

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ**Д.А. Дороган, А.Д. Быков****СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ДРЕНИРОВАНИЯ
ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ***Бурятский государственный университет (г. Улан-Удэ)***АКТУАЛЬНОСТЬ**

Лечение механической желтухи остается одной из актуальных проблем в хирургии внепечёночных желчных протоков. Послеоперационная летальность при данной патологии составляет 5–12,2 % (Гальперин Э.И. с соавт., 1982; Lindenauer S.M., 1973).

Удельный вес операций на внепечёночных желчных протоках, заканчивающийся их дренированием, колеблется в пределах 15–25 % от количества всех операций, выполняемых при доброкачественных заболеваниях желчевыводящих путей (Рынейский С.В., Морозов Ю.И., 1968; Вишневский А.А. с соавт., 1972; Милонов О.Б., Грязнов С.Н., 1986). Выбор наиболее оптимального варианта хирургической коррекции при механической желтухе до настоящего времени остаётся в центре внимания хирургов и является одной из сложных проблем хирургии желчных путей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить способы билиодигестивных анастомозов и методы дренирования внепечёночных желчных протоков при механической желтухе.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Определить клиническую эффективность методов и способов дренирования внепечёночных желчных протоков при механической желтухе.
2. Оценить эффективность терминолатерального билиодигестивного антирефлюксного анастомоза.
3. Изучить отдалённые результаты билиодигестивных анастомозов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По материалам Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко были изучены результаты дренирования внепечёночных желчных протоков за период 2000–2009 гг. у 528 пациентов с механической желтухой вследствие обтурации внепечёночных желчных протоков, из них женщин было 358, мужчин – 170 человек. У 12 (2,27 %) из них была выявлена опухоль гепатикохоледоха, у 4 (0,75 %) – рак большого дуоденального сосочка, у 104 (19,69 %) – рак головки поджелудочной железы, 389 (73,67 %) пациентов пролечены по поводу холедохолитиаза, 16 (3,03 %) – по поводу острого холецистопанкреатита, 3 (0,56 %) – по поводу стенозирующего папиллита; в условиях распространённого желчно-гнойного перитонита выполнено 76 (14,39 %) операций. В предоперационном периоде больным проводилось обследование в объеме ультразвукового исследования брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии, компьютерной томографии брюшной полости, а также дифференциальная диагностика желтухи на основании лабораторных данных клинических и биохимических исследований. Холедохолитотомия выполнена 389 (73,67 %) пациентам. В условиях механической желтухи у 253 (47,91 %) пациентов произведено наружное дренирование гепатикохоледоха (по методу Вишневского – 232 (43,93 %), по Керру – 11 (2,08 %), по Холстеду–Пиковскому – 10 (1,89 %)). Билиодигестивные анастомозы выполнены 275 (52,08 %) больным, из них 185 (35,03 %) – по Юрашу, 3 (0,56 %) – по Финстереру, гепатикоюноанастомозы – 12 (2,27 %), гепатикоэнтероанастомозы – 12 (2,27 %), холецистоэнтероанастомозы – 30 (5,68 %), цистикоюноанастомоз – 1 (0,18 %), антирефлюксные цистикодуоденоанастомозы – 32 (6,06 %) пациентом. Цистикодуоденоанастомоз выполняли только в случае широкой шейки пузырного протока (не менее 0,5 см). В условиях воспалительной инфильтрации гепато-дуоденальной связи, деструктивного воспалительного процесса желчного пузыря наложение билиодигестивных соустьев представляет определенную опасность их несостоятельности.

В условиях распространённого желчно-гнойного перитонита выполнены следующие методы дренирования желчных протоков: по Вишневскому – 68 (12,87 %), по Керру – 1 (0,18 %), по Холстеду–Пиковскому – 3 (0,56 %), цистикодуоденоанастомоз – 2 (0,37 %), по Быкову – 2 (0,37 %) случая (патент РФ № 2324433 от 20 мая 2008 г.).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами были получены и проанализированы результаты у всех больных. Из 528 пациентов в раннем послеоперационном периоде осложнения отмечались у 14 (2,65 %). В 9 (1,7 %) наблюдениях они закончились летальным исходом. 2 (0,37 %) больных умерли от распространённого желчного перитонита, от несостоятельности швов билиодигестивного анастомоза — 1 (0,18 %), от печеночной недостаточности — 5 (0,94 %), в 1 (0,18 %) случае смерть наступила от тромбоэмболии лёгочной артерии. Не возникло летальности и осложнений у пациентов, которым выполнили антирефлюксный цистикоудоеноанастомоз.

