



Интенсивность производственной нагрузки оценена по данным хронометража рабочего времени. В работе использованы статистические данные *Российского центра судебно-медицинской экспертизы* (РЦСМЭ) Минздравсоцразвития и собственные данные.

Согласно статистическим данным РЦСМЭ в среднем в России на одного эксперта-танатола в год приходится 216 судебно-медицинских исследований трупов (В.А.Клевно, 2006). При этом с учетом имеющегося в распоряжении эксперта рабочего времени, которое он способен потратить на производство экспертиз, судебно-медицинский эксперт может выполнить менее 50 судебно-медицинских экспертиз трупов различного уровня сложности в год (В.А.Попов, 2008). То есть средняя фактическая длительность рабочего дня значительно превышает у экспертов-танатола величину продолжительности ежедневной работы.

Судебно-медицинская экспертиза трупа — это сложный процесс, требующий значительного умственного и физического напряжения. Примерно за 2,5–4 ч вскрытия эксперт обязан воспроизвести в памяти, исследовать и зафиксировать множество пара-

метров, отражающих объективные факты состояния тканей и органов. Напряженность труда экспертов, оцененная с учетом фактических трудовых нагрузок, отнесена по Р 2.2.2006-05 к классу условий труда 3.3. Из 23 показателей напряженности труда у экспертов 12 могут быть отнесены к классу 3.2, тогда как для класса 3.3 достаточно 6. В соответствии с таблицей 2 Р 2.2.2006-05, экспертная деятельность сопряжена с воздействием факторов биологической природы — возбудителей инфекционных заболеваний (туберкулез, гепатиты В, С, ВИЧ-инфекция и др.), что требует ее отнесения по этому показателю также к классу условий труда 3.3.

Таким образом, труд эксперта-танатола характеризуется высокой напряженностью (класс 3.3) и высокой вероятностью воздействия инфекционных агентов (класс 3.3). Согласно Р 2.2.2006-05 при сочетании двух и более факторов класса 3.3 условия труда оцениваются на одну степень выше, что требует отнесения труда эксперта по общей гигиенической оценке условий труда к классу 3.4 уже по двум указанным показателям.

© С.В.ЗАХАРОВ, С.А.ТЕРЕХИН, 2009
УДК 616.133-089

С.В.Захаров, С.А.Терехин — Каротидное стентирование у пациентов высокого хирургического риска.

В период с 2007 г. выполнено 12 операций каротидного стентирования. Все пациенты по совокупности клинических данных относились к группе высокого хирургического риска, критериями которого были:

- ишемическая болезнь сердца (стабильная стенокардия с положительным стресстестом, острый коронарный синдром) или потребность в реваскуляризации миокарда;
- недостаточность кровообращения;
- заболевание легких с дыхательной недостаточностью;
- окклюзия контрлатеральной сонной артерии;
- предшествующая лучевая терапия или радикальная операция на шее;
- контрлатеральное повреждение нерва;
- рестеноз после каротидной эндартерэктомии;
- возраст более 75 лет.

Первичная диагностика поражения основывалась на ультразвуковом исследовании сонных артерий. В последующем выполнялась МСКТ ангиография на компьютерном томографе AQVILION 64 (Toshiba, Япония) с последующей трехмерной реконструкцией и выполнением необходимых расчетов. Адекватный метод лечения для каждого пациента

выбирался после коллегиального обсуждения, включая сосудистых хирургов, рентгенохирургов и кардиологов.

Перед операцией всем пациентам проводилась двойная антиагрегантная терапия, состоящая из аспирина (100 мг в сут) и клопидогреля (75 мг в сут). В большинстве случаев антитромботическая терапия начиналась не менее чем за 4 сут до оперативного вмешательства.

Каротидное стентирование выполнялось в рентгенооперационной, оборудованной ангиографическим комплексом AXIOM Artis FC (Siemens, Германия) с цифровой обработкой изображения, непрерывным электрокардиографическим контролем, неинвазивным измерением артериального давления. Во всех случаях использовался чрезбедренный артериальный доступ. Антикоагулянтная терапия включала болюсное внутривенное введение нефракционированного гепарина в дозе 10000 ЕД с последующим дополнительным введением гепарина до достижения активированного времени свертывания более 250 с. Неврологический статус пациента контролировался на каждом этапе операции. Использовались стенты Carotid Wallstent фирмы Boston Scientific (США) и устройства защи-



ты от дистальной эмболии FilterWire. В качестве проводникового катетера — интродюсер 6F 90 см фирмы Cook (США).

У двух больных наблюдалось поражение более 80% единственной внутренней сонной артерии, т. к. вторая была полностью окклюзирована. Первичный ангиографический успех был достигнут в 100%. Последующее наблюдение в течении 6 мес не выявило осложнений и ухудшения состояния пациентов.

© А.И.СУХАНОВ, В.С.ЛЕСОВИК, 2009
УДК 616.149.43-007.64-089:616.33-089.873

А.И.Суханов, В.С.Лесовик — Применение проксимальной резекции желудка у больных с варикозным расширением вен пищевода и желудка.

В основу исследования положены материалы наблюдений за 21 больным в сроки от 2 до 5 лет. У 2 (9,5%) пациентов операция проксимальной резекции желудка (ПРЖ) в модификации Г.К.Жерлова выполнена в экстренном порядке в связи с продолжающимся кровотечением и отсутствием эффекта от консервативной гемостатической терапии. Еще 2 (9,5%) больных были оперированы в срочном порядке в связи с высоким риском рецидива кровотечения. У 17 (81%) пациентов операции выполнены после остановки кровотечения, плановой подготовки в условиях гастроэнтерологического отделения. Ранее были оперированы 12 (57,1%) больных: спленэктомия — 3, операция Таннера — 2, операция Пациора — 7.

В ранний послеоперационный период летальных исходов не было. У 8 (38,1%) больных отмечены осложнения, связанные с прогрессированием печеночной недостаточности: нарастание асцита у 6 (28,6%), развитие печеночной энцефалопатии 1 стадии — у 2 (9,5%). У одного (4,8%) больного отмечено развитие варикотромбофлебита нижних конечностей на фоне проведения профилактических мероприятий, у другого (4,8%) — формирование подкожной гематомы в области лапаротомного шва после экстренной операции. Все осложнения были купированы с помощью консервативных мероприятий в течение 2—4 нед. В 3 случаях невозможность манипулирования из-за размеров селезенки послужила основанием для спленэктомии. После операции по срочным показаниям у одной (4,8%) больной развились аспленическая тромбоцитемия и тромбоз вен портальной системы. Осложнение купировано с помощью антикоагулянтной терапии. При обследовании установлено миелопролиферативное заболевание, продолжено лечение в специализированном стационаре. У 18 больных заживление в области анастомоза протекало с развитием воспаления

Таким образом, каротидное стентирование — операция с достаточно долговременным эффектом, что подтверждают отсутствие инсультов в отдаленный период (6 мес) и низкий процент рестеноза в стенке. Она оправдана у пациентов высокого хирургического риска и является эффективной профилактикой ишемических инсультов, обусловленных атеросклеротическим поражением.

0—1 ст. Анастомозит 2 ст. зафиксирован у 3 (14,3%) пациентов, что потребовало применения антисекреторных и обволакивающих препаратов. Пройдимость анастомоза была сохраненной. Из 21 пациента в сроки до 5 лет после операции умерли 3 (14,3%) от прогрессирующей печеночной недостаточности. Гастроэзофагеальные кровотечения не отмечены.

В отдаленные сроки обследованы 15 больных. Выявлены транзиторный асцит у 2 пациентов и печеночная энцефалопатия, резистентная к терапии у 1. При эндоскопическом исследовании пищеводно-желудочный переход определялся сомкнутым, при введении воздуха раскрывался до 16—19 мм, тубус эндоскопа проходил в культю желудка без усилия, при ретроградном осмотре в области искусственной кардии определялся клапан, плотно охватывающий тубус эндоскопа. У 3 больных в сроки от 3 до 5 лет обнаружено рецидивирование варикозных изменений вен пищевода; двоим из них выполнена эндоскопическая склерооблитерация вен. Сохранение стволов *n. vagus*, моделирование искусственной кардии, индивидуальный выбор объема резекции желудка и функциональная состоятельность привратника обусловили отсутствие таких пострезекционных осложнений, как демпинг-синдром и диспептические расстройства. Тяжелой агастральной астении и выраженной хронической анемии у наблюдаемых больных отмечено не было. Считаю, что это связано с удалением лишь проксимальной части желудка и сохранением антрального отдела и привратника.

Результаты исследования позволяют рассматривать данное вмешательство как метод выбора при лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, позволяющий получить хорошие функциональные результаты в отдаленный период и малое количество послеоперационных осложнений.