С помощью устройства, которое названо аппаратом Боброва больным стали вливать под кожу солевой кровозаменитель, это использовалось впервые. При лечении эхинококковых кист печени был изобретен способ закрытия эхинококковых полостей наглухо. Обратил внимание он и на проблему оперативного лечения аппендицита. Первым применил местную анестезию кокаином, это позволило проводить операции в брюшной полости.

Занимаясь травматической эпилепсией, им был предложен метод пластического закрытия дефекта черепа. По мимо операций на черепе, Александр Алексеевич оперировал на позвоночнике (операция костно-пластического закрытия дефекта в дужках позвонков куском кости, взятым из гребня подвздошной кости), занимался сосудистой хирургией (операция гемангиомы), оперативным лечением урологических заболеваний, челюстно- лицевой хирургии, хирургии грудной полости, пластической хирургией (пластика полового члена, седлообразный нос и др.).

Создал санаторий для лечения костно-суставного туберкулеза у детей (г.Алупка 1902г.)

Для развития отечественной хирургии Бобров сделал очень много, являясь прямым продолжателем дела основателя русской хирургии Н.И. Пирогова. Открыл крупную научную школу для хирургов. Его учениками были: С.П. Федоров, И.П. Алексинский, П.И. Дьяконов и др. выдающиеся хирурги. Был активным организатором хирургических обществ и всероссийских съездов хирургов.

Научная деятельность профессора А.А.Боброва заслуживает особого внимания. Он автор 61 научной работы по различным отраслям хирургии, наиболее известны: «Руководство к хирургической анатомии» (М.,1898г.), «Курс оперативной хирургии» (М.1887г). Был председателем Московского терапевтического общества (1888-1892) и Московского хирургического общества (1894-1904). Учебник «Вывихи и переломы» десятки лет служил настольным пособием не только для студентов, но и врачей. Своими работами он создал основательный фундамент медицинской науке, один из выдающихся деятелей русской медицины. Всегда шел на встречу студентам, интересовался волнующими их вопросами, помогал им, откровенно делился своим мнением, подбадривал.

Человек был настолько всесторонне развит, можно только догадываться, что он мог бы сделать в хирургии, научной области.

Умер 26 ноября(9декабря)1904года(54года). Похоронен в Алупке, на Старом городском кладбище.

Список литературы

1. *Б.В.Петровский «Хирургия». Государственное издательство медицинской литературы МЕДГИЗ – 1955 год. –Москва, стр. 73-78*
2. *Б.В.Петровский «Большая медицинская энциклопедия», изд. «Советская энциклопедия» - 1976 год – Москва, стр.438*
3. *А.М. Прохоров «Большая советская энциклопедия», изд. «Советская энциклопедия»-1970 год- Москва, стр. 267*

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Андреев А.А., Остроушко А.П., Глухов А.А., Лаптиёва А.Ю., Антакова Л.Н.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Актуальность. Внедрение новых методик резекции печени способствовало значительному расширению показаний для резекций печени, однако среди послеоперационных осложнений нерешенной проблемой остается острая печеночная недостаточность.

Цель. Снижение риска развития острой печеночной недостаточности при резекции печени, путем интраоперационного введения цианокобаламина в эксперименте.

Материалы и методы. Эксперименты выполнены на 96 самцах крыс линии Wistar. Всем животным осуществляли типичную резекцию печени (ТРП); во 2-й контрольной – дополнительно выполняли внутрипеченочные инъекции 1 мл 0,9% NaCl; в 1-й опытной – внутрипеченочные инъекции 1 мл цианокобаламина; во 2-й опытной – 1 мл цианокобаламина водили внутрибрюшинно. На 1, 5, 7 и 14 сутки осуществляли забор крови для биохимического исследования. Статистическая обработка выполнялась с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты. На 14 сутки исследования нормализация показателей синдромов цитолиза, холестаза и печеночно-клеточной недостаточности наблюдалась в 1-й опытной группе практически у всех животных, в контрольных группах и 2-й опытной полученные результаты были значительно ниже.

Заключение. Предложенный способ обеспечивает нормализацию метаболических процессов печени в раннем послеоперационном периоде, препятствует развитию острой печеночной недостаточности.

Ключевые слова: резекция, печень, профилактика, печеночная недостаточность

Актуальность. Внедрение новых методик резекции печени способствовало значительному расширению показаний для резекций печени, внедрению одно- и двухмоментные методик предельно больших резекционных вмешательств [1-3]. Среди послеоперационных осложнений в настоящее времени сложной проблемой остается острая печеночная недостаточность, являющаяся причиной летальных исходов в 18-75% случаев [1,4,5]. Таким образом поиск новых методов снижения риска развития пострезекционной печеночной недостаточности является актуальной проблемой современной хирургии и гепатологии [5-7].

Цель. Снижение риска развития острой печеночной недостаточности при резекции печени, путем интраоперационного введения цианокобаламина в эксперименте.

Материалы и методы. Эксперименты выполнены на 96 самцах крыс линии Wistar. Всем животным осуществляли типичную резекцию печени (ТРП); во 2-й контрольной – дополнительно выполняли внутрипеченочные инъекции 1 мл 0,9% NaCl; в 1-й опытной – внутрипеченочные инъекции 1 мл цианокобаламина; во 2-й опытной – 1 мл цианокобаламина водили внутрибрюшинно. На 1, 5, 7 и 14 сутки осуществляли забор крови для биохимического исследования. Статистическая обработка выполнялась с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты. На 14 сутки исследования нормализация показателей синдрома цитолиза (АСТ, АЛТ) наблюдалась в 1-й опытной группе у 97,5±3,1% животных; в контрольных группах и 2-й опытной - у 71,0±3,1%, 68,2±4,1% и 84,6±2,6% животных, соответственно. Показатели синдрома печеночно-клеточной недостаточности (глюкоза, мочевина, креатинин, общий белок, холестерин) нормализовались у 100% животных в 1-й опытной группе, 88,4±4,1% - в 1-й контрольной, 84,3±2,2% - во 2-й контрольной, 91,1±2,4% - во 2-й опытной. Показатели холестатического синдрома (билирубин, ЩФ, ГГТП) нормализовались только в 1-й опытной группе у 68,4±5,2% животных.

Вывод. Интраоперационная коррекция факторов риска развития острой пострезекционной печеночной недостаточности путем внутрипеченочного введения цианокобаламина способствует предупреждению развития синдромов цитолиза, холестаза и печеночно-клеточной недостаточности. Предложенный способ обеспечивает нормализацию метаболических процессов печени в раннем послеоперационном периоде, восстановление ее функциональной целостности.

Список литературы:

1. *Назыров Ф., Акбаров М., Девятов А., и др. Результаты резекционных вмешательств на печени на фоне хронической диффузной гепатопатии // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2015. - Т. 8. - №2. - С. 142-150.*
2. *Затолокин В., Перков А., Лунева Н. Влияние гептрала на состояние ткани печени после ее резекции // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2012. - Т. 5. - №2. - С. 320-324.*
3. *Власов А., Саксин А., Анаскин С., и др. Мембраностабилизирующий компонент в предупреждении печеночной дисфункции при остром панкреатите // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2015. - Т. 8. - №3. - С. 269-276.*
4. *Тарасенко С., Натальский А., Луньков И., и др. К вопросу о патогенезе и классификации печеночной недостаточности // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2014. - Т. 7. - №3. - С. 286-292.*
5. *Глухов А.А., Андреев А.А., Лаптиёва А.Ю., Остроушко А.П. Первичная профилактика пострезекционной печеночной недостаточности. Профилактическая медицина. 2020. Т. 23. № 5-2. С. 44-45.*
6. *Laptiyova A.Yu. Prevention of post-resection acute liver failure by various methods of cyanocobalamin administration in the experiment / A.Yu. Laptiyova, A.A. Andreev, A.A. Glukhov and etr. // International Journal of Biomedicine. - 2020. - Т. 10. - № 3. - С. 257-261.*

ОЦЕНКА ЭКСПРЕССИИ TGF-B И IL-1B ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Андреев А.А., Глухов А.А., Остроушко А.П., Лаптиёва А.Ю.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Актуальность. *Хирургическое лечение объемных образований печени является актуальной проблемой оперативной гепатологии, так как риск развития пострезекционной остаётся на высоком уровне.*

Цель. *Повышение репаративного потенциала гепатоцитов интраоперационным внутрипеченочным введением цианокобаламина при резекции печени в эксперименте.*

Материалы и методы*. Эксперименты выполнены на 96 самцах крыс линии Wistar. Всем животным осуществляли типичную резекцию печени (ТРП); в 1-й контрольной группе профилактику пострезекционной печеночной недостаточности не проводили; во 2-й контрольной выполняли внутрипеченочные инъекции 1 мл 0,9% раствора NaCl; в 1-й опытной – внутрипеченочные инъекции 1 мл цианокобаламина; во 2-й опытной – 1 мл цианокобаламина водили внутрибрюшинно. На 1, 5, 7 и 14 сутки осуществляли забор крови для биохимического исследования. Статистическая обработка выполнялась с помощью программы Statistica 6.0.*

Результаты. *Интраоперационное внутрипеченочное введение цианокобаламина позволяет повысить экспрессию факторов роста TGF-β и IL-1β в 2,5-3 раза, воздействуя на пролиферативную активность гепатоцитов, при этом не нарушая физиологические нормы митотической активности.*

Заключение. *Предложенный метод способствует повышенной экспрессии факторов роста, способствует наиболее быстрому восстановлению исходной массы печени, и, как следствие, нормализации её функциональной активности.*

Ключевые слова: резекция; печень; факторы роста; TGF-β; IL-1β

Актуальность. Хирургическое лечение объемных образований печени остается актуальной проблемой оперативной гепатологии, так как резекция печени, в большинстве случаев, и сегодня остается единственным способом, позволяющим добиться увеличения продолжительности жизни и излечения пациентов [1, 2]. Риск развития пострезекционной печеночной недостаточности обусловлен прежде всего функциональной недостаточностью остающегося объема паренхимы печени и низким репаративным потенцалом гепатоцитов [3,4,5].

Цель. Повышение репаративного потенциала гепатоцитов интраоперационным внутрипеченочным введением цианокобаламина при резекции печени в эксперименте.