Отдаленные результаты были изучены у 26 больных и оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Хорошими результаты считались при полном отсутствии жалоб пациентов, сохранённой работоспособности, общем благополучном состоянии. Удовлетворительными результаты считались при общем благополучном состоянии больных, сохранении работоспособности, но при наличии жалоб на периодически возникающую диспепсию, иногда — общую слабость. При наличии признаков рецидивирующего холангита, холестаза, инвалидизации пациентов они считались неудовлетворительными. В 9,375 % случаев результаты были хорошие (в основном это пациенты, которым выполнены антирефлюксные цистикоудоеноанастомозы), в 78,125 % случаев — удовлетворительные, в 12,5 % случаев — неудовлетворительные.

ВЫВОД

Таким образом, при сравнении эффективности методов билиодигестивных анастомозов в ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде (в условиях перитонита в том числе) операцией выбора может быть антирефлюксный цистикоудоеноанастомоз при наличии условий возможности его выполнения, а при отсутствии общего печёночного и общего желчного протоков в условиях перитонита предлагаем нашу дренажную конструкцию (патент РФ на изобретение № 2324433 от 20 мая 2008 г.).

А.Л. Камека, С.Н. Леонова

ТЕПЛОВИЗИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ ТКАНИ

Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (Иркутск)

В последнее время тепловидение не случайно привлекает к себе пристальный интерес. Поиск идеального метода диагностики неизбежно привел к тепловидению, которое наиболее емко совмещает в себе визуализацию патологии, абсолютную безвредность для больного и медицинского персонала, быстроту и простоту получения информации, техническую и экономическую доступность. Кроме того, использование тепловизионной диагностики дает возможность оценки эффективности лечения и контроля лечебно-оздоровительных методик.

Цель исследования: исследовать изменение тепловизионной температуры в distractionных регенератах при замещении дефектов костной ткани голени у больных хроническим травматическим остеомиелитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было обследовано 17 пациентов хроническим травматическим остеомиелитом с дефектами большеберцовой кости голени, образовавшимися после санирующих операций (сегментарная резекция кости, некрсеквестрэктомия и т.п.) и после открытых переломов — 14 мужчин и 3 женщины в возрасте 20 — 54 лет. Размеры дефектов составляли в среднем 7 см, длительность гнойного процесса — от 6 месяцев до 12 лет. Всем пациентам в клинике было проведено оперативное лечение: сегментарная резекция большеберцовой кости с удалением всех нежизнеспособных тканей или некрсеквестрэктомия, фиксация чрескостным аппаратом и кортикотомия с остеоклазией верхней трети большеберцовой кости для замещения дефекта и формирования distractionного регенерата. На пятые сутки после операции начинали перемещение фрагмента большеберцовой кости в зону дефекта темпом 1 мм в сутки усилиями distraction и компрессии в АВФ (замещение дефекта кости по Г.А. Илизарову).

В процессе замещения дефектов проводили тепловизионные исследования формирующихся distractionных регенератов. Температуру в регенератах исследовали методом дистанционной термодиагностики при помощи тепловизора. Для измерения температуры в верхней трети

большеберцовой кости поврежденной голени больного располагали перед тепловизором ТКВр-ИФП «СВИТ» (регистрационное удостоверение № ФС 022а1998/0870-04) в положении стоя. Тепловизионное исследование осуществляли в реальном масштабе времени в затемненном помещении на расстоянии 3 м от пациента до прибора при постоянной комнатной температуре 23 °С и стабильной влажности. Измеряли температуру тела обследуемого в подмышечной впадине, освобождали от одежды нижнюю половину тела и адаптировали пациента к комнатной температуре в течение 20 минут. После чего выполняли обзорные тепловизионные снимки голеней. Затем обрабатывали полученные термограммы, расставляя температурные метки в точках, соответствующих зоне предполагаемой остеотомии верхней трети большеберцовой кости или в центре дистракционного регенерата на пораженной голени. Затем анализировали полученные результаты в динамике.

Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с помощью пакета программ «Statistica for Windows 6.0». При сравнении показателей были использованы критерии Стьюдента. Значимыми считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных результатов проводили в процессе роста дистракционного регенерата в период дистракции. Сравнивали параметры температуры в центре регенерата, определяемые 1 раз в неделю, с исходными значениями. За исходные значения были приняты дооперационные показатели тепловизионной температуры, определяемой в зоне предполагаемой остеотомии верхней трети большеберцовой кости пораженной голени.

Результаты тепловизионного исследования приведены в таблице 1. При сравнении полученных данных с дооперационными величинами было отмечено достоверное повышение температуры в центре регенерата в промежутке между 2-й и 4-й неделями после операции. Этот период соответствовал 1-й и 3-й неделям дистракции.

Таблица 1

Изменение тепловизионной температуры в дистракционных регенератах у больных ХТО с дефектами костной ткани голени в период дистракции ($M \pm m$)

	До операции	После операции				
		1 неделя	2 недели	4 недели	6 недель	12 недель
Тепловизионная температура в зоне регенерата	30,95 ± 0,69	32,26 ± 0,45	32,76 ± 0,35	32,67 ± 0,37	32,41 ± 0,36	31,83 ± 0,31
p	–	–	< 0,05	< 0,05	–	–

Примечание: p – достоверность различий с дооперационными показателями.

Известно, что тепловидение является дистанционным методом термодиагностики различных заболеваний, основанным на принципе улавливания инфракрасных (ИК) лучей, излучаемых человеческим телом. Тепловидение позволяет получить важную информацию по обменным и воспалительным процессам [1], нарушению кровоснабжения конечности [3, 4]. Увеличение или уменьшение интенсивности инфракрасного излучения в очаге костеобразования (в зоне предполагаемой остеотомии большеберцовой кости или дистракционного регенерата) связано с изменением кровоснабжения и активности метаболических процессов, от которых зависит течение регенерации при дистракционном остеосинтезе и формировании дистракционного регенерата.

Обнаруженное в проведенном исследовании повышение температуры в центре растущего регенерата на начальных этапах дистракции связано, очевидно, с усилением микроциркуляции, интенсивными процессами коллагено- и фибриллогенеза и образованием первичных остеонов [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного тепловизионного исследования у больных ХТО при замещении дефекта большеберцовой кости было выявлено повышение температуры в центре формирующегося дистракционного регенерата с 1-й по 3-ю неделю дистракции. Данные изменения закономерно являются отражением микроциркуляторных и метаболических изменений, возникающих при дистракционном остеогенезе. Проведение дальнейших тепловизионных исследований может способствовать разработке способов оценки регенерации и контроля темпа дистракции при замещении дефектов костной ткани у больных хроническим остеомиелитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Никулин М.А., Савельев Ю.С. Диагностические возможности тепловидения при заболеваниях сосудов нижних конечностей // Вестник хирургии. — 1987. — № 6. — С. 43–46.
2. Шевцов В.И., Ирьянов Ю.М., Ирьянова Т.Ю. Влияние дистракции на процессы формообразования регенерирующей костной ткани // Гений ортопедии. — 2005. — № 4. — С. 77–80.

3. Chudace K.G. Thermography in observation of therapy of deep venous thrombosis // Ces. K. Radiol. — 1980. — Vol. 34, N 4. — P. 239 — 242.

4. Fujimasa Y. Diagnosis of vascular disorders and thermography // Nippon. Pins. K. — 1979. — Vol. 37, N 1. — P. 166 — 170.

