

*Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi*

*Respublika Dövlət Elmi Tibb Kitabxanası*



**V.Y.AXUNDOVUN 100 İLLİK yubileyinə həsr edilmiş  
elmi-praktik konfransın tezislər toplusu**



**BAKI-2016**

**SBN-9952-8091-0-7**

***Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi  
Respublika Dövlət Elmi Tibb Kitabxanası***

**VƏLİ YUSİF OĞLU AXUNDOVUN  
100 illik yubileyinə həsr həsr edilmiş  
elmi-praktik konfransın tezislər**

***Elmi redaktor:*** prof.t.e.d. N.M.Kamilova

***Redaktor müavini:*** Y.U.Pirəliyeva

***Tərtibçi:*** K.R.Rəsulova

**BAKI-2016**

Мы располагаем опытом хирургического лечения 19 пациентов с диафрагмальными грыжами. У 14 больных была скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная эрозивным рефлюкс-эзофагитом, резистентным к консервативной терапии, из них в 2 наблюдениях- пептической стриктурой пищевода. У 4 больных наблюдалась параэзофагеальная грыжа, из них в двух случаях осложненная сдавлением пищевода и дисфагией. Всем больным выполнены лапароскопические операции. С помощью лапароскопической хирургической техники пациентам была выполнена фундопликация по Nissen. В 3 наблюдениях лапароскопические антирефлюксные вмешательства выполнялись симультанно с холецистэктомией.

Осложнения, связанные с операцией были выявлены в 5 случаях. Наиболее распространенной была дисфагия или затруднение глотания (4 больных). Она, как правило, была временной и прошла через 3–6 месяцев. Другой проблемой была неспособность к отрыжке или рвоте, которая наблюдалась у 1 больного. Это произошло потому, что в результате операции образовался физический барьер для обратного движения любого содержимого желудка. Мы полагаем, что необходимо четко определять показания и выбирать больных для хирургического лечения диафрагмальных грыж.

При проведении операции лапароскопическим методом целесообразно соблюдать принципы, выработанные в традиционной хирургии. Лапароскопические антирефлюксные операции- высокоэффективные малотравматичные вмешательства, которые у большинства больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью дают хорошие результаты лечения. Длительность операции при этом увеличивается буквально на 30-40 минут, а риск осложнений остаётся на прежнем, достаточно низком уровне.

Применение для лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы лапароскопической техники с увеличенным изображением, проецируемым на монитор, позволяет добиться великолепной визуализации всех тончайших анатомических образований в зоне операции: блуждающего нерва, желудочных сосудов и фасциальных пространств, позволяя осуществлять очень сложные манипуляции на высочайшем уровне с ювелирной точностью.

---

**Носова Я.В., Аврунин О.Г., Носова Т.В., Шушляпина Н.О. Кононенко Т.С.**  
**Разработка метода цитологической верификации в ринологии**

<sup>1</sup>*Харьковский национальный университет радиоэлектроники,*

<sup>2</sup>*Харьковский национальный медицинский университет*

*г. Харьков*

Согласно стандартам доказательной медицины большинство методов диагностики и лечения основываются на гистологическом и/или цитологическом исследовании микропрепаратов. Сравнительный анализ зачастую проводят в динамике: до лечения и после лечения (на 10÷14-й день), учитывая длительность лечебных мероприятий [1-3]. Одним из важнейших этапов в компьютерном планировании функциональных оперативных вмешательств в ринологии является независимая верификация эффективности лечебного воздействия. Для выполнения этой процедуры необходимо оценивать состояние слизистой оболочки носовой полости по цитологическим показателям.

Поэтому актуальной представляется задача разработки метода именно цитологической верификации, с применением современных аппаратных и программных средств анализа медицинских изображений.

Данная процедура цитологической верификации предполагает на первом этапе передачу изображения микропрепарата с цифрового микроскопа в компьютер и с помощью разработанного программного средства компенсацию неоднородности освещенности фона

изображения препарата. Далее выполняется построение гистограммы для красного канала изображения микропрепарата и определяются пороговые уровни для сегментации микрообъектов на изображении. Существенная неоднородность уровней красного канала фона затрудняет анализ гистограммы изображения, которая, фактически, является одномодовой со слабо выраженными локальными максимумами, что не позволяет использовать метод пороговой сегментации. Поэтому построение гистограммы целесообразно выполнить только для однородных областей изображения по критерию не более 10% величины коэффициента вариации, для значений интенсивности в красном канале. Также выполняется построение бинарных характеристик функций и осуществляется разметка и определение количества микрообъектов для последующего анализа.

Вывод рассчитанных параметров изображения отображает основной диагностический критерий, которым является величина отношения количества клеток цилиндрического эпителия и мукоцинозных бокаловидных клеток, которая в норме составляет не менее  $5 \div 10$  к одному.

Таким образом, разработан метод и соответствующее программное обеспечение для процедуры автоматизированной сегментации микропрепаратов для определения соотношения между количеством мерцательных и бокаловидных клеток слизистой оболочки носовой полости. А также при выполнении исследований проводился точный расчет и согласование оптической системы микроскопа и параметров ПЗС матрицы цифровой камеры.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аврунин О.Г. Опыт разработки биомедицинской системы цифровой микроскопии // Прикладная радиоэлектроника, 2009, Т.8, № 1, с.46-52.
2. Пискунов С.З., Пискунов Г.З., Харченко В.В., Должиков А.А. Функциональная анатомия и хирургия носа и околоносовых пазух. Курск: КГМУ, 2004, 115 с.
3. Серебрякова И.Ю., Юнусов А.С. Диагностика состояния слизистой оболочки нижних носовых раковин при гипертрофии // Рос. Ринология, 2003, №2, с. 30.

---

#### Пасиешвили Л.М.

### **Жирнокислотный спектр крови в реализации «респираторного взрыва» у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью**

*Харьковский национальный медицинский университет, Украина*

Гастроэзофагеальный рефлюкс в последние двадцать лет претерпел существенного научного осмысления и из функционального состояния, обусловленного заболеваниями желудка, перешел в разряд самостоятельной нозологической формы - ГЭРБ - с этиопатогенетическими особенностями и клинической симптоматикой.

Развитие любого хронического заболевания внутренних органов связывают, в первую очередь, с поражением «мишени» - клеточной мембраны, представляющей собой многослойное образование фосфолипидов (ФЛ). Структурными компонентами липидов, которые определяют состав клеточных мембран, являются жирные кислоты (ЖК), изменение состава которых становится причиной нарушения ее важных параметров: растворимости, микровязкости и обеспечения функциональной активности интегрированных протеинов. Хронический липидный дисбаланс мембраны, возникающий при длительном воздействии патогенного фактора, может нарушать специфические функции клеток и, тем самым способствовать прогрессированию заболевания.

**Целью работы:** исследование состояния жирнокислотного спектра крови у больных ГЭРБ и его роли в прогрессировании нозологии.

**Материалы и методы.** Обследовано 23 больных ГЭРБ в возрасте от 23 до 46 лет и длительностью анамнеза от 3 до 19 лет. Большинство составили женщины (73,9%). Показатели нормы были получены у 20 практически здоровых лиц аналогичного пола и возраста.