителей, а в дальнейшем председателем которого он был. Он состоял членом редакционной коллегии журналов: «Советская хирургия», «Ортопедия и травматология» и «Журнал советской хирургии» [7]. Он был инициатором, организатором или постоянным членом и всегда одним из основных докладчиков многочисленных совещаний, съездов и комиссий в городах Москве и Ленинграде по протезированию и трудоустройству инвалидов; кроме того постоянно привлекался к консультациям и даче заключений по отдельным конкретным сложным случаям в этой области. Г.А. Альбрехтом опубликовано более 50 научных работ; ряд других, касающихся по преимуществу организационных вопросов протезирования, остались не опубликованными.

К сожалению, в 1931 году у Альбрехта обнаружились признаки сахарного диабета, лечению которого, занятый постоянной интенсивной работой, он уделял мало внимания. Осенью 1933 года началась пневмония, она протекала длительно и агрессивно, с рецидивами и осложнилась образованием легочного абсцесса. 24 декабря 1933 года Герман Александрович Альбрехт скончался у себя на квартире, в здании Института протезирования. Скромный памятник на кладбище Александро-Невской лавры указывает на место погребения ученого. Основные идеи Г.А. Альбрехта продол-

жают жить и в настоящее время. Он по праву является одним из основоположников протезирования в Европе. Разносторонняя эрудиция и неутомимая творческая деятельность Альбрехта будут долго служить примером для медицинских и технических работников протезирования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альбрехт Г.А. Методы автора коленного и голеностопного артродезов // Нов. хир. 1926. 2(1). С. 26 – 29.
2. Альбрехт Г.А. Активные верхние конечности, рабочие приспособления и их значение в связи с приспособляемостью ампутированных увечных // Журн. совр. хир. 1927. Том. 2(1). С. 147 – 151.
3. Альбрехт Г.А. Влияние протезирования на повышение трудоспособности увечных с ампутациями верхних конечностей, в кн.: Вопр. протезирования / Под ред. Э. Ю. Остен-Сакена. Л. 1935. 11(1). С. 27 – 39.
4. Альбрехт Г.А. К технике протезирования и сущности изготовления ортопедического съемного корсета // Вестн. хир. 1926. 20(7). С. 117 – 123.
5. Альбрехт Г.А. Рациональные методы ампутации с точки зрения протезирования. Труды 17-го съезда росс. хир. Л., 1925. С. 254 – 259.
6. Грекова Т.И., Голиков Ю.П. Медицинский Петербург. Очерки, адресованные врачам и их пациентам. – СПб.: Фолио-пресс. 2001. 416 с.
7. Копылов Ф.А. Памяти Г.А. Альбрехта // Ортопедия и травматология. 1958. №6. С. 68 – 74.
8. Самойлов В.О. История российской медицины. – М.: Эпидавр, 1997. 200 с.
9. Фрейдлин С.Я. Профилактика травматизма и организация травматологической помощи. Медгиз. 1956. 194 с.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ ДЛЯ ЖУРНАЛА «ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ»

«Южно-Уральский медицинский журнал» является регулярным печатным изданием, выходит ежеквартально 4 раза в год. В журнале публикуются научные работы сотрудников образовательных, научно-исследовательских медицинских учреждений. В журнал принимаются статьи, содержащие результаты научных исследований, обзоры современной научной литературы во всех областях медицины, клинические наблюдения.

Статьи, направленные в другие журналы, не принимаются. При публикации статьи в журнале авторские права на нее переходят к редакции. Авторы учреждений.

1. Поступившие статьи могут быть отклонены в случае нарушения установленных правил оформления рукописей. Принятые к рассмотрению рукописи направляются на рецензирование членам редакционной коллегии либо внешним рецензентам. Окончательное решение о публикации статьи принимается редакционной коллегией на основании мнения рецензентов, авторы извещаются об этом заранее. Рукописи не возвращаются. Редакция не несет ответственности за достоверность собственных клинических исследований авторов статей.

2. Материалы в редакцию представляют по электронной почте sumed74@mail.ru. в текстовых файлах. Тексты печатаются чётким шрифтом без переносов на одной стороне стандартного листа белой бумаги. Основной текст набирается Times New Roman Суг, 14 – кегль, сноски набираются размером 12 – кегль тем же шрифтом. Красная строка абзаца набирается отступом в 3 символа, т.е. 0,7 см. При использовании специфических символов – шрифты должны прилагаться.

3. Файл статьи должен содержать:

Построчно:

Для ссылки: Фамилия И. О. 1 автора статьи. Название статьи / Фамилия И. О. авторов статьи // Южно-Уральский медицинский журнал. – 2016. – № .-С....