С.В. Куликов ¹, А.Н. Плеханов ², А.И. Товаршинов ²

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ЗА 2005–2009 ГГ., ПО ДАННЫМ НУЗ ОКБ НА СТ. УЛАН-УДЭ

¹ Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

² Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ (Улан-Удэ)

Цель исследования: оценить состояние данной проблемы в современной хирургии; провести анализ уровня заболеваемости ОКН по данным 2-го хирургического отделения НУЗ ОКБ на ст. Улан-Удэ; выявить зависимость тяжести заболевания от возраста пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были обработаны истории болезней пациентов, находившихся на оперативном лечении во 2-м хирургическом отделении Отделенческой клинической больницы на ст. Улан-Удэ в период с 2005 по 2009 гг. Проведена оценка тяжести состояния больных по шкале АРАСНЕ II в день поступления в стационар.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

За выбранный период в НУЗ ОКБ было пролечено 48 пациентов с острой кишечной непроходимостью различного генеза. Отмечено преобладание толстокишечной непроходимости над тонкокишечной в соотношении 62,5 к 37,5 %. Это объясняется тем, что рак толстой кишки, явившийся основной этиологической причиной развития кишечной непроходимости, преобладает над частотой встречаемости спаечной непроходимости тонкой кишки. Спаечная болезнь стала причиной развития тонкокишечной непроходимости у пациентов с ранее проведенными абдоминальными вмешательствами. Все пациенты были прооперированы и выписаны в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов в связи с данной патологией не наблюдалось.

Результаты полученных данных оценки тяжести больных отражены на рисунке 1. По оси абсцисс указаны баллы шкалы АРАСНЕ II. По оси ординат указан процент больных с определенными количествами баллов.

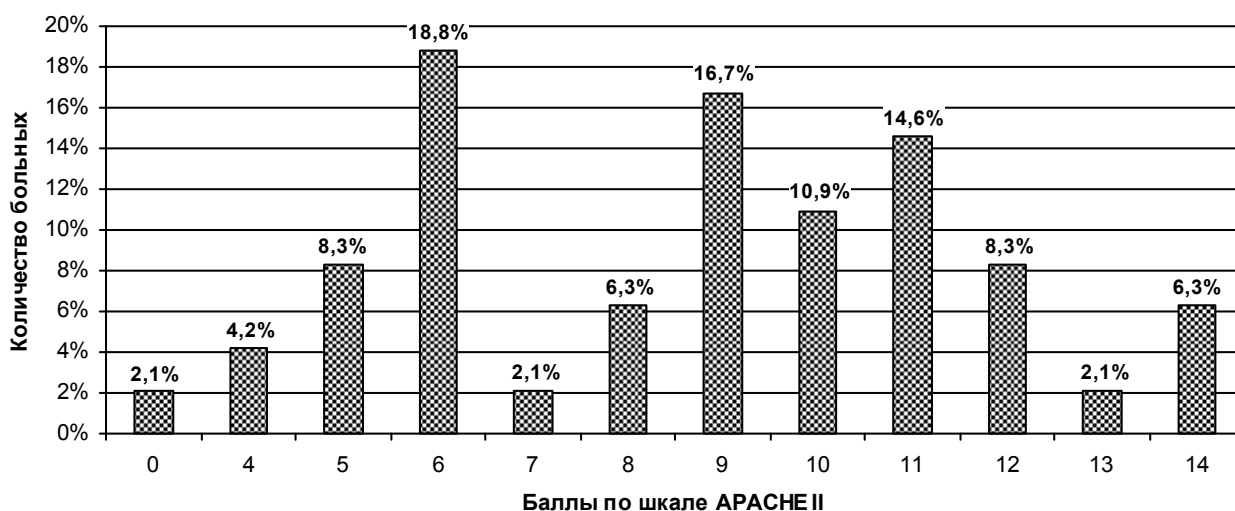


Рис. 1. Результаты оценки тяжести больных по шкале АРАСНЕ II.

Высокие баллы по шкалы АРАСНЕ II и большое число больных с данными показателями связаны не только с тяжестью состояния больных при поступлении, но и с их возрастом.

Удельный вес больных в возрасте 61 – 90 лет составил 70 %, остальные 30 % приходятся на пациентов от 18 до 60 лет (рис. 2).

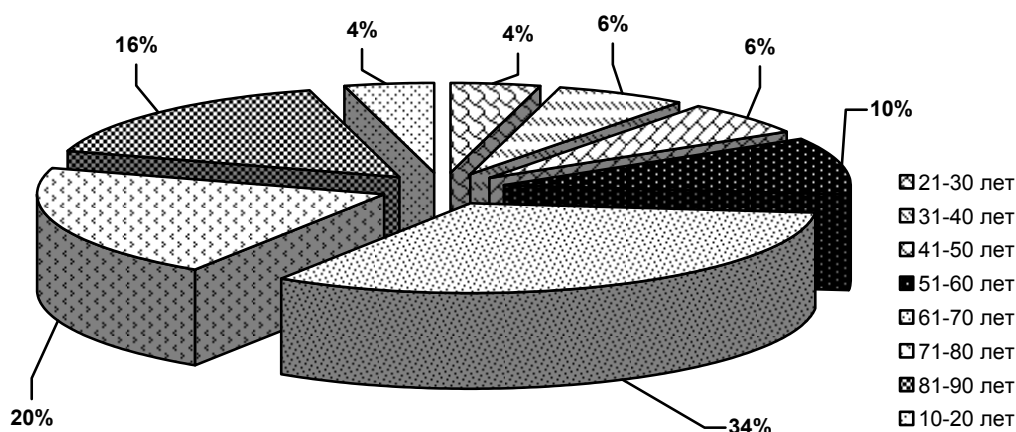


Рис. 2. Распределение больных по возрасту.

В свою очередь, нельзя не отметить, что тяжелое состояние больных при поступлении связано как с самим заболеванием, так и со сроками обращения за медицинской помощью. Нами установлено, что подавляющее большинство больных поступило на лечение в срок от одних суток до одной недели (табл. 1)

Сроки поступления больных на лечение

Таблица 1

24 часа	2-3 дня	4-6 дней	1 неделя	2-3 недели	1 месяц	1,5 месяца
17 %	39 %	13 %	8,7 %	6,5 %	13 %	2 %

Важно уделить внимание срокам пребывания пациентов в ОРИТ в послеоперационный период (табл. 2)

Сроки пребывания пациентов в ОРИТ в послеоперационный период

Таблица 2

	Количество суток в ОРИТ											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	14
Частота (%)	16,7	16,7	16,7	12,5	6,3	2,1	8,3	6,3	4,2	4,2	2,1	2,1

Как видно из таблицы 2, преимущественное число больных находилось на лечении в ОРИТ от 1 до 4 суток. Длительное пребывание пациентов в отделение интенсивной терапии связано с тяжелым течением послеоперационного периода, в частности с развившимися осложнениями у 4 больных (спаечная непроходимость в ранний послеоперационный период – в 3 (6,8 %), эвентрация органов брюшной полости – в 1 случае (2,2 %)).

Говоря об острой кишечной непроходимости в целом, необходимо подчеркнуть, что данная патология остается актуальной и по сей день. Необходима своевременная диагностика и профилактика заболеваний, приводящих к развитию ОКН. Важны профилактические осмотры здорового населения для выявления групп повышенного риска по развитию рака толстой кишки, постановка на диспансерный учет больных с предопухолевыми заболеваниями, доброкачественными опухолями, а также лиц, ранее прооперированных по поводу рака толстой кишки. Говоря о профилактике спаечной болезни, необходимо вспомнить о мерах профилактики. При проведении оперативных вмешательств важно бережное отношение к тканям, внедрение в практику малотравматичных оперативных вмешательств. Также, за исключением применения общих принципов профилактики спаечной болезни, в настоящее время рассматривается возможность применения специальных методов. К ним относят: использование фибринолитических (стрептокиназа, урокиназа) и протеолитических (трипсин, химотрипсин) ферментов, антикоагулянтов (низкомолекулярный гепарин), ограничивающие («барьерные») способы (газообразные средства (кислород), жидкости (декстраны, гемодез), рассасывающиеся полимерные моно- и многокомпонентные мембраны и пленки, нерассасывающиеся индифферентные «барьерные» средства, биосовместимые рассасывающиеся гели), применение противовоспалительных (глюкокортикостероиды) препаратов и нестероидных противовоспалительных препаратов, неспецифическая десенсибилизирующая терапия (антигистаминные препараты).

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

¹ Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД» (Улан-Удэ)

² Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

³ Бурятский филиал Научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (Улан-Удэ)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема лечения трофических язв является медицинской и социально-экономической в связи с высокой распространенностью данной патологии (70 % женщин и 30 % мужчин). Частота возникновения язв при посттромбофлебитическом синдроме составляет в среднем 30 % от всех поражений венозной системы. Посттромбофлебитический синдром проявляется во вторичном варикозном расширении вен, стойких отеках, трофических изменениях кожи и подкожной клетчатки голени. Согласно статистическим данным, в различных странах заболеванием страдает 1,5 – 5 % населения.

Цель исследования: выявить эффективность применяемых в условиях стационара методов лечения трофических язв, доказать их экономическую и клиническую эффективность.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен анализ результатов оперативного и консервативного лечения 152 пациентов, у которых имелась одна или несколько трофических язв различных размеров. Все пациенты страдали посттромбофлебитической болезнью. Данные больные находились в отделении сосудистой хирургии Республиканской клинической больницы и в отделении хирургии Отделенческой клинической больницы г. Улан-Удэ с 2000 по 2008 гг. Всем пациентам проводили общеклиническое обследование: сбор анамнеза, осмотр, стандартные пробы, определение степени хронической венозной недостаточности. Основным скрининговым методом являлась доплероэхография вен нижних конечностей.

Больные имели следующие сопутствующие патологии: артериальную гипертензию (21,7 %), ожирение (92,6 %), хроническую обструктивную болезнь легких (20,1 %). Возраст больных — от 47 до 82 лет. Площадь язвенного дефекта составила в среднем 4,7 см². Длительность заболевания — от 2 месяцев до 13 лет. У 28 больных было несколько выявлено язвенных дефектов.

Результаты лечения оценивались с помощью исследования общего состояния пациентов и динамики течения раневого процесса, сна и аппетита, инструментально-лабораторных данных (термометрия, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови). Динамика течения раневого процесса оценивалась по срокам очищения трофических язв от гнойно-некротического отделяемого, срокам появления грануляций, начала эпителизации и срокам лечения площади трофических язв, а также по результатам бактериологического и гистологического исследований.

При оперативном лечении руководствовались следующими принципами: 1) устранение венозных рефлюксов (вертикальных и горизонтальных); 2) удаление подкожных магистралей с ретроградным кровотоком; 3) ликвидация патологических венозных емкостей нижних конечностей.

С целью ликвидации вено-венозного рефлюкса выполняли пересечение устья большой подкожной вены с притоками (операция Троянова – Тренделенбурга), стриппинг-удаление ствола большой подкожной вены (по методу Бэббкока).

Рефлюкс с коммуникантными венами выполняли перевязкой: надфасциальной на бедре, субфасциальной с резекцией подкожно-расширенных вен икроножной и камбаловидной мышц, над- или субфасциальной — на стопе.

С целью устранения горизонтального рефлюкса применяли субфасциальную перевязку прободающих вен из разреза по задней поверхности голени (по Фелдеру)

В настоящее время для субфасциального пересечения и лигирования вен используется эндоскопическая техника.

Целью склеротерапии является: 1) разрушение вены введением 1 – 2 мл склерозирующего раствора (тромбовар, тромбовеин), 2) облитерация вены (без образования тромба).

Оценка эффективности флебосклерозирующих операций показала высокую частоту рецидивов, вероятность развития химического флебита, что свидетельствует о возможности применения данного метода лишь при противопоказаниях к оперативному лечению под контролем УЗИ как основному методу лечения.

Не менее эффективным оказался комбинированный метод хирургического лечения — удаление крупных стволов вен со склеротерапией мелких. Сначала перевязывали и пересекали большую подкожную вену у места впадения в бедренную, а затем поэтапно склерозировали большую подкожную вену и ее притоки. После каждого сеанса ногу забинтовывали эластичным бинтом и придавали возвышенное положение.

Эффективность компрессионной терапии составила около 93 %. Средняя продолжительность заживления язвы — 5,3 месяца. Рецидивы отмечались у 16 % больных.

Кроме того, используется компрессионное флебосклерозирование мелких притоков в ближайшем послеоперационном периоде в амбулаторных условиях, ретардированные формы трентала, аспирин в малых дозах, цинк-содержащие мази, аппликации хлоргексидина, димексида, которые обладают 100% цитотоксическим действием на культуры фибробластов, перевязочный материал фирмы «Хартман», «Воскопран», обеспечивающий атравматическое ускоренное заживление язв, антагонист серотонина-2, повышающий синтез коллагена фибробластами — кетансерин.

Одним из направлений лечения трофических язв является применение фитотерапии. Ее использование при данной патологии укрепляет венозную стенку, повышает тонус венозной стенки, улучшает свойства текучести крови и оказывает противовоспалительное действие.

Нами применялись настойка цветков и плодов каштана конского, эскузан, экстракт листьев красного винограда (флавоноиды укрепляют стенку вен), аллантоин из зародышей пшеницы (способствует заживлению язв), глицерин (смягчает, увлажняет, повышает упругость кожи), масло облепиховое (после очищения язв), рута пахучая (укрепляет венозную стенку), шиповник, смородина, рябина, гречиха, цитрусовые, листья чая (укрепляют сосудистую стенку, препятствуют отеку тканей, богаты витамином Р). Применение всех методов консервативного и оперативного лечения в сочетании с фитотерапией улучшает эффективность лечения на 27 — 42 %.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Комплексное лечение трофических язв с применением современных технических возможностей, перевязочного материала, лекарственных средств и фитотерапии позволило добиться заживления язв и стойкой ремиссии в 80 — 95 % случаев даже при длительном анамнезе и наличии нескольких язв. Удалось достичь значительного уменьшения размеров язв в глубину и по площади, очищения язв при глубоких, обширных язвах, при длительном, рецидивирующем лечении, со значительным болевым синдромом — в 75 — 80 % случаев.

При выборе лечения нужно руководствоваться конкретной клинической ситуацией. Оперативное лечение в сочетании с консервативным наиболее эффективно на ранних стадиях заболевания (эффективность — 90 — 95 %). При невозможности оперативного лечения используется склеротерапия в сочетании с эластическим бинтованием (эффективность — 75 — 80 %). Комплексное и комбинированное лечение дало максимальный эффект (ускорение заживления язв, редкие рецидивы — 1 %), что позволяет говорить о хорошем экономическом эффекте лечения.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ В «БЮЛЛЕТЕНЬ ВСНЦ СО РАМН»

Редакционная коллегия «Бюллетеня ВСНЦ СО РАМН» обращает внимание авторов на необходимость соблюдать следующие правила.

1. Статья должна иметь визу руководителя учреждения, сопроводительное письмо из учреждения, где выполнена работа на фирменном бланке, экспертное заключение о возможности опубликования.

2. Статья должна быть напечатана на одной стороне листа формата А4. В редакцию направляется магнитный диск с записью статьи в текстовом редакторе Word 6 или выше и один распечатанный экземпляр.

3. Рекомендуемый шрифт — 12 Times New Roman, интервал — одинарный; поля: верх — 2.5; низ — 2; слева — 3; справа — 1. Все рисунки должны быть представлены каждый отдельным файлом в формате TIFF с разрешением не менее 300 ppi. Диаграммы, графики и таблицы должны быть выполнены в Word, Excel или Statistica и представлены отдельными файлами.

4. Объем статей не должен превышать 8 страниц с иллюстрациями, подписями к ним, таблицами, списком литературы и рефератом.

5. В начале первой страницы пишут: индекс УДК; инициалы и фамилию автора (ов); название статьи; учреждение, где выполнена работа; город; реферат на русском языке, ключевые слова на русском языке (не более 4); реферат на английском языке, ключевые слова на английском языке.

Затем идет текст статьи, список литературы, На отдельных листах печатаются таблицы, рисунки, подрисуночные подписи.

6. При представлении в печать научных экспериментальных работ авторы должны указывать сведения о количестве, видах использованных лабораторных сертифицированных животных, источниках их получения; применявшиеся методы обезболивания и умерщвления животных (строго в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных», утвержденных приказом МЗ СССР).

7. Статьи экспериментального и клинического характера после короткого введения необходимо снабжать подзаголовками: «Методика», «Результаты», «Заключение» или «Выводы».

8. Изложение статьи должно быть ясным сжатым, без повторений и дублирования в тексте данных таблиц и рисунков. Статья должна быть тщательно выверена авторами. Все буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть в тексте развернуты.

9. Все цитаты, приводимые в статьях, необходимо тщательно проверить. Должна быть ссылка на пристатейный список литературы.

10. Все термины должны быть унифицированы с учетом Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

11. Сокращение слов, имен, названий (кроме общепринятых сокращений мер, физических и математических величин и терминов) не допускается. Необходимо строго придерживаться международных номенклатур. Единицы измерений даются по системе СИ.

12. В тексте обозначаются места расположения рисунков и таблиц, с указанием номера рисунка или таблицы и их названия.

13. В конце статьи ставятся подписи всех авторов. Необходимо указать фамилии авторов, полностью имя и отчество, должность, ученые степени и звания; полный почтовый адрес (с шестизначным индексом и номер телефона того автора, с которым редакция будет вести переписку).

14. Количество иллюстраций (фотографии, рисунки, диаграммы, графики) должно быть минимальным (не более 3-х монтажей фотографий или рисунков).

Фотографии должны быть прямоугольными, контрастными в формате TIFF (с разрешением не менее 300 dpi), рисунки четкими, диаграммы и графики выполнены в редакторе Word или Excel на компьютере с выводом через лазерный принтер.

Все иллюстрации присылать в одном экземпляре. На обороте фотографии и рисунка карандашом ставится номер, фамилия первого автора, название статьи, обозначается верх и низ.

Микрофотографии необходимо давать в виде компактных монтажей. В подписях к микрофотографиям указывают увеличение, метод окраски. Если рисунок дан в виде монтажа, детали которого обозначены буквами, обязательно должна быть общая подпись к нему и пояснения всех имеющихся на нем цифровых и буквенных обозначений.

Рисунки вкладываются в конверт, на котором пишут фамилию автора и название статьи.

15. Таблицы должны быть наглядными и компактными. Все таблицы нумеруют арабскими цифрами и снабжают заголовками. Предельное число знаков в таблице — 65, включая ее головку, считая за один знак каждый символ, пробел, линейку. Название таблицы и заголовки граф должны точно соответствовать ее содержанию.

16. Библиографические ссылки в тексте статьи даются номерами в квадратных скобках в соответс-

твии с пристатейным списком литературы. В оригинальных статьях цитируется не более 15 источников, в передовых статьях и обзорах — не более 30. В список литературы не включаются неопубликованные работы и учебники.

17. Пристатейный список литературы должен оформляться в соответствии с ГОСТом 7.1-8.4 с изменениями от 1 июля 2000 г.

Сокращение русских и иностранных слов или словосочетаний в библиографическом описании допускаются только в соответствии с ГОСТами 7.12-77 и 7.11-78.

18. К статье прилагается реферат, отражающий основное содержание работы, размером не более 15 строк машинописи в 1 экземпляре на русском и английском языке. В реферате на английском языке необходимо указать: название статьи, фамилии всех авторов, полное название учреждения, а также ключевые слова.

19. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять принятые работы. Статьи, направленные авторам на исправление, должны быть возвращены в редакцию не позднее чем через месяц после получения с внесенными изменениями (плюс дискета с исправленной статьей). Если статья возвращена в более поздний срок, соответственно меняется и дата ее поступления в редакцию.

20. Не допускается направление в редакцию статей уже публиковавшихся или посланных на публикацию в другие журналы.

21. Рецензируются статьи редакционным советом.

22. Рукописи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются.

23. Не принятые к опубликованию рукописи авторам не возвращаются.

24. Корректурa авторам не высылается и вся дальнейшая сверка проводится редакцией по авторскому оригиналу.

25. Автор полностью несет ответственность за стиль работы и за перевод реферата.

Формат 60×84/8. Бумага офсетная. Сдано в набор 24.08.2010. Подписано в печать 28.09.2010.
Печ. л. 32,25. Усл. печ. л. 30. Уч. изд. л. 27,8. Зак. 312-10. Тир. 500.

РИО НЦРВХ СО РАМН
(664003, Иркутск, ул. Борцов Революции, 1. Тел. 29-03-37. E-mail: arleon58@gmail.com)