УДК

НАЗВАНИЕ СТАТЬИ – прописными буквами
Фамилия И.О. авторов статьи

Полное наименование организации, индекс, город, улица, дом

Фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, звание, должность (каждого автора), наименование организации каждого автора

**ПРОВЕДЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ИМЕЛО /
ИМЕЛО ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ**

Аннотация до 0,5 стр. на русском и Summary на английском языках с ключевыми словами (до 5) в конце их. Аннотация должна полностью отражать содержание статьи (цель, методы, результаты с цифрами, выводы).

В левом верхнем углу титульного листа должна быть виза и подпись руководителя учреждения или научного руководителя, заверенная круглой печатью учреждения. Статья должна состоять из следующих частей:

Введение является началом любой статьи. Во введении автор должен отразить актуальность проблемы и состояние вопроса на момент публикации, приведя данные подобных исследований. Необходимо также сформулировать научную гипотезу, которая будет подтверждена или опровергнута данным исследованием, четко определить объект исследования, сформулировав цель и задачи исследования. Материалы и методы – необходимо достаточно детализированное описание всех этапов исследования. В этой части следует описать исследуемую группу, указать время прохождения исследования и его характер, метод статистического анализа полученных данных. В результатах необходимо отразить, как проведенное исследование соотносится с научной гипотезой, высказанной во введении. Следует сравнить полученные результаты с таковыми в контрольной группе, проверить, все ли данные получены с помощью описанных методов, правильно статистически проанализированы. Если используются относительные величины показателей, необходимо указывать также абсолютные значения. Единицы измерений должны соответствовать Международной системе единиц. Таблицы и диаграммы

должны сделать полученные результаты наглядными и понятными читателю, но не должны дублировать текст статьи. Подписи к рисункам и описание деталей на них под соответствующей нумерацией необходимо представлять на отдельной странице. Место, где в тексте должны быть помещены рисунок или таблица, отмечается на полях страницы квадратом с номером рисунка или таблицы.

Обсуждение – в обсуждении следует объяснить результаты проведенной работы, как они могут быть применены на практике. В обсуждении не следует повторять содержание раздела «Результаты».

Выводы – должны кратко и точно отражать полученные результаты.

Указатель литературы. В нем должны быть указаны научные статьи, использованные в работе. При отсутствии последних редакция может отказать в публикации работы. В указателе все работы (отечественные и иностранные) перечисляются в порядке их цитирования по тексту статьи, а не по алфавиту. Порядок составления списка следующий: первый автор статьи или книги, название книги или статьи, выходные данные. В библиографическом описании книги (после ее названия) приводятся город (где она издана), после двоеточия название издательства, после точки с запятой год издания. В библиографическом описании статьи из журнала (после ее названия)

приводится сокращенное название журнала, год издания, номер отечественного журнала (для иностранных журналов номер тома, в скобках номер журнала), страницы – первая и последняя (через тире). Список литературного обзора, как правило, должен иметь не менее 35 и не более 70 ссылок на научные статьи и книги.

4. Статья сопровождается:

- заявлением автора (авторов) на имя гл. редактора журнала с просьбой о публикации статьи в журнале (в свободной форме);
- служебным и домашним адресами автора (авторов) с почтовыми индексами;
- номерами телефонов (домашнего и служебного) автора (авторов).

Направляя рукопись в редакцию журнала, автор гарантирует, что данная статья не была ранее опубликована и не направлена одновременно в другое издание.

Редколлегия оставляет за собой право сокращать и редактировать статьи.

Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

5. За содержание опубликованных материалов ответственность несет автор статьи.

6. Публикуемые материалы, сопроводительное письмо направлять по адресу: 454048, г. Челябинск, ул. Яблочкина, 24 или по e-mail: sumed74@mail.ru.

АКТУАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Уважаемые коллеги! Обращаем ваше внимание:

1. Приглашаем Вас принять участие в работе Межрегиональной, междисциплинарной научно-практической конференции дерматовенерологов и косметологов Уральского федерального округа «Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии», которая состоится 22-23 ноября 2018 года в городе Челябинске
2. 24.03.2017 года было получено свидетельство о регистрации в Национальном агентстве ISSN и присвоен Международный стандартный номер serialного издания (International Standard Serial Number)
3. На второе полугодие 2018 г. все желающие могут подписаться на наш журнал по каталогу «РОСПЕЧАТЬ». Индекс подписки: П5518
4. Редакционная коллегия журнала с апреля 2017 года поменяла требования к статьям

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК