

ВЕСТНИК ХИРУРГИИ КАЗАХСТАНА

№1 (29) 2012

Крупное событие

в истории хирургии Казахстана

9 декабря 2011 г. в ННЦХ им. А.Н. Сызганова впервые в истории хирургии Казахстана была выполнена операция по трансплантации печени, приуроченная к 20-летию независимости нашей страны.

Операция выполнена с помощью бригады специалистов из Республики Беларусь.

Вариант операции был наиболее сложным. Пересажена правая доля печени от донора (старшей сестры, 38 лет), вместо полностью удаленной патологически измененной печени младшей сестры (33 года, реципиента).

Операция продолжалась около 12 часов. Работали в 2-х операционных двумя совместными бригадами хирургов и анестезиологов, включая сотрудников отделения микрохирургии ННЦХ.

В настоящее время (март 2012 г.) больная жива, получает курс реабилитационной терапии.



Коллектив хирургов, ассистентов и анестезиологов, выполнивших операцию



Ход операции



Этап операции

- Колоэзофагофарингопластика при рубцовых стенозах пищевода и глотки
- Реабилитация пациентов, перенесших реконструктивно-восстановительные вмешательства на пищеводе
- Выбор оптимальной тактики хирургического лечения альвеококкоза печени
- Выбор оптимальной тактики хирургического лечения альвеококкоза печени
- Functional morphology of the myocardium in acute experimental pancreatitis
- Влияние внутривенного непрерывного вливания инсулина на основные показатели белкового-энергетического гомеостаза при абдоминальных операциях и раннем послеоперационном периоде
- Преимущества эндовидеоскопической коррекции пилоростеноза у детей в послеоперационном периоде
- Влияние предварительной ишемической подготовки печени на результаты реперфузионного повреждения после гемигепатэктомии на фоне билиарного цирроза
- Диагностика и лечение хронических запоров у детей, сопровождающихся недостатком Баугиновой заслонки
- Опыт применения Тахокомба в абдоминальной хирургии
- Эффективность и безопасность применения Мелофлама в послеоперационном обезболивании при хирургическом лечении грыжесечения и аппендэктомии
- Применение подкожных узловых швов
- Тактика и лечение бескаменного холецистита
- Возможности переменной интракорпоральной магнито-инфракрасной лазерной терапии в лечении печеночной недостаточности при механической желтухе

Вестник хирургии Казахстана

№1 (29) 2012

«Вестник хирургии Казахстана»,
ежеквартальный
научно-практический журнал
Национального научного
центра хирургии им. А.Н. Сызганова

Издается с 2005 г.

Собственник журнала -
АО «Национальный научный
центр хирургии
им. А.Н. Сызганова»

Журнал зарегистрирован
в Министерстве информации,
культуры и спорта РК.
Регистрационный номер 5564-ж
от 18.02.2005 г.

Адрес редакции:
г. Алматы, ул. Желтоқсан, 62
8 (727) 279 53 06

Журнал входит в перечень изданий,
рекомендуемых Министерством
образования и науки Республики
Казахстан для публикации
научных трудов

По вопросам публикации материалов
обращаться к ответственному секретарю
журнала по тел. 8 777 562 8570
(Кабдрахманов Канат Баянович)
Эл. почта: kbk4554@gmail.com

Ответственность за содержание
публикуемых материалов несут
авторы материалов.

Ответственность за рекламные
материалы несут рекламодатели.

Тираж 200 экз. Тип. «Идан»
г. Алматы, ул. Коммунальная, 39

Главный редактор
Арзыкулов Ж.А., профессор

Заместитель главного редактора
Рамазанов М.Е., д.м.н.

Ответственный секретарь
Кабдрахманов К.Б.

Редакционная коллегия:

*Абзалиев К.Б.
Артыкбаев Ж.Т.
Ахметов Е.А.
Батырханов М.М.
Даирбеков О.Д.
Жураев Ш.Ш.
Мамедов М.М.
Миербеков Е.М.
Пюрова Л.П.
Сейдалиев А.О.
Сейсембаев М.А.
Султанов Э.Ш.
Хвостиков Е.И.
Шайхиев Е.У.*

Редакционный совет:

*Абдуллаев М.Ш. (Алматы)
Апсатаров Э.А. (Алматы)
Баймаханов Б.Б. (Астана)
Вишневский В.А. (Москва)
Изимбергенов Н.И. (Актобе)
Мусаев Х.Н. (Баку)
Мухамеджанов И.Х. Астана
Лохвицкий С.В. (Караганда)
Мамекеев М.М. (Бишкек)
Назыров Ф.Г. (Ташкент)
Поцелуев Д.Д. (Алматы)
Сабыр М.Ш. (Актобе)
Султаналиев Т.А. (Астана)
Телеуов М.К. (Астана)
Черноусов А.Ф. (Москва)*

Содержание

Абдоминальная хирургия

Колозофагофарингопластика при рубцовых стенозах пищевода и глотки. *Арзыкулов Ж.А., Жураев Ш.Ш., Шайхиев Е.У.* (4)

Реабилитация пациентов, перенесших реконструктивно-восстановительные вмешательства на пищеводе. *Арзыкулов Ж.А., Жураев Ш.Ш., Шайхиев Е.У.* (6)

Выбор оптимальной тактики хирургического лечения альвеококкоза печени. *Сейсембаев М.А., Токсанбаев Д.С., Баймаханов Ж.Б.* (8)

Functional morphology of the myocardium in acute experimental pancreatitis. *Aliyev F.Kh.* (11)

Влияние внутривенного непрерывного вливания инсулина на основные показатели белкового-энергетического гомеостаза при абдоминальных операциях и раннем послеоперационном периоде. *Аббасов Ф.Э., Гусейнов Г.Ф., Байрамов Н.Я.* (13)

Преимущества эндовидеоскопической коррекции пилоростеноза у детей в послеоперационном периоде. *Белобржицкий И.В.* (17)

Влияние предварительной ишемической подготовки печени на результаты реперфузионного повреждения после гемигепатэктомии на фоне билиарного цирроза. *Искендеров Э.И.* (19)

Диагностика и лечение хронических запоров у детей, сопровождающихся недостатком Баугиновой заслонки. *Полухов Р.Ш.* (22)

Опыт применения Тахокомба в абдоминальной хирургии. *Шуленбаев А.С.* (24)

Эффективность и безопасность применения Мелофлама в послеоперационном обезболивании при хирургическом лечении грыжесечения и аппендэктомии. *Абдуллаев З.Т.* (26)

Применение подкожных узловых швов. *Хан В.В.* (27)

Тактика и лечение бескаменного холецистита. *Хан В.В.* (28)

Возможности переменной интракорпоральной магнитоинфракрасной лазерной терапии в лечении печеночной недостаточности при механической желтухе. *Магеррамов Д.* (29)

Материалы конференции, посвященной 80-летию профессора М.К. Куланбаева и Дню университета им. С.Д. Асфендиярова

Алгоритм диагностики и лечения осложненного эхинококкоза печени. *Ибадильдин А.С., Кузьмин Д.Ю.* (32)

Хирургическая тактика при травмах печени. *Ибадильдин А.С., Шарунов Г.И., Мухамеджанов Г.К.* (34)

Современные представления о печеночной недостаточности и методы их лечения. *Исраилова В. К. Айткожин Г. К.* (36)

Физико-химические свойства крови при травматическом повреждении печени. *Ибадильдин А.С., Мухамеджанов Г.К., Шарунов Г.И., Аталыков Б.Е.* (41)

Лечение перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. *Ибадильдин А.С., Шарунов Г.И.* (42)

Анестезиологическое обеспечение и ближайший послеоперационный период у больных при обширных резекциях печени. *Миербеков Е.М., Артыкбаев Ж.Т., Жазылбеков А.А.* (44)

Ангио-, кардиохирургия

Реваскуляризирующая остеотрепанация и лазерное облучение в комплексном лечении больных с критической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета. *Косаев Д.В.* (46)

Кардиоплегия как метод защиты миокарда: история, виды и ее

будущее. Обзор литературы. *Джошибаев С., Болатбеков Б.А., Исакова А.Б.* (49)

Результаты многоцентрового клинического исследования эффективности и безопасности препарата Вазокет у пациентов с варикозной болезнью и хронической венозной недостаточностью. *Покровский А.В.* (53)

Морфофункциональное состояние клеточных элементов крови у больных с хронической ишемией нижних конечностей различной степени. *Кательницкий Иг.И., Кательницкий И.И.* (57)

Современный подход к фармакотерапии хронической венозной недостаточности нижних конечностей. *Секербаев О.А.* (59)

Атриопластика левого предсердия у больных с митральным пороком сердца. *Квашнин А.В.* (60)

Сравнительная характеристика применения катетерной стенолизной склерооблитерации при варикозной болезни нижних конечностей. Изменение частоты тромботических реокклюзий бедренно-подколенных шунтов после поясничных симпатэктоми. *Демеуов Т.Н., Секербаев О.А., Клышбаев Р.А., Сали У.М.* (62)

Применение компрессионного лечебного трикотажа RELAXSAN в комплексном лечении больных с венозными трофическими язвами. *Демеуов Т.Н., Секербаев О.А., Сали У.М., Клышбаев Р.А.* (63)

Трансплантология

Основные осложнения после трансплантации почки в Республике Казахстан: ретроспективный анализ. *Куттымуратов Г.М., Султанов Э.Ш., Ошакбаев К.П., Зайналов А.К., Абишева Ж.А., Жаркимбеков Б.К., Курманов Т.А., Хасенова А.С.* (65)

Травматология

Дифференцированный подход к лечению травматических подострых и хронических субдуральных гематом малого объема. *Ребров М.В.* (69)

Производственный травматизм и электротравмы. *Ли А. А.* (70)

Дренирование подкожных и межфасциальных образований верхних и нижних конечностей под УЗ-контролем. *Керимкулов С.С.* (71)

Урология

Применение Аденопросина 250 мг (суппозитории) в комплексном лечении хронического простатита и доброкачественной гиперплазии предстательной железы. *Шалекинов Б.У., Гильязов А.Х., Богуспаев Д.А., Аль Тальбани Х.И.* (72)

Использование спинально-эпидуральной анестезии в урологии. *Карипжанова А.З.* (74)

Применение литолитической терапии у пациентов с мочекаменной болезнью в качестве предоперационной подготовки к проведению дистанционной литотрипсии. *Попенко Е.В.* (75)

Клиническая значимость определения цитрата мочи у больных с мочекаменной болезнью. *Попенко Е.В.* (76)

Оценка эффективности применения препарата Реналюф в лечении пациентов с мочекаменной болезнью. *Попенко Е.В.* (78)

Методы выявления резидуальных камней. *Малих М.А.* (80)

Профилактические мероприятия, предупреждающие резидуальные и рецидивные камни. *Малих М.А.* (81)

Клиническая оценка методов дренирования мочевых путей при

лечении камней различной локализации. *Малих М.А. (84)*

Ишемическая болезнь почек. *Исмухамедова А.К. (85)*

Хроническая почечная недостаточность – диагностика и лечение. Анализ лечения по материалам нефрологического отделения за 2011 г. *Исмухамедова А.К. (86)*

Проктология

Выбор метода лечения транссфинктерных свищей прямой кишки. *Ураимов К.А. (88)*

Акушерство, гинекология

Тактика ведения больных с миомой матки и анемией после гистерэктомии. *Вольнова Г.З. (90)*

Современные подходы к хирургической гистероскопии при субмукозной миоме матки. *Вольнова Г.З. (90)*

Пиелонефрит и беременность. *Муменбаева С.А. (91)*

Вагинальный кандидоз и беременность. *Муменбаева С.А. (92)*

Бактериальный вагиноз как фактор риска у женщин в период беременности и послеродовой период. *Бекесова Р.З. (94)*

Гестоз как проблема современного акушерства. *Бекесова Р.З. (95)*

Внедрение медикаментозной тактики у женщин с эндемическим зобом в период родов. *Алиева Ф.К., Гусейнова Р.И. (96)*

Осложнения беременности и родов у женщин с ожирением. *Ли О.Н. (97)*

Эффективность применения противогрибкового препарата «Залаин» при лечении острого кандидозного вульвовагинита. *Ускембаева Н.С. (98)*

Анестезиология, реаниматология

Клинический опыт применения сукцинированного желатина в терапии критических состояний, связанных с острой массивной кровопотерей. *Крупко О.Ф. (100)*

Концепция нутритивной поддержки у детей, находящихся в критических состояниях. *Штейгервальд Ф.Ф. (101)*

Применение ингибиторов протонной помпы в интенсивной терапии и реанимации. *Сембинова С.З. (102)*

Случай успешного лечения рассеянного энцефаломиелополирадикулоневрита. *Штейгервальд Ф.Ф. (104)*

Организация здравоохранения

Анализ рынка медицинского оборудования в Казахстане. *Мамырбекова С.А. (106)*

Организационные и внедренческие аспекты качества медицинской помощи различным группам населения. *Мамырбекова С.А. (107)*

Наркотиктермен уланудан болған өлімнің сот медициналық көрсеткіштері. *Исмаилов Н.И. (108)*

Методология подготовки медицинской службы к действиям в чрезвычайных ситуациях. *Ажғалиев Р.Т., Сарабаев С.М., Кудайбергенов Х.Х. (109)*

Непрерывная профессиональная подготовка медицинского состава вооруженных сил Республики Казахстан. *Сарабаев С.М. (110)*

Состояние гематологической службы по Западно-Казахстанской области на 2009-2010 гг. *Кисметова А.Н. (110)*

Стоматология, челюстно-лицевая хирургия

Применение новейших адгезивных систем в лечении больных с осложненным кариесом. *Масюкова Э.А. (113)*

Профилактическое применение антибиотиков в стоматологии. *Естакова Л.Г. (113)*

Ультразвуковая диагностика заболеваний слюнных желез. *Касеинов И.М., Сакенова М.В. (114)*

Применение элеватора при переломах скуловой кости и дуги. *Касеинов И.М., Бекбулатов Г.О. (115)*

Методы диагностики и лечения больных с острыми перфорациями и инородными телами верхнечелюстных пазух. *Касеинов И.М., Бекбулатов Г.О. (116)*

Современные методы лечения грибковых заболеваний ЛОР-органов. *Асильбекова Ж. А. (118)*

ЛОР

Беспункционное лечение острого гнойного гайморита. *Байдельдинов Б.Г. (119)*

Опыт лечения стенозирующих ларинготрахеобронхитов у детей (ОСЛТБ). *Штейгервальд Ф.Ф. (120)*

Офтальмология

Использование Ксалакома для лечения больных с глаукомой. *Майданова Р.А. (122)*

Комплексная диагностика и лечение компьютерного зрительного синдрома. *Майданова Р.А. (122)*

Клинический случай огнестрельного ранения правого глаза травматическим пистолетом «Оса». *Дьяченко Н.А. (123)*

Публикации практических врачей

Применение комбинированной физиотерапии у больных с плечелопаточным периартериитом. *Нысанбаева Г.А. (125)*

Клинико-диагностические аспекты функциональных методов лечебно-реабилитационных мероприятий у лиц, подвергшихся ионизирующему излучению. *Шакиров М.М., Куспангалиева Ш.У., Ахатова М.А. (126)*

Причины врачебных ошибок при диагностике туберкулезных спондилитов. *Джайшева К.Т., Узбекова А.А., Нсанова Б.К., Каймаков К., Умралиева А.М., Баймолдина Л.М., Калдыбаева К.К. (127)*

Диагностика туберкулезных спондилитов у больных с заболеваниями позвоночника. *Джайшева К.Т., Нсанова Б.К., Сулейменова У., Сахипова К.К., Умралиева А.М., Дмитриенко В.В., Юсупова Ж.К. (129)*

Применение Кортексина в лечении дисциркуляторной энцефалопатии. *Омирзак И. Ж., Сатыбекова Ж. А. (130)*

Применение Кортексина при лечении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей и подростков. *Шиц Е.К. (131)*

Применение Кортексина при лечении последствий травм головного мозга. *Шиц Е.К. (132)*

Множественная миелома. Эффективность применения препарата Велкейд. *Козиева Р.К. (133)*

Применение препарата Сорбифер Дурулес при лечении железодефицитных анемий. *Кабасова К.К. (135)*

Юбилей

Нурмаков Аман Жамелович. 70-летию со дня рождения (136)

Колоэзофагофарингопластика при рубцовых стенозах пищевода и глотки

Арзыкулов Ж.А., Жураев Ш.Ш., Шайхиев Е.У.

АО «Национальный научный центр хирургии им А.Н. Сызганова»

УДК 616.329 + 616.321] – 001.17 – 003.92 – 089.844

Введение

Хирургия заболеваний пищевода включает многие хирургические специальности – эндовидеоскопическую, торакальную, абдоминальную хирургию. Несмотря на успехи, достигнутые в каждой из этих специальностей, все еще не решены проблемы тактического подхода к лечению больных с сочетанными рубцовыми стриктурами пищевода; кровоснабжения трансплантата при пластике пищевода; состоятельности пищеводно-желудочного и кишечного анастомозов при эзофагопластике, своевременной диагностики и коррекции различных осложнений при лечении данной категории пациентов. Известно, что исход лечения во многом зависит от правильно выставленного диагноза и тактики выбранного лечения. Неутешительные показатели дооперационной и послеоперационной смертности, частые тяжелые осложнения, а также зачастую плохие полученные отдаленные результаты лечения заболеваний пищевода требуют дальнейшего изучения и решения целого ряда нерешенных задач и проблем [1, 2, 3].

В литературе мало освещены проблемы лечения больных с сочетанными послеожоговыми рубцовыми сужениями глотки и пищевода. Андрианов В.А., Зенгер В.Г., Титов В.В. (2008) представили солидный материал о результатах эзофагофарингопластики толстой кишкой при сочетанных рубцовых стриктурах пищевода и глотки, основанный на наблюдениях 61 операции, выполненных в условиях РНЦХ им. Б.В. Петровского с 1963 года [4].

Целью

исследования явилось улучшение результатов лечения сочетанных послеожоговых рубцовых сужений пищевода и глотки.

Материалы и методы

С 1980 по 2009 годы в торако-абдоминальном отделении Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова шунтирующая эзофагоколопластика по поводу послеожоговых рубцовых сужений пищевода и глотки произведена 25 больным. Из них мужчин было 14 (56%), женщин – 11 (44%) в возрасте от 16 до 47 лет.

Причиной возникновения химических ожогов пищевода и глотки у больных явилось употребление внутрь едких химических веществ. При этом у 15 (60%) больных ожог верхних отделов желудочно-кишечного тракта возник в виду случайного употребления, у 4 (16%) больных – преднамеренно с суицидальной целью, у остальных 6 (24%) – в состоянии алкогольного опьянения.

У 13 (52%) пациентов были отравления кислотами. Отравления щелочью отмечено у 7 (28%) больных, ожог неизвестным химическим агентом в 5 (20%) случаях.

Подавляющее большинство поступивших к нам пациентов имели дефицит массы тела. Дефицит массы тела был особенно выраженным у больных с тотальной рубцовой стриктурой пищевода и составлял от 3 до 25 килограммов. Наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на общую слабость, похудание, дисфагию, снижение трудоспособности, чувство тяжести в эпигастрии, а также на наличие изжоги, тошноты. В группе наблюдаемых пациентов во многих случаях больные злоупотребляли алкоголем не только на догоспитальном этапе, но, к

Өңеш және жұтқыншақтың тыртықты тарылуындағы колоэзофагофарингопластика

1980 жылдан 2009 жылға дейін Сызганов А.Н. атындағы Ұлттық ғылыми хирургиялық орталығының торако-абдоминальды бөлімінде өңеш және жұтқыншақтың күйіктен кейінгі тыртықты тарылуына шунтталған эзофагоколопластика 25 науқасқа жасалынды. Оның ішінде 16 – дан 47 жас аралығындағы 14 (56%) ер адам, 11 (44%) әйел адам болды.

13 (52%) пациентте қышқылмен улану болды. Сілтімен улану 7 (28%) науқаста, белгісіз химиялық агентпен күйік 5 (20%) жағдайда байқалды.

Мойындағы анастомоз тігісінің кемістігі 3 (12%) жағдайда байқалды. Мойындағы анастомоздың тарылуы 7 (28%) пациентте анықталды. Пациенттердің категорияларын зерттеу нәтижелерінде өліммен аяқталу болмады.

Coloesophagopharyngoplasty At Cicatricial Stenoses Of A Gullet And Pharynx

With 1980 for 2009 shunting esophagocoloplasty concerning post-burn cicatricial narrowings of a gullet and pharynx is made 25 patients. From them men was 14 (56 %), women - 11 (44 %) in the age of from 16 till 47 years.

At 13 (52 %) patients were poisonings with acids. Poisonings with alkali it is marked at 7 (28 %) patients, a burn the unknown chemical agent in 5 (20 %) cases.

The inconsistency of anastomosis on a neck is revealed in 3 (12 %) cases. Cicatricial narrowings of anastomosis on a neck it was observed at 7 (28 %) patients. Lethal outcomes in the investigated category of patients was not.

сожалению, и в условиях стационара. Эту категорию пополняли лица, находящиеся в депрессивном состоянии, в основном молодые девушки после неудачных попыток суицида.

Всем больным, поступившим в хирургическую клинику с сочетанными послеожоговыми рубцовыми стриктурами, применялись общеклинические и специальные методы обследования.

Диагностика рубцовых изменений пищевода и глотки не вызывала затруднений, при условии комплексного диагностического подхода, который способствовал выявлению истинной картины поражения органов.

Во всех случаях выполнение одномоментной реконструктивно-восстановительной операции представлялось не возможным. В виду выраженных метаболических расстройств первым этапом производилась гастростомия, с целью наладить энтеральное питание. Следует отметить, что двум пациентам, кроме гастростомии на первом этапе была выполнена гастроэнтеростомия. Реконструктивно-восстановительные вмешательства у всех пациентов выполнены на втором этапе, спустя 4 – 5 месяцев после первого этапа лечения.

Результаты и обсуждение

После предоперационной подготовки всем 25 пациентам выполнена шунтирующая толстокишечная пластика пищевода. Предоперационной подготовке уделялось первостепенное значение, поскольку широкий спектр патофизиологических изменений, манифестирующих, во время оперативных вмешательств по поводу послеожоговых рубцовых сужений пищевода,

ставит больных в условия высокого риска развития послеоперационных осложнений.

Во всех случаях пациентам приходилось проводить профилактическую антибактериальную терапию. Данный подход обоснован ослабленным состоянием иммунной системы у больных хроническим алкоголизмом (к тому же практически все злостные курильщики), а также у больных, находящихся в состоянии хронического депрессивного синдрома. Вероятность возникновения у них инфекционных осложнений в послеоперационном периоде возрастает в несколько раз. Эта вероятность увеличивается в десятки раз, если пациент находится на стационарном лечении в условиях повсеместного сезонного обострения острых респираторных вирусных инфекций (осень, весна).

Перед реконструктивно-восстановительным вмешательством, как правило, проводили бужирование глотки по струне-проводнику полыми рентгенконтрастными бужами до бужа №40 по шкале Шарьера. Данная процедура преследовала своей целью максимальное расширение рубцовых сужений глотки, для того, чтобы в последующем во время основного вмешательства в оптимальных условиях создать глоточно-кишечное соустье на шее.

Формирование колотрансплантата (искусственного пищевода) осуществлялось по известной методике из левой половины ободочной кишки на питающей средней или левой ободочной артериях. Левая половина толстой кишки использована в 17 (68%) случаях, левая половина с дополнительным подключением сегмента сигмовидной кишки в остальных 8 (32%) наблюдениях. Сформированный колотрансплантат размещали в переднем средостении, за грудиной.

Кровоснабжение искусственного пищевода в 13 (52%) случаях осуществлялось за счет средней ободочной артерии, в 7 (28%) наблюдениях кровоснабжение осуществлялось за счет средней и левой ободочных артерий, в 5 (20%) – за счет левой ободочной и первой сигмовидной артерии.

Некроза колотрансплантата в представленной группе больных не было. В наших наблюдениях несостоятельности

коло-колярных, коло-гастральных анастомозов также не наблюдалось. Несостоятельность анастомоза на шее выявлена в 3 (12%) случаях. Стенозирование анастомоза на шее наблюдалась у 7 (28%) пациентов. Пройодимость анастомоза восстанавливалась путем бужирования. Одному пациенту не удалось восстановить проходимость фарингоколоанастомоза в виду полной облитерации соустья. Данному пациенту произведена реконструкция анастомоза. Летальных исходов в исследованной категории пациентов не было.

Заключение

Таким образом, адекватная дооперационная верификация характера поражения пищевода, соблюдение основных принципов подготовки к вмешательству и постановка объективных показателей к тому или иному виду реконструктивно-восстановительного лечения позволяют более чем 90% больных вернуть к нормальной жизни. Особенностью фаринго-колоанастомоза является его частое рубцовое стенозирование. Поэтому ликвидация гастростомы на этапе реконструктивно-восстановительного лечения представляется нецелесообразным.

При сочетанных послеожоговых рубцовых сужениях пищевода и глотки показана шунтирующая колоэзофагопластика.

Литература

1. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – 350 с.
2. Волков С.В., Ермолов А.С., Лужников Е.А. Химические ожоги пищевода и желудка (Эндоскопическая диагностика и лазеротерапия). – М.: ИД «Медпрактика-М», 2005. – 120с.
3. Методы реконструкции пищевода / Роман Л.Д., Карачун А.М., Шостка К.Г., Костюк И.П. // Практическая онкология, 2003, Т.4, №2, С.99-108.
4. Андрианов В.А., Зенгер В.Г., Титов В.В. Результаты эзофагофарингопластики толстой кишкой при сочетанных рубцовых стриктурах пищевода и глотки // Анналы хирургии, №4, 2008, С. 18-25.

Реабилитация пациентов, перенесших реконструктивно-восстановительные вмешательства на пищеводе

Арзыкулов Ж.А., Жураев Ш.Ш., Шайхиев Е.У.

АО «Национальный научный центр хирургии им А.Н. Сызганова»

УДК 616.329 – 001.17 – 089.844

Введение

Несмотря на большое количество работ, освещающих различные стороны лечения рубцовых сужений пищевода, остается еще много вопросов, далеких от оптимального решения как в разделе консервативного лечения, преследующего цель сохранить функцию естественного пищевода, так и в не менее сложном разделе создания искусственного пищевода. Выбор метода эзофагопластики зависит от многих условий: степени, локализации и протяженности стриктуры; наличия осложнений (пищеводные свищи); сопутствующих послеожоговых поражений глотки и желудка; предыдущих операций (гастростомия, гастроэнтеростомия, резекция желудка); возраста и общего состояния больного. В настоящее время более 80% операций при рубцовой стриктуре пищевода составляют субтотальная и тотальная эзофагопластика. Вмешательства по формированию искусственного пищевода не только избавляют пациентов от гастростомы и восстанавливают питание через рот, но в подавляющем большинстве наблюдений обеспечивают отличный функциональный результат и полностью возвращают больного к нормальной жизни. Колоэзофагопластика – один из наиболее сложных методов реконструкции пищевода, требующий от хирурга большого опыта, а от анестезиологов и реаниматологов исключительного мастерства при проведении анестезии и ведении пациента в послеоперационном периоде. Следует отметить, что на отличный функциональный результат после эзофагопластики влияют много факторов и в связи с этим реабилитацию пациентов необходимо проводить сразу после создания искусственного пищевода (1, 2, 3, 4).

Целью

исследования явилось улучшение результатов колоэзофагопластики у больных с послеожоговыми рубцовыми сужениями пищевода.

Материалы и методы

С 1980 года по настоящее время в торако-абдоминальном отделении Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова шунтирующая колопластика по поводу послеожоговых рубцовых сужений пищевода произведена 109 больным. Из них мужчин было 52 (47,7%), женщин – 57 (52,3%) в возрасте от 16 до 71 года, средний возраст составил 45 лет. Причиной возникновения химических ожогов пищевода, глотки и желудка у больных явилось употребление внутрь едких химических веществ. При этом у 69 (63,3%) больных ожог верхних отделов желудочно-кишечного тракта возник в виду случайного употребления, у 27 (24,8%) больных – преднамеренно с суицидальной целью, у остальных 13 (11,9%) – в состоянии алкогольного опьянения.

У 67 (61,5%) пациентов были отравления кислотами. Отравления щелочью отмечено у 33 (30,3%) больных, ожог неизвестным химическим агентом в 9 (8,2%) случаях. Ожог желудка являлся чаще всего поздним осложнением, проявляющимся грубыми анатомическими изменениями конфигурации органа (рубцовая деформация и сморщивание), которые приводили к выраженным функциональным расстройствам.

У 72 (66,1%) пациентов установлено сочетанное поражение пищевода и желудка. В 25 (22,9%) случаях наблюдалось сочетанное послеожоговое рубцовое сужение глотки и пищевода

Өңеште реконструктивті-қалпына келтірулік араласуларды басынан өткерген науқастардың реабилитациясы

1980 жылдан бастап қазіргі уақытқа дейін күйіктен кейінгі өңештің тарылуына байланысты 109 науқасқа шунтталған эзофагоколопластика жасалынды. 109 пациенттің ішінде 16 – дан 71 жас аралығындағылардың 52 (47,7%) ер адам, 57 (52,3%) әйел адам болды, орташа жас 45 жасты құрады.

Операциядан кейін 4 (3,6%) адам қайтыс болды.

Rehabilitation Of The Patients Who Underwent Reconstructive - Regenerative Interventions On A Gullet

Since 1980 on present time shunting coloplasty concerning post-burn cicatricial narrowings of a gullet it is made 109 patients. From them men was 52 (47,7 %), women - 57 (52,3 %) in the age of from 16 up to 71 years, middle age has made 45 years.

Four patients has died after esophagocoloplasty lethality thus has made 3,6 %.

и у 12 (11,0%) больных выявлены изолированные рубцовые стенозы пищевода.

Подавляющее большинство поступивших к нам пациентов имели дефицит массы тела. Дефицит массы тела был особенно выраженным у больных с тотальной рубцовой стриктурой пищевода или с декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка и составлял от 3 до 25 килограммов.

Во всех случаях выполнение одномоментной реконструктивно-восстановительной операции представлялось не возможным. В виду выраженных метаболических расстройств первым этапом производилась гастростомия, с целью наладить энтеральное питание. Следует отметить, что многим пациентам (в основном в группе сочетанных поражений пищевода и желудка, n=78), кроме гастростомии на первом этапе были произведены различные хирургические вмешательства. Так, у 15 (13,8%) больных выполнена резекция желудка, в 3 (2,8%) случаях пациенты перенесли торакотомию, вследствие перфорации рубцово-суженного пищевода, в оставшихся 60 (55,1%) наблюдениях выполнена гастроэнтеростомия. Реконструктивно-восстановительные вмешательства у всех пациентов выполнены на втором этапе, спустя 4 – 5 месяцев после первого этапа лечения.

Результаты и обсуждение

После предоперационной подготовки всем 109 пациентам выполнена шунтирующая толстокишечная пластика.

В наших наблюдениях несостоятельности коло-колярных, коло-гастральных анастомозов не наблюдалось.

У 29 (26,6%) больных в раннем послеоперационном периоде выявили 35 различных осложнений, причем у 6 из них было сочетание двух осложнений (таблица 1).

Развитие несостоятельности анастомоза на шее отмечено у 11 (10,1%) пациентов; у 8 из них после колоэзофагопластики, у остальных 3 после колофарингопластики. Несостоятельность анастомоза на шее в подавляющем большинстве случаев не является угрозой для жизни больного. Открытое ведение послеоперационной раны на шее предупреждает дальнейшее возникновение серьезных инфекционных осложнений. Рана в таких случаях заживает вторичным натяжением. Только в одном случае у больного развился передне-верхний медиастинит, вследствие затека гноя из области недостаточности задней

Таблица 1 – Характер осложнений в раннем послеоперационном периоде после колоэзофагопластики (n=109).

Осложнения	Число пациентов (%)
Специфические	
Несостоятельность швов анастомоза на шее	11 (10,1%)
Анастомозит пищеводно-(глоточно)толстокишечного анастомоза	5 (4,6%)
Нарушение глотания	3 (2,7%)
Парез возвратных нервов	3 (2,7%)
Некроз колотрансплантата	2 (1,8%)
Неспецифические	
Нагноение раны на шее	2 (1,8%)
Нагноение в области гастростомы	1 (0,9%)
Нагноение лапаротомной раны	2 (1,8%)
Пневмония	3 (2,7%)
Медиастинит	1 (0,9%)
Тромбоэмболия легочной артерии	2 (1,8%)
Всего	35
Примечание – проценты указаны от общего количества произведенных вмешательств.	

стенки толстокишечно-пищеводного соустья в переднее средостение. Благодаря адекватному дренированию и санированию гнойного очага, а также назначению высокоэффективного современного антибиотика с широким бактерицидным действием на аэробные и анаэробные бактерии удалось справиться с таким тяжелым осложнением. Вообще в ситуациях, когда возникают специфические и неспецифические осложнения инфекционного характера после толстокишечной пластики наиболее целесообразным бывает назначение таких антибиотиков, которые исключали бы возможность присоединения других внутрибольничных инфекций.

В случаях развития анастомозита пищеводно-(глоточно)толстокишечного анастомоза проводили местную противовоспалительную терапию, физиолечение.

Одним из важных осложнений после колофарингопластики является нарушение акта глотания (5), которое возникло у 3 (2,7%) больных. Нарушению глотания способствовало рубцевание глоточно-толстокишечного анастомоза. В таких случаях выполняли несколько курсов бужирования глотки и анастомоза. Затем эти пациенты постепенно приспособились к новым условиям приема пищи.

В момент мобилизации шейного отдела пищевода из рубцовых перизофагеальных сращений, либо при грубой технике оперирования происходит повреждение возвратных нервов. В наших наблюдениях парез возвратных нервов выявлен в 3 (2,7%) случаях. У двоих больных в период от 1 до 3 месяцев дисфония носила временный характер. У одного пациента, несмотря на проведение консервативных мероприятий, дисфонию ликвидировать не удалось.

Некроз колотрансплантата, приведший к летальному исходу развился в 2 (1,8%) наблюдениях на этапе освоения методики реконструктивно-восстановительных вмешательств. В настоящий момент это грозное осложнение благодаря отработанной методике формирования колотрансплантата не встречается.

Что касается неспецифических осложнений, то наиболее часто они носили гнойно-воспалительный характер и не оказывали существенного влияния на результаты операции. Следует указать, что на сегодняшний день гнойно-воспалительные неспецифические осложнения также редко встречаются в повседневной практике, при условии строго контролируемой профилактики возможных осложнений в до и послеоперационном периодах. 2 (1,8%) больных погибло от тромбоэмболии легочной артерии. Это фатальное осложнение, к сожалению, возникло на этапе выписки пациентов из стационара. Таким образом, четверо пациентов умерло после эзофагоколопластики, летальность при этом составила 3,6%.

В группе больных (n=105), перенесших эзофагопластику, поздние осложнения развились у 23 (21,9%) пациентов (та-

блица 2).

Таблица 2 – Характер поздних осложнений эзофагопластики (n=105).

Поздние осложнения эзофагопластики			
Характер осложнения	Колоэзофагопластика	Колофарингопластика	Всего
стеноз глоточно-кишечного анастомоза	–	7	7
стеноз пищеводно-кишечного анастомоза	13	–	13
пищеводно-кожный свищ на шее	1	–	1
синдром провисания трансплантата	1	1	2
Всего	15	8	23

Стенозирование анастомоза на шее наблюдалась у 20 (18,3%) пациентов. Одному пациенту не удалось восстановить проходимость фарингоколоанастомоза консервативными мерами в виду полной облитерации соустья, возникшему через 20 лет после колофарингопластики. Данному пациенту произведена реконструкция анастомоза. В остальных 19 наблюдениях проходимость анастомоза восстановлена полностью путем бужирования области сужения. Больные начали принимать пищу естественным путем. Курсы бужирования стеноза проводили по 5-6 раз в интервале 1-3-6 месяцев в первый год после операции в зависимости от степени сужения анастомоза. В последующие годы было достаточно проведения 1-2 курсов в 12 месяцев. После первых 2-х лет наблюдения только в редких случаях требовалось дальнейшее повторное бужирование.

Пищеводно-кожный свищ на шее развился в одном случае через 7 лет после колоэзофагопластики. Данному пациенту произведена ликвидация свища и реконструкция анастомоза в виду его грубой рубцовой деформации. Синдром провисания трансплантата возник у 2 пациентов через 6 месяцев после эзофагопластики. При этом больные испытывали тягостные ощущения после приема пищи в эпигастрии, а также у них наблюдалась регургитация и рвота. Данный синдром ликвидирован в обоих случаях хирургическим путем с помощью выпрямления провисающей петли и создания дополнительного коло-гастрального соустья, выше имеющегося «старого» коло-гастрального анастомоза. Отдаленные результаты были изучены у 102 (93,6%) больных в сроки от 5 месяцев до 15 лет. Положительный отдаленный результат достигнут у 85% больных. Таким образом, полученные результаты могут быть оценены как хорошие, учитывая сложность вмешательства и, безусловно, тяжелый контингент больных.

Заключение

В связи с характером реконструктивно-восстановительного лечения у больных с послеожоговыми стенозами пищевода реабилитацию пациентов следует проводить сразу после выполнения хирургического вмешательства. Только комплексный подход на всех этапах к решению этой серьезной и непростой задачи позволит достичь возможности восстановления полноценного приема пищи естественным путем и вернуть пациента к активной социальной и трудовой деятельности.

Литература

1. Верещако Р.И. Поздние осложнения субтотальной и тотальной эзофагопластики и методы их устранения // Укр.Мед.Часопис, №4 (66) – VII-VIII, 2008, С. 121-125.
2. Искусственный пищевод у детей / Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Разумовский А.Ю. и др. // Хирургия. – 2003, №7. – С. 6-16.
3. Качество жизни пациентов после колоэзофагопластики, выполненной в детском возрасте / Батаев С.-Х.М., Разумовский А.Ю., Степанов Э.А. и др. // Хирургия. – 2002, №4. – С. 3-6.
4. Восстановительные операции по поводу рубцовой послеожоговой стриктуры пищевода / Саенко В.Ф., Андреешев С.А., Кондратенко П.Н. и др. // Клин.хирургия. – 2002, №4. – С. 5-6.
5. Андрианов В.А., Зенгер В.Г., Титов В.В. Результаты эзофагофарингопластики толстой кишкой при сочетанных рубцовых стриктурах пищевода и глотки // Анналы хирургии. – 2008, №4. – С. 18-25.

Выбор оптимальной тактики хирургического лечения альвеококкоза печени

Сейсембаев М.А., Токсанбаев Д.С., Баймаханов Ж.Б.
АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова»
УДК 616.36 - 089

Актуальность

Альвеококкоз (альвеолярный эхинококкоз) – тяжелое хроническое заболевание с прогрессирующим течением, характеризующееся развитием в печени множественных кистозных образований, способных к инфильтративному росту и метастазированию в другие органы [1, 2]. Такой характер роста, в некотором роде, сближает данное заболевание со злокачественными опухолями [3, 4]. На территории СНГ до сих пор сохраняются отдельные эндемические очаги альвеококкоза, куда и относится территория Казахстана [5, 6].

Большинство хирургов считает, что радикальная резекция печени возможна, если не поражены глиссоновые и кавальные ворота печени, нет прорастания узлами альвеококка нижней полой вены и нет тотального поражения печени [7, 8]. Лишь немногие хирурги, с учетом доброкачественного характера заболевания при поражении глиссоновых ворот печени, расширяют показания к радикальным операциям, осуществляя гемигепатэктомию с резекцией печеночных протоков [9, 10]. Вместе с тем, даже у хирургов, имеющих значительный опыт хирургического лечения альвеококкоза печени, доля радикальных операций не превышает 25% от всего числа оперированных больных. По данным различных авторов, высокими остаются частота послеоперационных осложнений – от 18 до 42%, летальность при этом достигает от 15 до 38% [11, 12].

С точки зрения хирургической тактики при альвеококкозе печени, наиболее сложными являются вопросы выбора оптимального варианта хирургического вмешательства и объема резекции печени.

Цель исследования

Улучшить результаты хирургического лечения путем выбора оптимального варианта оперативного вмешательства при альвеококкозе печени.

Материал и методы

В отделении хирургии печени ННЦХ им. А.Н. Сызганова в период с 1996-2010 годы наблюдалось 102 больных с альвеококкозом печени и его различными осложнениями. Пациенты госпитализировались из разных регионов республики, из них 9 (8,8%) больных поступили к нам после ранее проведенных неэффективных (эксплоративных) операций. Мужчин – 38 (37,3%), женщин – 64 (62,7%), в возрасте от 19 до 69 лет, молодые и трудоспособные – 76,5% (Рис. 1).

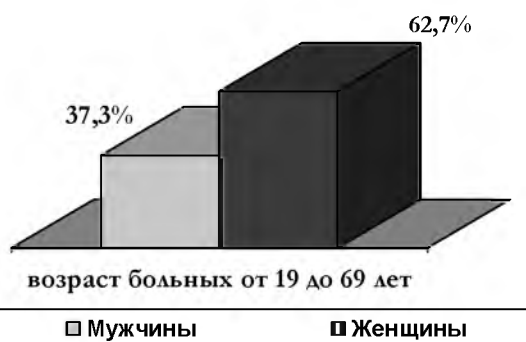


Рисунок 1 – Пол и возраст больных с альвеококкозом печени

В отделении хирургии печени в период с 1996-2010 годы наблюдалось 102 больных с альвеококкозом печени и его различными осложнениями.

Диагностическая программа включала в себя общепринятые лабораторно-инструментальные методы исследования, УЗИ органов брюшной полости с доплерографией сосудов, КТ, МРТ, ангиографию, ЧЧХС и диагностическая лапароскопия с биопсией.

Из оперированных 86 пациентов с альвеококкозом печени, различные резекционные вмешательства удалось выполнить у 50 пациентов, операбельность составила 58,1%. Радикальные резекции печени выполнены 37 пациентам, и резектабельность составила 74,0% из числа оперированных по поводу альвеококкоза печени. Специфические осложнения после условно-радикальных и паллиативных операций развились у 11 (29,7%) пациентов, летальность составила 13,5%.

Бауыр альвеококкозының хирургиялық емнің тиімді тәсілін таңдау

М.А. Сейсембаев, Д.С. Токсанбаев, Ж.Б. Баймаханов
АҚ А.Н. Сызганов атындағы Ұлттық хирургия ғылыми орталығы, Алматы

Бауыр хирургиясы бөліменді 1996-2010 жылдар аралығында бауырдың альвеококкозы және оның асқинуларымен 102 науқас қаралып-тексеріліп хирургиялық ем алды.

Диагностикалық бағдарламасы келесі зерттеу тәсілдерімен жүргізілді: құрсақ қуысы ағзаларының доплерографиялық УДЗ, КТ, МРТ, ангиография, ТБХГ, биопсия алуымен шектелетін лапароскопия.

Бауыр альвеококкозына операция жасалған 86 науқастың, тек 50-не бауырдың түрлі резекциясын жасауға мүмкіндік болды, яғни ол 58,1% құрады. Бауыр альвеококкозына операция жасалынған науқастардың ішінде 37-не радикалді резекция жасалынды, ол 74% құрайды.

Шартты-радикалді және паллиативті операциядан кейінгі асқинулар 11 (29,7%) науқаста кездесті, оның ішінде 5 (13,5%) науқас қайтыс болды.

Choice of the optimal surgical treatment of alveococcosis liver

M.A. Seisembaev, D.S. Toksanbayev, Zh.B. Baimakhanov
National Scientific Centre of Surgery named after A.N. Syzganov, Almaty

In the department of liver surgery during the period from 1996 to 2010 we treated 102 patients with liver alveococcosis and its various complications.

The diagnostic plan included routine laboratory and instrumental methods of investigation, ultrasound of abdomen with dopplerography of vessels, CT, MRI, angiography, percutaneous transhepatic cholangiostomy and diagnostic laparoscopy with biopsy

Among 86 patients with alveococcosis liver who have been operated, in 50 patients different resections were performed. Operability was amounted of 58.1%. Radical liver resection completed in 37 patients; and 74.0% of patients operated on alveococcosis liver were resectable.

Specific complications after conditional radical and palliative surgery occurred in 11 (29.7%) patients, mortality was 13.5%.

В ходе диагностического обследования, применяли общепринятые лабораторно-инструментальные методы исследования, УЗИ органов брюшной полости с доплерографией сосудов, КТ, МРТ, ангиографию, ЧЧХС, в некоторых случаях выполнялась диагностическая лапароскопия с биопсией и интраоперационное ультразвуковое исследование (Рис. 2).

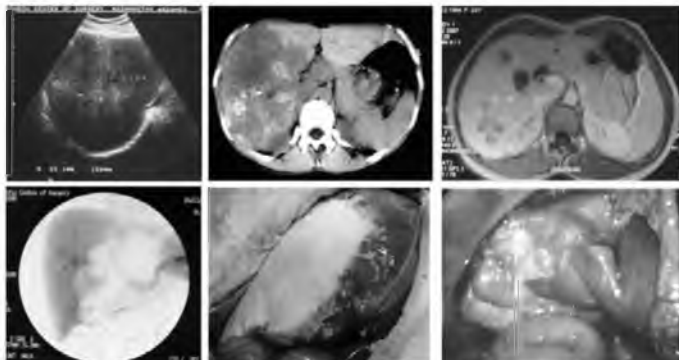


Рисунок 2 – Инструментальная диагностика альвеококкоза печени.

По различным причинам (явной иноперабельностью и тяжёлым общим состоянием), без оперативного вмешательства были выписаны 16 (15,7%) больных. Остальным 86 (84,3%) пациентам выполнены различного объема оперативные вмешательства. Во всех случаях проведено исследование с морфологической верификацией диагноза (Рис. 3).

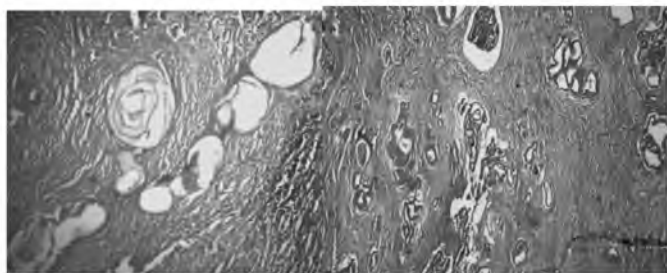


Рисунок 3 – Альвеококкоз, окраска Гематоксилин и эозин, Увел. x 200.

Из оперированных 86 пациентов с альвеококкозом печени, различные резекционные вмешательства удалось выполнить у 50 пациентов, что составило 58,1% (Рис. 4).



Рисунок 4 – Характер оперативных вмешательств

При выраженной механической желтухе, 12 (13,9%) пациентам, с целью декомпрессии желчных протоков, первым этапом выполнена чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (Рис. 5). После стабилизации общего состояния и нормализации показателей печеночных проб выполняли основную операцию.

Результаты и их обсуждение

Радикальные резекции печени выполнены 37 пациентам. Со-

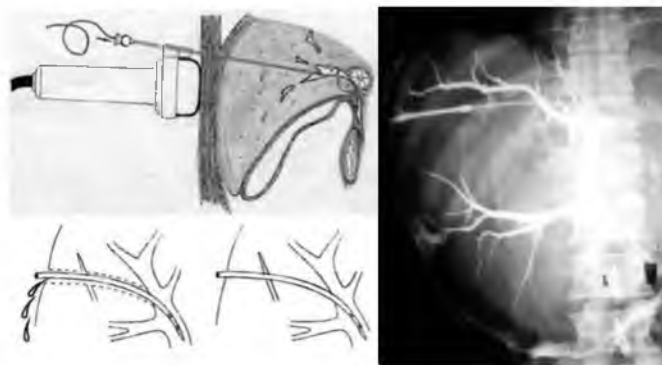


Рисунок 5 – Декомпрессия желчных протоков при альвеококкозе печени осложненный механической желтухе

ответственно, резектабельность составила 74,0% из числа оперированных по поводу альвеококкоза печени. Характер радикальных анатомических резекций печени был следующим: 5 пациентам – кавальная лобэктомия и сегментарная резекция печени, 16 пациентам – правосторонняя и левосторонняя гемигепатэктомия. Также, выполнены расширенные резекции печени; 12 пациентам – расширенная правосторонняя гемигепатэктомия и 4 пациентам – расширенная левосторонняя гемигепатэктомия, из них, у 7 (18,9%) пациентов с резекцией диафрагмы и магистральных сосудов (нижней полый и воротной вены).

Из госпитализированных 9 пациентов, поступивших из других лечебных учреждений после проведенной первичной нерадикальной операции, удалось выполнить радикальные обширные резекции печени у 4 (44,4%).

При выполнении радикальных оперативных вмешательств на печени, были использованы высокотехнологичные аппараты (ультразвуковой скальпель «Sonosurg», аргонно-плазменный коагулятор «ERBE ICC/APC 300»), позволяющие рассекать паренхиму печени с малой степенью травматизации тканей и минимальной кровопотерей (Рис. 6).

Оперативные вмешательства условно-радикального и паллиативного характера выполнены 49 (56,9%) пациентам, когда отсутствовали условия для производства радикальных резекций печени. Из них, 13 пациентам выполнены резекции с максимальным удалением паразитарной ткани и оставлением небольших ее участков в кавальных и портальных воротах печени или на стенке нижней полый вены. При этом, паразитарные элементы обрабатывались с применением криодеструкции, которая значительно повышала эффективность условно-радикальных операций. Характер оперативных вмешательств, выполненных у больных с альвеококкозом печени, представлены на таблице 1.

Таблица 1 – Радикальные, условно-радикальные и паллиативные операции при альвеококкозе печени

Виды оперативных вмешательств	Кол-во	
	Абс.	%
Кавальная лобэктомия и сегментарная резекция печени	5	5,8
Правосторонняя и левосторонняя гемигепатэктомия	16	18,6
Расширенная правосторонняя гемигепатэктомия	12	13,9
Расширенная левосторонняя гемигепатэктомия	4	4,7
Условно-радикальные (резекции с максимальным удалением паразитарной ткани и оставлением небольших ее участков)	13	15,1
Желчеотводящие (дренирующие) операции	27	31,4
Пробная (эксплоративная) лапаротомия	9	10,5
Всего:	86	100

Желчеотводящие (дренирующие) операции выполнены 27 пациентам с нерезектабельным альвеококкозом печени, осложненным механической желтухой. При субтотальном и тотальном

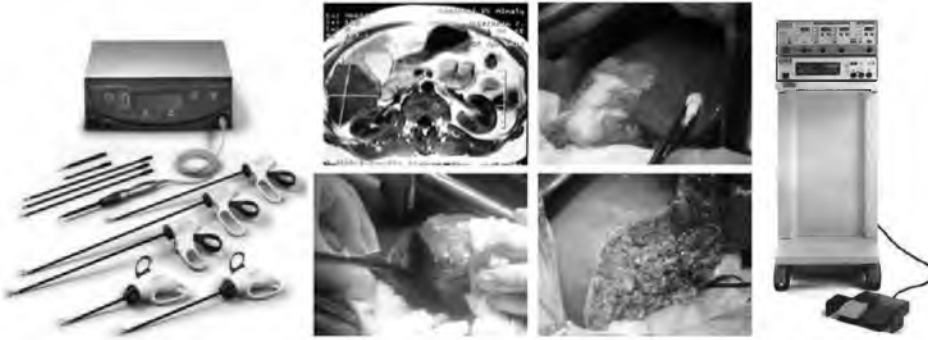


Рисунок 6 – Ультразвуковой скальпель «Sonosurg» и аргоно-плазменный коагулятор «ERBE ICC/APC 300»

поражении печени с наличием полости распада, производили операцию марсупиализации, а, при отсутствии полости распада, прибегали к криодеструкции либо к алкоголизации паразитарного очага, путем введения 96% спирта. В 9 случаях операция завершилась пробной (эксплоративной) лапаротомией, вследствие распространенности патологического процесса.

Результаты условно-радикальных резекций и паллиативных оперативных вмешательств при альвеококкозе печени значительно уступали результатам радикальных резекций. Специфические осложнения после условно-радикальных и паллиативных операций развились у 11 (29,7%) пациентов: печеночная недостаточность, абсцессы окологепаточного пространства и остаточной полости, гемобилия, желчеистечение.

Летальность составила 13,5%, умерли 5 больных: острая печеночно-почечная недостаточность – 3, аррозивное кровотечение из резецированной культи печени, ДВС-синдром – 2.

Заключение

Таким образом, с клиническим внедрением высокоинформативных методов лучевой и инструментальной диагностики, а также, внедрением новых технологий в хирургии печени, совершенствованием техники радикальных операций, значительно расширились показания к радикальным операциям, заметно возросла операбельность и особенно резектабельность больных с альвеококкозом печени.

Оптимальным вариантом хирургического вмешательства при альвеококкозе печени является резекция печени, выполненная в пределах здоровых тканей. Объем резекции печени следует выбирать с учетом локализации, количества и распространенности альвеококковых узлов, а также, местных условий и наличия осложнений (отсутствие обширного прорастания в нижнюю полую вену, кавальные и портальные ворота печени). При окончательной оценке резектабельности, следует также

учитывать тяжесть состояния и возраст пациента.

В случаях, когда радикальная резекция невозможна, необходимо проводить условно-радикальные операции, дополняя резекционные вмешательства криодеструкцией или алкоголизацией пораженных тканей печени.

Внедрение трансплантации печени в хирургическую практику клиник Казахстана позволит существенно улучшить результаты лечения на сегодня не операбельных вариантов альвеококкового поражения печени.

Список литературы

1. Журавлев В.А. Одномоментные и этапные радикальные операции у больных альвеококкозом печени, осложненным механической желтухой // Вестник хирургии. – 1980, №6. – С. 42-45.
2. Альперович Б.И., Кошель А.П. Осложнения после резекции печени // Хирургия. – 1995. – № 6. – С. 41-43.
3. Вишневецкий В.А., Чжао А.В., Назаренко Н.А., Икрамов Р.З. и др. Современные принципы техник оперативных вмешательств на печени. *Анналы хирургической гепатологии*, 1996. Т. 1. С. 15-24.
4. Альперович Б.И. "Радикальные и условно-радикальные операции при альвеококкозе печени" *Анналы хирургической гепатологии*, Том 1, №1 1996– С. 31-36.
5. Абдрахманов Е.А. Хирургия эхинококкоза и альвеококкоза. Алматы. – 1981. 136 с.
6. Шайкенов Б.Ш. Сезонная динамика круговорота *Echinococcus multilocularis* в природе // Эхинококкоз в Центральной Азии: проблемы и решение. – Цюрих-Алматы, 2004. – С. 283-288.
7. Веронский Г.И. "Хирургическое лечение альвеококкоза печени" *Анналы хирургической гепатологии*, Том 2, №1 1997– С. 43-48.
8. Журавлев В.А. Радикальные операции у «неоперабельных» больных с очаговыми поражениями печени. – Киров. ГИПП «Вятка». 2000. 224 с.
9. Журавлев В.А., Сухоруков В.П., Бахтин В.А., Русинов В.М., Янченко В.А. "Радикальные операции у больных альвеококкозом печени, осложненным механической желтухой" *Анналы хирургической гепатологии*, Том 6, №2 2001. С. 21-25.
10. Черемисинов О.В. Журавлев В.А. Возможности магнитно-резонансной терапии в диагностике альвеококкоза печени: матер. науч. конф. «Новые технологии в диагностике, интервенционной радиологии и хирургии печени и поджелудочной железы». – Санкт-Петербург, 2005. – С. 57-58.
11. Джоробеков А.Д., Баймаханов Б.Б., Разакулов Р.О., Кутманбеков Э.А. Совершенствование хирургической тактики и техники оперативных вмешательств, при альвеококкозе печени // Хирургия Кыргызстана – 2007. – № 2. – С.111-114.
12. Альперович Б.И., Мерзликлин Н.В., Сало В.Н., Скурлатов М.С. *Анналы хирургической гепатологии*, Том 16, №3 2011. С. 110-115.

Functional morphology of the myocardium in acute experimental pancreatitis

Aliyev F.Kh.

Department of Pathological Anatomy of Azerbaijan Medical University of Baku city

Despite considerable successes in diagnostics and treatment of acute pancreatitis (AP), this problem is very actual in abdominal surgeries. Among all surgical diseases of abdominal cavity organs (AP) takes the third place [7], at the same time lethality reaches (35-68 %) [4,10]. According to opinion of a number of researchers, such picture is related to both as with overdue diagnostics as with the inadequate program of treatment caused firstly by all insufficient knowledge of all links pathogenesis OP [3,8].

Now there is a direct relationship of development of concomitant insufficiency syndrome with the subsequent endotoxiosis in pathogenesis acute pancreatitis where great significance is taken away to disorder of functioning of cardiovascular systems [3,5,9].

The researches carried out show, that during acute pancreatitis growth of pancreatic enzymes in blood leads to activation of kinin and polypeptide-like substances in fabrics and blood which are the reason of change of microhaemodynamics. Thus, questions connected with depth and character of structural disorganisation of a cardiac muscle in dynamics of acute pancreatitis taking into account weight of defeat of a pancreas and age of patients are remaining insufficiently studied.

Studying of morphofunctional condition of myocardium of white rats in different terms of acute experimental pancreatitis (AEP) became the purpose of the present research.

Materials and methods

Object of research were 45 white nonlinear male-rats - (by 195-220 gr. weight). Acute experimental pancreatitis was modelled after application tyopental narcosis. By way of laparomyotomy there was conducted opening abdominal cavity with the subsequent mobilisation of a duodenum and pancreas. By tapping there has been made collection of bile of 0,15 milliliters for one kg of weight (ml/kg) and entered into a pancreas. Animals were taken out from the experiment after 1, 3, 6, 24 hours by way of decapitation under tyopental narcosis.

For light-optical researches experimenter took pieces of pancreas and myocardium; fixed in 10 % of formalin and 70 % of spirit. Deparaffined slices in the thickness 5-8 microns they painted by r hematoxylin and eosin. On cryostat sections (slices) they put reactions for glycogen by Mack-Manus (with test samples), for fats (Sudan Sh.), for succinate dehydrogenase (SDH) and lactate dehydrogenase (LDH) by Nakhlas. Quantitative research (investigation) of myocardium disorders of has been made by a point contact method on preparations painted by Li by using a grid of G.G.Avtandilov. All numerical indicators were processed statistically by use of Student's criterion.

Results of research and discussions around them

As a result of researches made after one hour after entering bile into pancreas it has character of a serous inflammation in organ. Macroscopically there is marked the hypostasis and relative consolidation in gland. At histologic research swelling of acinar cells and partial noncontiguosness of some acinuses is observed.

There is taken place an increase of quantity of functioning capillaries, disclosing of intercapillary anastomoses in a myocardium. The B.Schick-reaction specifies slight increase of speed of recycling glycogen in cardiac hystiocytes (myocytes) in comparison with the test. At this time some vessels are spasmed and perivascular

Key words: acute pancreatitis, morphology myocardium

stroma is slightly edematous in the ventricle - in subendocardial section. Cytoplasm cardiac hystiocytes is homogenised, there are seen small granules, traces of cariopycnosis. In some myofibrillas banding it is clearly visible. There are found slightly deformed lymphatic lacunas (illustration 1a) with the expanded gleams and wrong contours. Starting from 3 hours of the experiment the picture of diffusive serous pancreatitis with hyperemia of pancreas and individual form elements of blood for limits of capillaries is marked. In interlobar spaces the structure of a fibrous fabric has bulked up and there is marked weak cellular infiltration. In these terms in subendocardial sections of ventricles (especially in left) spasmed arterioles with signs transient are defined [11]. In subendocardial sections of ventricles of thin section unchanged elements of a fabric (an illustration 1b) are seen.

Histochemical decrease of glycogen and increase in number of grains pharman is defined in reaction statement on SDH. Microscopic research has allowed to reveal the individual centres miofibrillitis and expressed plethora of the arterial and emptying venous departments of a vascular channel.

In six hours (AEP) against the background of spasmed of arterioles the area of contractural damages of the first and second degree in subendocardial, intramural zones of ventricles, and also in inter-ventricle to a partition (see the table) considerably is increased.

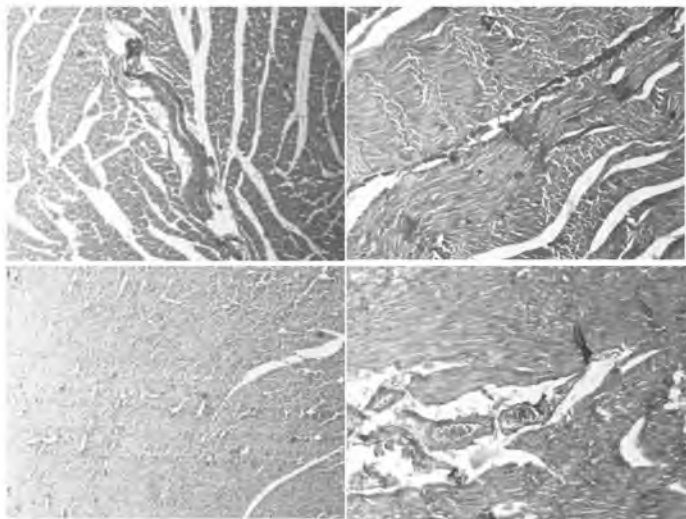
The area of damage of myocardium of ventricles at the dynamics of AEP (in percentage of the area of section), M±m

Time from the beginning of experiment	Heart ventricle	
	right	left
Test	0,93±0,08	0,77±0,06
Experiment		
One hour	1,75±0,13*	1,26±0,08*
Three hours	4,11±0,75*	3,46±1,12*
Six hours	9,21±0,22*	8,97±0,72*
1 days (24 hours)	14,3±1,21*	13,8±1,76*

*P < 0,01 concerning animals of the test groups

There are defined induces of myocytolysis. The number of lymphocytes, corpulent cells and macrophages is grew on round capillaries. In cardiomyocytes the maintenance of glycogen continues to decrease. There is observed some oppression of activity of SDH and activation of LDH. Fragmenting of myofibrillas, destruction of cardiac hystiocytes and cytoplasm coagulation attracts attention. In individual cardiac hystiocytes karyopycnosis and karyolysis are marked. Contours of microcirculatory vessels are damaged by sharp deformation. A gleam of the majority of haemocapillaries are filled by microblood clots, there is sees diapedesis elements of blood and plasmorrhagia. Against background of a hypostasis stroma some dystrophic changes and considerable hemorheological frustration in a kind stasis and sludgea of erythrocytes are marked in microcirculatory a vascular channel. The area of contracture damages increases up to 9,21±0,22 % in right and 8,97±0,72 % in left of ventricle of heart. There is revealed light non-uniform powdered adiposity of cardiac myocytes (illustration 1c).

After a day of bile introduction into a pancreas ischemic and necrotic changes prevail in gland. Pathological process carries diffusive character. Against strengthening of pathological process



Morphological changes of a myocardium at acute experimental pancreatitis

- a) There are defined interstitial hypostasis and spasmed arteriolas in subendocardial sections of ventricles.
- b) There are defined the focuses of myocytolysis; number lymphocytes and macrophages is grew on round capillaries.
- c) There are marked dystrophic changes and irregular powdered adiposity cardiac in myocardium.
- d) In gleams of capillaries and perivascular zones the quantity of neutrophilic leukocytes which are grouped round damaged cardiac myocytes is increased.

in a pancreas, structural changes in a myocardium are found out in the ischemia centres. Macroscopically a myocardium is flabby and cyanotic. Histologic research shows development of the expressed hypostasis of stroma and considerable changes of rheological blood characteristics in microcirculatory vessels in a kind of stasis. Reaction on SDH specifies in decrease in activity of oxidation-reduction processes. When revealing LDH integration of granules of formazan is observed which characterises strengthening of anaerobic ways glycogen as the maintenance of the last continues to decrease non-uniformly. In separate groups of cardiac myocytes the sarcoplasm is hemohenzed and diffusive-located inclusions of lipids are also clearly seen. Contractural damages have focal character having localized mainly perivascularly in subendocardial and intramural sections of ventricles. Increase in pericapillary quantity zones of neutrophilic leukocytes which in conditions of endotoxemia has the important factor of damage cardiac myocytes and endothelia of vessels, draws attention (an illustration 1d).

The conclusion

Research carried out showed that in dynamics of AEP the deep structural disorganisation of a myocardium including all kinds of alteration cardiac hystiocyte is developed. In subsequent terms of AEP reasons of damage of a myocardium are vascular infringements, endotexemia and activization of inflammatory process. It is revealed, that during acute pancreatitis the stasis arising in microcirculatory vessels breaks blood circulation in a myocardium, and it can be one of the possible reasons of acute ischemia of heart.

Literature references

1. *Pathologic anatomy and pathogenesis of acute pancreatitis* by Boyko Yu.G. // Minsk, Belorussia, 1970, p.224.
2. *Destructive pancreatitis: modern status of the issue* by Bumevich Z., Gelfand B.R. etc. //Bulletin of surgery, No2, 2000, volume 159, p. 116-123.
3. *Mediators of inflammation and affection of pancreas* by Buyeverov A.O. //Rus. Journal gastroenterology, hepatohepatology, coloproctology, No 4, 1999, p.15-19.
4. *Apoptosis and its role in pathogenesis of cardiac-vessel diseases. Present status of the issue* by Babak O.Ya., Nemtsova V.D., Shaposhnikova Yu.N. //the Ukrain Therapeutic Journal, No2, 2004, p. 4-10.
5. *Mechanisms of hemodynamic disorders in pancreatonecrosis* by Buyanov B.M., Kuznetsov N.A., Alexandrova N.P. //Bulletin of surgery, 1980, Volume 124, p.13-18.
6. *To the pathogenesis of cardiac insufficiency at pancreatonecrosis* by Dolgikh V.T., Shishkunova L.G., Yershov A.V. // Common resuscitation science, 2009, No 3, p.39-44.
7. *Development of transmural myocardial infarction of patient with hard form of pancreatonecrosis* by Grishin A.I., Plyushev K.L., Stenin D. // Bulletin of insensitive therapy, 1998, No 2, p.25-27.
8. *Change of functional condition of liver in acute experimental pancreatitis* by Vladimirov V.G., Shilov V.I. // Pathological physiology and experimental therapy, 1981, v. 3, p.18-21.
9. *Acute necrotizing pancreatitis in the opossum ear liest morphologic changes involve acinar cells* by Lerch M.M., Saluja A.K. et al. // Gastroenterology 1999, vol.103, p.205-213.
10. *Acute pancreatitis models, markets and mediators* by Granger J., Remick D. //Shock., 2005, vol. 24 (1), p.45-51.
11. *Morphofunctional changes of exocrine pancreatitis in acute experimental pancreatitis of rats* by Karamova Ye.M. //Cytology, 1990, V.32, No 4, p.337-342.
12. *Acute hemorrhagic pancreatitis* by Vatlet C., Pourial J.I. //Press Medicale, 1996, vol. 25, No 1, p.68-73
13. *Cerulein-induced in vitro activation of trypsinogen in rat pancreatic acini is mediated by cathepsin B.* by Salijja A.K., Donovan E.A. et al. // Gastroenterology 1997, 113, p.304-310.

Влияние внутривенного непрерывного вливания инсулина на основные показатели белково-энергетического гомеостаза при абдоминальных операциях и раннем послеоперационном периоде

Аббасов Ф.Э., Гусейнов Г.Ф., Байрамов Н.Я.

Центральный госпиталь Азербайджанского государственного таможенного комитета, Баку

Введение

В настоящее время среди исследователей бытует такое единое мнение, что формирование диабетоподобного состояния («хирургический диабет», гипергликемический синдром) в организме, связанного с острым повышением резистентности к инсулину и нарушением усвоения глюкозы в тканях под влиянием гормонов стресса на раннем периоде после хирургической травмы, как и при других критических состояниях должно оцениваться как очень плохая прогностическая критерия (1;5;16;36). В отличие от этого, вопрос о том, насколько целесообразно коррекция гипергликемии, появляющейся в критических состояниях, с инсулином пока остается серьезной научной спорной (обсуждаемой) темой. Рандомизированные исследования, проведенные над больными, в основном с сепсисом, черепно-мозговыми травмами, широкими ожогами и тяжелыми огнестрельными ранениями, лечившимся в интенсивном терапевтическом блоке, в частности находившимся в искусственной вентиляции легких выявили, что инсулинотерапия не приводит к ожидаемому положительному результату (10;19;36), порой даже оказывает отрицательное действие (15;18;36). К сожалению, в этих исследовательских работах не встречаются сведения, объясняющие причину отсутствия положительного клинического эффекта лечения инсулином некоторых критических состояний, особенно гипергликемического синдрома при инфаркте миокарда. По-нашему, вероятно, причину следует искать в нарушении равновесия в цикле «Глюкоза/СЖК» в результате липостатического действия экзогенного инсулина (торможение липолиза в жировой ткани).

По-нашему мнению, было бы просто наивным полагать о возможности легко устранить «хирургического диабета», просто, внутривенными или подкожными инъекциями инсулина. Вопрос усложняется еще немного, если учесть, что для адекватного обеспечения энергетических потребностей эритроцитов и нервных клеток и ингибиции гликогеносинтеза в печени при критических состояниях, в том числе после хирургической травмы требуется введение внутривенно минимально 2г/кг (150г) глюкозы в течение дня. Так как, повышение резистентности к инсулину и нарушение усвоения глюкозы периферическими тканями под влиянием гормонов стресса в ранние послеоперационные дни сопровождается гиперинсулинемией и применение инъекций инсулина с целью лечения в виде только болюса может не давать ожидаемого результата. Но, тем не менее, в литературе можно встретить информации, указывающие возможность нормализации уровня глюкозы в крови подкожным или внутривенным введением инсулина в индивидуально установленных дозах в послеоперационном периоде (3;9;10;18).

В последнее время, в некоторых ведущих хирургических клиниках мира предпочтение дается применению протоколами непрерывной инсулинотерапии, разработанными с целью лечения гипергликемического синдрома. Недостаточная сторона, характерная для всех этих исследований состоит в отсутствии нужного внимания на профилактику гипергликемического синдрома. Мы считаем, что непрерывное внутривенное введение стандартного раствора инсулина (посредством инфузомата) с мониторингом уровня сахара в крови, как при операции, так

Impact Of Continuous Infusion Of Insulin Into Vein On The Main Indicators Of Energetic Homeostasis In The Abdominal Operations And In The Early Postoperation Term

The study aims at investigating the impact of continuous infusion of insulin on endocrine, metabolic and energetic changes in operation and in the postoperation term.

The study was conducted on 38 patients including 15 men and 23 women who undergone operation in bile ducts, stomach, liver and intestines. 22 of the patients were traditionally treated, and 16 patients (target group) were continuously provided with 0.5-4 tv/hour rate intravenous insulin infusion during the operation and in the first 1-2 days. The level of hormones (AKTH, kortizol, insulin) in blood, protein-energetic indicators (glucose, glucose tolerance, lactate, piruvat, Korro index, albumin, transferrin, general protein, free oil acids) were studied on the patients of both groups prior and post-operation, in 1-2 days and 3-5 days after the operation. Increase of AKTH, kortizol, insulin and insulin resistance, decrease of glucose tolerance and absorption and growth in lipolysis and protein catabolism were observed on the control group patients in the operation time and up to 3-5th days. Though insulin infusion does not impact the level of AKTH and kortizol seriously it increased glucose absorption and sufficiently reduced lipolysis and protein catabolism.

Continuously controlled insulin infusion improves absorption of glucose in the operation time and in 1-2 days after operation, and shows lipostatic and anabolic effect.

и первые 1-2 дня после операции с целью профилактики и лечения гипергликемического синдрома, можно принять приемлемым, и с физиологического точки зрения, наряду с тем, что оно является более рациональным и патогенетическим лечением.

Цель работы

- комплексное изучение действия непрерывно продолжающейся инсулинотерапии на интенсивность гормональных ответных реакций организма против хирургического вмешательства, липолиза и белкового катаболизма и толерантность против экзогенной глюкозы при плановых операциях в органах брюшной полости и раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы

Основу работы составляет сравнительный анализ результатов комплексного обследования и лечения, проведенных в 2009-2011 гг. на 38 больных, подвергшихся операциям открытыми и лапароскопическими методами в плановом порядке по хирургической патологии органов брюшной полости в Центральном госпитале ГТК Азербайджана.

Из них 15 человек были мужчинами (39,4%), а 23 человек женщинами (60,5%). Средний возрастной предел, показатели веса и роста тела, были 48,8±2,12 лет, 74,6±2,51 кг и 162,7±0,54 см соответственно.

Операции были проведены под общим обезболиванием (ОО) с применением наркотического анальгетика (фентанил)

и ингаляционного анестетиков (изофлуоран, закись азота) на фоне нейровегетативной блокады (пропрофол, дормикум) и тотальной кураризации (ардуан, тракриум). При этом у 12 больных (31,6%) были выполнены холецистэктомия, у 6 (15,8%) наряду с холецистэктомией разные дренажные операции, у 5 (13,1%) гастрэктомия, у 6 (15,8%) резекция желудка, у 2 (5,2%) гемиколэктомия, у 2 (5,2%) эхинококкэктомия из печени, у 1 (2,6%) экстирпация матки и герниопластика, а у остальных 4 больных (10,5%) паллиативные операции разного объема по поводу рака поджелудочной железы.

Во время операции и послеоперационном раннем периоде, в 1-ю группу вошли 22 больных, получивших традиционное лечение, а в 2-ю группу 16 больных, лечившихся инсулинотерапией. Инсулинотерапия проведена стандартным раствором инсулина через инфузомат путем внутривенной инфузии со скоростью 0,5-4 ЕД/час после определения первичного уровня глюкозы в крови с соблюдением специального протокола. Вливание инсулина начато сразу с началом хирургической операции и было продолжено последующие 1-2 дня после операции. При этом темп вливания был сокращен или временно приостановлен в случае снижения уровня глюкозы ниже 3,6 ммол/л.

Исследование проводилось до операции (I этап), сразу после операции (II этап), 1-2 дня (III этап) и 3-5 дней (IV этап) после операций.

Гормональные обследования (уровень инсулина, АКТГ, кортизол в крови) проведены применением метода конкурентной электрохемилюминесценции через аппарат Cobas-E 411, а основные показатели белково-энергетического гомеостаза (количество глюкозы, лактата, общего белка (ОБ), альбумина и мочевины в крови) применением соответствующих реактивных китов через аппарат Cobas-E 311. Степень активности липолиза определена по динамике свободных жирных кислот (СЖК) в крови (12;13). Уровень резистентности организма к инсулину оценен на основании вычисления индекса Корро, отражающего соотношение количества глюкоза-инсулин, а уровень толерантности к глюкозе результатов теста нагрузки с экзогенной глюкозой. Изучение количества инсулина и уровня резистентности к нему в крови у больных, вошедших во 2-ю группу, мы считали нецелесообразным, с методологического аспекта, из-за введения непрерывной инсулиновой инфузии.

Чтобы определить уровень толерантности организма к глюкозе, был проведен тест нагрузки глюкозой на следующий день после операции (14). При этом, изучено количество глюкозы в 30 и 60 минуты после начала вливания 40%, 50 мл раствора глюкозы внутривенно в течение часа и 30-60-90-120 минуты после завершения вливания. В норме уровень глюкозы в крови достигает максимума в момент завершения вливания (60-й минуте) и постепенно уменьшается в течение первых 60 минут после завершения вливания и возвращается к норме в 90-й минуте. При высокой толерантности к глюкозе нормализация не наблюдается даже в 120-й минуте.

Путем анализа полученных данных вариационным статическим методом Стюдента, была определена критерия t Фишера. При $P < 0,05$ и менее, разница между группами сравнения статистически считается достоверным.

Результаты и обсуждения

Во время операции и в течение 1-2 дней после ее в крови у 6 больных (2-я группа), получивших внутривенную инсулинотерапию, на уровне АКТГ и кортизола не выявлено прочного изменения между таковыми, отмеченными в 1-й группе, и поэтому мы не ви-

дели надобности в продолжение гормонального обследования. Сравнительный анализ результатов этих обследований выявил незначительное влияние инсулинотерапии на интенсивность гормональной ответной реакции организма против хирургического вмешательства во время операции и последующие 1-2 дни после операции (Таб. 1).

В периоперативном периоде, у больных, лечившихся традиционным методом (1-я группа), наблюдение более резкого повышения уровня инсулина (1,7-3,8 раз) при увеличении количества кортизола сразу после операции и последующие 1-2 дни по сравнению с изначальным уровнем, соответственно 2,0 и 52,6% ($P < 0,001$), показывает увеличения резистентности организма к инсулину под влиянием хирургической агрессии. Это мнение еще раз доказывается снижением индекса Корро на $0,27 \pm 0,009$, а 1-2 дни $0,13 \pm 0,008$ (3-хкратно), при индексе Корро $0,38 \pm 0,011$ перед операцией (в норме $> 0,30$). Несмотря на такое увеличение уровня инсулина в крови, увеличение количества глюкозы на $25,0-32,5\%$ ($P < 0,01$) с наблюдением повышения уровня межточечной обменной продукции глюкозы - лактата на $48,4-75,6\%$, а пирувата более 2 раза ($P < 0,001$) дает основании говорить о значительном нарушении усвоения глюкозы тканями на фоне повышения резистентности организма к инсулину, другими словами, о появлении гипергликемического синдрома. Даже 2,7 кратное снижение индекса Корро ($0,14 \pm 0,012$) несмотря на повышенный уровень инсулина и глюкозы в крови по сравнению с изначальными показателями (соответственно в 3 раза и 10,1%) в 3-5 дни после операции показывает еще продолжающееся диабетоподобное состояние и резистентности к инсулину.

У больных, внутривенно получивших вливание инсулином не наблюдались значительные изменения в уровне лактата, несмотря на увеличение в определенном количестве ($P < 0,05$) глюкозы и пирувата в крови (соответственно 14,9% и 33,3%) сразу после операции (Таб. 1). На последующих этапах исследования (1-2 и 3-5 дни) во время проведенных нами обследований было установлено полное устранение угнетающего действия хирургической агрессии в усвоении глюкозы тканями, благодаря вливанию экзогенного инсулина и надежной низкой степени всех трех показателей по сравнению с показателями 1 группы

Таблица № 1. Динамика основных показателей АКТГ, кортизола, инсулина и белково-энергетического гомеостаза в крови больных, входящих в сопоставляемые группы

Показатели	группы (число)	При операции		После операции	
		в начале	в конце	1-2 дни	3-5 дни
АКТГ (нг/л)	I (n=18)	36,3±2,18	57,4±3,55*	52,1±2,12*	46,8±2,12*
	II (n=6)	32,8 ±3,36	54,6 ±4,46*	48,3 ±3,23*	42,3 ±2,76*
Кортизол (нмол/л)	I (n=18)	596,5±36,8	1185,6±65,8*	910,5±42,3*	782,0±36,4*
	II (n=6)	612,9 ±43,3	1066,8 ±76,2*	941,5 ±46,8*	694,7 ±41,5*
Инсулин (мУ/мл)	I (n=18)	16,1±1,96	28,5±2,43*	62,2±4,25*	48,1±3,82*
	II (n=6)	-	-	-	-
Индекс Корро	I (n=18)	0,38±0,01	0,27±0,009*	0,13±0,008*	0,14±0,012*
	II (n=6)	-	-	-	-
Глюкоза (ммол/л)	I (n=22)	6,12±0,14	7,65±0,28*	8,11±0,24*	6,74±0,18*
	II (n=12)	5,38 ±0,18	6,18 ±0,21*+	5,31 ±0,19*+	5,72 ±0,21+
Лактат (ммол/л)	I (n=22)	2,13±0,14	3,74±0,18*	3,16±0,21*	2,69±0,12*
	II (n=12)	1,58 ±0,12	1,79 ±0,15*+	1,66 ±0,14*+	1,81 ±0,16+
Пируват (ммол/л)	I (n=22)	0,13±0,008	0,31±0,010*	0,25±0,012*	0,18±0,011*
	II (n=12)	0,15 ±0,011	0,20 ±0,014*+	0,17 ±0,013+	1,13 ±0,010+
ОБ (г/л)	I (n=22)	72,2±0,86	61,8±1,16*	56,1±1,12*	60,1±1,23*
	II (n=16)	71,9 ±0,94	65,3 ±1,22*	62,9 ±1,15*+	66,4 ±1,21*+
Альбумин (г/л)	I (n=22)	39,1±0,64	29,3±0,71*	25,0±0,82*	30,5±0,79*
	II (n=16)	38,4 ±0,76	33,9 ±0,83*+	29,8 ±0,78*+	35,2 ±0,92*+
Трансферрин (г/л)	I (n=12)	3,52±0,061	1,78±0,044*	0,88±0,036*	1,36±0,042*
	II (n=9)	3,38 ±0,076	2,65 ±0,081*+	2,11 ±0,077*+	2,87 ±0,059*+
Мочевина (ммол/л)	I (n=22)	8,12±0,26	6,25±0,23*	5,56±0,22*	6,72±0,26*
	II (n=12)	7,85 ±0,31	8,04 ±0,37*	9,36 ±0,43*+	10,41 ±0,35*+
СЖК (мг/дл)	I (n=18)	22,3±1,86	58,5±3,64*	66,8±4,11*	63,6±3,72*
	II (n=16)	19,7 ±1,63	26,8 ±1,87*+	29,3 ±2,11*+	33,7 ±2,52*+

Примечание: $P < 0,05$ - * по сравнению с начальным этапом, + с соответствующими этапами 1-й группы

Таблица № 2. Результаты теста нагрузки с экзогенной глюкозой в послеоперационные 1-2 дни.

Группы	Перед тестом	При инфузии глюкозы		После инфузии глюкозы			
		30 мин	60 мин.	30 мин	60 мин.	90 мин.	120 мин.
1-я	7,22±0,26	7,81±0,25 P<0,05	11,50,03 P<0,001	10,48±0,21 P<0,001	9,22±0,20 P<0,01	8,28±0,21 P<0,05	7,52±0,23 P >0,05
2-я	5,42±0,21 P ₁ <0,001	6,46±0,27 P < 0,05 P ₁ < 0,001	7,58±0,22 P <0,001 P ₁ < 0,01	7,16± 0,17 P <0,001 P ₁ < 0,001	6,74±0,23 P <0,001 P ₁ < 0,001	6,06±0,20 P >0,05 P ₁ < 0,001	5,65±0,22 P >0,05 P ₁ < 0,001

Примечание: P- перед тестом, P₁ – по сравнению с соответствующими этапами другой группы

в соответствующих этапах в течение всего послеоперационного периода, отсутствию различия от начального уровня ($P > 0,05$) с колебаниями в пределах нормы. Это мнение однозначно подтверждался (Таб. 2) сравнительным анализом полученных в 1-й группе результатов ($n=10$) с результатами теста нагрузки экзогенной глюкозой у 8 больных во 2-й группе на фоне вливания инсулина в последующие 1-2 дни после операции.

При обследовании перед тестом было отмечено, что количество глюкозы в крови больных 1-й группы составляет $7,22 \pm 0,26$ ммол/л, в больных 2-й группы, которым введено вливание инсулином $5,42 \pm 0,21$ ммол/л (33,2% меньше) ($P < 0,001$).

У больных, традиционным методом лечившихся, выявлено достижение самого высокого предела количества глюкозы и высокий уровень 60% выше первичного или начального уровня резким повышением количества глюкозы (до $11,55 \pm 0,30$ ммол/л) в крови в момент завершения вливания ее 40%-50 мл раствором (в 60-й минуте) на фоне гипергликемии. В течение последующих 2 часов, обследования, проведенные каждые 30 минут показали, что этот уровень, снижаясь слабыми темпами до $7,52 \pm 0,23$ ммол/л только в 120-й минуте, возвращался в первоначальный уровень, хотя продолжает оставаться еще на высоком от нормы уровне.

На фоне продолжающегося инсулинового вливания, при обследовании сразу после завершения внутривенного вливания испытательной дозы глюкозы в течение 1 часа установлено, что ее количество в крови достигалось до самого высокого уровня, повышаясь в количестве до $7,58 \pm 0,22$ ммол/л (52,4% меньше от 1-й группы) и стало 40,0 % больше от первоначального показателя. В отличия от предыдущей группы наблюдалось снижение более высокими темпами этого уровня в течение последующих 2 часов вливания глюкозы с тесным приближением к первоначальному уровню упав до $6,74 \pm 0,23$ ммол/л уже в 60-й минуте, а последующие 90 и 120-е минуты полным возвращением на прежний уровень. Именно как логичный результат этого, мы видим, что уровень глюкозы в крови больных 2-й группы в 30, 60, 90 и 120-е минуты после вливания глюкозы меньше, по сравнению с 1-й группой, соответственно 46,4%, 36,8%, 36,6% и 33,1% ($P < 0,001$).

Таким образом, во время абдоминальных операций и последующие 1-2 дни, проведение внутривенного вливания инсулина с соблюдением специального протокола, надежно предотвращает повышения толерантности организма к глюкозе, значительно улучшая усвояемость экзогенной глюкозы тканями, несмотря резкому увеличению инсулинорезистентности под влиянием стрессовых факторов. Представленные в этой работе данные имеют очень важное клиническое значение, вместе с тем могут быть серьезной теоретической базой для разработки методических рекомендаций, направленных на предотвращение и устранение гипергликемического синдрома, возникающего под действием хирургической травмы.

Многочисленными исследованиями доказано, что первые дни после хирургической агрессии при нарушении усвоения глюкозы периферическими тканями в связи с увеличением инсулинорезистентности, энергетическая потребность организма обеспечивается за счет бета-окислением СЖК, являющихся

самым богатым источником биологической энергии. Биоэнергезапасы организма накопились, в основном, в жировой ткани - здоровый организм в весе 70 кг имеет энергетический запас 166000 ккал, 141000 ккал (85%) которого накоплены в жировой ткани в виде триглицеридов (ТГ). 95 % энергии ТГ входит в долю СЖК, а 5% в долю глицероля (8;11).

В периоперативном периоде, как показывают результаты обследований, проведенных на больных (1-я группа), лечившихся традиционным методом (Таб.1), совпадение повышения количества СЖК в крови 2,6-3,0 раза по сравнению с первоначальным уровнем (P

$< 0,001$) по времени с именно тогда, когда уровни АКТГ и кортизола достигается наибольшего высокого предела сразу после хирургической травмы и последующие 1-2 послеоперационные дни дает нам основание говорить о том, что как в случае с глюкозой, переход эндогенных запасов СЖК путем мобилизации (липолиза) также является гормонально регулируемым процессом. Возможно положение, что причину высокого уровня в крови СЖК, как и предыдущих этапах (более 2,8 раза), нужно искать в продолжающемся высоком уровне инсулинорезистентности в 3-5 послеоперационные дни, несмотря значительному снижению количества АКТГ и кортизола в крови, по сравнению с показателями сразу после операции (соответственно, 22,6% и 51,6%; $P < 0,01$).

В отличие от глюкозы, усвоение СЖК тканями как биоэнергетический источник регулируется не гормональным путем, а концентрацией СЖК в плазме и поэтому в послеоперационном периоде энергетический спрос большинство органов и тканей (кроме нервных клеток и эритроцитов) в основном, удовлетворяется за счет бета-окисления СЖК. Рандомизированными исследованиями, проведенными над больными, подвергшимся радикальной хирургической операции по поводу рака желудка и пищевода было доказано, что в отличие от глюкозы, на раннем послеоперационном периоде внутривенно введенные жировые эмульсии более хорошо усваиваются по сравнению с предоперационным периодом (1).

Тем не менее, не правильно было бы полагать, что чрезмерное увеличение количества СЖК в крови (более 3-5 раз), в первые дни после хирургического вмешательства, как положительное условие, направленное только на удовлетворение энергоспроса организма. Поскольку насыщенной и одной ненасыщенной молекулой жирные кислоты, составляющие 85% циркулирующих в крови СЖК, имеют способность ослаблять коллоидную стабильность фибриногена плазмы (34), увеличивать активность агрегации тромбоцитов (7;26;29;32), сокращать время свертывания крови и повреждать интиму венозных сосудов (6), они могут быть причиной возникновения опасных сердечно-сосудистых и тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде (22;23). Поэтому разработка лечебных мероприятий, направленных на ослабление интенсивности процесса липолиза, чрезмерно активизированного под действием стрессовых факторов в ранние послеоперационные дни имеют важное клиническое значение.

Согласно литературным данным, как в физиологических, так и патологических состояниях, все гормоны, с исключением инсулина, ускоряют липолиз, оказывая катаболическое действие на липидный обмен (21;28;33) и только инсулин является единственным гормоном, способным ослаблять влияние этих катаболических гормонов (5;17;23;25;35).

Руководствуясь этой идеей, результаты обследований, проведенных над 16 больными с целью изучения непрерывного вливания инсулина внутривенно на уровень в крови СЖК показали, что уровень СЖК в крови у этих больных, по сравнению с 1-й группой, увеличивался надежно мало ($P < 0,001$) – 36,0%, 48,7% и 71,1% соответственно в конце хирургического вмешательства и послеоперационные 1-2 и 3-5 дни. Если перед

операцией уровень СЖК в крови у больных обеих групп было одинаковым ($22,3 \pm 1,86$ и $19,7 \pm 1,63$ мг/дл; $P < 0,05$), снижение в 2 раза их количества в крови у больных 2-й группы по сравнению с 1-й группой в дальнейших этапах обследования дает основание говорить о том, что применение внутривенного вливания инсулина при абдоминальных операциях надежно предотвращает переход чрезмерно мобилизованных СЖК из подкожной жировой ткани в кровь посредством значительного ослабления липолитического влияния стрессовых гормонов.

Один из факторов, непосредственно влияющих на результаты проведенных операций по поводу хирургических заболеваний органов брюшной полости и пищевода – резкое снижение ОБ и альбумина крови в результате ускорения катаболизма структурных белков организма под действием хирургической агрессии (1; 15; 20). Установлено, что появление гипоальбуминемии в послеоперационном периоде хирургической травмы стало причиной увеличения частоты послеоперационных осложнений разного характера от 9,0%- до 31,0% и количества койка-дней от 14 до 29 дней. ($P < 0,05$). (31).

Если учитывать, что инсулин и соматотропный гормон оказывает анаболическое влияние, кортикостероиды двойное (катаболическое в скелетных мышцах, анаболическое в печени), а все остальные гормоны (катехоламины, глюкагон, тиреоидные гормоны) только катаболическое действие на белковый обмен, то тогда можно подумать о ведущей роли резкого увеличения количества стрессовых гормонов в крови на ускорение белкового катаболизма в первые дни после хирургической агрессии. С другой стороны, если учесть, что суточная потребность хирургических больных к азоту составляет 0,1-0,2 г/кг и для усвоения этого потребуются 30-35 ккал/кг энергии небелкового происхождения, можно говорить о том, что нарушение усвоения глюкозы периферическими тканями как источника энергии в результате повышения инсулинорезистентности в послеоперационном периоде играет значительную роль в ускорении белкового катаболизма (3; 10; 18; 33). Хотя изучение влияния внутривенного инсулинового вливания на интенсивность белкового катаболизма в период резкого повышения количества стрессовых гормонов инсулинорезистентности организма, а также и толерантности против глюкозы является одним из важных вопросов научно-практической значимости, привлекает внимание, что на эту проблему в литературе не уделено необходимого места.

Было установлено, что резкое повышение количества кортизола крови у больных 1-й группы под влиянием хирургической агрессии с одной стороны, и нарушение усвояемости глюкозы тканями в последствии увеличения инсулинорезистентности организма, с другой стороны приводят к развитию серьезных нарушений белкового обмена (Таб. 1). сразу после завершения хирургического вмешательства снижение количества ОБ и альбумина крови соответственно 16,6% и 33,4%, а 1-2 послеоперационные дни 28,6%, 56,4% ($P < 0,001$) по сравнению с первоначальными показателями, дает основание говорить об значительной активации белкового катаболизма. И понижение количества мочевины 30,0-46,0%, а также более резкое снижение (2-4 раза) уровня трансферрина – самой чувствительной фракции ускорения белкового катаболизма (1; 28) в критических состояниях ($P < 0,001$) наряду с разрушением структурных белков демонстрирует более серьезное нарушение синтеза белка в печени. Несмотря на положительную динамику во всех показателях белкового обмена в 3-5 дни после операции, их достоверное удержание на стабильном уровне ($P < 0,05$) по сравнению с предоперационными показателями еще раз свидетельствует о продолжительности белкового катаболизма достаточно высокой интенсивности даже и в данном периоде и того, что белковый синтез в печени еще полностью не восстановлен.

Динамические обследования, проведенные нами над больными 2-й группы в послеоперационных этапах исследования, выявили умеренный характер изменений, происходящих в основных показателях белкового обмена по сравнению с 1-й группой (Таб. 1). При этом между сопоставимыми группами не

было явного различия по первичным уровням ОБ, альбумина, трансферрина и мочевины ($P > 0,05$), однако было установлено, что эти показатели были значительно высокими в крови больных 2-й группы по сравнению с показателями 1-й группы, выявленными на соответствующих этапах ($P < 0,01$).

Нам хотелось коснуться еще одной важной проблеме, имеющую важную клиническую значимость. Как известно, кардиодепрессивное, аритмогенное, прокоагулянтное и проагрегантное действие СЖК, поступающих в кровь из подкожной жировой ткани значительно ослабевает лишь только после достижения их стабилизации посредством соединения с альбумином как в физиологических состояниях, так и критических (30). Из этого следует заключение, что гипоальбуминемия, развившаяся в результате ускорения белкового катаболизма в раннем периоде после травматического хирургического вмешательства создает опасную почву для более выраженного появления вышеуказанных нежелательных побочных эффектов СЖК, поступающих в большом количестве в кровь благодаря активации липолиза и возникновения тромботических осложнений.

Выводы

Таким образом, сравнительный анализ результатов комплексных обследований над больными 1-й и 2-й группы дает основание прийти к такому выводу, что непрерывное вливание стандартного раствора инсулина во время операции и в течение последующих 1-2 дней после нее хотя не оказывает влияние на функциональную активность системы гипофизарно-надпочечниковых желез, но значительно улучшает усвоение экзогенной глюкозы тканями, предотвращает поступления СЖК, выделенных из подкожной жировой ткани в большом количестве в кровь благодаря сильного липостатического его действия, а также оказывая анаболическое влияние на белковый обмен предотвращает от разрушения структурных белков организма и создает условия восстановления синтеза белка в печени.

Список литературы

1. Аббасов Ф.Э. Парентеральное питание в коррекции нарушений липидного обмена при хирургическом лечении рака пищевода и желудка: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Москва, 1989. 41 стр.
2. Везирова З.Ш. Основные принципы профилактики и коррекции послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений в абдоминальной хирургии: Дис. ... канд. мед. наук. Баку, 2007. 154 стр.
3. Бахман А.Л. Искусственное питание. Санкт Петербург. 2001. стр. 18-19.
4. Вретплинд А. и Суджян А.В. Внутривенное питание. Москва-Стокгольм. 1984. 298 стр.
5. Дилман В.М. Эндокринологическая онкология. Л., Наука, 1983, 408 стр.
6. Корзан В.А. Основы парентерального жирового питания. / Рига. Зинатне. 1974. 135 стр.
7. Кузник Б.И., Михайлов В.Д., Альфонсов В.В. Тромбогеморрагический синдром в онкологии. / Томск. 1983. 164 стр.
8. Ленинджер Ф. Биохимия (пер. с англ.). М. Мир., 1976. 620 стр.
9. Лейдерман И.Н. Ранняя диагностика и методы коррекции синдрома гиперметаболизма у больных с полиорганной недостаточностью: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 1997. 29 стр.
10. Лейдерман И.Н. Современная нутритивная поддержка в коррекции комплекса метаболических расстройств при синдроме системного воспалительного ответа у больных в критических состояниях: Автореферат дис. ... докт. мед. наук. Екатеринбург, 2003. 31 стр.
11. Ньюсхолм Э., Старт Л. Регуляция метаболизма (перевод с англ.). М., 1977. 407 стр.
12. Меньшиков З.В., Делекторская Л.Н., Золотницкая Р.П. и др. Лабораторные методы исследования в клинике. Москва, М., 1987. 365 стр.
13. Колб В.Г., Камышиников В.С. Справочник по клинической химии. «Белорусь». 1982, 366 стр.
14. Потемкин В.В., Троицкая С.Ю., Томилова Е.Н. Патофизиологические механизмы инсулинорезистентности при ожирении. // Русский мед. журнал. 2006, № 2, стр. 20-23.

15. Судьян А.В., Розанова Н.Б., Рылов В.В. Гормональные аспекты парентерального питания во время интенсивной терапии онкологических больных. // Вестник АМН СССР 1981, № 8. Стр. 77-79.
16. Трунин Е.М., Ганохарити И.С. Гипергликемический синдром в раннем послеоперационном периоде. // Вестник хирургии. 2008, № 2, стр. 58-60.
17. Юдаев Н.А. Биохимия гормонов и гормональной регуляции. М., 1976, 379 стр.
18. AKE Recommendations: Enteral and parenteral support in adults. 2000. German-Austria. p. 84.
19. Askanazi J., Carpentier Y.A., Elwyn D. Influence of total parenteral nutrition on fuel utilization in injury and sepsis. // Ann. Surg., 1980, vol. 191, p. 40-45.
20. Barrat S.M., Smith R.C., Kee A.J. et al. Multimodal analgesia and intravenous nutrition preserves total body protein following major upper gastrointestinal surgery. // Reg. Anesth. Pain. Med., 2002. No 27(1), p. 15-22.
21. Carpentier Y.A., Askanazi J., Elwyn D.H. et al. Effect of hypercoloric glucose infusion on lipid metabolism in injury and sepsis. // J. Trauma., 1979. vol. 19, p. 649-654.
22. Connor W.E., Hoak J.C., Warren E.D. Massive trombosis produced infusion. // J. Clin. Invest., 1963, vol. 42, p. 860-862.
23. Connor W.E., Hoak J.C., Warren E.D. The effect of fatty acids on blood coagulation and thrombosis. // Thromb. Diath. Haemorrh. Suppl., 1965. vol. 17, p. 89-102.
24. Eden E., Edstrom S., Bennegard K. et al. Glycerol dynamics in weight loss cancer patients. // Surgery., 1985, Vol. 97, No 2, p. 176-184.
- 25.
26. De Pirro G.G., Bertoli A., Greco A.V. et al. The effect of fund intake on insulin receptor in man. // Acta. Endocr. 1979. Vol. 90, No 3, p. 473-480.
27. Gibson J.C. Haematological and biochemical abnormalities associated with Intralipid administration. // Anaes. Intems. Carc., 1978, vol. 6, p. 350-354.
28. Jeejeebhoy K.N., Anderson C.H., Nakhooda A.F. et al. Metabolic studies in total parenteral nutrition with lipid in man. Comparison with glucose. // J. Clin. Invesy., 1976, vol. 57, p. 124-132.
29. Lindnork L. Energy metabolism. Methodological, experimental and clinical investigation. // Cothenburg. Sweden. 1985. p. 1-49.
30. Lundholm K., Edstrom S., Karlberg I. et al. Glucose turnover, gluconeogenesis from glycerol and estimation of net glucose cycling in cancer patients. // Cancer., 1982, vol. 50, p. 1142-1150.
31. Macon E.E., Gordy D.D., Cheringoly E.A. et al. Fatty acid toxicity. // Surg. Gynec. Odst., 1971. vol. 133. No 6, p. 992-998.
32. McClave S.H., Spain D. Preoperative issues in clinical nutrition. // Chest, 1999, No 115, p. 64-70.
33. Morcus A.J. The role of lipids in platelet function: With particular reference to the arachidonic acid pathway. // J. Lipid. Res., 1978. vol. 19, p. 793-825.
34. Nordenstrom J., Askanazi J., Elwin D.H. et al. Nitrogen balance during total parenteral nutrition. // Ann. Surg., 1983, vol. 197, p. 197-207.
35. Tullis J.L., Cignoli L., Hewitt L. Effects of intravenous fat emulsion on coagulation and hemostasis. // Lyposin research conference proceedings. Barlow A.E. (ed). North Chicago. 1979. p. 93-96.
36. Jurgens P., Lohninger A., Tempel Q. et al. Metabolic effects of HGH (human growth hormone) medication in poststress metabolism. // 1st European Congress on Parenteral and Enteral Nutrition. Stockholm. Sweden. 1979.
37. Van den Berghe G., Wouters P., Weekers F. et al. Intensive insulin therapy in critically ill patients. // N. Engl. J. Med., 2001, Vol. 345, No 19. p. 1359-1366.

Преимущества эндовидеоскопической коррекции пилоростеноза у детей в послеоперационном периоде

Белобржицкий И.В.

ГККП «Костанайская областная детская больница». г. Костанай

Врожденный пилоростеноз является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний у детей раннего возраста, требующий оперативного лечения. Соотношение больных мужского и женского пола 4:1. Первые клинические проявления заболевания появляются с 2-3 недель жизни. Острота и время возникновения симптомов пилоростеноза определяются степенью сужения привратника и компенсаторными возможностями организма ребенка.

Основными клиническими проявлениями пилоростеноза являются:

1. Ранний симптом – рвота «фонтаном» желудочным содержимым без примеси желчи.
2. Прогрессирующее снижение массы тела с развитием гипотрофии.
3. Урежение числа мочеиспусканий с уменьшением суточного количества мочи.
4. Редкий и скудный стул.
5. Выраженная перистальтика желудка (симптом «песочных часов»).
6. Пальпация уплотненного, гипертрофированного привратника.

Клинические проявления заболевания зависят от степени выраженности пилоростеноза. Выделяют компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную формы заболевания. При декомпенсированной форме на первый план выступают признаки острой дегидратации второй, третьей степени и декомпенсированного метаболического алкалоза. При компенсированной и субкомпенсированной форме симптомы развиваются постепенно, без грубых нарушений водно-электролитного обмена. Характерным для этих форм течения заболевания является прогрессирующее развитие гипотрофии. Подкожно-жировой слой постепенно уменьшается,

Балалардағы пилоростеноздың эндовидеоскопиялық артық жерінқалпына келтіру. Операциядан кейінгі кезеңдегі

МКҚҚ «Қостанай Облыстық бала ауруханасының Қостанай

И. В. Белобржицкий

2007-2010 мен жылдар Қостанай Облыстық бала ауруханасының хирургиялық бөлімшесінде - ерте жас шамасының 15 балалары пилоростеноздың жөніндегі операция жасалынған.

Барлық емделушілерге жалпы наркозбен Frede-Ramshedu бойынша полиротомия жүргізілді, балалар 9-11 күннің ішінде көшіріп алған. 2011 жылына төрт емделушінің эндовидеолапароскопиялық жаңа әдіспен операция жасалған. Балалардың екеуі тикарциллин/клавуландық қышқылын қабылдады, операциядан кейінгі мерзімі зардапсыз жалғастырылды, емделушілер алтыншы суткилерге көшіріп алған.

Осы әдістің артықшылықтары:

1. Түкпір мерзімдегі жақсы косметикалық эффект
2. Құрсақ қуысының органдарының көруін мүмкіндік.
3. Үнемділік. (стационардағы аурулардың болуды ұзақтығының қысқартуы)
4. Лапароскопиялық хирургиясының мүмкіндіктері ең төменгі жарақаты бар өзі кішкентай балаларда және максимал тиімділігінің барлық күрделірек эндоскопиялық операцияларын жақын арада орындауға мүмкіндік береді

The Advantages Of Laparoscopic Correction Of Pylorostenosis In Children With The Use Of The Drug Timentin In The Postoperative Period

CMSE «Kostanai Regional children's hospital», city Kostanai

I.V. Belobrzhitsky

In surgical branch of Kostanai Regional children's hospital 15 patients of early age with pylorostenosis have been operated by pylortomy on Frede-Ramshtedu method under a general narcosis in 2007- 2010 years. Children were discharged on 9-11 days. In 2011 year four patients have been operated on new endovideo laparoscopy method. Two children received ticarcillin clavulanate, the postoperative period proceeded without complications, patients were discharged on 6th day

Advantages of new method:

1. *Good cosmetic effect in the remote period.*
2. *Possibility of visualization of organs of an abdominal cavity*
3. *Profitability (reduction of duration of stay of patients in a hospital).*
4. *Possibilities laparoscopy surgeries will allow to carry out more and more difficult endoscopy operations at the small children with the minimum trauma and peak efficiency in the near future.*

кожа становится дряблой, сухой. Наблюдаются некоторые изменения выражение лица: морщинки на лбу, запавшие глаза, беспокойное, «голодное» выражение. Именно постоянным ощущением голода и непрерывным аппетитом (ребенок жадно сосет, все берет в рот, постоянно чмокает) дети, страдающие пилоростенозом, отличаются от детей, у которых рвота имеет другую причину, как, например, при пилороспазме. Таким детям проводится лечение нейроплегическими препаратами, которое, как правило, ведет к прекращению срыгивания и рвоты.

В результате прогрессирующего течения заболевания отмечается урежение числа мочеиспусканий от 3 до 5 раз в сутки (норма 20-25 раз). Снижается суточный диурез. Моча становится концентрированной, интенсивно окрашивает пленки. Стул становится скудным, темно-зеленого цвета из-за малого содержания молока и преобладания желчи с секретом кишечных желез. Основным диагностическим методом является: ФГДС, УЗИ исследование и гастрография.

В хирургическом отделении за период 2007-2010 годы пролечено 15 больных. Из них 11 мужского и 4 женского пола, что составляет 73,3% и 26,7% соответственно. Дети до месячного возраста составили 26,7% (4 человека). Все дети поступили в экстренном порядке. В стадии субкомпенсации поступило 14 больных. Всем проведено оперативное лечение. Один больной, поступивший в тяжелом состоянии, в стадии декомпенсации, умер во время проведения предоперационной подготовки. После проведения предоперационной подготовки в условиях реанимационного отделения, которая заключалась в коррекции метаболических нарушений, алкалоза. Всем больным проведена операция - пилоромитомия по Фреде-Рамштеду под общим наркозом. Семь детей в послеоперационном периоде в течение 1-3-х дней находились в отделении реанимации. В послеоперационном периоде в течение 6-7 суток проводился курс антибактериальной терапии в виде комбинации полусинтетических пенициллинов и аминогликозидов, цефалоспорины первого и второго поколения. После традиционной лапаротомии швы сняты на 8-10 сутки, дети выписаны на 9-11 сутки. Послеоперационной летальности не было. У четверых детей в послеоперационном периоде отмечалось стойкое повышение

температуры тела до 37,7С-38,0С в течение 4-5 суток. У троих детей с более выраженной потерей веса отмечались явления воспаления области операционной раны. Все дети выписаны с выздоровлением, с положительной динамикой веса.

С 2011 года внедрен метод эндовидеолапароскопии. Оперировано четверо больных. Оперативное пособие проводилось под эндотрахеальным наркозом. Осложнений во время проведения операций не было. После операции дети сразу были переведены в отделение. Назначена антибактериальная терапия с превентивной целью. Двум детям проводилось лечение цефазолином из расчета 100мг/кг в сутки, двум - тикарциллин/клавулановой кислотой из расчета 80 мг/кг каждые 8 часов. Кормление начато через 6 часов. У детей, получавших тикарциллин/клавулановую кислоту, послеоперационный период протекал без осложнений. Длительность курса составила 3-е суток, больные были выписаны на шестые сутки. В послеоперационном периоде у одного ребенка, получавшего цефазолин, в первые сутки отмечалось повышение температуры до 38С, на вторые, третьи сутки до 37С. У второго ребенка получавшего цефазолин в течение трех суток сохранялся субфебрилитет, на четвертые сутки появилось воспаление операционных ран. Детям проведена замена цефазолина на тикарциллин/клавулановую кислоту. Явления воспаления купированы, дети выписаны на восьмые сутки.

Преимущества данного метода:

1. Лапароскопический метод малотравматичен и экономичен.
2. Хороший косметический эффект в отдаленном периоде.
3. Возможность визуализации органов брюшной полости.
4. Возможности лапароскопической хирургии в ближайшем будущем позволят выполнять все более сложные эндоскопические операции у самых маленьких детей с минимальной травмой и максимальной эффективностью.
5. Послеоперационный период детей получавших тикарциллин/клавулановую кислоту, протекал без температурной реакции, гнойных осложнений. Нахождение в стационаре в среднем уменьшилось на два койко-дня.

Литература

1. *Эндоскопическая хирургия у детей. Автор: Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.И., ГЭОТАР – МЕД, 2002. Детская хирургия. Авторы: Ашкрафт К.У., Холдер Т.М., Хардфорд, 1996.*
2. *Срочная хирургия у детей. Автор: Баиров Г.А., Москва, 1997.*

Публикация спонсируется компанией ГлаксоСмитКляйн. Информация, включенная в публикацию, отражает мнение автора и может не совпадать с позицией ГлаксоСмитКляйн. Компания ГлаксоСмитКляйн не несет никакой ответственности за любые возможные нарушения авторских прав и иных прав третьих лиц в результате публикации и распространения данной информации.

За дополнительной информацией обращайтесь: 050059 г. Алматы, ул. Фурманова, 273 Тел. +7(727)2582892, 2590996 TMTN/10/KZ/07.02.2012/879

Влияние предварительной ишемической подготовки печени на результаты реперфузионного повреждения после гемигепатэктомии на фоне билиарного цирроза

Искендеров Э.И.

Научный центр хирургии имени М.А.Топчибашева

Universitätsklinikum Bonn- Haus fuer Experimentelle Therapie (Prof.Rene H. Tolba)

Несмотря на достигнутые в последние десятилетия успехи в хирургии печени, число неблагоприятных результатов после оперативного лечения опухолевых образований гепатобилиарной зоны, осложненных циррозом продолжает оставаться высоким. Это во многом зависит от изменений морфофункционального состояния печени и в первую очередь нарушениями микроциркуляторного кровообращения [1, 3, 9]. При обширных резекциях печени, с целью профилактики кровотечения хирурги останавливают приток крови к органу. Во многих случаях после операции возникает и в скором времени прогрессируется печеночная недостаточность, которая сопровождается микроциркуляторными нарушениями, трудно корригируемыми изменениями в морфологической структуре органа и тяжелыми формами эндотоксемии [2, 5, 8; 10]. Исследования ряда авторов показали, что наиболее серьезные патологические изменения в печени, возникают после восстановления кровотока и поэтому их обобщенно называют реперфузионное повреждение. Профилактика реперфузионного повреждения после резекций печени на фоне цирроза остается актуальной проблемой в гепатобилиарной хирургии [4; 6; 7; 10].

Цель исследования

- изучить эффективность предварительной ишемической подготовки (ПИП) печени на улучшение нарушенной микроциркуляции и изменений в структуре морфологического состояния печени на фоне билиарного цирроза, для профилактики реперфузионного повреждения.

Материалы и методы

Исследования проводилось на 90 белых крысах Wistar, весом 250-300 г., которых разделили на три группы, по 30 крыс в каждой, в экспериментальной лаборатории Университетской клиники города Бонн, Федеративной Республики Германии. В первой контрольной группе производилась резекция печени: перед операцией накладывали сосудистый клип на магистральные сосуды у ворот печени. В II и III группах соответственно останавливали приток крови к органу путем наложения клипа на печеночную артерию и портальную вену, в течение 60 минут. Две последние группы отличались от I-ой группы тем, что резекция печени осуществлялась на фоне билиарного цирроза. В III группе до операции применялось ПИП печени по схеме 10 минут ишемии + 5 минут реперфузия + 15 минут ишемии + 5 минут реперфузии. Интенсивность портального кровотока и печеночную микроциркуляцию измеряли через 1, 3 и 24 часов после резекции.

Печеночную микроциркуляцию изучали с помощью аппарата Laser Doppler. Аппарат снабжен датчиком, излучающим лазерные лучи и имеется возможность воспроизведения изменения отражения лучей в цифровом формате виде графиков на дисплее. Аппарат имеет возможность на уровне – 4 мм (surface) и на глубине 8 мм (deer) от поверхности печени вычисляет ниже перечисленные параметры микроциркуляции: печеночный кровоток (hepatic flow), относительное количество гемоглобина (rHb - relative hemoglobin amount), скорость кровотока (blood flow velocity) и кислородную насыщенность тканей (Oxygen supply of tissue - SO_2). Портальный кровоток изучали с помощью ап-

парата Transonc system TS – 420, методом периваскулярной флоуметрии. К аппарату подключался кабель, в конец которого приспособлен муфтаобразный детектор. После мобилизации, воротную вену бережно помещали в середину муфты - детектора и закрепляли. В течение одной минуты измеряли интенсивность портального кровотока, результаты исследования отражались на дисплее.

Модель билиарного цирроза создавалась следующим образом: общий желчный проток выделялся в толще гепатодуоденальной связки, перевязывался и пересекался между двумя лигатурами, отрезок протока длиной в 2см извлекался для предотвращения реканализации. Брюшную полость закрывали двухрядным швом. Крыс держали в лабораторных условиях 2 недели, после чего производилась релапаротомия, измерение микроциркуляции и интенсивность портального кровотока. После мобилизации большая левая доля печени резецировалась.

Стандартные ферменты: АлАТ, АсАТ, Щелочная фосфатаза (ЩФ), γ – глутамил транспептидаза (ГГТ), отражающие функциональную активность печени и количество общего билирубина измеряли на биохимическом анализаторе 1, 3 и 24 часов после резекции. Куски печеночной ткани, взятые в те же часы после резекции, фиксировали в 10%-м растворе формалина, обрабатывали парафином, срезы толщиной 5,0 – 8,0 мкм окрашивали гематоксилином-эозином по методу Ван-Гизона, после чего изменения в структуре органа изучали под световым микроскопом.

Статическая обработка данных производилась с помощью параметрических (Стюдент) и непараметрических (Манна-Уитни) методов. При $p < 0,05$ разница между группами считалась достоверной.

Обсуждение результатов

В контрольной группе через час после резекции печени отмечалось повышение объема печеночного кровотока (ПК) по сравнению с исходными (как поверхностного, так и глубокого кровотока), в то время как портальный кровоток снизился с $32,10 \pm 1,24$ до $25,80 \pm 1,71$ ($p < 0,05$). Снизилась сатурация (SO_2), почти не изменилась скорость кровотока (Velocity) и отмечалось повышение уровня относительного гемоглобина (rHb). Во всех изменениях различие не было статистически достоверным. После восстановления кровообращения видимых изменений в оставшейся части печени не наблюдалось. Биохимический анализ крови показал, повышение активности ферментов. Статистически достоверного подъема в количестве общего билирубина не наблюдалось. Активность ферментов через 3 часа после операции достигло максимального уровня. На изъятых биоптатах печени гистологическое исследование показало дезорганизацию диффузного характера, как в паренхиме, так и в строме печеночной ткани. Разрушено балочное строение долек, исчез радиальный облик гепатоцитов создающих балки, наблюдается вакуольная дистрофия цитоплазмы многих гепатоцитов.

Во второй группе перед операцией печень была зеленовато-желтого цвета, с неравномерными контурами и бугристой поверхностью. Биохимический анализ крови (повышенная

активность ферментов и высокий уровень билирубина) и макроскопическая картина печени свидетельствовала в пользу правильности моделирования. Исследования показали депрессию в параметрах микроциркуляции и интенсивности портального кровотока. Печеночный кровоток через 1 час после резекции, снизился на 40,17% поверхностно и 21,03% на глубоком уровне. Уменьшилась скорость кровотока на 22%, почти не изменилось количество относительного гемоглобина. Сатурация поверхностно упала до - 14,05%, в глубоких тканях до 19,37%. После снятия сосудистого клипа макроскопически были видны очаги ишемии бледного цвета на фоне отечной паренхимы, застой и гиперемия в соседних отделах. По сравнению с предыдущими группами у крыс на фоне билиарного цирроза наблюдалось прогрессирование патологического процесса в фазе реперфузии.

Таблица 1. Результаты проводимых биохимических исследований крови во второй группе

Параметры	Часы обследования после резекции печени		
	1 час (n=6)	3 часа (n=6)	24 часов (n=6)
АсАТ, Ед/л	2 373,8±64,2 (2139 – 2561) ##	2 488,8±27,1 (2405 – 2555)	2 885,3±18,3 (2818 – 2943) ** #
АлАТ, Ед/л	1 005,4±3,8 (989,3 – 1016) ##	1 145,5±18,6 (1095 – 1223) ** #	1 189,7±7,8 (1164 – 1211) ** #
Г Г Т Ед/л	58,7±0,5 (56,6 – 59,9) ##	66,3±1,1 (62,82 – 69,44) ** #	73,6±0,8 (70,3 – 75,6) ** #
Щелочная фосфатаза, Ед/л	1 046,4±20,3 (995,6 – 1125) ##	1 424,2±8,7 (1395 – 1451) ** #	1 875,5±10,9 (1846 – 1920) ** #
Общий билирубин ммол/л	110,39±1,72 (105,3 – 115,86) ##	123,65±1,16 (119,2 – 126,8) ** #	156,28±1,75 (150 – 162,8) ** #

Замечание: Статистическая достоверность разницы между параметрами:

Первый час * – $p_0 < 0,05$; ** – $p_0 < 0,01$;

Первая группа: # – $p_2 < 0,05$; ## – $p_2 < 0,01$.

Как видно из таблицы, активность ферментов стала повышаться после резекции и через сутки после операции показатели оставались высокими. По сравнению с первой контрольной группой, где через 3 часа после резекции активность ферментов имела тенденцию к нормализации, нарастание активности ферментов и количество общего билирубина на фоне билиарного цирроза предупреждало об агрессии реперфузионного повреждения.

Прогрессирование патологического процесса ярко наблюдалось и в морфологическом исследовании биоптатов печеночной ткани. Через час после резекции большинство долек подвержены зернистой и гидропической дистрофии, исчезло балочно-радиальное строение. Отмечался коагуляционный и колликвационный некроз гепатоцитов в центрлобулярных участках. Видны скопления пигмента липофусцина в этих очагах.

На срезах взятых через 3 часа после реперфузии привлекло внимание скопление капель жира, как основной признак гипоксии в периферических гепатоцитах. Наблюдается отек портальных и перипортальных отделов стромы, дезорганизация волоконистого каркаса, а также распространение соединительной ткани в перисинусоидальных участках. Патоморфологическое исследование выявило признаки как острой, так и хронической гипоксии печеночной ткани. Через 24 часа после операции клеточная инфильтрация в перипортальных и перисинусоидальных участках распространяется внутрь долек. Терминальные ветви печеночной артерии и портальной вены закупориваются агрегатами и тромбами. В отдельных участках отмечается расширение микрокапилляров и синусоидов, парализованы функциональ-

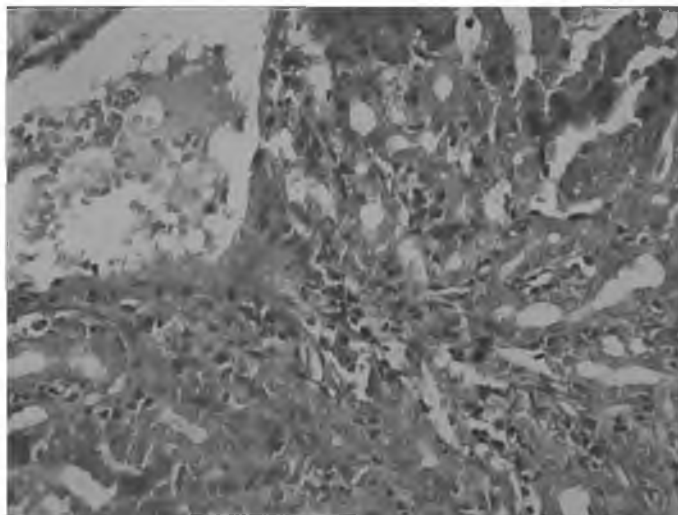


Рис.1 Через час после резекции на фоне билиарного цирроза: некроз гепатоцитов в центрлобулярных участках. Окраска: гемтоксилин-эозин, об.50.ок.5

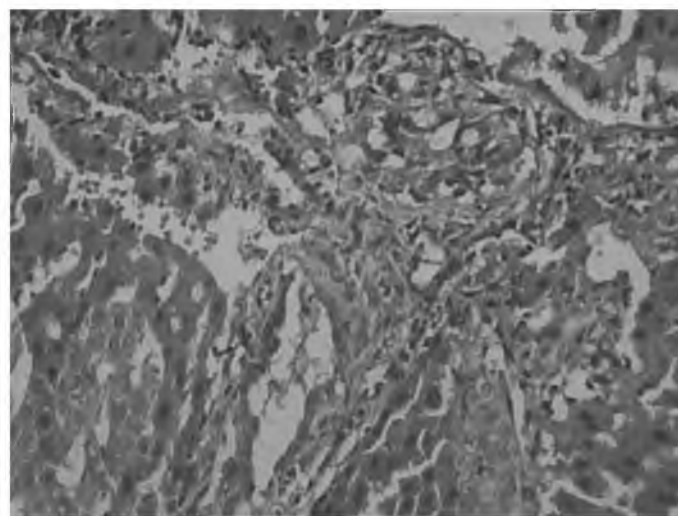


Рис.2 Через 24 часа после резекции на фоне билиарного цирроза. Расширенные синусоиды. Окраска: гемтоксилин-эозин, об.50.ок.5

ные свойства эфферентных венозных сосудов.

Описанные морфологические изменения печеночной ткани отражают обострение патологического процесса после резекции большей части органа. Биохимический анализ крови свидетельствовал о реперфузионном повреждении функциональной активности гепатоцитов на фоне билиарного цирроза. Дистрофические и деструктивные процессы в паренхиме органа повлекли за собой ухудшение микроциркуляторного кровообращения. Понижился общий объем и скорость кровотока, уменьшилась интенсивность портального кровотока, процент насыщения тканей кислородом оставался на критическом уровне.

Применение ишемической подготовки до оперативного вмешательства способствовало появлению обнадеживающих результатов уже через час после резекции. Глубокий показатель кровотока показал увеличение общего объема. Также повысилась интенсивность портального кровообращения. Количество относительного гемоглобина выросло на обоих уровнях измерения. Оставались на своих прежних позициях скорость кровотока и сатурация тканей.

Через 3 часа после резекции отмечалась положительная динамика изменений микроциркуляторных параметров в основной группе. Увеличился приток крови по воротной вене, а также печеночный кровоток согласно доплерографическим данным. Анализ других параметров показал повышение скорости кровообращения как поверхностно, так и на глубоком уровне. По сравнению с лабораторными животными не получавшими подготовку, сатурация в основной группе была намного выше, но

Таблица №2. Портальный кровоток и печеночная микроциркуляция через час после резекции

Параметры	Контр. группа	Группа модели билиарн. цирроза	Группа с примен. «Ишемической подготовки»
Портальный кровоток	25,80±1,71	6,22±1,03**	11,2±0,55 ## ^^
SO ₂ (S)	62,43±3,61	14,05±2,34**	21,4±1,72# ^^
rHb (S)	102,71±3,34	38,46±1,48**	44,2±0,65## ^^
Flow (S)	197,31±20,05	86,65±15,07*	139±11,1# ^^
Velocity (S)	27,36±1,37	16,35±0,85**	17,8±0,43^^
SO ₂ (D)	79,11±1,1	19,37±0,37**	31,8±1,18## ^^
rHb (D)	134,36±19,15	83,71±3,20**	84,4±1,53^^
Flow (D)	531,55±21,16	285,6±30,19**	364±9,71# ^^
Velocity (D)	68,87±1,67	36,06±3,14**	38,4±0,61^^

Примечание: Статистическая достоверность различия среди показателей.

p₁-p₂: * – p < 0,05; ** – p < 0,01;

p₂-p₃: # – p < 0,05; ## – p < 0,01.

p₁-p₃: ^ – p < 0,05; ^^ – p < 0,01.

отставала от показателей в контрольной группе. Изменения показателей в сторону нормализации была более ярко выражена через сутки после операции благодаря ишемической подготовке печени. Улучшение микроциркуляции создало оптимальные условия для повышения сатурации на поверхности печени до 46,2%, а в глубоких тканях до 60%. Благодаря положительным изменениям в микроциркуляторном русле патоморфологическая картина отличалась от исследований проведенных в группе цирроза без подготовки. Очаги микронекроза в центрлобулярных участках носили эпизодический характер. В дольках расположенных в периферии видны ступенчатые и мостовидные микронекрозы. Через 3 часа после резекции наблюдается отдельные группы гепатоцитов, имеющие функциональную активность. Ишемическая подготовка положительно повлияла на регенераторные способности гепатоцитов.

Через сутки после резекции перисинусоидальные участки дилатированы, остается желчный застой. В цитоплазме некоторых гепатоцитов рядом с накоплением липофусцина, отмечаются следы желчных пигментов, что свидетельствует о восстановлении функции гепатоцитов улавливать свободный билирубин в крови. Соединительнотканые септы в перипортальных участках более нежные по сравнению с группой без подготовки. В порто-кавалных и порто-портальных направлениях видны формирование псевдолобулярной структуры паренхимы.

Биохимический анализ крови в группе с применением ишемической подготовки показал что, по сравнению с 3-ей группой подъем активности трансфераз печени после резекции большой левой доли выглядело не таким уж угрожающим. Этот факт ещё раз доказывает мнение о положительном воздействии предварительной ишемической подготовки печени на мембрану гепатоцитов и повышает их устойчивость против реперфузионного повреждения.

Понижение активности АсАТ и АлАТ в основной группе наблюдали через 3 часа после резекции. Повышение ГГТ и ЩФ в I группе по сравнению с аналогичными показателями основной группы было выше соответственно на 15,1% и 23,5%. Ишемическая подготовка содействовало более раннему восстановлению функциональной активности гепатоцитов. Через 24 часа после резекции анализ крови показал отчетливое понижение исследуемых параметров, исключая количество общего билирубина. Полученные данные показали эффективность предварительной ишемической подготовки на функциональную активность оставшейся части паренхимы печени при цирротическом ее поражении.

Выводы

На фоне билиарного цирроза дистрофические и деструктивные изменения в паренхиме печени после обширных ее резекций

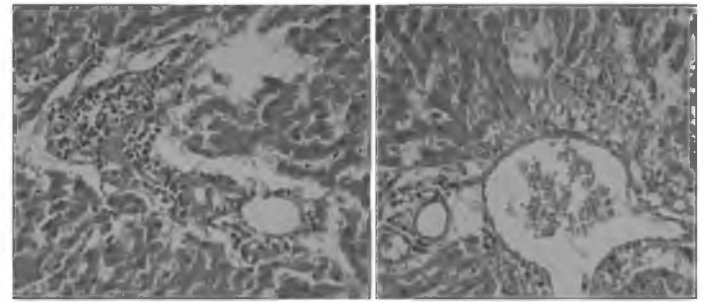


Рис.3 и 4. Основная группа 1(а) и 3(б) часов после резекции. Формирование псевдолобулярной структуры порто-портальных участках. Окраска: Ван-гизон, пикрофуксин – 22, гемтоксилин-эозин - 23, об.40.ок.7

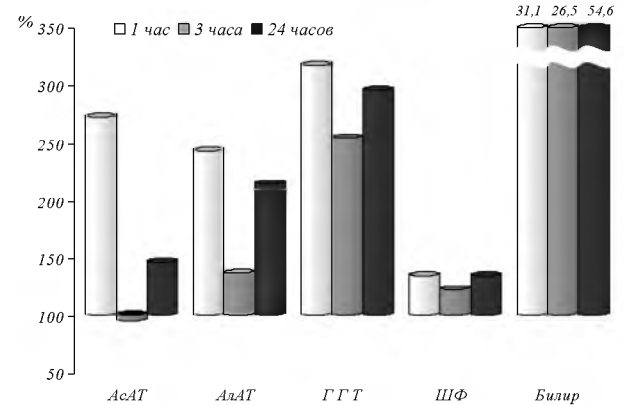


Рис. 5. Биохимический анализ крови в группе с применением ишемической подготовки в различные часы после резекции

отличаются злокачественным характером. Реперфузионное повреждение отражается на изменениях параметров микроциркуляции, патоморфологической картине печеночной ткани, а также на анализах крови. Интенсивность реперфузионного повреждения была ярко выражена во второй группе животных. Предварительная ишемическая подготовка печени благоприятно повлияла на течение послеоперационного периода. Результаты исследования кровотока выявило повышение при указанной подготовке скорости и общего объема печеночного кровотока. Интенсивность портального кровотока в различные часы после резекции было высоким по сравнению с группой животных без подготовки. Насыщенность тканей кислородом повысилась в основной группе, но оставалась все еще низкой по сравнению с крысами контрольной группы. Деструктивные изменения в группе билиарного цирроза носили интенсивный характер, тогда как ишемическая подготовка, активизируя приспособительные и адаптивные механизмы печени, способствовало с легкостью переносить повреждение паренхимы после реперфузии. Через сутки после резекции удалось выявить усиление регенераторных и репаративных свойств гепатоцитов, как результат эффективности предварительной ишемической подготовки. После проведения ишемической подготовки и резекции, оставшаяся часть паренхимы печени также отличалась более высокими регенераторными способностями для раннего восстановления функциональной активности.

Список литературы

1. Capussotti L, Nuzzo G, Polastri R, Giuliante F, Muratore A, Giovannini I. Continuous versus intermittent portal triad clamping during hepatectomy in cirrhosis. Results of a prospective, randomized clinical trial. *Hepatogastroenterology* 2003; 50: p. 1073–1077
2. Chouker A, Schachtner T, Schauer R. et al. Effects of Pringle manoeuvre and ischaemic preconditioning on haemodynamic stability in patients undergoing elective hepatectomy: a randomized trial. *Br J Anaesth* 2004; 93: p.204–211
3. Clavien PA, Selzner M, Rudiger HA, et al. A prospective randomized study in 100 consecutive patients undergoing major liver resection

- with versus without ischemic preconditioning. *Ann Surg* 2003; 238: p.843–850.
4. Dunschede F, Erbes K, Kircher A, Westermann S, Seifert J, Schad A et al. Reduction of ischemia reperfusion injury after liver resection and hepatic inflow occlusion by alpha-lipoic acid in humans. *World J Gastroenterol* 2006; 12:6812–6817
 5. Kotsch K, Ulrich F, Reutzel-Selke A, Pascher A, Faber W, Warnick P et al. Methylprednisolone therapy in deceased donors reduces inflammation in the donor liver and improves outcome after liver transplantation: a prospective randomized controlled trial. *Ann Surg* 2008; 248: p.1042–1050
 6. Jaeschke H. Molecular mechanisms of hepatic ischemia-reperfusion injury and preconditioning. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2003; 284 p.15–26
 7. Peralta C, Serafin A, Fernandez-Zabalegui L, Wu ZY, Rosello-Catafau J. Liver ischemic preconditioning: a new strategy for the prevention of ischemia-reperfusion injury. *Transplant Proc* 2003; 35: p.1800-1802
 8. Rahbari NN, Wente MN, Schemmer P et al. Systematic review and meta-analysis of the effect of portal triad clamping on outcome after hepatic resection. *Br J Surg* 2008; 95: p.424–432
 9. Selzner N, Rudiger H, Graf R, and Clavien PA. Protective strategies against ischemic injury of the liver. *Gastroenterology* 2003; 125: p.917–936
 10. Wu BQ, Chu WW, Zhang LY, Wang P, Ma QY, Wang DH. Protection of preconditioning, postconditioning and combined therapy against hepatic ischemia/reperfusion injury. *Chin J Traumatol* 2007; 10: p.223-227.

Диагностика и лечение хронических запоров у детей, сопровождающихся недостатком Баугиновой заслонки

Полухов Р.Ш.

Кафедра детской хирургии Азербайджанского медицинского университета, заведующий кафедрой Ч.Б.Кулиев), Баку.

Илеоцекальный угол – отдел пищеварительного тракта, представляющий собой сложную биоконструкцию, расположенную на границе двух качественно разных сред организма. Конструкцию, осуществляющую комбинированный ангиомускулярно-ангиоскладчатый механизм, который в норме не допускает слепо-подвздошный рефлюкс. Баугиновая заслонка выполняет функцию запирающего аппарата илеоцекального угла: регулирует переход химуса в слепую кишку отдельными порциями и предупреждает перемещение кишечного содержимого из слепой кишки в тонкую. Но в силу ряда врожденных и приобретенных причин герметизм теряется.

Илеоцекальная область является местом обильного размножения микроорганизмов, главным образом представителей анаэробной флоры (90%). Потеря замыкательной функции клапана ведет к избыточному бактериальному обсеменению тонкой кишки. При этом наступает «колонизация» и развитие дисбактериоза в тонкой кишке. Данный патологический процесс приводит к развитию гнилостных и бродильных процессов. Продукты жизнедеятельности микробов – индол, фенол, крезол, скатол, карболовая кислота и т.д. поражают слизистую тонкой кишки, всасываясь в кровь вызывают хроническую интоксикацию (1,3).

Опасность представляет не только попадание содержимого толстой кишки в тонкую, но и обратный заброс, возникающий из-за недостаточности циркулярных и продольных мышечных волокон сфинктера. Так, согласно теории Вирхова, суть которой заключается в постоянном патологическом воздействии на органы и ткани, в этиопатогенезе рака толстой кишки одним из пунктов является постоянное воздействие вторичных желчных кислот. В норме 90% желчных кислот всасывается в дистальных отделах подвздошной кишки, а при возникновении несостоятельности илеоцекального сфинктера в условиях рефлюкс-энтерита, эта функция подвздошной кишки ухудшается и значительная часть желчных кислот попадает в слепую, а затем и в восходящую ободочную кишку, создавая условия хронического воспаления и метапластические процессы (4).

Все вышесказанные указывают на серьезность проблемы диагностики и коррекции недостаточности баугиновой заслонки.

В настоящее время доказано, что первичная несостоятельность баугиновой заслонки формируется на фоне висцерального проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани, липоматоза клапана (6). Вторичная недостаточность возникает как сопутствующее заболевание, или как осложнение основного.

Инфекционные илеиты, болезнь Крона и заболевания червеобразного отростка в литературе достаточно описаны как при-

В статье проанализированы результаты лечения 61 детей с недостатком баугиновой заслонки возникающего на фоне хронического запора. Всем больным было проведено комплексное консервативное лечение. Параллельно для восстановления запирающей функции баугиновой заслонки был назначен препарат «Магнерот», с составом магния-оротат. Применение препарата «Магнерот» у детей с недостатком баугиновой заслонки, возникающего на фоне хронического запора, у 56 больных (91,8%) клинически и рентгенологически привело к консервативной коррекции недостатка баугиновой заслонки. При неэффективности консервативного лечения правосторонняя резекция толстого кишечника и анастомоз по Витебски может применяться методом выбора у детей с недостатком баугиновой заслонки, возникающего на фоне хронического запора.

Ключевые слова: хронический запор, недостаточность Баугиновой заслонки, дети, аномалии развития толстой кишки, лечение

In article results of treatment of 61 children with a lack baugin valve arising against a chronic lock are analysed. All patient had been spent complex conservative treatment. In parallel for restoration of the clamping function of the baugin valve have been appointed a preparation «Magnerot», with structure magnesium- orotat. Preparation application «Mgnerot» at children with a lack baugin valve arising against a chronic lock, at 56 sick (91,8 %) clinically and rentgenology has led to conservative correction of a lack baugin valve. At an inefficiency of conservative treatment the right-hand resection of thick intestines and anastomosis on Vitebsk can will be applied by a method of a choice at children with a lack baugin valve arising against a chronic lock

Key words: chronic constipation, children, baugin incompetence, colonic malformation, treatment

чины вторичной недостаточности. Но мы не встретили не одной научной информации о недостаточности баугиновой заслонки у детей с хроническими запорами. В этом плане у нас появился особый интерес на исследование хронических запоров сопровождающихся недостаточностью баугиновой заслонки.

Материалы и методы

Из 798 детей обследованных и лечившихся по поводу хронического запора, у 574 обнаружены анатомические аномалии толстого кишечника. Больным проведены обще клинические, лабораторные, рентгенологические, эндоскопические, гистологические, УЗИ обследования. Состояние толстого кишечника и

баугиногового клапана оценивалось по результатам ирригографии. Ирригография была выполнена с наполненным и опорожненным кишечником.

Для оценки состояния отдельных сегментов толстого кишечника использовалась программа «Archi CAD-13». С помощью этой программы определялась длина, диаметр, периметр отдельных сегментов, оценивалось состояние печеночного и селезеночного угла. В результате обследования были обнаружены различные анатомические аномалии толстого кишечника (таблица 1).

Таблица 1. Характеристика анатомических вариантов аномалии толстого кишечника у детей с хроническими запорами

Анатомические варианты аномалии	Количество больных N %	
	Долихоасцендес	20
Долихотрансверзум	96	16,73
Мегадолихотрансверзум	68	11,85
Долиходесцендес	24	4,18
Долихосигма	186	32,40
Мегадолихосигма	180	31,36

Параллельно у 61 (10,63%) больных был обнаружен недостаток баугиновой заслонки. У этих детей вместе с хроническими запорами были отмечены характерные признаки недостатка баугиногового клапана (таблица 2).

Таблица 2. Жалобы больных с хроническими запорами, сочетанными недостатком баугиногового клапана

Жалобы	Количество больных
Периодические боли в правой подвздошной области	46
Неопределенные боли в животе	14
Тошнота, рвота	28
Повышение температуры	32
Хронические запоры	54
Чередование поносов и запоров	6

Всем больным было проведено комплексное консервативное лечение. Комплексное лечение включало в себя диету, клизмы, коррекцию дисбиотических нарушений, ферментотерапию, витаминотерапию, препараты лактулозы, гепатопротекторы. Параллельно для восстановления запирающей функции баугиногового клапана был назначен препарат «Магнерот», с составом магнии-оротат. Препарат назначался в суточной дозе 10 мг/кг в течение 3-х месяцев, за тем после 3 месяцев перерыва 8 мг/кг повторно 3 месяца.

Из 61 больных у 56 были получены положительные клинические и рентгенологические результаты, по этому лечение продолжалось в течение года. У 5-ти детей консервативное лечение было неэффективно. У этих больных на основе колоноскопии и биопсии после оценки морфологического состояния левой половины толстого кишечника резецировался илеоцекальный угол, слепой и восходяще-ободочный кишечник, и проводилась баугинеопластика по Витебску. После операции макроскопически и микроскопически было оценено состояние резецированного кишечника.

Результаты и обсуждения

Из 61-го больного, у которых на фоне хронического запора был выявлен недостаток баугиногового клапана параллельно с комплексным лечением после 3-х месячного назначения магнии-оротата у 56(91,8%) детей боли в животе прошли, температура тела нормализовалась, больные прибавили в весе, акт дефекации нормализовался. После 6 месяцев в повторной ирригографии рефлюкс баугиногового клапана не был выявлен. В последующие 3 года параллельно с комплексным лечением

два раза в году было назначено курсовое лечение магнии-оротатом. На фоне этого лечения была проведена полная консервативная коррекция хронического запора и недостатка баугиногового клапана.

Терапевтический эффект магнии-оротата в комплексном лечении недостатка баугиногового клапана может связываться с повышением синтеза коллагена ионами Mg²⁺. Синтез коллагена в свою очередь повышает эластичность соединительной ткани, улучшает перистальтику (5).

У 5-ти (8,2%) больных с неэффективным консервативным лечением результаты ирригографии были проанализированы рентгенопланиметрическим методом. У этих детей за счет обострения печеночного угла в слепой кишке отмечалось повышение индекса опорожнения (10=0,65-0,68). Более вероятно, что деформация печеночного угла привело к повышению давления в правой стороне толстого кишечника, а это в свою очередь привело к недостатку баугиногового клапана. Больным была проведена операция, резецированный сегмент был обследован макроскопически и гистологически. Макроскопически у 3-х детей верхние, у 2-х верхние и нижние илеоцекальные связки не были обнаружены. Ретроградно введенная жидкость свободно проходила в тонкий кишечник через баугиновую заслонку. В гистоморфологическом исследовании в стенках слепого и восходяще-ободочного кишечника была обнаружена дегенерация и гипоганглиоз. В материалах биопсии забранных из левой стороны толстого кишечника органических изменений не обнаружено.

После операции всем 5-ти пациентам в течение 6-ти месяцев продолжалось комплексное консервативное лечение. В результате боли в животе и запоры не встречались, вес больных постепенно нормализовался. После 6-ти месяцев рефлюкс в илеотрансверсо анастомозе не встречался.

Выводы

- Применение препарата «Магнерот» у детей с недостатком баугиногового клапана, возникающего на фоне хронического запора, в 91,8% случаев клинически и рентгенологически привело к консервативной коррекции недостатка баугиногового клапана.

- При неэффективности консервативного лечения правосторонняя резекция толстого кишечника и анастомоз по Витебску может применяться методом выбора у детей с недостатком баугиногового клапана, возникающего на фоне хронического запора.

Литература

1. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Пороки развития илеоцекальной области. Абдоминальная хирургия у детей. М. «Медицина» 1988, стр. 212-216.
2. Казанцев И.Б. Несостоятельность илеоцекального запирающего аппарата как основа гастроинтестинальной патологии. Сборник статей по материалам 69-й Международной научной итоговой конференции, посвященной 200-летию со дня рождения Н.И.Пирогова, г. Томск, 11-13 мая 2010.
3. Логинов А.С., Парфенов А.И., Чижилова М.Д. Болезни илеоцекального угла. Методы диагностики. Российский гастроэнтерологический журнал. 2000, №1.
4. Мартынов В.Л., Измайлов С.Т., Рулев В.Н., Колгин Д.Г. и др. Несостоятельность илеоцекального запирающего аппарата (баугиновой заслонки). Опыт 400 баугинопластики. Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. 2005, №19, стр 74-77.
5. Степура О.Б., Мельник О.О., Шехтер А.Б. и др. Результаты применения магниевого соли оротовой кислоты «Магнерот» при лечении больных с идеопатическим пролапсом митрального клапана. Российские медицинские вестники 1999, Т. 4.2. стр. 64-69.
6. Kuma D., Philips S.F. The contribution of external ligamentous attachments of function of the ileocecal function. Dis.Col.&Rect. 1987. vol. 50, pp. 410-416.

Опыт применения Тахокомба в абдоминальной хирургии

Шуленбаев А.С.

Отделение плановой хирургии Областного медицинского центра. г. Кызылорда

В настоящее время появилось много сообщений о применении различных клеевых субстанций при хирургических вмешательствах. Подобные препараты используются в целях гемостаза при повреждении паренхиматозных органов. Наиболее традиционным гемостатическим средством местного применения является коллаген, который служит матриксом для формирования кровяного сгустка путем улавливания тромбоцитов.

Однако гемостатические возможности коллагеновых губок весьма ограничены из-за плохой фиксации к раневой поверхности, что приводит к их быстрому отторжению при остановке достаточно массивных паренхиматозных кровотечений.

Проблему удалось решить с помощью препарата Тахокомб® компании Никомед. Он представляет собой готовую к применению стерильную коллагеновую пластину, клеящий слой которой состоит из фибриногена, тромбина, апротинина и рибофлавина. Последний маркирует желтым цветом клеящую поверхность.

При контакте с кровоточащей поверхностью или жидкостями организма факторы свертывания, содержащиеся в покрывающем коллагеновом слое, освобождаются, и тромбин превращает фибриноген в фибрин, апротинин препятствует преждевременному фибринолизу плазмином.

Тахокомб, по мнению E. Samhaber (1993), уникальный препарат, для его производства применяется специальная методика тонкого нанесения фибринового клея. Учитывая, что тромбин мгновенно реагирует с фибриногеном даже в присутствии стабилизатора апротинина, компоненты фибринового покрытия распыляются в органической среде, и данная суспензия накладывается на пластину коллагена. Органическая среда в дальнейшем испаряется, оставляя слой компонентов фибринового клея, абсорбированных на коллагеновой основе. При контакте с тканевыми жидкостями происходит реакция полимеризации фибринового покрытия, а коллаген в течение 3-5 минут образует водо- и воздухонепроницаемый слой. Во время этого процесса пластина Тахокомба должна быть плотно прижата к раневой поверхности. Она хорошо адаптируется как к ровным, так и бугристым раневым поверхностям, а механическая стабильность коллагеновой пластины обеспечивает дополнительную защиту раневой поверхности.

Тахокомб® успешно используется для достижения гемостаза при хирургических вмешательствах на паренхиматозных органах: печени, селезенке, поджелудочной железе. Так, H. Lippert и H. Wolff сообщили о применении препарата у 57 пациентов. Из них 21 больному была выполнена резекция печени, 9 больным — резекция поджелудочной железы. H. Schiele и соав. (1992) применили Тахокомб® не только при резекциях и трансплантации печени, но и в случаях травмы селезенки, при резекции поджелудочной железы у больных с панкреатонекрозом, раком и хр. панкреатитом со 100%-ным гемостатическим эффектом.

Он нашел применение в легочной хирургии, где используется не только гемостатический эффект препарата, но и возможность аэрозаза (I. R. Izbick et al., 1994; P. Hollans, N. Pridim, 1994), в сердечно-сосудистой хирургии (H. Nishida et al., 1994), урологии, травматологии и других отраслях хирургии.

Для остановки кровотечения мы применяли Тахокомб® у 28 больных, при различных оперативных вмешательствах:

резекции печени	3
удаление паразитарных кист	4
желудочно-кишечные и межкишечные анастомозы	6

При лапароскопических операциях, особенно в условиях неотложной хирургии, могут возникать проблемы локального гемостаза, когда применение коагуляции недостаточно для остановки возникшего кровотечения. В подобных ситуациях методом выбора остановки кровотечения может служить аппликация Тахокомба.

У 8 больных острым калькулезным холециститом после удаления желчного пузыря лапароскопическим путем, возникли обильные кровотечения из ложа,



которые были остановлены аппликацией Тахокомба.

У данных пациентов применяли 1-2 стандартные пластины Тахокомба размерами 2,5х3см



Также Тахокомб применялся и при открытой холецистэктомии:



Виды операции	Число случаев применения
лапароскопические холецистэктомии	8
открытые холецистэктомии	7

Показателен пример применения Тахокомба у больной 67 лет с диагнозом гепатоцеллюлярная карцинома. Большая солитарная опухоль расположена в VII-VIII сегментах. Резекция сегментов вызвала обильное кровотечение.



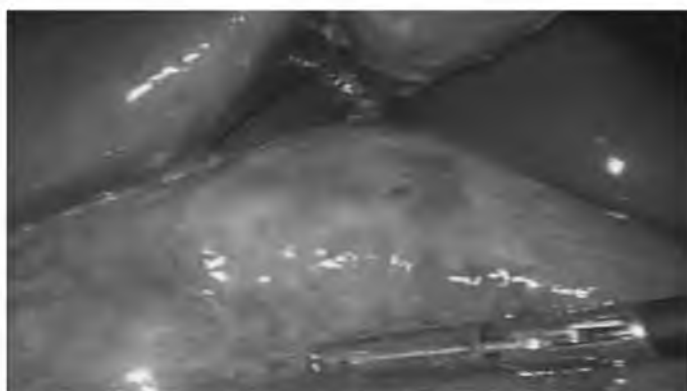
Введение различных гемостатических средств, переливание крови, применение коагуляторов, применение местных гемостатиков в течение часа не принесли никакого эффекта — кровотечение продолжалось. После наложения пластины Тахокомб на линию швов кровотечение удалось остановить за 5 минут.



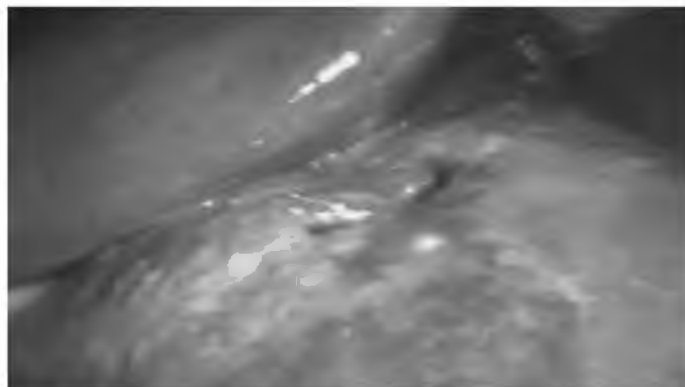
Тахокомб был применен у больного с эхинококковой кистой печени. Послеоперационный период также протекал без осложнений.

Помимо гемостатического эффекта, нас заинтересовала возможность использования пластических свойств Тахокомба для укрепления швов в прогностически неблагоприятных условиях, когда имеется высокий риск их несостоятельности.

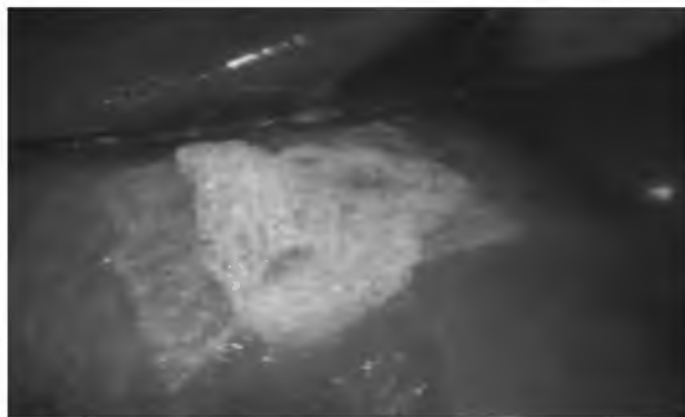
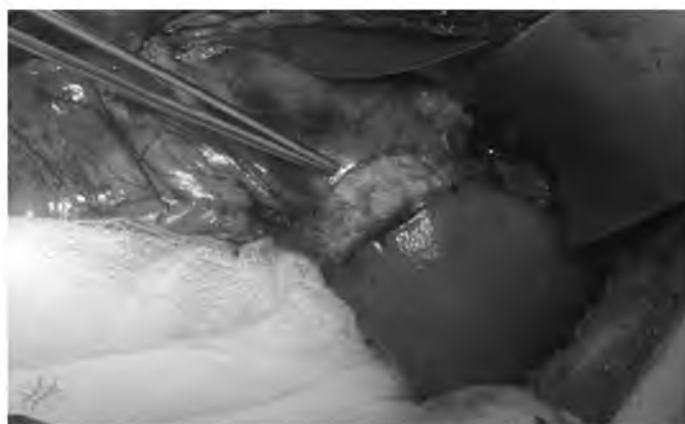
Тахокомб® применен у больного 16 лет, с прободной язвой пилорического отдела желудка



Лапароскопическим методом перифаративное отверстие, размером 0,3*0,3см, было ушито 1 узловым швом.



После чего над швом произведена аппликация пластины Тахокомба. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Больной в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение на 7-е сутки.



Пластические свойства Тахокомба, также были использованы при различных видах межкишечного и желудочно-кишечного анастомоза. В частности Тахокомб был применен у больного 37 лет, оперированного по поводу каллезной язвы желудка с кровотечением. Была проведена резекция желудка по Бильрот-I. Поверх анастомоза была наложена пластина Тахокомба

Осложнений при применении Тахокомба мы не наблюдали.

Наш опыт использования Тахокомба в гемостатических и пластических целях показал несомненную перспективность его дальнейшего применения в традиционной и эндоскопической хирургии.

Эффективность и безопасность применения Мелофлама в послеоперационном обезболивании при хирургическом лечении грыжесечения и аппендэктомии

Абдуллаев З. Т.

Сайранская районная поликлиника

Послеоперационная боль остается значительной проблемой после операций грыжесечения и аппендэктомии [1, 2]. По данным многих авторов, качество обезбоживания не вполне отвечает современным требованиям к анестезиологическому обеспечению хирургических операций и послеоперационного периода.

Несмотря на широкий выбор медикаментозных препаратов, и методик анальгезии до 75% больных испытывают боль различной интенсивности в операционной ране в раннем послеоперационном периоде. Боль – это неприятное субъективное ощущение, обладающее в зависимости от его локализации и силы различной эмоциональной окраской. Это самая старая в эволюционном отношении защитная реакция организма. Она сигнализирует о неблагополучии и вызывает ответную реакцию организма, направленную на устранение причины боли. В ходе различных исследований оценивались многие препараты — системные опиоиды, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), нейроаксиальные блокаторы [3]. Опиаты имеют значительные побочные эффекты, такие как угнетение дыхания, тошнота, рвота, запор и задержка мочи. Дооперационное и послеоперационное назначение ингибиторов циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2), по-видимому, оказывает значительный опиоидосберегающий эффект. Послеоперационная боль усиливает нагрузку практически на все жизненно важные системы организма. Напряжение функций этих систем, прежде всего кровообращения и дыхания, проявляются гипертонией, тахикардией, аритмиями, учащением дыхания и уменьшением его глубины (снижаются ЖЕЛ и ФОЕ) и т.д. Кроме того, снижается двигательная активность, способность продуктивно откашливать мокроту, глубоко дышать, больной принимает «вынужденное» положение, развивается депрессивное состояние. Для профилактики и лечения послеоперационной боли в большинстве случаев традиционно используют опиоидные анальгетики. Однако, побочные эффекты этих препаратов, такие как плохая управляемость анальгетического эффекта, малая терапевтическая широта, угнетение дыхания, способность вызывать тошноту и рвоту, влияние на внутренние органы, дисбаланс вегетативной нервной системы, а также развитие привыкания (ослабление обезболивающего эффекта при повторном применении) и лекарственной зависимости, заставляют задуматься о применении альтернативных методов лечения болевого синдрома в послеоперационном периоде. Исследования, касающиеся использования ингибиторов ЦОГ-2 (циклооксигеназы-2), демонстрируют, что эти препараты улучшают качество восстановления пациентов и повышают их удовлетворение результатами купирования послеоперационной боли [3]. ЦОГ-2 существенно увеличивается при воспалении, при этом под действием провоспалительных цитокинов и свободных радикалов кислорода в макрофагах, моноцитах, синовиоцитах, фибробластах, хондроцитах, эндотелиальных клетках повышается синтез так называемых провоспалительных простагландинов – PGE₂, PGI₂ и PGF_{2a} [4]. Простагландины I₂ и E₂ являются медиаторами и модуляторами воспалительной реакции: вызывают локальное расширение сосудов, отек, экссудацию, миграцию лейкоцитов, способствуют воспалительной пролиферации клеток, а также сенситизируют ноцирецепторы к медиаторам боли и механическим воздействиям, понижая порог болевой чувствительности. Простаглицлин также способствует расширению сосудов

и является одним из самых мощных ингибиторов коагуляции крови. Высокоизбирательное блокирование синтеза ЦОГ-2 может приводить к повышению риска тромбозов [5, 6]. В основе анальгетического эффекта НПВП (нестероидные противовоспалительные препараты) лежит, прежде всего, снижение активности ЦОГ-2 и блокировка синтеза PGE₂ и PGF_{2a}, что приводит к стабилизации мембран, снижению числа чувствительных к химическим раздражителям ноцирецепторов, усилению воротного контроля боли на уровне спинного мозга и таламуса. Дополнительными прямыми эффектами НПВП являются антибрадикининовое действие и стимуляция продукции эндогенных регулирующих пептидов (эндорфины) [7].

Мелофлам (Мелоксикам) относится к классу оксикамов, является производным энолиевой кислоты. Оказывает противовоспалительное, анальгезирующее и жаропонижающее действие. Механизм действия связан со снижением биосинтеза простагландинов в результате угнетения ферментативной активности ЦОГ. При этом мелоксикам более активно влияет на ЦОГ-2, участвующую в синтезе простагландинов в очаге воспаления, что уменьшает риск развития побочного действия на верхние отделы ЖКТ и незначительно влияет на ЦОГ-1.

Целью нашего исследования

явилось изучение эффективности и безопасности применения препарата Мелофлам для купирования боли в послеоперационном периоде после грыжесечения и аппендэктомии.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 18 пациентов, 10 после аппендэктомии и 8 после операции грыжесечения. Среди пациентов было 12 мужчин и 6 женщин. Ни один из пациентов не имел противопоказаний для назначения данного препарата. Средний возраст пациентов составил 31,6 лет. Согласно общим принципам после больших непустых и небольшого объема полостных операций (радикальная мастэктомия, аппендэктомия, абдоминальная гистерэктомия и др.) для обезбоживания применяют опиоидный анальгетик средней силы в сочетании с ненаркотическим анальгетиком. В нашем исследовании 10 пациентов (6 после аппендэктомии и 4 после грыжесечения) получали опиоидный анальгетик только в первые сутки и 8 пациентов (4 после аппендэктомии и 4 после грыжесечения), которые в первые сутки также получали опиоидный анальгетик и мелофлам – препарат из группы нестероидных противовоспалительных лекарственных средств. Причем мелофлам назначался также и во вторые сутки. Чтобы определить показания к назначению тех или иных обезболивающих препаратов, или их сочетанное применение, решено было оценить выраженность болевого синдрома. У всех прооперированных больных операции прошли без осложнений. Во всех случаях была использована местная анестезия и проводилась премедикация по общим правилам.

Для оценки интенсивности боли в литературе предлагается много различных методов, но в обычной практике пользуются следующей простой шкалой: шкала оценки интенсивности боли. Баллы: 0 - Боли нет. 1 – Слабая. 2 – Умеренная. 3 – Сильная. 4 - Очень сильная. Именно этой шкалой мы воспользовались для оценки боли у пациентов в нашем исследовании.

Результаты и обсуждение

Мелофлам был использован следующим образом: за 30 минут до операции 8 из 18 наблюдаемых был дан мелофлам в дозе 15 мг. Оценка боли после операции показала, что ни в одной из групп наблюдения никто из пациентов не оценил свою боль как очень сильную (4 балла). Но всем пациентам в первые часы после операции был использован опиоидный анальгетик. В группе (8), где дополнительно до операции был использован мелофлам – болевой синдром, по балльной шкале был в послеоперационном периоде менее выражен – так у 6 из 8 боль охарактеризована как умеренная (2 балла), и 2 расценили боль как сильную, в сравнении с группой пациентов (10), где не был использован мелофлам – 7 пациентов расценили боль как сильную и 3 как умеренную. Через сутки мелофлан в контрольной группе был дан повторно в дозе 7,5 мг. На вторые сутки после операции оценка боли по шкале показало ту же закономерность – в группе, где был использован мелофлам, боль была меньше – у 6 – слабая, у 2 – умеренная, а в другой группе – у 1 – сильная, у 7 – умеренная, у 2 слабая. Использование препарата из группы нестероидных противовоспалительных лекарственных средств – мелофлама, механизм действия которого основан на угнетении ферментативной активности ЦОГ-2 позволяет уменьшить болезненные проявления после операции, способствуя улучшению самочувствия.

Таким образом, Мелофлам может быть рекомендован в качестве препарата для анальгезии в послеоперационный период, что предупреждает болевой синдром, позволяет уменьшить дозу или исключить использование опиоидных анальгетиков. Ведь именно рациональная и обоснованная анальгезия по-

слеоперационного периода является важным компонентом интенсивной терапии хирургического больного. Устранение боли является не только проявлением акта гуманизма, но и неременным условием нормализации витальных функций, сохранения нейрогуморального статуса и метаболизма и предупреждает рост внутрибольничной наркомании у больных с длительным болевым синдромом.

Литература

1. Kelly D.J., Ahmad M., Brull S.J. *Preemptive analgesia I: physiological pathways and pharmacological modalities* // *Can. J. Anaesth.* — 2001. — Vol. 48. — P. 1000–1010.
2. Kissin I. *Preemptive analgesia* // *Anesthesiology*. — 2000. — Vol. 93. — P. 1138–1143.
3. Akarsu T., Karaman S., Akercan F. et al. *Preemptive meloxicam for postoperative pain relief after abdominal hysterectomy* // *Clin. Exp. Obst. Gynecol.* — 2004. — Vol. 31. — P. 133–136.
4. Wang HQ, Smart RC. *Overexpression of protein kinase C- in the epidermis of trans-genic mice results in striking alterations in phorbol-ester induced inflammation and COX-2, MIP-2, and TNF- expression but not tumor promotion*. *J Cell Sci* 1999; 112: 3497–506.
5. Graham DJ, Campen D, Hui R et al. *Risk of acute myocardial infarction and sudden cardiac death in patients treated with cyclo-oxygenase 2 selective and non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs: nested case-control study*. *Lancet* 2005; 365: 475–81.
6. Hippisley-Cox J, Coupland C. *Risk of myocardial infarction in patients taking cyclo-oxygenase-2 inhibitors or conventional non-steroidal anti-inflammatory drugs: population based nested case-control analysis*. *Br Med J* 2005; 330(11): 1366–72.
7. Вознесенский А.Г. *Клиническая фармакология нестероидных противовоспалительных средств*. Волгоград, 1999.

Применение подкожных узловых швов

Хан В.В.

ГККП «Костанайская областная больница»

Швы хирургические — наиболее распространенный способ соединения биологических тканей (краев раны, стенок органов, и т.д.), остановки кровотечения, желчеистечения и др. с помощью шовного материала.

Как правило, внешний вид человека напрямую отражается на его социальном благополучии. В связи с этим все чаще современные хирурги задумываются не только об эффективности и необходимости оперативного вмешательства, но и о том, как обеспечить наименьший косметический дефект. Учитывая данную тенденцию, на смену традиционных операций приходят малоинвазивные оперативные вмешательства, при возможности выбираются оперативные доступы в малозаметных местах (физиологические складки кожи, анатомические углубления), получают большое распространение эндоскопические технологии. Тем не менее, по-прежнему приходится прибегать к большим **разрезам**, следы от которых неизбежно остаются на многие годы, а подчас навсегда. В таких случаях имеет значение не только аккуратное сопоставление аналогичных тканей, но и заключительный шов кожи. Предпочтение в данном случае отдается внутрикожным швам.

В своей практике мы применяем узловой вертикальный шов с массивным захватом подлежащих тканей и хорошей адаптацией краев раны.

При наложении узловых швов используется несколько отдельных лигатур. Каждая нить после проведения её через ткани завязывается и отрезается. Закрывание раны таким способом более надежно, так как в случае разрыва (прорезывания, развязывания) одной нити остальные швы продолжают удерживать края раны в сопоставленном состоянии. Узловые швы могут быть вертикальными и горизонтальными П-образными. Они могут применяться при инфицированных ранах, так как распространение микроорганизмов вдоль линии этих швов менее вероятно.

В своей практике мы начали применять подкожный шов

узловыми швами при операциях на щитовидной железе, особенно у пациентов с невыраженной подкожно-жировой клетчаткой. В этом случае применение узловых подкожных швов позволяет в дальнейшем не сшивать края дермы. В послеоперационном периоде заживление раны представлено в виде морщинки на шее. Косметический эффект удовлетворительный.

В дальнейшем мы стали использовать данную методику при операциях на брюшной, грудной полости, при удалении доброкачественных опухолей различных локализаций. Сшивание подкожно-жировой клетчатки желательнее производить без захвата дна раны, вкол и выкол должен располагаться сразу под эпидермисом. Расстояние между швами 3-4 см. Тщательное сшивание подкожно-жировой клетчатки позволяет максимально уменьшить деформацию кожи, причем очень важно при наложении данного шва вкол и выкол делать по глубине одинаковыми относительно эпидермиса, что позволяет избежать западания краев раны. В противном случае, когда один из краев раны западает, в дальнейшем формируется грубый рубец. При выраженной подкожно-жировой клетчатке целесообразно применять двухрядный шов.

Также большое внимание уделяем шовному материалу, так как исход операции в немалой степени зависит от качества, химического состава и структуры шовного материала и реакции на него окружающих тканей. В своей практике мы применяем шовный материал ПДС II. Это монофиламентная рассасывающаяся синтетическая нить с максимальным сроком сохранения прочности. Ее отличает:

Высокая первоначальная прочность, которая со временем снижается с постоянной скоростью;

Монофиламентная структура и чрезвычайно гладкая поверхность нити снижает вероятность травмирования тканей и упрощает протягивание нити;

Отсутствие капиллярного эффекта, что сокращает риск развития инфекционных осложнений.

Рассасывание полностью завершается спустя 180 - 210 дней, что особенно важно в тех случаях, когда требуется надежная длительная поддержка краев раны.

За период с 2007 по 2011 год в хирургическом отделении ГККП «Костанайская областная больница» было проведено 98 операций по данной методике. Нагноения ран не выявлено. Во всех случаях пациенты удовлетворены косметическим эффектом.

Тактика и лечение бескаменного холецистита

Хан В.В.,

ГККП «Костанайская областная больница»

Воспаление желчного пузыря считают болезнью современности, болезнью эпохи, наиболее распространенным заболеванием брюшной полости. На данный момент существует огромное количество литературы в виде монографий, статей и докладов на эту тему. Большинство работ посвящено холециститам на фоне желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Бескаменный холецистит менее освещен в литературе, причем высказывания по данной доктрине неоднозначны, а порой диаметрально противоположны. Однако практическим врачам необходимы четкие рекомендации и выводы, которые могут быть приняты за основу в своей практической деятельности.

Нами проведен анализ лечения 102 пациентов с бескаменным холециститом в хирургическом отделении ГККП «Костанайская областная больница» за период с 2003 по 2010гг. Из них 97(95,1%) пациентов поступили в экстренном порядке с направительным диагнозом: «Печеночная колика» и 5(4,9%) в плановом порядке на оперативное лечение. В 3 случаях при УЗИ в желчном пузыре выявлены фиксированные гиперэхогенные тени по типу полипа, у 2 – утолщение стенок желчного пузыря до 4-7 мм с частыми приступами печеночной колики.

Сорока восьми пациентам (47,1%) в этой группе было проведено дуоденальное зондирование, в результате которого у 5(4,9%) выявлен возбудитель Сибирской двуустки (описторхоз), у 26(25,4%) – кишечная палочка и у 17(16,6%) возбудитель не выявлен.

Пятеро тяжелых пациентов поступили через 1-3 суток с момента начала заболевания с диагнозом «Ферментативный бескаменный холецистит» с клиникой «Острого живота». Пациенты были прооперированы в экстренном порядке. На операции – гангренозный желчный пузырь без наличия конкрементов, выраженный холангит. Послеоперационный период протекал тяжело на фоне симптомов выраженной интоксикации.

У 11(10,8%) пациентов при ультразвуковом исследовании выявлены сморщенные желчные пузыри, явления механической желтухи, быстро купируемые после лечения, повышение температуры тела, ознобы, через 20-30 минут после приема пищи – стойкие боли в правом подреберье, снижение массы тела. На операциях выявлены холецистодуоденальные свищи. Была произведена операция холецистэктомия, ликвидация свища.

В ряде случаев на операциях по поводу бескаменного холецистита наблюдали значительное желчеистечение в области ложа желчного пузыря из-за значительно выраженных ходов Люшко, в которых сохраняется инфекционный процесс. Наряду с этим было отмечено, что у больных с длительным анамнезом

Литература

1. Нычик А.З. *Основы оперативной техники в хирургии. ТзОВ «Терно-Граф».*-2003.
2. Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н. *Оперативная хирургия и топографическая анатомия.*- Издательство МИА.- 2005.
3. Семенов Г.М., Петришин В.Л., Ковшова М.В. *Хирургический шов. М.: Медицинская литература.*- 2006.

на операциях нередко отмечается утолщение задней стенки желчного пузыря, порой фиброзом.

Холестероз желчного пузыря встретился у 7(6,9%) больных. Все больные оперированы на фоне увеличения холестерина в крови с явной клиникой «Печеночной колики».

Всего было прооперировано 28(27,4%) больных. В пяти случаях произведена ЛХЭ, в остальных случаях использован минидоступ в правом подреберье. Консервативная терапия была проведена 74(72,5%) пациентам, которые выписаны из стационара с улучшением и у них наблюдалась длительная ремиссия.

Из 28 оперированных больных 5 обращались повторно за медицинской помощью с диагнозами: «Острый панкреатит. ХНДП. Гепатит». Летальных исходов не было.

Считаем, что при госпитализации больных в экстренном порядке с диагнозом: «Бескаменный холецистит», показано УЗИ печени и желчевыводящих путей, ФГДС, по показаниям – дуоденальное зондирование. Наиболее эффективное обследование – МРТ с контрастированием, особенно у больных с явлениями механической желтухи без наличия конкрементов.

В случае выявления на УЗИ и МРТ утолщения стенок желчного пузыря, увеличения размеров в виду заброса, слабости сфинктеров, признаков холангита, холестероза, наличия полипов, сморщенного желчного пузыря – показано оперативное лечение.

При купировании болевого синдрома, острых явлений воспаления, после консервативной терапии, больных рекомендуется выписывать на амбулаторное лечение с четкими рекомендациями по соблюдению диеты и плановом регулярном обследовании. При повторных приступах целесообразно провести МРТ печени и желчевыводящих путей.

Таким образом, своевременная диагностика, рациональный выбор метода оперативного лечения, позволит избежать такого грозного осложнения, как постхолецистэктомический синдром при бескаменном холецистите.

Литература

1. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. *Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения. М.: Медицина, 1996. — 512 с.*
2. Ткаченко Е.И., Лисовский В.А. *Ошибки в гастроэнтерологии. -СПб.: «Невский диалект», 2002. 397 с.*
3. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. *Эндоскопическая хирургия. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. - 338 с.*

Возможности переменной интракорпоральной магнито-инфракрасной лазерной терапии в лечении печеночной недостаточности при механической желтухе

Магеррамов Д.

Научный центр хирургии им. М.А. Топчибашева (директор акад. А. Агаев)

Актуальность проблемы

Механическая желтуха относится к наиболее тяжелым осложнениям заболеваний желчевыводящих путей, при которых клинические и морфологические изменения развиваются в результате нарушения проходимости желчных путей и практически полном прекращении поступления желчи в кишечник (1, 2, 5, 7, 8, 9).

Высокая летальность (10 - 15%), не имеющая тенденцию к снижению частоты осложнений, заставляет хирургов проводить дальнейший поиск методов эффективного лечения данного синдрома (4, 6, 11, 15, 17, 21, 22). К настоящему времени рядом авторов выполнены экспериментальные и клинические работы, проведены исследования направленные на выявление патогенетических механизмов, обуславливающих эффективность применения магнито-инфракрасной лазерной (МИЛ) терапии при механической желтухе (3, 7, 14, 16, 18, 19, 23, 25, 28).

Для усиления эффективности воздействия МИЛ, нами создан и применен в эксперименте на животных, а затем в клинике интракорпоральный способ МИЛ терапии на печень при механической желтухе (1, 5, 11, 14, 17, 21, 23, 26, 27, 28, 29).

Материалы и методы исследования

Экспериментальным исследованиям были подвергнуты 30 короткошерстных беспородных собаки разных полов весом от 10 до 12 кг, средний вес 11,04±0,823 кг. Все животные содержались в виварии на стандартном полноценном питании, со свободным доступом к пище и воде. Для решения поставленных задач были проведены следующие экспериментальные исследования (таблица 1).

У 2 особей создана модель обтурационного холестаза. В этой группе проводилось изучение закономерностей развития холестаза на основании наблюдения и изучения динамики биохимических показателей на протяжении 21 суток. Также на основании результатов анализов крови, взятых у животных этой группы до выполнения всех манипуляций, определены уровни нормальных значений исследуемых показателей.

У 28 животных создана модель декомпрессии билиарного тракта. На 7 сутки животным выполнялось повторное вмешательство с устранением блока оттока желчи. Для решения поставленных задач были разделены на 2 группы:

1. Контрольная группа - 13 особей. После декомпрессии в этой группе проводилась только инфузионная терапия.

2. Основная группа - 15 особей, у которых после выполнения декомпрессии билиарного тракта в послеоперационном периоде проводилась интракорпоральная МИЛ-терапия по разработанной нами методике на фоне инфузионной терапии за животными устанавливали динамическое наблюдение, фиксировали общее состояние, активность, аппетит, цвет кожных покровов и слизистых, мочи, кала, наблюдали за продолжительностью жизни. Условия содержания и питания в группах были одинаковыми.

Модель механической желтухи создана с лигированием общего желчного протока у ворот печени, и проводили наблюдение за этими животными в процессе развития синдрома холестаза.

Через 7 суток под общим обезболиванием произведена релапаротомия, поступление желчи в двенадцатиперстную

Таблица 1. Характеристика экспериментальных групп животных

Характер группы экспериментов	Контр. (13)	Основн. (15)	Кол-во эксперимент.
Моделирование холестаза	+	+	2
Моделирование декомпрессии	+	+	
Инфузионная терапия	13		13
Интракорпоральная МИЛ - терапия	15		15

кишку был восстановлен с удалением лигатуры с общего желчного протока.

Интракорпоральное магнито-лазерное излучение проводится следующим образом: во время операции, после декомпрессии желчевыводящих путей, в подпеченочное пространство к воротам печени устанавливается силиконовая трубка, в дистальной части которой фиксирован магнитный индуктор и лазерный световод для создания и воздействия низкоинтенсивных лазерных и пульсирующих электромагнитных волн на печень. Воздействие лазерного излучения осуществляется через световод от аппарата МИЛТА-Ф, а пульсирующих электромагнитных волн от источника аппарата АБА.

1. Параметры магнитотерапии частота - 16, 25, 50 герц, индукция - 1-30мТл выходная мощность - 1-3Вт.

2. Параметры лазерного излучения: длина волны излучения - 0,85-0,95мкм, экспозиция - 8-10минут, режим - импульсный, мощность выходная - не менее 4Вт, частота - от 5 до 1500 на ваше усмотрение.

При интракорпоральном использовании магнито-лазерной терапии, происходит прямое облучение в основном центральной части и ворот печени, в результате чего улучшается микрогемо - лимфоциркуляция, и холединамика в мелких и крупных печеночных протоках.

Воздействие магнито ИК лазерной терапии на воротную систему печени, уменьшает агрегацию форменных элементов крови, и нормализуются кровоток печени, улучшаются реологические свойства желчи, отмечается раскрытия капилляров и коллатералей, повышение трофики, активизация оксигенации тканей, возрастает окисление энергетических материалов - глюкозы, пирувата, лактата. Устраняются воспалительные процессы в паренхиме печени и желчевыводящих путей.

С целью изучения морфофункционального состояния печени при механической желтухе у собак проводили исследование общего билирубина и его фракции. Изучались морфологические, гистохимические исследования в печени по мере развития холестаза, а также в условиях магнито - ИКлазерного воздействия на печень. Определялись: количество общего белка и ее фракций, иммунной системы, перекисного окисления липидов по малоновому диальдегиду (МДА), активность щелочной фосфатазы (ЩФ), аланиновой и аспарагиновой трансаминаз (АЛТ, АСТ), каталаза, общая пероксидаза в сыворотке крови.

Результаты и обсуждение

Результаты экспериментальных исследований, показали, что перевязка общего желчного протока приводит к развитию обтурационной желтухи с прогрессированием печеночной недостаточности и в последующем гибели животных. По мере продолжительности желтухи и нарастанием печеночной недо-

статочности, летальность повышается в несколько раз.

Дистрофические изменения в ткани печени, наступают уже на 3 сутки с момента обтурации общего желчного протока. При этом нарушается трабекулярная и дольчатая структура печени. На некоторых участках границы между отдельными гепатоцитами выражены неотчетливо. Цитоплазма гепатоцитов набухшая, кровеносные сосуды микроциркулярного русла расширены, отмечается также расширение желчных протоков. В кровеносных сосудах и желчных ходах стаз крови и желчи.

Некробиотические изменения в паренхиме печени, на 7 сутки выражены настолько сильно, что практически на всей площади паренхимы наблюдаются более или менее выраженные явления тяжелого некробиоза с очаговыми некрозами.

Отмечается полиморфизм ядер гепатоцитов, с выраженными явлениями кариопикноза, кариорексиса и кариолизиса. Кровеносные сосуды расширены, ткань печени и желчных капиллярах стаз желчи, в некоторых из них желчные тромбы.

В ядрах гепатоцитов наблюдается разрежение ядерного вещества с концентрацией вдоль кариолеммы. В митохондриях набухание и просветление матрикса, укорочение крист и уменьшение их числа. В печеночных клетках происходят расширение и фрагментация канальцев шероховатого эндоплазматического ретикулаума и образование в цитоплазме «опустошенных участков». Одновременно возрастает количество лизосом аутофагических вакуолей в клетках.

Дискомплексаия печеночных балок ведет к резкому расширению пространств Диссе. Отмечается пролиферация купферовских клеток, выраженная лейкоцитарная инфильтрация. В портальной и подкапсулярной зоне происходит резкое снижение числа тучных клеток и клеток Ито. Развитие механической желтухи приводит к резкому увеличению содержания гликогена в гепатоцитах и снижению в них уровня рибонуклеопротеидов и белка.

Исследования показали положительное влияние магнито - ИКлазерного облучения на функциональную морфологию печени. После устранения причины механической желтухи, на фоне применения магнито - ИКлазерной терапии, гистологические, гистохимические показатели функции гепатоцитов и других клеточных и стромальных элементов печеночной паренхимы отмечались позитивные изменения.

При интракорпорального применения МИЛ терапии отмечались более выраженные улучшения морфофункционального состояния печени, чем в контрольной группе где лечение проводилось традиционными методами. При этом нивелировались дистрофические изменения, в основном за счет уменьшения отека восстанавливалась трабекулярная и дольчатая структура печени, уменьшалась, а в некоторых участках и исчезла вакуолизация паренхимы. Содержание гликогена в гепатоцитах уменьшалось, увеличивалось количество тучных клеток.

Эффективность магнито-лазерного облучения печени после декомпрессии желчных путей оценивали также по динамике биохимических показателей. Для объективности эти данные сравнивались с изменениями также показателей группе собак с механической желтухой.

После 7 сеансов отмечается достоверная нормализация билирубина крови, тогда как в контрольной группе сохранялись еще высокие показатели билирубина крови.

Также положительным моментом является более быстрое снижение непрямого билирубина, что свидетельствует о разрешении фазы гепатита и активном восстановлении, функции печени.

Ферменты сыворотки крови (АсАТ, АлАТ, ЩФ, каталаза) снижались быстрее у животных, которым проводили магнито - лазерное облучение печени, что свидетельствует о более успешном разрешении альтеризации гепатоцитов и воспалительного процесса в печени. Значительно быстрее уменьшается активность снижения степени холестаза.

Более выраженный эффект отмечен при интракорпоральном применении магнитоИКлазерной терапии при данной патологии, по сравнению с контрольной группой; концентрация

билирубина снизилась 55,4/2,2%, активность АсАТ на 38,2/1,6%, АлАТ на 39,3/1,8%, ЩФ-49,1/3,8%, МДА-41,6/0,6%, активность каталазы повысилась в 3 раза.

Динамика биохимических, ферментативных показателей крови свидетельствуют об эффективности интракорпорального магнито - ИКлазерной терапии в комплексном лечении печеночной недостаточности при механической желтухе, которыми подтверждено морфологическими данными.

Выводы

Исследования показали, что применение переменной магнито-ИКлазерной терапии печени в послеоперационном периоде способствует более активной ликвидации явлений печеночной недостаточности и желтухе.

На основании результатов экспериментальных исследований была разработана и применена методика интракорпоральной магнито - лазерной терапии в комплексом лечении и профилактике печеночной недостаточности у больных механической желтухой.

Установлено, что интракорпоральное применение магнито - ИКлазерной терапии на печень более благоприятно влияет на функциональную морфологию печени, нивелируя многие морфологические признаки печеночной недостаточности при механической желтухе.

Для профилактики и лечения печеночной недостаточности при механической желтухе целесообразно, кроме дезинтоксикационной и симптоматической, проводить переменную магнито - ИКлазерную терапию печени интраоперационно во время операции, а после декомпрессии желчевыводящих путей - ежедневно в течение 10-14 дней в зависимости от тяжести патологического процесса.

Предложенный способ интракорпорального применения магнито - лазерной терапии печени в комплексном лечении печеночной недостаточности способствует более активному восстановлению функции органа, значительно повышает эффективность лечения и сокращает сроки послеоперационного периода.

Литература

1. Лапрун И.Б. с соавт. //Исследование поглощения излучения гелий-неонового лазера тканями живого организма // *Здорово-охранение Кишинев 1977, № 4, с. 28 - 30*
2. Лазерная и магнитолазерная терапия // *Под редакци ей А.К.Полонского, Москва 1985*
3. Миненков А.А. // *Низкоэнергетическое лазерное излучение красного, инфракрасного диапазонов и его использование в сочетанных методах физиотерапии: Автореф. дисс. доктора мед. наук - Москва, 1989*
4. Алиев И.М. *Магнито - лазерная терапия в комплексном лечении и профилактике ики печеночной недостаточности при механической желтухе: Автореф. дисс. канд.мед.наук. - М., 1989 - 26 с.*
5. Брискин Б.С., Полонский А.К., Алиев И.М. и др. *Магнитолазерное облучение печени при лечении и профилактике печеночной недостаточности при механической желтухе // Хирургия, 1991, № 2, с. 73 - 77*
6. Черняевский И.Н. // *Лазеротерапия в комплексном лечении обтурационного холестаза// Автореф. дисс. канд.мед.наук. - Красноярск, 1992, с. 18*
7. Артыков Ш.Н. // *Клинико - экспериментальное обоснование использования низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном хирургическом лечении больных циррозом печени// Автореф. дисс. канд.мед.наук. - М., 1992, с. 19*
8. Коваленко А.А. // *Комбинированная лазеротерапия в комплексном лечении холестатического гепатита// Автореф. дисс. канд.мед.наук. - Красноярск, 1994, с. 21*
9. Лимарев В.М. // *Влияние магнито-лазерного воздействия на функциональное состояние печени у больных острой гепатонефропатией// Автореф. дисс. канд.мед.наук. - М., 1994 - 21 с. 9*
10. Ермаченко И.А. // *Ранняя диагностика, профилактика и лечение печеночной недостаточности у больных механической желтухой// Автореф. дисс. канд.мед.наук. - Краснодар, 1995,*

- с. 22
11. Брискин Б.С., Полонский А.К., Алиев И.М. //Лечение печеночной недостаточности при механической желтухе с применением магнито-лазерного излучения: Сб.тр.// Новые технологии в хирургической гепатологии - СПб., 1995, с. 407 - 409
 12. Азизов Ю.М. //Современные методы диагностики эндогенной интоксикации// Клинический вестник, 1996, № 2, с. 9 - 11
 13. Алиев М.А., Наржанов Б.А., Рахметов Н.Р. и др. //Комбинированные способы лечения осложненных форм желчекаменной болезни// Эндоскопическая хирургия, 1996, № 3, с. 22 - 23
 14. Голуб Е.И. //Влияние внутрисосудистого лазерного излучения на активность ПОЛ у больных острым холециститом и механической желтухой// Сб.тр. Применение лазеров в науке и технике - Иркутск, 1996, вып. 8, с. 159 - 163
 15. Агаев Б.А. //Эффективность применения электромагнитной терапии при постхолецистэктомическом синдроме// Аз.мед. журнал, № 1, 2003, с. 15 - 18
 16. Бабаджанов Б.Р., Курьязов Б.Н. //Магнито-лазерная терапия печени при холангиолитиазе// Анналы хирургической гепатологии, 1998, Т. 3, № 3, с. 34
 17. Ничитайло М.Е., Литвиненко А.Н., Дяченко В.В. и др. //Методы лечения холедохолитиаза// Международный Медицинский Журнал, 1999, № 1, с. 110 - 113
 18. Белокуров Ю.Н. и др. //Эндогенная интоксикация при острых хирургических заболеваниях// Ярославль, 2000, с. 179
 19. Балалыкин А.С., Азаров Г.В., Гвоздик В.В. и др. //Принципы комплексного эндоскопического лечения холедохолитиаза// Эндоскопическая хирургия, 2000, № 2, с. 8 - 11
 20. Астахов Е.И. // Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном хирургическом лечении механической желтухи неопухолевой этиологии// Автореф. дисс. канд.мед. наук. - Саратов, 2000, с. 20
 21. Брискин В.С., Иванов А.Е., Этков П.В. и др. //Влияние эндоскопических и малоинвазивных технологий на улучшение результатов лечения больных желчекаменной болезнью// Эндоскопическая хирургия, 2000, № 2, с. 11 - 12
 22. Мачулин Е.Г. // Механическая желтуха неопухолевого генеза// Минск, Харвест, 2000, с. 86
 23. Ашрафов А.А., Рафиев С.Ф. //Диагностика и тактика лечения холедохолитиаза// Материалы пленума правления ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ - Премь, 2001//Анналы хирургической гепатологии, 2001, № 2, с. 5 - 6
 24. Гейниц А.В., Тогоидзе Н.А., Максименков А.В. //Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексной терапии механической желтухи доброкачественного генеза// Лазерная медицина, 2001, Т. 5, № 4, с. 42 - 47
 25. Максименков А.В. //Оптимизация тактики ведения и применение внутривенного лазерного облучения крови у больных механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом// Автореф. дисс. канд.мед.наук. - Москва, 2002, с. 22
 26. Буйлин В.А., Брехов Е.И., Брыков В.И. //Низкоинтенсивные лазеры в хирургии// Анналы хирургии, 2003, № 2, с. 8 - 11
 27. Гейниц А.В., Ванштейн К.А. //Генетические обоснования низкоинтенсивной лазерной терапии// Лазерная медицина, 8 (1 -2), 2004, с. 57 - 59
 28. Гейниц А.В., Мамедов А.А., Мамедов М.М. //Применение переменного магнитоинфракрасного лазерного в профилактике и лечении печеночной недостаточности при механической желтухе// Журнала «Анналы хирургии», Москва 2004 г, № 4, с. 45 - 48
 29. Reed D.N., Vitale G. 2C //Interventional endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic surgery// Surg.Clin. North.Am., 2000, Vol. 80 (4), P. 1171-1

Алгоритм диагностики и лечения осложненного эхинококкоза печени

Ибадильдин А.С., Кузьмин Д.Ю.

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова

Кафедра хирургических болезней №3

Актуальность

Эхинококкоз – тяжелое паразитарное заболевание человека и животных, довольно широко распространенное во многих районах Республики Казахстан. Заболеваемость эхинококкозом растет. Такая тенденция может сохраняться из-за крайне неблагоприятной эпидемиологической ситуации так, если зараженность поселковых собак в некоторых районах Казахстана составляет 5-8%, то приотарных уже до 23% [1].

В клиническом течении заболевания различают три стадии: бессимптомную, прогрессирующего роста и осложнений. Общеизвестно, что объем хирургического вмешательства и, в конечном счете, успех оперативного вмешательства во многом зависит от стадии заболевания [2]. И чем раньше будет поставлен диагноз, тем выше эффективность хирургического лечения эхинококкоза. Значительная часть осложнений и рецидивов также связана с использованием в хирургии недостаточно эффективных растворов для обработки эхинококковой полости после эхинококкэктомии. А растворов, обладающих сколексоцидным, дезинфицирующим и противовоспалительным свойством одновременно, в хирургии нет [3, 4].

Одним из наиболее тяжелых и опасных осложнений паразитарных заболеваний печени - является вовлечение в патологический процесс желчных путей за счет прорыва эхинококковой кисты в билиарное дерево, которое встречается в 1,3-55% случаев [5, 6] и при этом летальность достигает 4,2-8,1% [7]. При перфорации эхинококковой кисты в желчные пути, когда требуется срочное оперативное вмешательство, клинически поставить диагноз чрезвычайно сложно (в 79% наблюдается безжелтушная форма такого осложнения [8]), а с помощью инструментальных методов – практически невозможно.

Цель исследования

Повышение эффективности иммунодиагностики осложненного эхинококкоза печени и улучшение результатов хирургического лечения.

Материал и методы

Ранее индикация эхинококковых антигенов проводилась только при эхинококкозе легких осложненным перфорацией (в бронхиальных смывах) [9] и почек (в моче) [10]. Работ по индикации эхинококкового антигена в желчи при эхинококкозе печени осложненным перфорацией в желчные протоки, в доступной литературе не обнаружили. В своей работе мы проводили индикацию эхинококкового антигена в порции С желчи больных в РПГА с иммуноглобулиновым диагностикумом [11]. После разрыва оболочек кисты и ее опорожнения, паразит еще длительное время (несколько недель) продолжает экскретировать специфические эхинококковые антигены, которые попадают в желчь. Был отработан режим индикации эхинококкового антигена в желчи.

Сравнивали эффективность диагностики осложненного эхинококкоза печени с помощью микроскопии желчи и разработанного способа. Всего было обследовано и прооперировано 18 больных эхинококкозом печени с подозрением на перфорацию в желчные протоки.

До операции желчь больных (порция С) исследовалась с целью выявления перфорации эхинококкоза в желчные протоки. Диагноз эхинококкоз печени был подтвержден у всех больных.

Авторы анализируют результаты лечения 50 больных с эхинококкозом печени. 18 из них выполнялись исследование желчи на наличие эхинококкового антигена при осложненном эхинококкозе печени. В 7 случаях в желчи (порция С) обнаружен эхинококковый антиген, что свидетельствовало о прорыве эхинококковой кисты в билиарное дерево, это подтвердилось во время операции.

Из 50 оперированных больных у 18 остаточная полость паразитарной кисты обрабатывали разработанным методом. У остальных больных ложе кисты обрабатывали традиционными способами. Группу из 18 больных в послеоперационном периоде обследовали лабораторно-инструментальными и клиническими методами в течение 3-х лет, рецидивов заболевания не выявлено. Авторы обосновывают целесообразность исследования желчи на наличие эхинококковых антигенов, что позволяет до операции верифицировать прорыв эхинококковой кисты в желчные пути и определить объем оперативного вмешательства. Разработанный метод обработки остаточной полости доказал свою антипаразитарную эффективность в ближайшем послеоперационном периоде. Метод требует дальнейшего изучения и внедрения в практическое здравоохранение.

Algorithm of diagnostics and treatment of the complicated echinococcosis of a liver.

Ibadildin A.S., Kuzmin D.Y.

Authors analyze results of treatment of 50 patients with a liver echinococcosis. 18 from them were executed bile research on presence echinococcus antigen at the complicated echinococcosis of a liver. In 7 cases in bile (portion) it is found out echinococcus antigen that testified to break echinococcus cysts in biliaris a tree, it has proved to be true during operation.

From 50 operated patients at 18 residual cavity of a parasitogenic cyst processed the developed method. At other patients a cyst bed processed in the traditional ways. Group of 18 patients in the postoperative period surveyed laboratory - instrument and clinical methods within 3th years, disease relapses it is not taped.

Authors prove expediency of research of bile on presence echinococcus antigens that allows to verify before operation break echinococcus cysts in cholic ways and to determine operative measure volume. The developed method of processing of a residual cavity has proved the antiparasitic efficiency in the nearest postoperative period. The method demands the further studying and introduction in practical public health services.

Асқынған бауыр эхинококкозының диагностикалық және емдеу алгоритмі

Ибадильдин А.С., Кузьмин Д.Ю.

Авторлар бауыр эхинококкозымен емделген 50 науқастың нәтижелерін ұсынған. Асқынған бауыр эхинококкозымен 18 науқастың өтінің құрамынан эхинококктың антигенін анықтауға тексерулер жүргізген. 7 жағдайда операция үстінде эхинококктық антиген өт құрамында анықталды, яғни бұл эхинококк кистасының билиарлы жолдарға ашылғанын көрсетеді. Операция жасалған 50 науқастың 18-не паразитарлы киста қуысын ойлап тапқан жаңа тәсілдермен өңделді. Қалған науқастарда қалдық қуыстар дәстүрлі әдіспен өңделді. 18 науқастан құралған топтағы науқастарды операциядан кейінгі кезеңде 3 жыл бойы лабораторлы - аспап-

У 7 больных был установлен диагноз эхинококкоз печени осложненный перфорацией в желчные протоки. Результаты представлены в табл. 1.

Только у одного больного при микроскопировании в порции С желчи были обнаружены единичные протосколексы эхинококка. У всех 7 больных в желчи был обнаружен эхинококковый антиген до оперативного вмешательства. Ни у одного больного с неосложненным эхинококкозом печени эхинококковый антиген в желчи не обнаружен.

Таблица 1. Сравнительная эффективность диагностики осложненного перфорацией в желчные протоки эхинококкоза печени.

Количество больных	Количество выявленных больных	
	Метод	индикации антигена в желчи
7 больных (осложненный)	1	7
11 больных (неосложненный)	0	0

Одной из причин развития рецидива является использование недостаточно эффективных сколексоцидных растворов для обработки остаточной полости после эхинококкэктомии.

Нами выбран 50° спиртовой раствор празиквантела, «Йокс» и 0,1% хлористого кальция (в смеси), как составляющая его специфической активности. Празиквантел применяется давно и успешно в лечении трематодозов и цестодозов (в том числе кишечной формы эхинококкоза у собак). Однако антигельминтик не обладает свойствами антисептика, поэтому в разрабатываемый раствор был введен «Йокс», представляющий собой смесь активных (поливидон йода и аллантаина) и других компонентов с выраженным дезинфицирующим и противовоспалительным эффектом.

Была проверена совместимость и стабильность основных ингредиентов предлагаемого раствора для обработки полости эхинококковых кист. Они оказались совместимыми в любых пропорциях и стабильными в течение 24 месяцев (срок наблюдения). Сравнивалось влияние некоторых препаратов, используемых, в настоящее время, для обработки остаточной полости после эхинококкэктомии, предложенный нами раствор и его отдельные ингредиенты на жизнестойкость протосколексов в эксперименте

Раствор для обработки полости эхинококковой кисты после эхинококкэктомии, состоящий из 50° спиртового раствора празиквантела (5 мг/мл), йокса (1:40) и 0,1% хлористого кальция обладает выраженными антипаразитарными свойствами. Антипаразитарная эффективность раствора определяется суммарной активностью празиквантела, поливидон йода, спирта и хлористого кальция, антибактериальная - из поливидон йода и спирта.

В эксперименте на эхинококковых кистах печени овец сравнивали эффективность некоторых растворов, используемых в качестве сколексоцидов. Только при обработке полости кисты предлагаемым раствором все протосколексы погибали (табл.2).

Таблица 2. Эффективность сколексоцидных растворов на выживаемость протосколексов

Общее количество живых протосколексов в цистах при обработке фиброзной капсулы			
0,85% (контроль)	NaCl 5% наст. йода.	3% раств. формалина	раствором празиквантела (5мг/мл) с ингредиентами.
1190*	180	460	0
(4)**	(2)	(3)	(0)

Примечания:

1 * просматривалось по 500 протосколексов в каждой цисте.

2 ** количество цист с живыми протосколексами.

Раствор празиквантела был использован, как для обработки полости кисты, так и остаточной полости, у 18 больных

ты, клиникалық зерттеу тәсілдерімен тексердік, аурудың қайталануы байқалмады.

Авторлар операция алдында өттің құрамында эхинококктық антигеннің бар жоқтығын анықтаудың маңыздылығын дәлелдеп отыр, бұл әдіс эхинококктың өт жолдарына жарылғанын анықтап, операция көлемін алдын-ала жорамалдауға көмегін тигізеді. Ұсынылған эхинококкэктомиядан кейінгі қалған қуысты өңдеудің антипаразитарлы әсері өзінің тиімділігін дәлелдеді. Бұл тәсіл ары қарай жетілдіру мен тәжірибелік денсаулық сақтау жүйесіне енгізуді қажет етеді.

с эхинококкозом печени в возрасте от 16 до 72 лет. Все больные были прооперированы, остаточная полость закрывалась традиционно.

При гистологическом исследовании препаратов фиброзной капсулы после обработки раствором празиквантела живых протосколексов не обнаружено. Перифокальное воспаление окружающих кисту тканей было слабовыраженное в отличие от применяемого способа обработки горячим раствором фурацилина или формалином. В послеоперационный период у 18 больных протекал гладко, без осложнений. Лишь у одного больного отмечалось нагноение остаточной полости, которое было санировано. Отдаленные результаты изучены у всех 18 больных в течении 3-х лет, рецидива не выявлено.

Таким образом, способ диагностики эхинококкоза печени осложненного перфорацией в желчные пути по индикации эхинококкового антигена в желчи больного, позволяет диагностировать это осложнение до оперативного вмешательства, при этом повышается эффективность оперативного лечения.

Опыт применения разработанного раствора празиквантела с йоксом показал его высокую эффективность при обработке остаточной полости после эхинококкэктомии.

Список литературы

1. Шайкенов Б.Ш. Изменения эпидемиологии эхинококкоза в Казахстане в связи с переменами технологии в животноводстве. Международный семинар «Эхинококкоз: понимание эпидемиологии и изменений ее динамики, рекомендации по борьбе и профилактике заболеваний в центральной и северной Азии», Алматы, 2002 г.
2. Гилевич М.Ю., Князева Г.М., Натрошвили Г.С., Касторная И.П. Клинико-морфологические обоснования в выборе метода лечения эхинококкоза органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Хирургия 1990; 11: 116-120.
3. Galand M.C., Brun A., Side effect from the use of formaldegid solution during the surgical removal of hydatid cysts. // Therapie. 1980, v 35, №3, 443-446.
4. Абдуллаев А. Г., Мовчун А. А., Агаев Р. М. Хирургическая тактика при эхинококкозе печени с поражением желчных протоков. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова №2 2005г стр. 38-42
5. Агаев Р.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений // Хирургия. 2001. № 2. — С. 32-36.
6. Насиров М.Я., Панахов Д.М., Ахмедов Г.Х. Пути улучшения результатов лечения эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. 2002. т.7. №1. - С. 23-26.
7. Агаев Р.М. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени с поражением желчных путей // Хирургия. -2002. № 9. С. 58-63.
8. Назыров Ф.Г. и др. Хирургия эхинококковых кист печени с прорывом в желчные протоки // Эхинококкоз и очаговые заболевания паренхиматозных органов человека (Сб. научных трудов). Шымкент. - 1998, с 85-87.
9. Рехтман А.Г., Пальгова Л.К. и др. Эндоскопическая и иммунологическая характеристика бронхов при эхинококкозе легкого // Эхинококкоз и очаговые заболевания паренхиматозных органов человека (Сб. научных трудов). Шымкент. - 1998. С 110-112.
10. Angulo J.C., Escribano J., Diego A., Sanchez C.M. Isolated retrovesical and retroperitoneal hydatidosis: clinical study of 10 cases and literature review. // J. Urol. 1998 Jan, 159:16 76-82.
11. Курмангалыев К.Б., Кузьмин Д.Ю. Совершенствование методов диагностики билиарных осложненной эхинококкоза печени // Матлы РНПК «Реформирование и развитие сельского здравоохранения в Республике Казахстан, Талдықурган, 2005 с. 199-200

Хирургическая тактика при травмах печени

Ибадильдин А.С., Шарунов Г.И., Мухамеджанов Г.К.

Кафедра хирургических болезней №3

Казахского национального медицинского университета им С.Д. Асфендиярова

Актуальность темы

Среди травматических повреждений внутренних органов травма печени занимает одно из ведущих мест в связи с особенностями анатомического расположения, рыхлостью строения паренхимы, тонкой капсулой. Массивная кровопотеря, желчеистечение представляют угрозу жизни для пострадавших.

По данным различных авторов механические повреждения печени встречаются в 3-4% всех травм, у 15-20 пострадавших с травмой живота, и характеризуются тяжестью течения, значительным числом осложнений и высокой летальностью от 25 до 65%, особенно, при множественной и сочетанной травме. В большинстве своём травмы печени бывают множественными и сочетанными, изолированные повреждения встречаются реже - в 7-8%.

Частота повреждений печени высока при любом виде травмы живота. Проникающие ранения печени наблюдаются в 20-27% случаев (6).

При закрытой травме живота повреждения печени наблюдаются у 8,5-36% пострадавших, уступая по частоте лишь повреждениям кишечника и «конкурируя» с травматическими разрывами селезёнки. При закрытой травме печени летальность достигает 30-50 %, исходы ранений печени более благоприятны, летальность при них достигает 12%, при огнестрельных ранениях 18-29% (2). В среднем послеоперационная летальность при травмах печени составляет 20-25%. Сочетанные повреждения печени в 60-80% случаев сопровождаются трав-

Авторы анализируют результаты лечения 152 больных с закрытой, открытой и сочетанной травмой печени наблюдавшихся в клинике за последние 13 лет.

Авторы обращают внимание на частоту повреждений сегментов правой доли печени, увеличение числа больных поступающих в стационар в состоянии алкогольного опьянения. Применение алгоритма диагностики повреждений печени снизило летальность до 17,1%.

Authors analyze effects of treatment of 152 patients with occluded, unclosed and combined a trauma of a liver observed in clinic for last 13 years.

Authors pay attention to frequency of damages of segments of the right hepatic lobe, augmentation of number of patients arriving in a hospital in alcohol intoxication. Application of algorithm of diagnostics of damages of a liver has reduced lethality to 17, 1 %.

матическим шоком, в то время как при изолированной травме шок наблюдается у 10-12% пострадавших(2).

Наиболее известными классификациями травм печени являются классификация В.С.Шапкина и Ж.А.Гриненко (6) и, в настоящее время, наибольшее международное распространение получила классификация повреждений печени, созданная Е. Moore (1986) и официально принятая Американской ассоциацией хирургов-травматологов.

Диагностический алгоритм при тяжёлой механической сочетанной травме включал:

Первичное определение характера повреждений анатомических областей

Выявление доминирующего повреждения с выделением угрожающих жизни последствий

Определение их роли в тяжести состояния пострадавшего и установления показаний в реанимации

Диагностика повреждений отягощающих (не отягощающих) течение ведущей травмы

Традиционное рентгенологическое исследование живота, груди, черепа, конечностей

В течение последних лет ведущее место в диагностике повреждений живота и груди принадлежит ультразвуковому методу исследования

Лапароцентез («перитонеальный лаваж»), торакоцентез, лапароскопия

По показаниям КТ исследование, особенно при сочетании с тяжёлой черепно-мозговой травмой

КТ обладает высокой диагностической точностью, большой разрешающей способностью и специфичностью, однако её применение резко ограничено при нестабильной гемодинамике, нетранспортабельности, проведении реанимационных мероприятий. Отсутствие или извращение клинических симптомов повреждений органов брюшной полости у пострадавших с сочетанной травмой диктует необходимость применения инструментальных методов обследования. При тяжёлых сочетанных повреждениях от скорости выполнения методов исследования и их информативности напрямую зависит быстрота, объём и характер медицинской помощи и, в конечном итоге, исход травмы.

Простым, быстрым, неинвазивным методом диагностики повреждений брюшной полости является УЗИ, но информативность его ограничена при повреждениях полых органов.

Щадящим методом является лапароцентез, наиболее до-

Степень поврежд. печени	Вид повреждения	Морфология повреждения	Баллы шкалы А15
I Разрыв (рана)	Гематома Глубина менее 1 см без кровотеч.	Подкапсульная стабильная, занимает менее 10% поверхности	2
II Разрыв (рана)	Гематома Глубина менее 3 см, длина менее 10 см, кровотеч.	— Подкапсульная стабильная, занимает 10—50% поверхности — Центральная, стабильная, менее 2 см в диаметре — Подкапсульная стабильная, занимает более 50% поверхн. — Подкапсульная нестабильная любого диаметра	2
III Разрыв (рана)	Гематома Глубина более 3 см	— Подкапсульная с разрывом и кровотечением — Центральная стабильная, более 2 см в диам. — Центральная нестабильная любого диаметра — Центральная гематома с разрывом и кровотечением	3
IV	Гематома	— Разрушение паренхимы на 25—50% доли или от 1 до 3 сегментов	4
V	Разрыв (рана)	Разрушение паренхимы более чем на 50% доли или более 3 сегментов	5
Сосудист. поврежд. VI	Юкстапеченочные поврежд. (нижняя полая вена, воротная вена, печеночные артерии, желчн. протоки) Сосудист. повреждения	Отрыв печени	6

стоверную информацию даёт промывание брюшной полости: «перитонеальный лаваж»-1000мл изотонического раствора хлорида натрия с последующим определением количества лейкоцитов, эритроцитов в 1мл перфузата, а также наличия в нём желчных пигментов и амилазы. Если количество эритроцитов в 1 мл промывных вод превышает 100000, и лейкоцитов 8000, то это считается достоверным признаком повреждения органов брюшной полости и является показанием к лапаротомии. Точность при этом составляет 91,6-99%. Перитонеальный лаваж имеет преимущество перед УЗИ в раннем распознавании повреждения полых органов, органов билиопанкреатической системы.

По мнению некоторых авторов больные с травмой печени различного генеза требуют дифференцированного подхода к лечению при имеющейся возможности круглосуточного использования в стационаре видеолапароскопии и эхотомографии.

При расположении входного отверстия в проекции печени, даже при доказанном факте проникающего колоторезаного ранения, возможен отказ от экстренной лапаротомии. Отсутствие клинических признаков явного внутрибрюшного кровотечения, малое количество жидкости по данным УЗИ, позволяет аргументированно прибегнуть к лечебнодиагностической видеолапароскопии.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения травм печени.

Материалы и методы

Нами изучены особенности клинического течения, результаты лечения повреждений печени у 152 больных, оперированных в 1998-2011гг, в клинике кафедры. Среди них мужчин было – 123(80,9%), женщин – 29 (19,1%), в возрасте от 16 до 72 лет, преимущественно – от 21 до 50 лет – 119 пациентов (78,3%). В алкогольном опьянении поступило 56 (36,8%).

Закрытая травма печени имела у 57 (37,5%), ранения у 95(62,5%). В генезе открытых повреждений печени преобладали ножевые ранения – 92 (96,8%), огнестрельные были в 3-х случаях (3,2%). Среди причин повреждений печени преимущественными были прямой удар в живот, либо сдавление области печени. Повреждение правой доли печени отмечено в 103 случаях (67,7%), левой – у 49 больных (32,2%). Сочетанная травма (голова, грудь, живот) наблюдалась у 56 больных (36,8%). Для определения характера повреждения органов брюшной полости у всех пациентов применялись лучевые методы диагностики, информативность составила 80%. При сочетанной травме (голова, живот) и, в сомнительных случаях, для уточнения характера повреждения органов брюшной полости у 28(18,4%) произведён лапароцентез, с последующей конверсией на лапаротомию. Признаки внутрибрюшного кровотечения средней и тяжёлой степени и обусловленного этим геморрагическим шоком, отмечены у 32 (56,1%) пациентов с закрытой травмой живота, и у 36 (37,8%) – с открытой.

При закрытой травме живота до 3ч. поступило 40 пострадавших (70,1%), в сроки 3-6 ч.-7(12,2%); 6-24ч. – 6 (10,5%); более 1 сут.-3(5,2%), через 3 сут.-1 (1,8%); при ранениях: до 1 ч.-60 (63,1%), до 1-3 ч.-29(30,5%), больше 3 ч.-6 (6,3%).

Изучение локализации повреждений печени показало, что наиболее часто повреждаются III-IV-V-VI сегменты, преимущественно сегменты правой доли печени- 67 случаев (65%), сегменты левой доли у 17 больных (35%). Наиболее частым видом травмы печени были разрывы и раны, подкапсульные гематомы встретились у 7больных (4,6%).

Клиника заболевания при повреждении печени характеризуется синдромом внутреннего кровотечения и острого живота, складывается из общих и местных признаков повреждений и зависит от механизма, характера и вида травмы печени, скоро-

сти кровотечения, объёма кровопотери, наличия или отсутствия поражения других органов, времени с момента нанесения травмы. Наиболее частыми симптомами при повреждении печени является травматический и геморрагический шок, признаки внутреннего кровотечения, болевой синдром, признаки перитонита.

При открытых повреждениях печени характерны симптомы связанные с проникающим ранением: наличие раны, боль, мышечное напряжение, симптомы раздражения брюшины, наличие в ране других органов или их содержимого.

Результаты

При закрытой травме живота произведены следующие операции: ушивание ран печени – 31, ушивание ран печени, холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому при обширных травмах печени – 5, при сопутствующих ранениях других органов производилось ушивание ран желудка, кишечника, сальника, мочевого пузыря, спленэктомия, – у 10. В связи с гемопневмотораксом наложен дренаж по Бюлау у 5. Ушивание раны печени с торакотомией у 1. Аутореинфузия до 1,0л произведена в 15 случаях при повреждении паренхиматозных органов, без повреждения секреторных структур печени.

При проникающих ранениях брюшной полости произведено: ушивание ран печени – у 47, ушивание ран печени, холецистэктомия – у 1, ушивание ран желудка, кишечника, сальника, хвоста поджелудочной железы, брыжейки кишечника, ранение нижней полой вены – у 27, у 19 больных с торакоабдоминальными ранениями, после первичной хирургической обработки ушивание ран лёгкого, перикарда, диафрагмы, лапаротомия, ушивание ран печени. Последовательность оперативного вмешательства зависела от преобладания тяжести повреждения органов грудной или брюшной полости и результатов диагностических манипуляций (плевральная пункция, лапароцентез). Аутореинфузия до 1,0л произведена у 8 пациентов.

Средняя длительность пребывания в стационаре больных с травмой печени – 9,6 к/дня.

После операции умерло 26 больных (17,1%): 21- с закрытой травмой, 5 – с ранениями, из них 13 – в течение первых суток, в связи с поздними сроками поступления и тяжёлой сочетанной травмой, не совместимой с жизнью.

Выводы

1. Закрытые и открытые повреждения печени в общей структуре травматических повреждений органов брюшной полости занимают 3 место.

2. Диагностически значимыми при травмах печени являются УЗИ, лапароскопия, лапароцентез.

3. Поздние сроки поступления являются одной из основных причин летального исхода при травмах печени.

4. Своевременное выполнение оперативных вмешательств, аутореинфузия крови использование современных методов детоксикации и лечения в условиях ОРИТ позволили снизить летальность при повреждениях печени до 17,1%.

Литература

1. М.М.Абакумов, Н.В.Лебедев, В.И.Малыарчук « Повреждения живота при сочетанной травме». М.Медицина, 2005.
2. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. Под руководством проф. А.Е.Борисова. Изд. Скифия. С-Петербург-2003.
3. А.С.Ермолов, М.М.Абакумов, Е.С.Владимирова. «Травма печени» М.Медицина -2003.
4. Доц.Н.П.Лебедев и др. «Диагностика повреждений живота при сочетанной травме». Хирургия №12, 2002, стр 53-58.
5. Проф. Соловьёв и В.В.Багдасаров «Лечебная тактика при сочетанных торакоабдоминальных ранениях». Хирургия №9, 1998, стр 18-20.
6. В.С.Шапкин, Ж.А.Гриненко «Закрытые и открытые повреждения печени». М.Медицина, 1977.

Современные представления о печеночной недостаточности и методы их лечения

Исраилова В. К. Айткожин Г. К.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии,

кафедра хирургических болезней №3 КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

В настоящее время наблюдается неуклонный рост числа пациентов с заболеваниями печени, в основном это люди трудоспособного возраста. Развитие острой и хронической печеночной патологии в подавляющем большинстве случаев сопровождается возникновением различных осложнений вплоть до появления печеночной недостаточности (ПечН).

Сегодня основной причиной, приводящей к развитию печеночной недостаточности, являются вирусные гепатиты. На данный момент в мире гепатитом В инфицировано примерно 2 млрд человек. Больных гепатитом С насчитывается около 200 млн человек. Ежегодно регистрируется около 50 млн больных острой вирусной инфекцией, которая примерно у 100 тыс. пациентов осложняется острой печеночной недостаточностью (ОпечН), при этом летальность при ОпечН достигает 70-90% (Perrillo R.P. et al., 2001, Custer V. et al., 2004). На втором месте среди причин развития ПечН стоит алкогольное поражение печени.

Под термином «печеночная недостаточность» объединяют различные нарушения функции печени, которые могут в дальнейшем как полностью компенсироваться, так и прогрессировать вплоть до развития комы. В известной мере диагноз печеночной недостаточности зависит от опыта врача, оценивающего тяжесть состояния пациента. В настоящий момент ПечН не имеет точно определенного понятия с устоявшимися критериями диагностики, характерными, например, для дыхательной или почечной недостаточности. Так в терапевтической клинике диагноз печеночной недостаточности может быть поставлен при патологии печени в отсутствие выраженной симптоматики только на основании отклонений в лабораторных тестах. Напротив, в отделениях интенсивной терапии врачам приходится в основном сталкиваться с клинически выраженной патологией печени, зачастую, когда пациент находится в коматозном состоянии. Таким образом, трактовка печеночной недостаточности в известной мере зависит от конкретной клинической ситуации и специалиста. В отделения реанимации больные поступают в крайне тяжелом состоянии, когда требуются интенсивные методы лечения, основанные на знании всех звеньев патогенеза ПечН, и, по сути, терапия включает замещение поврежденных функций органа. В связи с этим мы трактуем печеночную недостаточность как декомпенсацию функции печени, которая проявляется возникновением желтухи, коагулопатии и печеночной энцефалопатии (ПЭ), нередко переходящей в коматозное состояние (Кутепов Д.Е. и др., 2004, Пасечник И.Н. 2009). В любом случае при возникновении ПечН происходит нарушение детоксицирующей и синтетической функций печени. Уровень смертности при клинически значимой печеночной недостаточности, несмотря на современные достижения гепатологии и интенсивной терапии, остается высоким, достигая 80% (Журавлев С.В., 2004, Калинина А.В., Хазанова А.И., 2007). В последние 20 лет при глубоком необратимом поражении печени стали проводить трансплантацию донорского органа. Однако, пересадка печени не может полностью решить проблемы пациентов с ПечН из-за возрастающего несоответствия между количеством доноров и реципиентов, а так же проблем несовместимости органов (Hui T. et al., 2001, Sorkine P et al., 2001).

С клинических позиций печеночную недостаточность можно рассматривать как синдром, который развивается в результате снижения массы функционирующих клеток печени ниже критического уровня. Причиной этого могут быть либо массивный некроз гепатоцитов вследствие токсического, вирусного или

ишемического повреждения раннее здоровой печени, приводящей к ОпечН, либо какая-либо ситуация, вызвавшая обострение существующего хронического заболевания печени у пациентов с ранее скомпроментированными и ограниченными функциональными резервами органа. В последнем случае развивается острая декомпенсация хронического заболевания печени. В результате в различной степени повреждаются основные функции, в особенности функции детоксикации, синтетическая и механизмы регуляции метаболических процессов. Важно подчеркнуть, что эти нарушения будут поддерживать существование друг друга.

По современным представлениям, патогенез ПечН связан с накоплением в организме большого токсических продуктов метаболизма, представленных водорастворимыми и гидрофобными веществами. При этом в настоящий момент ведущую роль отводят гидрофобным продуктам, которые циркулируют в крови в виде комплексов с альбумином. К ним относят несвязанный билирубин, желчные кислоты, жирные кислоты со средней длиной цепи, бензодиазепины, триптофан. Указанные альбуминсвязанные токсины считаются ведущими в развитии и сохранении дисфункции органов, наблюдаемой при формировании печеночной недостаточности. (Mitzner S. 2004). Нормально функционирующий гепатоцит захватывает у молекулы альбумина связанные с ним токсические вещества, с последующим превращением в водорастворимую фракцию, которая может быть выведена почками или желчью. При нарушении функции гепатоцитов происходит накопление в крови как водорастворимых (аммиак), так и альбуминсвязанных веществ, обуславливающих проявление симптомокомплекса печеночной недостаточности. Более того, увеличение количества накапливаемых токсических веществ вызывает дисфункцию оставшихся гепатоцитов и препятствует регенерации поврежденных печеночных клеток. Порочный круг замыкается. Таким образом, дисбаланс между физиологическими потребностями организма и функциональными возможностями поврежденной печени приводит к основным угрожающим жизни осложнениям печеночной недостаточности: ПЭ и коме, желтухе, нарушениям гемодинамики, асцит, почечной недостаточности, кровотечениям. Нарушениям в иммунной системе и сепсису.

В зависимости от скорости развития и исходного состояния органа ПечН разделяют на острую и хроническую. Для обозначения быстро прогрессирующей ОпечН в зарубежной литературе используют термин фульминантной печеночной недостаточности (ФПН). Понятие ФПН было введено в 1970 г Trey и Davidson. Синдром ФПН характеризуется внезапным развитием нарушения функции печени у раннее здорового человека и сопровождается ПЭ, выраженной коагулопатией, сердечно-сосудистой, дыхательной и почечной недостаточностью (Gotthard D. et al., 2007). Основанием для установления диагноза ФПН является развитие ведущих проявлений печеночной недостаточности в течение 8 недель с момента появления первых признаков заболевания или желтухи. Выделяют сверхострое (появление признаков ПЭ через 0-7 суток после возникновения желтухи), острое (8-28 сут) и подострое (4-12 недель) течение ФПН (Шерлок Ш., Дули Дж., 2002, OGrady J.G et al., 1993).

По современным данным, основными причинами ОпечН являются вирусные и лекарственные гепатиты на долю которых приходится до 80% случаев возникновения ФПН, в 10% случаев причину возникновения ФПН выяснить не удается.

Важность своевременной диагностики ФПН связана с необходимостью перевода больных в специализированное лечебное учреждение и решения вопроса о трансплантации печени.

У больных со сверхострым и острым течением ФПН на фоне благополучия вначале появляется общая симптоматика – тошнота, слабость, прогрессирующая утомляемость, недомогание. В дальнейшем присоединяется желтуха и нарастают явления печеночной энцефалопатии. В течение нескольких дней могут развиваться отек головного мозга и кома. Обычно у больных с ОпечН наблюдаются тахикардия, артериальная гипотензия, одышка и лихорадка. Печень обычно маленьких размеров. У 80% больных развиваются гнойно-септические осложнения, которые в 10% случаев служат причиной смерти. Возникновение при ФПН гипокоагуляционных нарушений резко усугубляет тяжесть состояния больного и может привести к летальному исходу.

В табл.1 приведены показатели системы гемостаза, характерные для ОпечН.

Параметр	Результат
Фибриноген	снижен
Фактор	50% от нормы
Фактор	норма
ПТИ	50% от нормы
АЧТВ	увеличено
Антитромбин 111	снижен

Важным прогностическим фактором при ОпечН является степень энцефалопатии. Сообщается, что летальность при 1 и 11 стадии ПЭ составляет 35%, развитие ПЭ 111 и 1У стадии сопровождается 80% смертностью, если не производится ТП. Прогноз хуже у пожилых людей и детей младше 10 лет. К неблагоприятным клиническим признакам относят так же небольшие размеры печени и асцит (Kotogi H et al., 1996). По мнению ряда авторов, динамика протромбинового времени является одним из лучших показателей, позволяющих прогнозировать выживаемость. Снижение фактора У ниже 15% у больных в коме приводит к увеличению летальности до 90% независимо от причины ОпечН (Bernuau J. et al., 1996., OGrady J.G. et al. 1989).

Причинами смерти больных с ОпечН так же могут быть кровотечения, дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, отек головного мозга, почечная недостаточность и инфекционные осложнения. В табл. 2 приведены критерии неблагоприятного прогноза при развитии ФПН в зависимости от этиологии (Lee W.M., 1993).

Критерии неблагоприятного прогноза при ФПН.

ФПН, обусловленная передозировкой парацетомола (вероятность выживания менее 20%)	ФПН, не связанная с отравлением парацетомолом (вероятность выживания менее 20%)
pH менее 7,3	МНО более 7,7
Или сочетание всех трех показателей	Или сочетание трех любых критериев

Патогенез печеночной недостаточности при различных заболеваниях печени схож. В основе патогенеза ПечН лежит массивное повреждение гепатоцитов, в результате чего происходит угнетение функций печени с последующим нарушением деятельности практически всех органов, но в первую очередь ЦНС, почек, легких, затем возникают изменения гемодинамики с нарушением тканевой перфузии, развивается метаболический ацидоз и в конечном итоге формируется полиорганная недостаточность.

В случае поражения печени и нарушения ее детоксикационной функции, а так же при массивном развитии портокавальных анастомозов такие токсические вещества, как индол, скатол, фенол, аммиак, жирные кислоты, поступают из воротной вены в полую, а затем, минуя печень попадают непосредственно в системный кровоток, обуславливая развитие ПЭ и комы.

Печеночная энцефалопатия – нейропсихическое расстройство, возникающее при различных поражениях печени. Печеночная кома является наиболее тяжелой стадией ПЭ. Развитие ПЭ при ОпечН связано с остро возникшим уменьшением числа функционирующих гепатоцитов, снижением дезинтоксикационной способности и попаданием в кровоток продуктов клеточного распада.

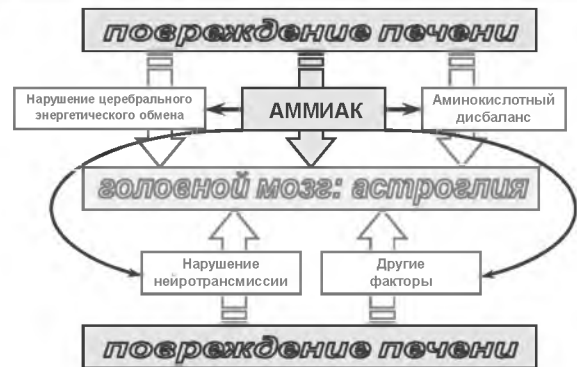
При любом повреждении печени развивается ПЭ

как проявление печеночной недостаточности и портальной гипертензии



Патогенез ПЭ и печеночной комы, к сожалению изучен не до конца. Среди теорий о причинах развития ПЭ и комы наиболее распространение получили теории, основанные на оценке дисфункции нейромедиаторных систем: токсическая, теория ложных нейротрансмиттеров, теория нарушения обмена гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) и эндогенных бензодиазепинов.

Ключевой фактор в развитии ПЭ - аммиак



Патогенез печеночной недостаточности

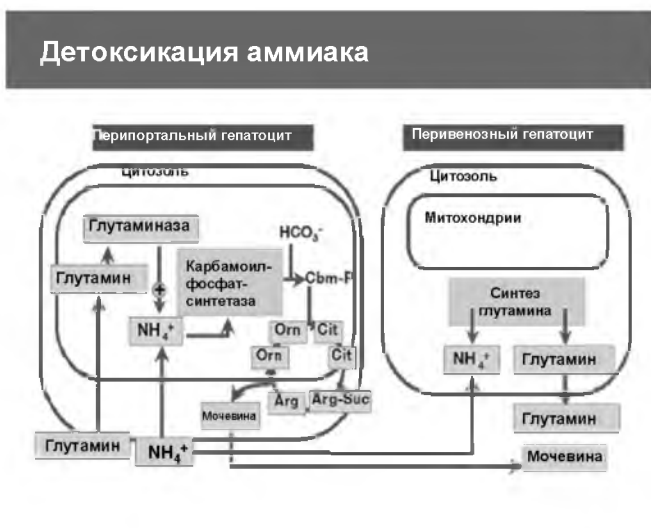
При остром гепатите и нарушении функции гепатоцитов шунтирование крови происходит в самой печени. Поврежденные клетки печени не в состоянии адекватно метаболизировать токсические вещества. Поступающие из воротной вены, вследствие чего они попадают непосредственно в печеночную вену, а далее в системный кровоток необезвреженными. При циррозе печении возникновении портальной гипертензии кровь минует печень по естественным коллатералям. Аналогичное состояние наблюдается после операции портокавального шунтирования.

Аммиак занимает центральное место в токсической теории развития ПЭ. В целом ряде исследований была показана прямая зависимость между уровнем аммиака и степенью ПЭ. Установлено, что уровень аммиака повышен у 90% больных, имеющих признаки печеночной энцефалопатии (Clemmesen J.O. et al. 1999, Kramer L. et al.,2000., Venturini I. et al.,2001). Известно, что основным источником образования аммиака в организме является толстый кишечник, где под действием микробиоты происходит расщепление белков, аминокислот, пуринов до конечного продукта –аммиака. Кроме толстого ки-

щечника аммиак образуется так же в почках и мышечной ткани. Аммиак поступает в общий кровоток, при этом максимальная концентрация его отмечается в портальной вене, по которой он попадает в печень (Butterworth R.F., 1996, Norenberg M.D. 1996). При сохраненной функции печени основная часть аммиака включается в орнитинный цикл, конечным продуктом которого является мочевины. В результате повреждения печени скорость метаболизма аммиака значительно снижается. В связи с этим часть аммиака через портальные анастомозы вновь возвращается в системный кровоток и проникает через гематоэнцефалический барьер (Mans A.M. et al., Lockwood A.H et al., 2001).



В ЦНС орнитинный цикл нейтрализации аммиака «не работает». Из поступающего в головной мозг аммиака и глутамата под действием глутаматсинтетазы образуется глутамин. Истощение глутамата и накопление глутамина обуславливают процесс развития отека и приводят к повреждению астроцитов и снижению синтеза АТФ (Kato M.D. et al., 2002). Установлено так же, что избыточное содержание глутамина может провоцировать токсический отек головного мозга (Albrecht J., Jones E.A. 1999). Известно, что глутамат является важным возбуждающим медиатором ЦНС. Выявлена корреляционная зависимость между уровнем глутамата в спинномозговой жидкости и степенью печеночной энцефалопатии (Mousseau D.D. et al., 2004., Orprong K.N. 2005). Кроме того, аммиак способствует проникновению нейротоксических ароматических кислот, коротко- и среднецепочечных жирных кислот, меркаптана в центральную нервную систему. Эти соединения являются продуктами бактериального метаболизма жиров и серосодержащих аминокислот кишечника (Butterworth R.F., 2003). По имеющимся данным, они оказывают неблагоприятное воздействие на постсинаптические структуры мозга (Andres T., Cordoba J. 2001).



Методы терапии печеночной недостаточности. При выработке тактики терапии ПечН необходимо исходить из целого ряда условий, определяющих развитие патологического процесса в печени.

Традиционная (консервативная) терапия ПечН в первую очередь основана на мерах по устранению этиологического фактора, вызвавшего декомпенсацию ПечН: остановку желудочно-кишечного кровотечения, ликвидацию анемии, инфекции, отказ от алкоголя. В ряде случаев обострение ПечН связано с результатами ятрогенных воздействий: использование больших доз диуретиков, седативных средств и/или анальгетиков. Поддерживающее медикаментозное и симптоматическое лечение включает инфузионную и лекарственную терапию водно-электролитных и волевых нарушений, меры по снижению уровня аммиака в крови, лечение коагулопатии и ограничение поступления белка в организм больного.

В целях временного замещения детоксицирующей функции печени используют различные экстракорпоральные методы лечения: гемосорбцию, гемофильтрацию, гемодиализ и новые виды ЭМЛ MAPC и система Prometheus. В любом случае основными целями медикаментозной терапии и ЭМЛ являются замещение скомпроментированной функции печени до тех пор, пока не произойдет максимально возможная регенерация клеток печени, или для поддержания жизни пациента в ожидании трансплантации печени.

Лечение больных с ОпечН и декомпенсированной ХПечН должно проводиться в условиях отделений интенсивной терапии. Ведение больных в этих состояниях предусматривает поддержание основных жизненно важных функций организма.

Интенсивная терапия проводится в условиях постоянного мониторинга уровня сознания и степени энцефалопатии, показателем гемодинамики (ЧСС, АД, ЦВД), дыхания (ЧДД, SaO₂), Hb, Ht, электролитных показателей (K, Na), уровня гликемии, биохимические показатели, коагулограммы др. При развитии дыхательной недостаточности необходимо обеспечить адекватную искусственную вентиляцию легких.

В задачи инфузионной терапии входят следующие: восполнение объема циркулирующей крови, нормализация микроциркуляции, коррекция водно-электролитных и кислотно-основных нарушений, уменьшение уровня интоксикации за счет дилуции токсинов и стимуляции диуреза. Инфузионная терапия проводится растворами кристаллоидов (0,9% раствор NaCl), глюкозы (10-40% растворы), крахмалов (Рефортан 250-1000 мл), коллоидов (гелофузин до 1000 мл/сут, стабизол 800 мл/сут). Для устранения нарушений в системе гемостаза может потребоваться переливание плазмы (СЗП), при выраженной анемии – эритроцитарная масса (Эр.масса). При угнетении сократительной способности миокарда назначают препараты с инотропным действием (дофамин и др.). Развитие полиорганной недостаточности требует соблюдения всех принципов ведения больных в критических состояниях. Необходимо отметить, что лечение больных с ПечН имеет ряд особенностей, которые обусловлены патогенезом развития печеночной дисфункции.

Следует уделять особое внимание проблемам нутритивной поддержки у больных с патологией печени, поскольку при возрастании белковой нагрузки на печень могут усугубляться признаки ПЭ. Соблюдение диеты больными с ПечН приводит к уменьшению образования аммиака и других токсинов в толстой кишке и соответствующему снижению гипераммониемии (Ferencsi P. et al., 2006). Полное исключение белка, только углеводы (энергетическая ценность > 1500 ккал/сут).

При невозможности энтеральной поддержки необходимо проводить парентеральное питание – потребности в энергии восполняются концентрированной глюкозой (20-40%-ные растворы), возможно дополнительное введение жировых эмульсий (липофундин 250 мл). Для обеспечения потребностей в белках переливают специальные растворы аминокислот для парентерального введения Аминостерил Гепа 5 и 8%, и Аминоплазмал Гепа 10%.

По общепринятому мнению, основную роль в развитии ПЭ

при ПечН аммиак, поэтому была разработана медикаментозная тактика, направленная на уменьшение образования и абсорбции аммиака в толстом кишечнике, а так же нейтрализацию аммиака в печени, тканях и крови. В соответствии с этим выделяют три группы используемых препаратов: 1) уменьшающие поступление аммиака из толстого кишечника (стерилизация кишечника, невсасывающиеся антибиотики, синтетические дисахариды), 2) связывающие аммиак в крови (бензоат натрия и фенилацетат), 3) стимулирующие обезвреживание аммиака в печени и мышцах (L-орнитин-L-аспартат).

Для подавления флоры кишечника, которая продуцирует аммиак и другие токсины, назначают прием антибиотиков (ванкомицин до 2 г/сут, ципрофлоксацин 500 мг/сут и другие). Назначение антибиотиков сочетают с применением высоких клизм, позволяющих очистить толстую кишку на максимальном протяжении. Санация кишечника в целях удаления азотсодержащих субстанций особенно актуальна при желудочно-кишечных кровотечениях.

В современной клинике успешно применяют лактулозу (дюфалак 30-120 мл/сут per os или 1-3 л 20% раствора per rectum) – синтетический дисахарид, который способствует уменьшению образования в кишечнике аммиака. Препарат снижает pH в кишечнике и подавляет жизнедеятельность аммониегенных бактерий, тем самым снижая продукцию аммиака.

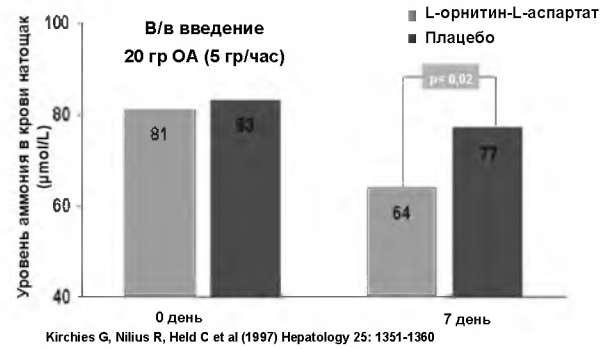
К препаратам, усиливающим метаболизм аммиака в организме больного, относятся L-орнитин-L-аспартат (Гепа-Мерц). В основе эффекта действия этого лекарственного средства лежит эффект стимуляции обезвреживания аммиака в печени и мышцах. В настоящее время наиболее изученным и широко применяемым препаратом с таким механизмом действия является Гепа-Мерц, представляющий собой стабильную соль двух аминокислот L-орнитина и L-аспартата. L-орнитин активирует в перипортальных гепатоцитах карбоамилфосфатсинтетазу ведущий фермент синтеза мочевины. Кроме того, L-орнитин и L-аспартат являются субстратами цикла синтеза мочевины и глутамина. Синтез глутамина активируется не только в печени, но и в мышцах. Сказанное наиболее важно для больных с циррозом печени, когда активность ферментов орнитинового цикла снижена, а синтез глутамина в мышцах является основной реакцией обезвреживания аммиака (Надинская М.Ю., 2001, Kircheis G. et al., 2004). Схема назначения: до 40 мл/сут или 20 мг/сут, растворив содержимое ампул в 500 мл инфузионного раствора. В зависимости от степени тяжести состояния вводят до 80 мл в сут или 40 мг/сут. Максимальная скорость введения 5 г/час (55 капель в минуту). Длительность инфузии, частота и продолжительность лечения определяются индивидуально. Не растворять более 60 мл в 500 мл инфузионного раствора. Механизм действия заключается в следующем:

- орнитин стимулирует в перипортальных гепатоцитах карбоамилфосфатсинтетазу-фермент синтеза мочевины
- аспартат стимулирует в перивенозных гепатоцитах, мышцах и головном мозге глутаминсинтетазу
- орнитин и аспартат являются субстратами цикла синтеза мочевины

Одно из ключевых исследований, доказывающее эффективность Гепа при хронических заболеваниях печени. Пациентам с циррозом печени проводилась сравнительная оценка эффективности снижения аммиака в крови при применении

Обезвреживание аммиака происходит двумя основными механизмами. Первый механизм обезвреживания - наиболее значимый - происходит в перипортальных гепатоцитах и позволяет вывести значительные количества аммиака из организма. Этому служит орнитиновый цикл (ведущий фермент цикла – карбоамилфосфатсинтетаза), где аммиак связывается с образованием мочевины, до 80% которой выделяется почками с мочой. Около 20% мочевины поступает по системной циркуляции в ЖКТ, где разлагается уреазой-положительными бактериями до аммиака. Орнитиновый цикл в норме функционирует примерно на 60% от своей полной мощности, т.е. существует значительный резерв основной аммиак-обезвреживающей

Уменьшение концентрации аммиака при инфузии L-орнитина-L-аспартата (ОА)



системы организма.

Второй механизм обезвреживания аммиака – образование глутамина при участии глутаминсинтетазы. Эта реакция происходит не только в печени (в перивенозных гепатоцитах), но и в экстрапеченочных тканях – в мышцах, которые потенциально могут связывать значительные количества аммиака, и в головном мозге (в астроцитах). Глутамин в небольшом количестве выделяется с мочой и в основном выполняет транспортную функцию переноса аммиака в нетоксичной форме в печень, где в перипортальных гепатоцитах под действием глутаминазы от глутамина отщепляется аммиак, который включается в орнитиновый цикл.

Таким образом, печень выступает центральным органом метаболизма аммиака. Образование значительных количеств аммиака происходит в ней в результате дезаминирования аминокислот, его обезвреживание осуществляется в орнитиновом цикле и в глутаминсинтетазной реакции.

В отделении реанимации и интенсивной терапии 7 ГКБ г Алматы был пролечен 31 пациент с циррозом печени и печеночной энцефалопатией различной степени выраженности по вышеуказанной схеме. Критериями эффективности были улучшение клинического состояния, показателей функциональных проб печени и коагулограммы, улучшение нейропсихического состояния и др. У пациентов с печеночной недостаточностью часто отмечается задержка жидкости в организме, наблюдаются интерстициальные отеки. Для снижения введения растворов мы вводили Гепа-Мерц через инфузомат из расчета 30 мл или 15 г препарата инфузионного вводят в шприц перфузатора и разводят до 50 мл совместимым р-ром для инфузий (см. выше). Максимальная скорость введения 5 г/час (55 капель в минуту). Длительность инфузии, частота и продолжительность лечения определяются индивидуально. При этом отмечали улучшение биохимических показателей в динамике (в % к исходным) смотри табл.

Оценка некоторых биохимических показателей в динамике (в % к исходным)

Вид патологии	Билирубин	АЛТ	ЩФ	Мочевина	Креатинин	Белок
Энцефалопатия на фоне хронической алкогольной интоксикации	-60,8	-34,6	-14,1	-13,0	-9,0	+11,5
Заболевания печени	-24,3	-25,6	-26,1	-30,3	-2,9	+18,0
Острый геморрагический панкреатит, панкреонекроз	-77,6	-61,0	-27,6	-40,5	-45,7	+33,3
Перитонит, сепсис	-61,2	-42,6	-20,5	-18,7	-10,1	+13,6
Массивная кровопотеря с нарушением гемостаза	-49	-41,9	+9,6	-24,6	-29,9	-
Сочетанная и множественная травма, осложненная сепсисом	-56,3	-60,8	-24,6	+16,8	+27,9	+11,3
Хирургические заболевания брюшной полости	-37,8	+30,9	-	0	-	0
Хронический лекарственный, алкогольный гепатит на фоне туберкулеза легких	-58,2	-50,8	-11,9	-23,0	-35,2	+12,5

положительная динамика изменение незначительно или отсутствующее отрицательная динамика

Гепта-Мерц: орнитин стимулирует в перипортальных гепатоцитах карбоамилофосфатсинтетазу. Аспарат стимулирует в перивенозных гепатоцитах, мышцах и головном мозге глутаминсинтетазу. Орнитин и аспарат являются субстратами орнитинового цикла.

Постоянно ведется разработка новых методов ЭМЛ (экстракорпоральных методов лечения) для терапии ПечН. Воздействие ЭМЛ на организм проявляется 3 группами эффектов: специфическими, неспецифическими и дополнительными. В основе ЭМЛ лежат четыре основных физико-химических процесса: диффузия, фильтрация (конвекция), сорбция и гравитация (центрифугирование). В последние годы в клиническую практику был внедрен новый метод экстракорпоральной детоксикации для терапии ПечН, в основе которого лежит комбинированное применение известных и широко используемых ЭМЛ. Данная система искусственной поддержки функции печени получила название Молекулярной адсорбирующей рециркулирующей системы (МАРС). МАРС является модификацией диализа сорбции, используемых для удаления альбуминсвязанных и водорастворимых токсических продуктов (Tan H.R., 2004). Применение МАРС позволило снизить летальность среди пациентов с ГРС со 100 до 75%. (Mitzner S.R. et al., 2000., Mitzner S.R. et al., 2001.)

В России включение методики МАРС в комплексную терапию пациентов с ПечН началось с 2002 г. Следует отметить, что первые процедуры МАРС продемонстрировали уникальные свойства данного метода. Сегодня для терапии ПечН предложена еще одна система, позволяющая удалять широкий спектр токсических веществ (водорастворимые, альбуминсвязанные), накапливающихся в организме больных. Данная система была разработана компанией Fresenius Medical Care (Германия) и получила название Prometheus. Количество публикаций об эффективности системы Prometheus у больных с ОПечН, декомпенсацией ХПечН, а так же при ГРС неуклонно увеличивается (Kramer L. et al., 2003., Rifai K. et al., 2005, Nyskowski P. et al., 2006., Skwarek A. et al., 2006.)

Причины, вызывающие развитие ПечН, многочисленны и разнообразны. В итоге страдают функция детоксикации, синтетическая функция печени и механизмы регуляции метаболических процессов.

Имеющиеся к настоящему моменту сведения о патофизиологических механизмах развития ПечН и результаты ее лечения диктуют необходимость пересмотра традиционной тактики лечения ПечН. Наряду с эффективными лекарственными препаратами использовать новые методы ЭМЛ для успешного лечения крайне тяжелого контингента подобных больных.

Список литературы

1. Бокерия Л.А., Ярустовский М.Б., Гелтнер Р.А. и др. Альбуминовый диализ в комплексной интенсивной терапии больных после кардиохирургических операций. Первый собственный опыт // *Анестезиология и реаниматология*, 2005 №2 с.78-83.
2. Буеверов А.О. Печеночная энцефалопатия: клинические варианты и терапевтические возможности // *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии*, 2003, №5, с 46-52.
3. *Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение* // Под ред А.В.Калинина, А.И.Хазанова. М., 2007, 600 стр.
4. Гологорский В.А., Гельфанд Б.Р., Багдатьян В.Е. и др. Печеночно-почечный синдром как компонент полиорганной недостаточности у больных с инфекционно-токсическим шоком // *Анестезиология и реаниматология*, 1985, №4, с.3-10.
5. Журавлев С.В. острая печеночная недостаточность // *Consilium Medicum*, 2004. №6, с. 421-423.
6. Кутепов Д.Е., Попов А.В., Моляренко Е.В. и др. Использование поддерживающей МАРС при заболеваниях печени // *Кремль. Мед. клин. вестник*, 2003, №1 Юс. 43-46.
7. Пасечник И.Н., Кутепов Д.Е., Печеночная недостаточность // *М. Мед. информ. агентство* 2009, с. 235.
8. Надинская М.Ю., Современные подходы к лечению печеночной энцефалопатии // *Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии*, 2001. №6, с 16-23.
9. Batterworth et al., Ammonia Key factor in the pathogenesis of hepatic encephalopathy // *Neurochem. Patholog.* 1987., Vol. 1, P1-12.

Физико-химические свойства крови при травматическом повреждении печени

Ибадильдин А.С., Мухамеджанов Г.К., Шарунов Г.И., Аталыков Б.Е.
Кафедра «Хирургические болезни №3» КазНМУ г. Алматы

Актуальность

Травматизация является одной из острейших медико-социальных проблем. Количество пострадавших с травмами различной локализации увеличивается во всем мире, и наша страна не является исключением. По данным ВОЗ, от травмы ежегодно погибают около 500 тысяч человек. В связи с процессами индустриализации, урбанизации, с увеличением автотранспортного движения за последние десятилетия эти потери постоянно увеличиваются. Доминирующей причиной тяжелых сочетанных повреждений стали транспортные происшествия, оттеснив на второй план бытовые, военные травмы.

В структуре травматизма мирного времени закрытые повреждения живота составляют до 25%(6) всех травматических повреждений, а летальность, особенно, сочетанной до 65%(1,2)

Среди травматических повреждений внутренних органов, печень, благодаря значительным размерам, контактной поверхности его с грудно-брюшной стенкой, фиксацией, нежностью паренхимы, особенностями кровоснабжения по частоте уступает только кишечнику 20-36%(1,2,5,6). Между тем летальность при повреждениях печени чрезвычайно велика 12-59%(2,4).

Основной причиной смертности при травме печени являются профузное, не имеющее тенденции к спонтанной остановке кровотечение, ДВС синдром, травматический, геморрагический шок, желчный перитонит, посттравматический гепатит с исходом в острую печеночную недостаточность. Крайне неблагоприятны исходы огнестрельных ранений печени, при сочетанных травмах, а также исход травмы зависит от степени повреждений. При III-V ст.(Е. Мооре 1986) летальность достигает до 80%. При обширных ранениях и огнестрельных повреждениях печени наблюдается травма окружающих его тканей, а по периферии зона пониженной жизнеспособности, что приводит к изменениям клеточных структур, прогрессированию микроциркуляторных расстройств, цитолизу, которые, в последующем могут привести к тяжелым, физико-химическим, реологическим расстройствам с развитием ДВС синдрома, что предопределяет причину ранних осложнений и послеоперационной смертности. Если принять во внимание, что основной контингент травмированных составляют молодые люди трудоспособного возраста от 18 до 50 лет, то становится очевидным, что данная проблема не только медицинская, она стала демографической и социально-экономической.

Цель

Улучшить результаты лечения больных с травмой печени.

Задачи исследования:

- 1) Изучить клинко-лабораторные, биохимические, гемостазиологические показатели у больных с травмами печени в зависимости от степени и тяжести поражения.
- 2) Провести сравнительный анализ полученных результатов с учетом оперативного и послеоперационного лечения.

Материалы и методы

На кафедре «Хирургических болезней №3» КазНМУ в период 1998-2011 г.г. проанализировано результаты лечения 152 больных с повреждениями печени по классификации Мооре(1986) в возрасте от 16 до 72 лет. Закрытая травма печени у 57(37,5%),

Бауырдың жарақаттары дәрежесіне және ауырлығына байланысты гемостазиологиялық, цитолитикалық, лабораторлы-биохимиялық нәтижелері тікелей ұштасады. Қан келемін кебейту, гемокомпонентті, гепатотропты терапия, қанның реологиясын түзету уақытылы оперативті ем нәтижесінде көрсеткіштер жақсарды.

Травматические повреждения печени в зависимости от степени и тяжести прямо коррелирует с гемостазиологическими, цитолитическими, лабораторно-биохимическими данными. Восполнения ОЦК, гемокомпонентная, гепатотропная терапия, коррекция реологии крови, своевременное оперативное вмешательство позволило снизить летальность, сократить сроки пребывания в стационаре у тяжелой категории больных с травмами печени.

Traumatic damages of a liver depending on a degree and gravity directly correlates with hemostasiologic, the cytolytic, laboratory-biochemical data. Restores volume of a circulating blood, haemocomponental, hepatotropic therapy, hemorheology correction, timely operative interventions has allowed to reduce a lethality, to reduce terms of stay in a hospital at a serious category of patients with liver traumas.

открытые ранения у 95(62,5%). Среди причин закрытых повреждений печени 80% ДТП, падения с высоты, прямой удар тупым предметом в проекции печени. У 56 больных сочетанная травма (ЧМТ, переломы трубчатых костей, кости таза, переломы ребер и т.д.) что представляло определенные трудности в диагностике и выборе тактики лечения. Сроки госпитализации больных составляло от 1ч до 3х суток от момента получения травмы. Учитывая степень и тяжесть повреждений печени, объем оперативного вмешательства и результаты послеоперационного лечения у 117 больных изучены клинко-лабораторные, биохимические, гемостазиологические данные и даны их сравнительные характеристики. Клиника травмы печени отличается вариабельностью в зависимости от степени тяжести и наличия сочетанных повреждений, что отразилось на клинко-лабораторных, биохимических, гемостазиологических показателях. При подозрении на травму печени лабораторные исследования направлены прежде всего на выявление кровопотери и его тяжести. При определении содержания в крови эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, вязкости крови и ОЦК следует учитывать время от момента получения травмы печени, так как гидремическая реакция на потерю некоторого объема крови начинается сразу, но проявляется лишь спустя 2-3 часа, полученные данные на фоне гиповолемии не соответствуют истине.

Из числа обследованных 72 больных (61,5%) I-II ст (Мооре) повреждения, с объемом кровопотери до 500 мл, на фоне стабильной гемодинамики существенных изменений со стороны анализов крови не было; отмечается умеренный лейкоцитоз от $10 \cdot 10^9/\text{л}$ до $12 \cdot 10^9/\text{л}$, однако, на 2-3 день после операции, вследствие гемодилюции отмечается снижение содержания эритроцитов до $3,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, вязкости крови 4,7 мПа·с, при нормальных показателях билирубина(11,6-20,2 ммоль/л) и трансаминаз. На фоне проводимых инфузионной, антибактериальной и гепатотропной терапии на 7-8 сутки после операции все показатели нормализовались.

В данной группе больных средняя продолжительность пре-

бывания в стационаре 8,2 к/д, у 3^х больных имели места(4,2%) послеоперационные осложнения (2-поддиафрагмальная гематома, 1-нагноение послеоперационной раны).

Во второй группе 45(38,5%) больных с тяжелыми сочетанными травмами, с обширными ранениями печени с внутрибрюшным кровотечением, развитием геморрагического и травматического шока различной степени (III-Vст) с нестабильной гемодинамикой. Сроки госпитализации от 1 до 5-6 часов. В данном случае степень, локализация и тяжесть повреждения печени и клиника внутрибрюшного кровотечения являются ведущим. В первые часы от момента получения травмы отмечается снижения показателей гемоглобина до 70-80 г/л, эритроцитов до 2,5-3,1*10¹²/л, при вязкости крови 6,9 мПас, ПТИ ниже 80% со снижением фибринолитической активности крови, изменением показателей фибриногена, появлением этанолового теста при субнормальных показателях билирубина и трансаминаз, что свидетельствует о начавшихся нарушениях гемореологических свойств крови, а следовательно, и наличием микроциркуляторных расстройств, что несомненно может стать базой различных осложнений патологических процессов в печени до развития острой печеночной недостаточности и клиническими проявлениями ДВС синдрома.

При обширных повреждениях печени через 48-72 ч на фоне снижения показателей гематокрита до 17 г/л(±4), гемоглобина 60-70 г/л(±8) и тромбоцитоза, отмечается умеренная гипо-,диспротеинемия, гипергаммаглобулинемия со снижением альфа/глобулинового коэффициента до 0,88, азотемия, билирубинемия до 50-120 ммоль/л, умеренное повышение цитолиза, выше 3^х норм аланинаминотрансферазы. Обращает внимание содержание фибриногена до 4,2-5,0 г/л, на фоне высокой вязкости 7,2 мПас, снижение протромбина и повышение антикоагуляционной и фибринолитической активности крови. Подобные нарушения: гипо-,диспротеинемия, рост эндогенной интоксикации (билирубинемия, азотемия) нарушения реологических свойств крови являются предпосылкой для развития необратимых процессов в печени, что приводит к высокой летальности в ближайшем послеоперационном периоде. Из числа оперированных больных умерло 26(57%), что объясняется тяжестью полученных травм, а также развитием глубоких

нарушении в ткани печени и в системе гемостаза.

В результате проводимой комплексной терапии (инфузионная, антибактериальная, мембранотропная, дезинтоксикационная, дезагрегатная, белковозаместительная, гемокомпонентная, иммуностимулирующая, витамины, гипероксигенотерапия) в при благоприятном течении послеоперационного периода на 10-14 сутки отмечается положительная динамика в показателях гемореологии.

Выводы

1) При тяжелых травмах печени в организме развивается комплекс ответных компенсаторных защитных реакций универсального характера.

2) При тяжелых травмах печени имеется прямая корреляция гемореологических, цитолитических и клинических проявлениях.

3) Своевременная коррекция выявленных гемореологических, белковых и цитолитических нарушениях позволило снизить послеоперационные осложнения и предотвратить развитие печеночной недостаточности.

Список литературы

1. Ю.Г Шапошников «Повреждения живота» Медицинская литература 1986-256с.
2. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. Под руководством проф. А.Е. Борисова. Изд. Скифия. С-Петербург-2003
3. А.И. Хазанов «Функциональная диагностика болезни печени» Москва изд.«Медицина» 1988г.
4. А.Е. Романенко «Закрытые повреждения живота» Киев 1985г.
5. В.С. Шапкин, Ж.А. Гриненко «Закрытые и открытые повреждения печени» Москва «Медицина» 1977
6. Урман М. Г., Смоленков С. В., Фирсов В. Д., Палатова Л. Ф. Диагностика поврежденных органов брюшной полости при закрытой сочетанной травме // Специализированная помощь при сочетанной травме груди, живота и опорно-двигательного аппарата: Тр. ПГМИ.- 1981.- Т. 152.- С. 12-15.
7. Гальперин И.И. «Руководство по хирургии печени» 2009г.
8. Альперович Б.И. «Хирургия печени и желчных путей» Томск 1997.

Лечение перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

Ибадильдин А.С., Шарунов Г.И.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Кафедра хирургических болезней №3
УДК 616.33-002 44-089

Лечение осложнений язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК), требующих неотложного оперативного вмешательства, представляет, до настоящего времени, серьезную проблему. Считается, что не менее 10-15% населения в течении жизни страдают язвами желудка и ДПК (3). Осложнение в виде перфорации достигает 20%. Выбор оптимального метода неотложной операции окончательно не решен, несмотря на многочисленные публикации по этому вопросу.

В начале 21 века наблюдается значительное увеличение количества неотложных оперативных вмешательств по поводу осложненных язв с одновременным снижением плановых операций по поводу язвенной болезни. Несмотря на тенденцию к минимизации объема вмешательства при перфоративной гастродуоденальной язве (ПГДЯ), непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с ПГДЯ остаются неублажающими: так послеоперационная летальность при ПЯЖ и ДПК остается высокой и достигает 5-19%, рецидивы язв достигают 70-80% наблюдений (1), что обусловлено отсутствием диспансеризации, планового лечения и санации этой группы больных. Немаловажным является увеличение продолжительности жизни и возникающие экономические проблемы,

Оперировано 192 больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Язва локализовалась у 89,6% больных в луковице двенадцатиперстной кишки, у 10,6% в желудке. Объем операции: резекция желудка у 15(7,8%), ваготомия с дренирующими операциями у 33(17,1%), ушивание язвы у 132(68,8%), иссечение язвы желудка у 12(17,1%).

Дифференцированный подход к хирургическому лечению перфоративных язв желудка и 12 перстной кишки в зависимости от тяжести состояния, возраста, сроков поступления, наличия перитонита, конкурирующих заболеваний позволил добиться снижения послеоперационной летальности до 3,1%.

192 patients with an opening gastric ulcer and a duodenal gut are operated. The ulcer was localized at 89,6 % of patients in a bulb of a duodenal gut, at 10,6 % in a stomach. Operation volume: a resection of a stomach at 15 (7,8 %), intersection of the nerve with improvement evacuation operations at 33 (17,1 %), the taking in the ulcers at 132 (68,8 %), the whole withdrawal of the stomach ulcers at 12 (17,1 %). The differentiated approach to surgical treatment opening ulcers and

связанные со стоимостью противоязвенных и эрадикационных препаратов.

Нами изучены клинические результаты операций при перфоративных язвах желудка и ДПК у 192 больных, оперированных в хирургической клинике ГКБ №7. Мужчин было 165 (85,9%), женщин 27 (14,1%). Возраст больных колебался от 16 до 91 года: до 20 лет у 6 больных, 21-30л у -15, 31-40л у 9, 41-50л у 11, 51-60л у 8, 61-70л у 1, 71-80л у 1, 91год -1, преимущественно от 21 до 50 лет - 147 больных (76,6%). У 172 (89,6%) больных перфоративная язва локализовалась в луковице ДПК, у 20 больных (10,4%) в желудке: в пилорическом отделе у 5 (25%), у 15 (75%) в антральном отделе и теле желудка. Язвенный анамнез от 1 года до 27 лет у 33 больных (17,2%), у остальных больных "немые" язвы, либо лечились с хроническим гастритом.

Сроки госпитализации: до 6 ч - 128(66,7%), до 12 ч - 42 (21,9%) до 24ч - 13 (6,8%), 1-3 суток - 8 (4,2%), 5 суток - 1. Свободный газ под куполом диафрагмы выявлен в 144 (75%) случаях из 192 больных. После ФГС дополнительно выявлен газ еще у 15 (7,8%) больных. Из 46 больных, у которых не выявлен свободный газ при рентгенологическом обследовании, на ФГС выявлена перфорация язвы у 29 больных. У 162 больных перфоративная язва ДПК располагалась на передней стенке, в 10 (5,8%) случаях встретились целующиеся язвы. Диффузный перитонит наблюдался у 131(68,2%), распространенный в 61 случае (31,8%). Количество выпота было от 200 до 2000 мл, в основном серозно-гнойного характера.

Как известно, различают 3 вида перфорации гастродуоденальных язв: в свободную брюшную полость, прикрытую и атипичную. Прикрытая перфорация встречается значительно реже - около 7%, атипичная по данным Комарова Б.Д. (3) около -5%. У наших больных прикрытая перфорация встретилась у 8 больных (4,2%), прободное отверстие было прикрыто сальником, печенью. Атипичная перфорация, т.е. перфорация в малый сальник, большой сальник, в клетчатку забрюшинного пространства наблюдалось у 4 наших больных (2%). Атипичные перфорации задней стенки желудка, ДПК в толщу малого или большого сальника клинически проявляются иначе, чем прободение в свободную брюшную полость. Боли в животе носят умеренный характер, без четкой локализации, напряжение мышц передней брюшной стенки не столь резко выражено. В случае несвоевременной диагностики развиваются тяжёлые гнойные осложнения со стороны брюшной полости и забрюшинного пространства (абсцесс сальниковой сумки и забрюшинного пространства, забрюшинная флегмона и др.), клинически проявляющиеся выраженной системной воспалительной реакцией и стертой локальной симптоматикой. Таким образом, при отсутствии манифестации клиники перитонита, обусловленной атипичной перфорацией язвы желудка и ДПК, как по нашим, так и по литературным данным (4), диагностика атипичных перфоративных язв желудка, ДПК и их осложнений (абсцессы сальниковой сумки) достаточно затруднена. Следует обращать внимание при диагностике на ограничение участия верхней половины живота в дыхании, умеренную болезненность и небольшое напряжение мышц брюшной стенки в проекции сальниковой сумки, повышение температуры тела, лейкоцитоз со сдвигом влево. Диагностике помогает рентгенография брюшной полости, ФГС, УЗИ и в трудных случаях КТ брюшной полости.

Из 192 больных ушивание перфорации выполнено у 132 (68,8%). Показаниями к выполнению данной операции были: короткий до 3-5 лет язвенный анамнез, отсутствие инфильтрации краёв язвы, молодой или наоборот пожилой и старческий возраст, наличие распространенного перитонита, поздние сроки доставки, тяжесть общего состояния и наличие сопутствующей патологии. В 15 случаях (7,8%) произведена первичная резекция желудка, преимущественно по Бильрот-I у 10 больных. Основными критериями при данной операции были: давность перфорации не более 6 часов, средний возраст больных, наличие длительного язвенного анамнеза - более 5 лет, рубцовый стеноз привратника, кровотечение из язвы, подозрение на ма-

a duodenal gut depending on weight of a condition, age, terms of receipt, presence of the peritonitis, competing diseases has allowed to achieve decrease in a postoperative lethality to 3,1 %.

Асқазан және 12 елі ішек ойық жарасының төсілуімен 192 науқасқа операция жасалынды. 89,6% науқастың ойық жарасы 12 елі ішекте орналасқан, ал 10,6% асқазанда. Операция келемі: 15 (7,8%) науқасқа асқазан резекциясы, 37 (17,1%) науқасқа ваготомиямен бірге дренирлеу операциясы, 132 (68,8%) науқасқа жараны тігу, 12 (6,3%) науқасқа асқазан ойық жарасын кесіп алып тастау операциясы жасалынды.

Асқазан мен 12 елі ішектің перфорацияланған ойық жарасымен ауырған науқастардың жағдайына, жасына, қосымша ауруларына, ауруханаға түсу уақытына, ауырлық дәрежесіне байланысты хирургиялық өміне салыстырмалы түрде қарау, операциядан кейінгі өлім көрсеткішін 3,1% төмендетті.

лигнизацию, наличие квалификации оперирующего хирурга. У 33 (17,1%) больных произведена ваготомия с дренирующими операциями, иссечение язвы желудка в 12 случаях у лиц пожилого и старческого возраста. Из 192 больных после операции умерло 6 (3,1%). Таким образом, наши данные подтверждают данные других авторов об увеличении в последние годы количества перфоративных гастродуоденальных язв (1,5). У больных пожилого и старческого возраста при наличии осложнений, сопутствующей патологии и у лиц молодого возраста с острой язвой ушивание перфоративной язвы остаётся основным оперативным вмешательством.

Диагностика прикрытых и атипичных перфоративных язв желудка, ДПК и их осложнений достаточно затруднена, что следует принимать во внимание. Диагностике помогает рентгенография брюшной полости, ФГС, УЗИ и КТ брюшной полости. Операцией выбора при перфоративной язве ДПК у больных при отсутствии других осложнений является селективная ваготомия с дренирующими операциями. Дифференцированный подход в выборе хирургической тактики позволил снизить послеоперационную летальность у больных с перфоративной язвой желудка и ДПК до 3,1%.

Резекция желудка показана при давности перфорации не более 6 часов и отсутствии перитонита, среднем возрасте больных, наличии длительного анамнеза - более 5 лет, больным с наличием осложнений: рубцовом стенозе привратника, кровотечении из язвы, целующихся язвах, каллёзной язве, подозрении на малигнизацию. Резекция желудка по нашему мнению является радикальной при ПГДЯ, что приводит к снижению показателей послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности и санации больных.

Учитывая неутешительные результаты неотложных операций при осложнениях язв желудка и ДПК необходимо профилактическое активное выявление, диспансеризация и плановое оздоровление больных с язвенной болезнью, а в необходимых случаях раннее превентивное оперативное вмешательство в плановом порядке.

Литература

1. К.А. Абикулов, А.Г. Альмамбетов, Д.А. Сыбанбаев. «Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах». Медицинский журнал Казахстана. 1998. №2, 45-47.
2. Афенбулов С.А., Журавлев П.Ю., Краснолуцкий Н.А. «Лечение прободной язвы». М.2005, 166.
3. Акад. РАМН В.К. Гостищев, д.м.н. М.А. Евсеев, Р.А. Головин «Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами». Хирургия, 2009, №3, 10-16.
4. Комаров Б.Д., Матюшенко А.А., Кириенко И.А. «Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки». В кн. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости (под ред. В.С. Савельева). М.2004; 303-326.
5. А.С. Ибадильдин, Г.И. Шарунов, О.Б. Байырханов, А.С. Исакаев «Результаты лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки». Вестник КазНМУ, № 4, 2003, 22-23.

Анестезиологическое обеспечение и ближайший послеоперационный период у больных при обширных резекциях печени

Миербеков Е.М., Артыкбаев Ж.Т., Жазылбеков А.А.

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г. Алматы

Развитие современной хирургической гепатологии значительно расширило показания к большим и предельно большим резекциям печени, проведению ортотопической трансплантации печени. Подобные операции травматичные, часто сопровождаются массивной кровопотерей и прогрессированием послеоперационной печеночной недостаточности [1, 2]. Актуальность вопроса обостряется еще и тем, что летальность при подобных операциях остается высокой. Так, в начале 80-х годов летальность после обширных резекций печени по данным зарубежных статистик составляла от 20 до 33% [4,5,6] и определялась высокой частотой массивных интраоперационных кровотечений и тяжелой послеоперационной печеночной недостаточности.

За последние годы непосредственные результаты обширных резекций заметно улучшились. Благодаря совершенствованию предоперационной топической диагностики опухолей, развитию хирургической техники выполнения резекционных вмешательств на печени, совершенствованию методов профилактики кровотечений удалось значительно снизить показатели послеоперационной летальности, которая в настоящее время у больных без цирроза печени не превышает 2-6% [7-12]. В тоже время, в нестандартных анатомических ситуациях, при локализации очаговых образований в зоне магистральных сосудистых структур печени или наличии образований гигантских размеров риск массивной кровопотери и неблагоприятного исхода продолжает оставаться высоким.

В связи с этим важное значение приобретает правильный выбор тактики анестезиологического обеспечения подобных операций, которое должно включать в себя использование анестезиологических препаратов, оказывающих минимальное воздействие на метаболизм печеночных клеток, а также тактику инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ), способной адекватно корригировать нарушения гемодинамики вследствие кровопотери [3].

Цель

- оптимизация анестезий и ведения ближайшего послеоперационного периода у больных с обширными резекциями печени.

Материал и методы

Нами анализированы результаты хирургического лечения 44 больных с обширными резекциями печени, оперированные в Национальном научном центре хирургии им. А.Н. Сызганова периода 2006-2010 гг. Из них мужчин было 16, женщин - 28. Возраст пациентов составил 43,8 ± 2,4 лет.

Общее состояние больных до операции относили ко II-III степени анестезиологического риска по системе ASA. Анестезиологический риск по ASA II степени был у 40 больных, с III – у 4. Прослеживается достаточно четкая связь исходных нарушений гемодинамики, вследствие наличия у пациентов II-III фазы волевых нарушений из-за нарушения белково-синтетической функции печени, что в свою очередь служило причиной низких показателей сердечно-сосудистой деятельности до операции и требовало медикаментозной коррекции.

По основному диагнозу больные были распределены следующим образом: с альвеококком печени - 14 больных, гепатоцеллюлярным раком печени - 11, гемангиомой печени – 13, метастатическим раком печени – 3, опухолью Клацкина – 2,

Кең көлемді бауыр резекциясы жасалған науқастарға анестезиологиялық көмекпен қамтамасыз ету және ерте операциядан кейінгі кезеңі

Миербеков Е.М., Артыкбаев Ж.Т., Жазылбеков А.А.

А.Н. Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы,

Алматы қаласы

Кең көлемді бауыр резекциясы жасалған 44 науқасқа анестезиологиялық көмекпен қамтамасыз ету және ерте операциядан кейінгі кезең нәтижелері талданды. Зерттеу нәтижелері операция үсті кезеңінде асқынулардың негізгісі қан жоғалту мен жіті жүрек-тамыр жеткіліксіздігі, ерте операциядан кейінгі кезеңде – бауыр-бүйрек жеткіліксіздігі және энцефалопатия болып табылатындығын анықтады.

Анестезиологическое обеспечение и ближайший послеоперационный период у больных при обширных резекциях печени

Миербеков Е.М., Артыкбаев Ж.Т., Жазылбеков А.А.

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова,

г. Алматы

Анализованы результаты проведенных анестезий и ближайшего послеоперационного периода у 44 больных с обширными резекциями печени. Результаты исследования показали, что основным осложнением интраоперационного периода были кровотечения, острая сердечно-сосудистая недостаточность, в ближайшем послеоперационном периоде – печеночно-почечная недостаточность и энцефалопатия.

Anesthetic Management And The Immediate Postoperative Period In Patients With Extensive Resection Of Liver

Mierbekov E.M., Artykbaev Zh.T., Zhazylybekov A.A.

National Scientific Center of Surgery named A.N. Syzganov, Almaty

Analyzed the results of the anesthesia and the immediate postoperative period in 44 patients with extensive liver resection. The results showed that the major complications of intra-operative period were bleeding, acute cardiovascular failure, in the early postoperative period – liver-kidney failure and encephalopathy

гигантской эхинококковой кистой печени - 1.

Больным были выполнены следующие виды оперативных вмешательств: правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ) – 22 больных, левосторонняя гемигепатэктомия (ЛГГЭ) – 10, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (РПГГЭ) - 10, расширенная левосторонняя гемигепатэктомия (РЛГГЭ) – 2.

Во время операции больным была проведена внутривенная тотальная анестезия с ИВЛ у 30 больных, комбинированная анестезия с ИВЛ – у 12.

Премедикация у всех больных была стандартной и включала препараты бензодиазепинового ряда, антигистаминные, анальгетики и м-холинолитики. Пациенты на ночь перорально получали седуксен 10 мг, димедрол 10 мг. За 30 мин до операции внутримышечно вводили промедол 10 мг, димедрол 10 мг, атропин 0,5-1,0 мг

Индукцию в анестезию проводили диазепамом 0,1-0,2 мг/

кг, фентанилом 2,0–4,0 мкг/кг в сочетании с кетаминем 1,0–1,5 мг/кг. Миоплегию осуществляли ардуаном 0,04 мг/кг. Интубацию трахеи выполняли после введения дитилина 2 мг/кг. ИВЛ проводили аппаратом «АСОМА» (Япония) в режиме умеренной гипервентиляции под контролем газового состава артериальной и венозной крови.

Поддержание анестезии осуществляли фентанилом 10–15 мкг/кг/ч в сочетании с кетаминем 3–5 мкг/кг/ч. Для поддержания нейромышечного блока использовали дробно ардуан 0,01–0,015 мкг/кг.

При комбинированной анестезии поддержание анестезии: изофлюран или севофлюран в режиме «minimal-flow» 0,8–2,0 об.%, фентанил 0,8–2,0 мкг/кг/час, ардуан 0,02–0,04 мг/кг/час.

Для инфузионно-трансфузионной терапии проводилась катетеризация 2–3 вен, из них 1 — центральной (внутренняя яремная или подключичная вена).

Интраоперационный мониторинг включал регистрацию электрокардиограммы (ЭКГ), частоты сердечных сокращений (ЧСС), неинвазивного артериального давления (АД), сатурацию крови (SaO₂), центрального венозного давления (ЦВД), контроль диуреза.

Лабораторные данные: определение гемоглобина, эритроцитов, гематокрита, кислотно-щелочного состояния и газов крови, времени свертывания.

Результаты исследования

Из 44 больных у 24 во время операции имелось кровотечение. Кровопотеря в среднем составила 1958,3 ± 30 мл и приходилась в основном на этапе резекции печени.

Максимальная кровопотеря составила 7500 мл. Геморрагический шок III степени был у 5 больных, IV степени — у 3.

Объем инфузионной терапии составлял 5–15 мл/(кг×ч) под контролем показателей гемодинамики, гематокрита, ЦВД, темпа диуреза и зависил от величины кровопотери и этапа операции. Как правило, почасовой положительный баланс составлял 4–12 мл/кг, что обусловлено значительными перспирационными потерями при большой площади раневой поверхности. Качественный состав переливаемых растворов определялся величиной кровопотери, но соотношение объема кристаллоидов (раствор Рингера, изотонический раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы) и коллоидов (альбумин, гидроэтилкрахмалы, декстраны) составлял 2:1. Свежезамороженную плазму переливали только при нарушении показателей коагулограммы.

Средний объем инфузионно-трансфузионной терапии в среднем составил 4693,26 ± 55 мл. Из них кристаллоиды (физиологический раствор, раствор Рингера, 5% глюкоза, аминокaproновая кислота и др.) — 1352,78 ± 60 мл, коллоиды (стабизол, рефортан, полиглюкин, альбумин и др.) — 2563,16 ± 75 мл, эритроцитратная масса — 1163,68 ± 55 мл, свежезамороженная плазма — 1608,69 ± 40 мл.

Аппарат для реинфузии крови Cel Sever «Sequestra 1000» (Medtronic, США) был применен у 8 пациентов.

В интраоперационном периоде у больных возникли следующие осложнения:

гипотензия — у 10, острая сердечно-сосудистая недостаточность — у 3, остановка сердца — у 1. У этих больных на этапе резекции печени при пережатии сосудов гепатодуоденальной связки и возникновении гипоксии печеночных клеток с последующим восстановлением печеночного кровотока отмечалось ухудшение показателей системной гемодинамики, что требовало введение допамина в дозе 5–7 мкг/кг/мин, и адреналина в дозе 50–100 нг/кг/мин.

В ближайшем послеоперационном периоде у больных возникли следующие осложнения: пневмоторакс — у 4, ателектаз легкого — у 1, дыхательная недостаточность — у 4, повторный перевод на ИВЛ — у 3, кровотечение — у 3 (средняя кровопотеря составила 1750,56 ± 55 мл), острая печеночная недостаточность — у 5, острая сердечно-сосудистая недостаточность — у 3, аритмии — у 1, ишемия миокарда — у 9, остановка сердца — у 1, энцефалопатия — у 7, парез кишечника — у 3, желудочно-кишечное кровотечение — у 2, острая почечная недостаточность — у 2, ДВС-синдром — у 2, пневмония — у 1, полиорганная недостаточность — у 3, сепсис — у 2. Умерли 5 больных. В среднем койко-день больных в ОИТ составил 3,98 ± 2,4 дней.

Литература

1. Альперович Б.И. Хирургия печени и желчных протоков. Томск, 1997. - С.319-323
2. Буров Н.Е., Потапов В.Н., Макеев Г.Н. Ксенон в анестезиологии. Клинико-экспериментальное исследование. -М., 2000. - С. 129-154, 186-235, 250-261.
3. Лихванцев В.В., Смирнова В.И., Вишневецкий В.А и др. Анестезиологическое обеспечение операций на печени // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1998. - Т. 3. - С. 117-126.
4. Delva E, Barberousse J.P., Nordlinger B., Ollivier J.M., Vacher B., Guilmet C., Huguet C. Hemodynamic and biochemical monitoring during major liver resection with use of hepatic vascular exclusion. *Surgery*. 1984; 95: 309-318.
5. Lee N.W., Wong J., Ong G.B. The surgical management of primary carcinoma of the liver. *World J. Surg*. 1982; 6: 66-75.
6. Nagao T., Inoue S., Mizuta T. et al. One Hundred Hepatic resection. *Ann.Surg*. 1985; 202: 42-49.
7. Asianbola B., Chang D., Gleisner A.L. et al. Operative mortality after hepatic resection: are literature - based rates broadly applicable? *J. Gastrointest. Surg*. 2008; 12(5): 842-851.
8. Belghiti J., Regimbeau J.M., Durand F. et al. Resection of hepatocellular carcinoma: a European experience on 328 cases. *Hepato-Gastroenterology*. 2002; 49: 41 - 46.
9. Menon K.V., Prasad K.R., Toogood G.J., Lodge J.P.A. Extending Right Sided Liver Resection - how far can we go? *J.Hep.Bil.Pancr. Surg*. 2002; 9: 184.
10. Poon R.T., Fan ST., Lo CM. et al. Improving perioperative outcome expands the role of hepatectomy in management of benign and malignant hepatobiliary diseases: analysis of 1222 consecutive patients from a prospective database. *Ann. Surg*. 2004; 240(4): 698-708.
11. Вишневецкий В.А., Кубышкин В.А., Чжао А.В., Икрамов Р.З. Операции на печени. М.: Миклош, 2003; 156 с.
12. Патютко Ю.И. Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени. - М.: Практическая медицина, 2005; 312с.

Реваскуляризирующая остеотрепанация и лазерное облучение в комплексном лечении больных с критической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета

Косаев Д.В.

Научный центр хирургии им. акад.М.А.Топчибашева, г.Баку

УДК: 615.849.19-059:616-005.4+616.137.83/93

Введение

Несмотря на успехи современной сосудистой хирургии, проблемы лечения больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) остается актуальной и дискуссионной. Особые трудности возникают при лечении пациентов с «дистальным типом» поражения артерий нижних конечностей. Отсутствие путей оттока при окклюзии артерий голени и стопы является основной причиной невозможности выполнения прямых (шунтирующих) реконструктивных сосудистых операций из-за высокого периферического сопротивления (6).

В таких ситуациях первостепенное значение приобретают не прямые методы реваскуляризации нижних конечностей, приводящие к стойкой рефлекторной дилатации микроциркуляторного русла и стимуляции коллатерального регионарного кровообращения. К этим операциям относятся поясничная и паравазальная симпатэктоми, реваскуляризирующая остеотрепанация (1,3,4,8,10,11). Зусманович Ф.И.(1994)(5) реваскуляризирующую остеотрепанацию считает альтернативой ампутации. Реваскуляризирующая остеотрепанация (РОТ) может выполняться самостоятельно или же в сочетании с реконструктивным вмешательством. О хорошем клиническом эффекте поясничной симпатэктоми, реваскуляризирующей остеотрепанации в отдельности и в сочетании сообщают Кротовский Г.С. и Зудин А.М.(2005) (9), Шульц А.А.(1998) (14). Включение внутривенной лазерной терапии в комплекс хирургического лечения приводит к улучшению результатов не прямой реваскуляризации конечности.(9).

Разработка новых способов не прямой реваскуляризации и тактики консервативных методов лечения значительно расширила возможности лечения больных с окклюзионными заболеваниями сосудов нижних конечностей. Коррекция гемостаза, биохимических, иммунологических сдвигов улучшает результаты комплексного лечения (2,12).

У больных, страдающих сахарным диабетом на фоне облитерирующего атеросклероза нижних конечностей, критическая ишемия наблюдается примерно в 5 раз чаще. У диабетиков на 35% выше риск развития критической ишемии и на 21% - риск высоких ампутаций, чем у больных с изолированными формами атеросклеротических поражений артерий нижних конечностей(15). Поэтому вопросы предупреждения и лечения критической ишемии у больных СД остаются актуальной и многодисциплинарной медицинской и социальной проблемой.

Целью исследования

была оценка результатов комплексного лечения, включающего РОТ и лазерное облучение, больных критической ишемией нижних конечностей с сопутствующим сахарным диабетом с дистальной формой поражения артерий.

Материал и методы исследования

Исследования проводились у 39 больных с КИНК(хроническая ишемия III – IV степени по Фонтейну-Покровскому). Причиной КИНК являлся атеросклероз бедренно-подколенно-берцового артериального сегмента с сопутствующим сахарным диабетом. Средний возраст больных – 63 года. Длительность заболевания составила от 1 до 17 лет. Среди сопутствующей патологии

Цель: оценка результатов комплексного лечения, включающего РОТ и лазерное облучение, больных критической ишемией нижних конечностей с сопутствующим сахарным диабетом с дистальной формой поражения артерий. Материал и методы исследования: Исследования проводились у 39 больных с КИНК. Причиной КИНК у всех больных являлся атеросклероз артерий. Для мобилизации коллатерального кровотока у всех больных проводили реваскуляризирующую остеотрепанацию (РОТ) большеберцовой кости. У 19 больных одновременно с РОТ проводили поясничную симпатэктомию и внутривенное лазерное облучение(основная группа). Контрольную группу составили 47 больных, у которых проводилось общепринятое хирургическое и консервативное лечение и не применяли внутривенное и внутрикостное лазерное облучение. Группу сравнения составили 27 практически здоровых лиц. Результаты: применение внутривенного и внутрикостного лазерного облучения одновременно с РОТ приводит к нормализации показателей липидного обмена, гемостаза и медиаторов воспалительной реакции, позволяет сохранить конечность у 94,9% больных.

Ключевые слова: критическая ишемия конечностей, сахарный диабет, реваскуляризирующая остеотрепанация, лазерное облучение.

у 22 пациентов был выявлен хронический бронхит, 33 больных страдали ишемической болезнью сердца, 17 – гипертонической болезнью, 2 – нарушением мозгового кровообращения, 9- аденомой предстательной железы. Для мобилизации коллатерального кровотока у всех больных проводили не прямую реваскуляризацию – реваскуляризирующую остеотрепанацию большеберцовой кости.. У 19 больных. одновременно с РОТ проводили поясничную симпатэктомию. Для улучшения реологии крови, стимуляции клеточного и гуморального иммунитета одновременно с РОТ проводили внутривенное и внутрикостное лазерное облучение (основная группа). Лазерное облучение проводилось аппаратами «АЛОК-1» и «Мустанг 2000». Длина волны лазерного излучения - 0,63 мкм; мощность излучения в конце кварцевого световода – 5 мВт при внутривенном облучении и 1,5 мВт при внутрикостном облучении; экспозиция при внутривенном облучении составила 30 мин; а при внутрикостном облучении – 10 мин., число сеансов - 10-12. Проводились клиническое, ангиографическое, реовазографическое, доплерографическое (с измерением лодыжечно-плечевого индекса), биохимическое исследования, в динамике изучено состояние гемостаза. Контрольную группу составили 47 больных КИНК с сопутствующим сахарным диабетом, у которых не применяли внутривенное и внутрикостное лазерное облучения. По возрасту и тяжести состояния больных, этиологическим причинам критической ишемии конечности обе группы были сопоставимы. Больные с выраженным гнойно-некротическим процессом не были включены в группу исследования. Полученные лабораторные показатели сравнивались с аналогичными данными 27 практически здоровых лиц. Исследована периферическая кровь из локтевой вены при поступлении больных в клинику

и по завершению лечения. Цифровые данные обработаны методами параметрической и непараметрической статистики.

Результаты исследования

Эффективность проводимого лечения оценивали по динамике безболевого ходьбы или максимально переносимой дистанции ходьбы, по наличию и выраженности «боли покоя». Учитывали также время, необходимое для прекращения ишемической боли, заставляющей больного останавливаться, выраженность этой боли, изменение реографического индекса, течение раневого процесса (очищение от некротической ткани, появление грануляции и эпителизации), кровоточивости раневой поверхности во время операции, наличие осложнений в послеоперационном периоде.

Включение лазерного облучения в комплекс хирургического лечения (РОТ) больных в течение 2-3 дней приводило к уменьшению интенсивности боли, статического отека, нормализации сна больного, стиханию воспалительной реакции и ограничению некротического процесса, что позволило более раннее выполнение операций на нижних конечностях. В ходе лечения уменьшается потребность в инъекциях наркотических анальгетиков. К концу комбинированного лечения отмечалось потепление кожного покрова, усиление наполнения подкожных вен. Дистанция безболевого ходьбы увеличилась на 150-200%. В основной группе у 15(38,5%) больных некротическая рана на стопе зажила, у 10(25,6%) больных произвели малые ампутации(ампутация или экзартикуляция пальцев), у 12(30,8%) больных – метатарсальную ампутацию стопы, у 2(5,1%) больных- ампутацию на уровне голени. В контрольной группе некротическая рана на стопе зажила у 14(29,8%) больных, экзартикуляция или ампутация пальцев выполнены у 9(19,1%) больных, у 18(38,3%) больных произвели метатарсальную ампутацию стопы и у 6(12,8%) - ампутацию голени. В основной группе больных резко сократилось количество послеоперационных осложнений (нагноение раны, некроз мягких тканей, лимфангит и др.). Ревозаграфическими исследованиями установлено, что если в контрольной группе реографический индекс повысился на 5,2,%, то в основной группе – на 16,7% ($p < 0,05$). Лодыжечно-плечевой индекс у больных основной группы также достоверно ($p < 0,05$)повысился.

Для выяснения патофизиологического механизма действия сочетанного применения РОТ и лазерного облучения в комплексном лечении больных атеросклерозом артерий на фоне сахарного диабета с критической ишемией конечности в динамике изучены гемореологические, биохимические показатели и медиаторы системной воспалительной реакции. По сравнению с практически здоровыми лицами в контрольной и основной группах больных при поступлении в клинику выявлены гиперкоагуляция и ухудшение показателей реологии крови (табл. № 1)

Отмечалось повышение уровня фибриногена фактора Виллебранда, повышение толерантности плазмы к гепарину, уменьшение фибринолитической активности и деформабельности эритроцитов, увеличение АДФ индуцированной агрегации тромбоцитов.

По завершению проводимого курса лечения у больных контрольной группы отмечалось лишь незначительное улучшение гемореологических показателей крови.

У больных основной группы параллельно с улучшением клинического течения критической ишемии наблюдали достоверное нивелирование гемореологических показателей крови. Включение внутривенного и внутрикостного лазерного облуче-

Таблица 1. Динамика показателей гемостаза и гемореологии

Показатели	Группа сравнения (n = 27)	Контрольная группа (n = 47)		Основная группа (n = 39)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Фибриноген (мг)	13,56 ± 0,27	18,51 ± 0,36	17,38 ± 0,54	19,06 ± 0,37	15,24 ± 0,33
Фибринолитическая активность (%)	12,4 ± 0,3	8,2 ± 0,4	8,9 ± 0,5	8,7 ± 0,4	11,9 ± 0,2
Толерантность плазмы к гепарину (сек)	448,6 ± 6,4	385,4 ± 5,2	398,7 ± 6,7	380,7 ± 5,9	438,6 ± 6,4
АДФ индуцированная агрегация тромбоцитов(сек)	23,4 ± 0,2	21,9 ± 0,3	22,4 ± 0,2	22,1 ± 0,4	24,2 ± 0,3
Деформабельность эри троцитов (%)	1,92±0,16	1,28± 0,14	1,46± 0,15	1,30± 0,18	1,83±0,09
Фактор Виллебранда (%)	112,8±2,3	132,4±3,2	126,6± 2,7	1,33±2,8	118,4± 3,4±

Таблица 2. Динамика показателей липидного обмена и перекисного окисления липидов

Показатели липидного обмена	Группа больных	Группа сравнения (n = 27)	Контрольная группа (n = 47)		Основная группа (n = 39)	
			До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Общий холестерин (ммол/л)		4,49±0,32	5,88±0,31	5,71±0,28	5,92±0,23	4,94±0,32
Триглицериды (ммол/л)		1,58±0,31	3,42± 0,21	3,28±0,32	3,52±0,32	2,34±0,29
ЛПОНП (ммол/л)		0,52±0,04	1,26±0,03	1,14±0,06	1,29±0,07	0,71±0,07
ЛННП (ммол/л)		2,36±0,28	4,62±0,22	4,42±0,32	4,72±0,34	3,04±0,28
ЛПВП (ммол/л)		1,44±0,12	1,03±0,09	1,12±0,05	0,98±0,04	1,32±0,08
МД(опт. ед.)		0,42± 0,06	0,98 ± 0,04	0,86± 0,03	0,98± 0,07	0,56± 0,03
ДК (опт. ед)		0,34± 0,04	0,92± 0,06	0,83±0,08	0,94± 0,04	0,52± 0,09

ния в комплекс хирургического лечения уменьшило агрегацию тромбоцитов ($p < 0,05$), толерантность плазмы к гепарину($p < 0,05$), количество фибриногена ($p < 0,05$), фактор Виллебранда ($p < 0,05$), повисило деформабельность эритроцитов ($p < 0,05$), фибринолитическую активность ($p < 0,05$).

Исследование показателей липидного обмена при поступлении в клинику выявило выраженную дислипидемию у больных атеросклерозом артерий нижних конечностей на фоне СД, выражающуюся значительным повышением содержания общего холестерина(ХС), триглицеридов(ТГ), липопротеидов очень низкой плотности(ЛПОНП) и липопротеидов низкой плотности(ЛПНП) и снижением содержания липопротеидов высокой плотности(ЛПВП) по сравнению с показателями липидного обмена у практически здоровых лиц(табл.2). Также отмечено повышение продуктов перекисного окисления липидов – малонового диальдегита (МД) и диеновых конъюгатов(ДК). Следует отметить, что дислипидемия у больных контрольной и основной групп оказалась более выраженной по сравнению с пациентами атеросклерозом артерий без сопутствующего сахарного диабета.

Полученные нами данные о повышении содержания атерогенных и уменьшении содержания антиатерогенных фракций липопротеидов у больных СД с атеросклеротическим поражением коронарных и периферических сосудов совпадают с результатами других авторов (16,17,19).

Анализируя вышеуказанные литературные и собственные данные о выраженной дислипидемии у больных КИНК на фоне СД мы пришли к мнению о том, что в комплексном лечении этой категории пациентов к коррекции нарушенного липидного обмена должно придаваться огромное значение. В контрольной группе больных, у которых проводилось лечение общепринятым методом в отделении сосудистой хирургии, в процессе лечения

у 17 (36,2%) наблюдалась лишь незначительная положительная динамика содержания липидов, а у остальных пациентов показатели липидного обмена оказались неизменными или, наоборот, у некоторых больных повысились. В основной группе почти у всех больных мы наблюдали снижение уровня ХС ($p < 0,05$), ТГ ($p < 0,05$), ЛПОНП ($p < 0,01$), ЛПНП ($p < 0,05$) - атерогенных фракций липопротеидов и повышение содержания ЛПВП ($p < 0,01$) - антиатерогенной фракции липопротеидов. Если учесть, что нарушение катаболизма богатых ТГ липопротеидов может возникать в результате снижения активности липопротеинлипазы - эндотелиального фермента, который осуществляет гидролиз ТГ, ЛПОНП, приводящий к образованию жирных кислот, используемых как источник энергии мышечной ткани, то уменьшение уровня ТГ при использовании лазерного облучения можно объяснить восстановлением активности липопротеинлипазы. Коррекция дислипидемии снижает повреждающее действие ТГ, ЛПОНП и ЛПНП на эндотелий и способствует интенсификации транспорта ХС из атеросклеротически измененного участка сосуда с ЛПВП и регрессии атеросклеротической бляшки. При СД II типа уменьшается способность гликолизированных ЛПНП удаляться из кровотока через рецепторы к ним (18) и значительная часть ЛПНП удаляется нерцепторным путем образуя пенные клетки. Исходя из вышесказанного, уменьшение ЛПНП у больных основной группы, по нашему мнению, можно объяснить восстановлением рецепторов клеток под воздействием лазерного облучения и утилизацией ЛПНП через них.

При поступлении в клинику у больных контрольной и основной групп параллельно с тяжелой клинической картиной выявлена высокая активность воспалительных медиаторов: циркулирующего иммунного комплекса, серомукоидов и сиаловой кислоты. До начала лечения у 42 больных контрольной и у 36 больных основной групп С-реактивный белок оказался (+++) или (++++) положительным.

В контрольной группе больных по завершению курса лечения показатели системной воспалительной реакции имели лишь тенденцию к уменьшению, а в основной группе отмечалось достоверное уменьшение этих показателей. Так, в основной группе достоверно уменьшилось содержание ЦИК, ($p < 0,05$), сиаловой кислоты ($p < 0,05$) и серомукоидов ($p < 0,05$). В контрольной группе к концу лечения СРБ оставался положительным у 36 больных, в основной группе - у 9 больных.

Нарушению микроциркуляции и в результате снижению уровня перфузии тканей способствуют уменьшение деформационной способности эритроцитов в микрососудах, сокращение микрососудов, агрегация эритроцитов и тромбоцитов, повышение уровня фибриногена и активности лейкоцитов. В результате повреждения клеток эндотелия происходит стимуляция адгезии лейкоцитов, выработки продукции медиаторов воспалительной реакции, адгезии тромбоцитов, активации тромбоцитов и повышение сосудистого сопротивления. Улучшение состояний, связанных с повышенной свертываемостью крови, предполагает снижение агрегации и адгезии тромбоцитов, снижение фибриногена, фактора Виллебранда, повышение уровня активатора плазминогена и пламина (7,12).

Таким образом, анализ полученных результатов показал, что использование внутривенного лазерного облучения в до и послеоперационном периоде, внутрикостного лазерного облучения после РОТ в комплексном лечении больных сахарным диабетом с критической ишемией нижних конечностей оказывая коррегирующее действие на вышеуказанные патофизиологические механизмы наряду с улучшением клинического течения заболевания, уменьшает содержание медиаторов системной воспалительной реакции, улучшает коагулологические и реологические показатели крови. Оказывая нивелирующее действие на показатели гомеостаза лазерное облучение приводит к улучшению регионарной микроциркуляции, уменьшению

Таблица 3. Динамика медиаторов системной воспалительной реакции

Воспалительные медиаторы	Группа сравнения (n = 27)	Контрольная группа (n = 47)		Основная группа (n=39)	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Циркулирующий иммун. комплекс (%)	86,4±5,6	113,6±6,9	106,3±7,4	116,8±6,2	93,8±9,1
Сиаловые кислоты (ед)	223,9± 6,7	289,3±7,8	278,7±8,3	294,7±8,1	241,8±7,8
Серомукоиды (ед)	228,4±7,8	291,3±8,2	280,7±7,9	294,8±9,1	248,6±8,8
С-реактивный белок	Отриц.	У 42 6-х положит.	У 35 6-х положит.	У 36 6-го положит.	У 7 6-х положит.

гипоксии и нормализации тканевого метаболизма, активации регенеративного процесса в ишемизированной зоне нижних конечностей, что способствует к улучшению результатов комплексного (консервативного и хирургического) лечения (сохранение конечности у 94,9% больных). Динамику уровня медиаторов системной воспалительной реакции, показателей гемореологии и липидного обмена можно использовать как объективный критерий эффективности проводимого лечения больных с критической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета.

Литература

1. Ашуров Б.М., Асланов А.Р., Ахвердиева Т.Г. и др. Ближайшие и отдаленные результаты поясничных симпатэктомий при облитерирующем эндартериите и атеросклеротических окклюзий голennых сегментов // Вопросы хирургической патологии периферических сосудов. Баку, 1982. - с. 111-113.
2. Боклин А.А. Хирургическое лечение больных с гнойно-некротическими формами диабетической стопы (клинико-иммунологическое обоснование) // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Самара, 2005. - 24 с.
3. Буров Ю. А., Москаленко А.Н., Гаврилов В.А. Комбинированные реваскуляризации нижних конечностей у больных с критической ишемией // Ангиология сосудистая хирургия. - 2000. - Т. 6. - №4. - с. 86-89.
4. Захарова, Г. Н., Балагизиев З.К., Востриков Я.А. Симпатэктомия в лечении облитерирующего эндартериита // Хирургия. - 1984. - № 5. - с. 79-83.
5. Зусманович, Ф. И. Реваскуляризирующая остеотрепанация в лечении больных облитерирующими заболеваниями конечностей / Ф. И. Усманович. - Курган; Изд-во Курганского мед. ин-та, 1996. - 92 с.
6. Константинов Б. А. Хирургическое лечение хронической критической ишемии нижних конечностей при несостоятельности дистального сосудистого русла // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2001. - М3. - с. 58-63.
7. Косаев Дж., Абышов Н.С., Рахманов С.А., Тагазаде Г.Т. Дисфункция эндотелия и возможности ее коррекции гелий-неоновым лазером у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей // Хирургия (Баку). - 2005. - №1, с. 96-100.
8. Кохан, Е. П., Батрашев В.А., Митрохин Г.Е. Поясничная симпатэктомия у больных с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей и сахарным диабетом // Клиническая хирургия. - 1990. - №7. - с. 69-76
9. Кротковский Г.С., Зудин А.М. Тактика лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей. - М., 2005. - 160 с.
10. Лурье, Ф. Е. Показания к выполнению поясничной симпатэктомии // Клиническая хирургия. - 1996. - №6. - с. 317.
11. Рзаев Н.М., Кахраманова Г.Ш., Асланов А.Р. и др. О механизме терапевтического эффекта поясничной симпатэктомии и поясничной перидуральной блокады при облитерирующем эндартериите нижних конечностей // Хирургическая патология периферических сосудов: тезисы научной конференции. Баку, 1976. - с. 64-65.
12. Родин А.Н. Коррекция нарушений гемостаза при регионарном введении мексидола в комплексном лечении осложненных форм диабетической стопы // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Саранск, 2005. - 17 с.
13. Трынкин, А. В. Симпатэктомия в хирургическом лечении критической ишемии нижних конечностей // Анналы хирургии.

2003. - №4. - с. 24-26.
14. Шульц А.А. Роль и место реваскуляризирующей остеопорепарации в лечении больных облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей // *Андрореф. ... дисс. канд. мед. наук. Нижний Новгород, 1998.* - 20 с.
 15. Dormandy J., Heck L., Vig S. *Peripheral arterial occlusive disease. Clinical data for decision making // Semin. Vasc. Surg.* - 1999. - V. 12. - № 2. P.93-162.
 16. Feingold K., Grunfeld C., Pang M. *Et al. LDL subclass phenotypes and triglyceride metabolism in non-insulin-dependent diabetes // Arterio-scler. Tromb., 1992; 12:1496 – 1502.*
 17. Laakso M. *Epidemiology of Diabetic Dyslipidemia // Diabetes Rev* , 1995; 3: 408-422.
 18. Steinbrecher U.P., Witztum J.L., Kesaniemi Y.A *et al. Comparison of glucosylated LDL with methylated or cyclohexanedione-treated LDL in the measurement of receptor independent LDL catabolism. // J. Clin. Invest.*, 1983; 71: 950-955.
 19. Taskinen M.R. *Quantitative and qualitative lipoprotein abnormalities in diabetes mellitus. // Diabetes, 1992; 41: Suppl 2: 12- 17.*

Кардиоплегия как метод защиты миокарда: история, виды и ее будущее. Обзор литературы

Джошибаев С., Болатбеков Б.А., Исакова А.Б.

Центр кардиохирургии г. Тараз РК, Директор - профессор Джошибаев С.

Кардиоплегия (греч. καρδιά - сердце, греч. πλέγῃ - удар, оглушение) – искусственная электромеханическая остановка сердца при операциях в условиях искусственного кровообращения, вызванная любым способом увеличивающим устойчивость миокарда к ишемии. [1,2,10,11] Повышение резистентности сердца к ишемии происходит за счет снижения и стабилизации его энергетических потребностей и потребности в кислороде. Более широкое понятие защита миокарда включает в себя все мероприятия, ведущие к снижению риска интраоперационного повреждения миокарда, соединяя в себе хирургические, анестезиологические и перфузиологические аспекты. [1,2,5]

Кардиохирургия, развивалась значительно медленнее, чем другие хирургические отрасли, из-за технических трудностей операции на сердце. Хирург не мог поддерживать системное кровообращение, оперируя на сердце, и это ограничивало объем операции, которая могла быть сделана на сердце. Как результат, первые действия при пороках сердца состояли главным образом из внесердечных процедур, таких как перевязка ОАП, закрытая вальвулотомия и др. Все это требовало кардинальных решений и незаурядных способностей. [34]

История кардиоплегии началась с 1955 г, когда D.Melrose представил первое экспериментальное исследование, описывающее остановку сердца при помощи введения в корень аорты специального гиперкалиевого раствора на основе крови, получивший название “кардиоплегия” [13,14]. К сожалению, из-за высокого содержания цитрата калия в растворе Melrose (до 245 мэкв/л) происходил контракционный некроз миокарда, который приводил к фибрилляции желудочков и дальнейшему летальному исходу. Как следствие, химическую кардиоплегию перестали признавать большинство хирургов. [32] Тем временем W.Gay и P.Ebert продемонстрировали безопасность кардиоплегии со сниженной концентрацией калия. W.Gay и P.Ebert так же предположили, что отрицательный результат раствора Мелроуз был связан с гиперосмолярностью раствора, а не высокой концентрацией калия. [16,32] Научная работа в области создания растворов для остановки сердца активно продолжалась в Германии (Kirsch, Bretschneider), Великобритании (Hearse), США (Gay, Ebert, Buckberg) и других странах (Beyersdorf, Buckberg, Bretschneider, Follette, Ihnken, Rosenkranz, Allen и др.). [22,24,32,34]

Развитие кардиоплегии позволило кардиохирургам при врожденных пороках сердца разрабатывать радикальные методы коррекции многих пороков. Первую кардиоплегию на основе крови выполнил С.W.Lillehai в 1955 году при радикальной коррекции у ребенка с дефектом межжелудочковой перегородки. А в 1956 г. J.Kirklin с соавторами сообщили о пяти успешных операциях при патологии атриовентрикулярных клапанов с использованием кристаллоидных кардиоплегических растворов. Благодаря кардиоплегическому раствору Бретшнайдера с 1966-1972 гг. в клинике Mayo группой авторов (G.Rastelli, J.Kirklin, M.McGoon, etc.) было разработано более 40 методов радикальной коррекции ВПС. [2,10,27,32] В мае 1959 г. хирурги

В этом обзоре отражены основные понятия по кардиоплегии, ее истории развития и физиологические основы, предложена современная классификация. Так же описаны методы защиты миокарда на патофизиологическом уровне у детей с ВПС с использованием природных дипептидов в качестве буфера в кардиоплегических растворах (КПР).

Бұл мақалада кардиоплегияның негізгі түсінігі, оның тарихи дамуы мен физиологиялық негізі берілген. Сонымен қатар балалардың туа біткен жүрек ақауын түзеті операциялары кезіндегі миокардты қорғаудың патофизиологиялық деңгейінде сипаттамалау және кардиоплегиялық ерітіндіде буфер үшін қолданылатын табиғи дипептидтердің әсері айтылады.

In this review the basic concepts on a cardioplegia are reflected, its history of development and physiological bases, also there is offered modern classification. As methods of protection of a myocardium at pathophysiological level at children with congenital heart diseases by use of natural dipeptides as the buffer in cardioplegic solutions are described.

Ключевые слова: кардиоплегия, дети с ВПС, природные дипептиды, буферы.

W. P. Cleland, С. А. Колесников, Н. Bentol и В. А. Бухарин первые в СССР радикально прооперировали детей с ВПС используя новый метод калиевой кардиоплегии. [5]

Повышенная устойчивость миокарда к ишемии, после временной асистолии, осуществляется за счет подавления активности электрофизиологических механизмов и сократительных систем в диастолу при помощи следующих методов [1,3,4,11,20,32]:

Повышение внеклеточного уровня калия, вызывающее стойкую деполаризацию мембран миоцитов и инактивирующее быстрые и медленные Na⁺ и Na⁺Ca²⁺- каналы;

Повышение внеклеточного уровня Mg²⁺, в результате чего вытесняются ионы кальция из мест их связывания на клеточной мембране и в сократительном аппарате и, таким образом, прекращается механическая активность миокарда с его релаксацией;

Снижение внеклеточного уровня Na⁺ до его уровня в цитоплазме с одновременным снижением внеклеточного уровня ионов кальция;

За счет введения фармакологических препаратов (β-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, местные анестетики, предотвращающие распространение электрического импульса).

Анализируя литературные данные об экспериментальном и клиническом опыте можно сделать вывод, что к настоящему времени сформированы два основных принципа защиты миокарда, отражающие физиологические и патофизиологические процессы. [10,11,29,23,28,32]

Первый - анаэробный, основанный на угнетении метабо-

лизма путем гипотермии и, как следствие, снижении энергетических потребностей и потребностей миокарда в доставке кислорода. К этому методу относятся локальная гипотермия, фармакохолодовая кардиоплегия. В основе представленных методик лежит правило, описанное исследователями при изучении гипотермии, как снижение скорости окислительно-восстановительных реакций примерно на 50% при снижении температуры на 10°C. [1,6]

Второй принцип (аэробный) основывается на постоянном восполнении энергозатрат и потребностей миокарда в кислороде без угнетения метаболизма. [1,6]

Кардиоплегия предназначена для предотвращения развития в миокарде даже легкообратимых сдвигов. Однако исследования некоторых авторов дали возможность прийти к заключению, что у многих больных, особенно с коронарной патологией, и у детей первого года жизни во время операции на сердце происходят выраженные некробиотические изменения в миокарде, несмотря на применение современных методов кардиоплегии. [3, 11, 32, 33]

Проведение любой кардиоплегии разделено на несколько этапов: [10, 11]

Индукция – первичная доза рассчитанная для асистолии.

Реинфузия – поддерживающая доза.

Управляемая реперфузия – период до восстановления сердца.

Все эти три этапа проходят в период кардиоплегической ишемии, после которого наступает период реоксигенации и реперфузии миокарда.

Методы введения кардиоплегического раствора

Как правило в настоящее время используются два основных вида подачи кардиоплегии:

- Пассивный, капельный

- Принудительный с использованием механического насоса.

В первом случае, раствор из емкости в коронарное русло поступает благодаря использованию специальных кардиоплегических сетов или обычных систем для инфузии. Для создания оптимального давления емкость с раствором помещается на высоту от 0,5 до 1.0 метра выше операционного стола, в зависимости от диаметра системы и кардиоплегической канюли.

При использовании механического способа доставки раствора, регуляция давления происходит из расчета в зависимости от используемого насоса. При любом из приведенных методов необходимо проводить прямое измерение давления. В большинстве предлагаемых методик рекомендуется не превышать давление в корне аорты выше 40-60 мм рт.ст. во избежание гидродинамического повреждения и предотвращения отека миокарда.

Еще одним аспектом доставки раствора, является выбор антеградного, ретроградного или смешанного пути введения. В большинстве случаев достаточно антеградного пути введения раствора, однако при выраженной гипертрофии миокарда, патологии анатомии коронарных артерий или аортального клапана, показан смешанный путь доставки. Изолированно ретроградный путь введения раствора не может адекватно провести распределения раствора и показан в редких случаях. При ретроградном введении раствора необходимо удерживать давление не выше 30-40 мм рт.ст. [34, 10, 17]

Кардиоплегия на основе крови

Самым быстро развивающимся методом кардиоплегии, является кровяная кардиоплегия. Основным преимуществом метода является физиологичность вводимого раствора с возможностью транспортировки кислорода. В современной практике используются три основных вида кардиоплегии:

- Холодовая периодическая.

- Тепловая постоянная

- Тепловая периодическая

Наиболее простые формы кровяной кардиоплегии заключаются в сочетании перфузата с добавлением высоких доз калия. В более сложных системах, используются кардиоплегические растворы обогащенные аминокислотами, глюкозой, и другими препаратами, для поддержания метаболизма клетки в период ишемии. Электромеханическая остановка сердечной деятельности происходит как и при использовании кристаллоидных растворах путем блокирования калий-натриевых каналов. Содержание белка, естественных антиоксидантов, и других биологически активных веществ, делает кровяную кардиоплегию более эффективной по сравнению с фармакохолодовыми методами. [1, 2, 10, 11, 21, 34]

Наиболее распространенная методика кровяной кардиоплегии была предложена Бакбергом в 1978 году [9]. Метод заключается в подаче специального раствора смешанного с кровью в пропорции 1:4. Для выполнения кардиоплегии необходимо использование специальной системы с теплообменником. Высокая эффективность предложенного метода сделала его классическим и нашло широкое применения в кардиохирургическом стационаре.

Кровяная кардиоплегия, как метод защиты миокарда, за последние десятилетия получила широкое распространение. По мнению многих авторов кровяная кардиоплегия обладает следующими достоинствами: [18, 19, 25, 26, 30, 32]

- высокая кислородная емкость эритроцитов, обеспечивающая аэробный метаболизм миокарда, следовательно, и сохранение пула высокоэнергетических фосфатов в период пережатия аорты;

- высокая буферная емкость эритроцитов, особенно групп гистидина и имидазола, позволяющая нейтрализовать кислые продукты метаболизма в условиях гипотермии;

- адекватное коллоидно-осмотическое давление, предупреждающее развитие клеточного отека;

- обилие «мусорщиков» свободных радикалов в эритроцитах; снижение общей гемодилуции за время операции, что особенно актуально при длительном периоде ишемии.

Существуют и оппоненты метода кровяной кардиоплегии. Их аргументы состоят в следующем:

1) при охлаждении кровяного кардиоплегического раствора ухудшается снабжение миокарда кислородом из-за смещения кривой диссоциации оксигемоглобина влево;

2) гипотермия сопровождается повышением вязкости крови, что при температуре ниже 15° С может вызвать агрегацию эритроцитов и сладж-синдром, способствуя нарушению микроциркуляции;

3) более равномерное распределение бескровных растворов в зонах стенозов коронарных артерий;

4) вероятность системной гиперкалиемии, так как кардиоплегический раствор по системе отсосов и дренажей поступает в физиологический контур АИ К;

5) «человеческий фактор» при добавлении компонентов кровяной кардиоплегии [10, 11, 26, 30, 33, 34].

Успех в области разработки новых растворов для тепловой индукции и управляемой реперфузии позволил исследователям включить в арсенал методов кровяную тепловую периодическую кардиоплегию. По мнению Lichtenstein S., Kim Jo E., Wo F.D.S., Minataya K. etc. проводивших исследования, индукция теплым нормотермическим кровяным раствором снижает время реперфузии, необходимое для согревания сердца и полного восстановления метаболизма миокарда; восстанавливает сердце в 2 раза быстрее, отмечались более меньшее количество аритмии, в раннем послеоперационном периоде по данным ЭХОКГ более высокая сократимость миокарда, особенно оправдано его использование при операциях с низким выбросом; кроме того отмечены наиболее низкая частота 30-дневной летальности и меньшая потребность в послеоперационном вспомогательном кровообращении. K.Minataya, H.Okabayashi, I.Shimada и соавт. сделали заключение, что прерывистая нормотермическая кровяная кардиоплегия с 10-минутным ишемическим

интервалами вызывала незначительные ишемические повреждения, которые не нарастали. Еще одним из методов выполнения кардиopleгии предложенная Jaquet L. M., является использование постоянной тепловой кардиopleгии. Наиболее простая методика заключается в постоянной подаче перфузата в коронарное русло с инфузией гиперкалиевого раствора. Такой метод наряду с физиологичным преимуществом в виде постоянной оксигенации миокарда имеет существенный недостаток, заключающийся в затрудненной визуализацией операционного поля. [13,34]

Фармакохолодовая кардиopleгия

Как и при ряде других методов в основе действия фармакохолодовой кардиopleгии лежит инактивация электромеханической активности миокарда в фазу диастолы. Фармакохолодовая кардиopleгия включает в себя три обязательных принципа: 1) быстрая, электромеханическая остановка сердца; 2) гипотермия; 3) буферирование и вымывание продуктов метаболизма миокарда.

Составы кардиopleгических растворов, которые использовались во время операции на открытом сердце, довольно широко варьируют. В 2005 году Klammerus K.J. и Mungler M.A. проанализировали составы растворов используемых в 9 мирных клиниках, которые в целом содержали 13 основных компонентов: ионы калия, натрия, магния, кальция, хлора, альбумин, бикарбонат натрия, глюкозу, инсулин, лидокаин, маннитол, нитроглицерин, трисгидроксиметиламинометан; и более 40 добавочных. Значение pH варьировала в пределах от 7.4 до 8.2, осмолярность - от 300 до 440 мосм/л.[34]

Ионы калия или натрия используются в растворах в качестве блокаторов электромеханической активности кардиомиоцитов, ионы кальция способствуют сохранению целостности клеточных мембран. Ионы магния, внося определенный вклад в остановку сердца наряду с ионами калия и играют роль энзиматического кофактора. Глюкоза и маннит стабилизируют осмолярность, а бикарбонат и трис добавляются в растворы для придания им определенных буферных свойств.

В качестве дополнительных агентов для кардиopleгических растворов применяются различные анестетики, аминокислоты (как предшественники субстратов цикла Кребса), ингибиторы свободных радикалов кислорода, кальциевые блокаторы, гормоны. Толерантность миокарда к ишемии увеличивают за счет метаболических субстратов и предшественников макроэргических фосфатов: рибоза, глутамат, АТФ и креатинфосфат. [6]

Большинство известных кардиopleгических растворов для буферирования среды используют: трисгидроксиметиламинометан; бикарбонат натрия, гистидин, и имеют исходное умеренно щелочное значение водородного показателя (pH -7,6), для компенсации метаболического ацидоза. Так же большинство известных растворов готовятся на гиперосмолярной основе (более 300 мОсм/л) с целью снижения клеточного отека и набухания, для чего используются такие препараты как: манитол, глюкоза, альбумин.

В зависимости от состава и типа действия кристаллоидные растворы принято разделять по типу действия на: *внеклеточные* и *внутриклеточные*.

Растворы *внеклеточного типа*. Основой защитной функции растворов внеклеточного типа лежит в электромеханической остановке сердечной деятельности, благодаря повышенной концентрации ионов калия и магния. Снижение процессов метаболизма происходит благодаря электромеханической остановке и гипотермии. Простота состава и процесса калиевой блокады, не требуют большого объема вводимого раствора и достаточно быстро восстанавливают электрическую активность после вымывания калия. Однако практически все виды подобных растворов требуют реинфузии через 15-20 минут с целью вымывания продуктов метаболизма и стабилизации pH.

В мировой практике кардиopleгический раствор внеклеточного типа предложил Hearse DJ (1975 г.), это был раствор святого Томаса с содержанием калия, магния и прокаина – как

базиса раствора.[24] А в 1986 г. Hearse D.J. после повторных исследований изменил раствор святого Томаса на «Plegisol», где уменьшил соотношение Na/K/Ca, добавил HCO₃ и удалил прокаин.[24,34]

Растворы *внутриклеточного типа*. Принцип электромеханической остановки, при использовании кардиopleгических растворов внутриклеточного типа заключается в выравнивании электролитного состава во внутриклеточной и внеклеточной среде с истощением ионов натрия и кальция, что делает невозможным механическую работу клетки. Большая буферная емкость растворов, а также содержание аминокислот создают ряд преимуществ перед большинством растворов внеклеточного типа.

На основании проведенных экспериментов в 1964 г. Bretschneider H.J. разработал кристаллоидный раствор внутриклеточного типа для остановки сердца используя буферную систему Гистидин, Триптофан, Магний; пониженное содержание кальция и прокаин (раствор НТК - «кустодиол»).[16] Благодаря превышающей более чем в два раза кровь по буферной емкости, раствор «Кустодиол» поддерживает кардиопroteкцию после однократного введения в течение двух часов. Именно это свойство позволило с успехом использовать раствор при трансплантации органов.

Несмотря на значительное количество работ по благоприятному использованию кровяной кардиopleгии, фармакохолодовая кардиopleгия пока еще прочно занимает свое место в кардиохирургии. [23]

Буферирование КПР как новое направление в исследованиях

На основании клинических и экспериментальных исследований на современном этапе защита миокарда идет в направлении правильного буферирования кардиopleгического раствора, так как добавление разных компонентов не принесли ожидаемого эффекта. В результате проведенных исследований A.R.Castaneda показал, что белковые буферы наиболее предпочтительнее для стабилизации внутриклеточного pH, восстановления метаболизма и сократительной способности миокарда, чем бикарбонатный. В то же время M.Kronop с коллегами пришли к мнению, что высокая буферная емкость кристаллоидного кардиopleгического раствора с добавлением аминокислот, схожа с буферной емкостью кровяного раствора. Такой КПР лучше сохраняет АТФ на достаточном уровне и может обеспечить улучшенное восстановление сердечной деятельности после снятия зажима с аорты. [17,18]

По мнению А. А. Болдырева, было бы целесообразно использовать в кардиopleгических растворах (КПР) природные дипептиды. Так, природный биологический активный дипептид – карнозин (β-аланин-L-гистидин) и его ацетилированное производное при добавлении в КПР в концентрациях, соответствующих их физиологическому содержанию в сердечной мышце (10мМ), способствуют уменьшению ишемии миокарда после кратковременной гипоксии в условиях нормотермии, снижению суммарного выхода лактатдегидрогеназы, уменьшению выхода миоглобина и адениннуклеотидов. Учитывая уровень pH карнозина 7.7, а у ацетилкарнозина pH в пределах 6.5, их сочетанное применение в КПР способствует поддержанию pH на физиологическом уровне и приданию раствору дополнительных буферных свойств для более адекватной защиты миокарда. Если заменить гистидин, используемый в качестве буфера в безкальциевом и гипонатриевом КПР на карнозин, то количество АТФ не изменится, это станет довольно полезным высокоэнергетическим депо; сократится период реперфузионного восстановления. [7,8,9,12,15,31].

Таким образом, единого общепризнанного метода кардиопroteкции и вида кардиopleгического раствора до сих пор не существует. Одной из основных задач кардиopleгии, с целью предупреждения ишемических повреждений, является повышение буферной емкости кардиopleгического раствора, по воз-

возможности, естественными буферными субстратами – которыми являются природные дипептиды карнозин и ацетилкарнозин. Их сочетанное использование повышает буферную ёмкость кардиоплегического раствора с поддержанием pH и осмолярности в физиологических пределах; более эффективно сохраняет уровень АТФ, что способствует проведению наиболее адекватной интраоперационной защите миокарда.

Следовательно, анализируя литературные данные мы пришли к выводу, что в настоящее время бесспорно обосновано поиск современных методов сохранения жизнеспособности миокарда при хирургических вмешательствах на открытом в условиях искусственного кровообращения.

Литература

1. Аверина, Т.Б. Современные стратегии защиты миокарда у детей/ Т.Б.Аверина, Р.Р.Мовсесян, Г.А.Шебаев// Детские болезни сердца и сосудов. – 2007. - №5. – С. 45-53
2. Бокерия, Л.А. Руководство по сердечно-сосудистой хирургии / Под ред. В.И.Бураковского, Л.А.Бокерия – М., 1996 г.
3. Бокерия, Л.А. Актуальные вопросы интраоперационной защиты миокарда (кардиоплегия)/Л.А.Бокерия, Р.Р.Мовсесян, Р.А.Мусина// Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 1998. - №5. – С.63-70
4. Бокерия, Л.А. Защита миокарда новорожденных и детей первого года жизни при хирургическом лечении врожденных пороков сердца/Л.А.Бокерия, Р.Р.Мовсесян, Э.Д.Нисневич и др.// Бюллетень НЦССХ им.А.Н.Бакулева РАМН. – 2003. –Т.4, №7. – С.5-25
5. Бокерия, Л.А. Операции при врожденных пороках сердца у детей раннего возраста в институте грудной (сердечно-сосудистой) хирургии/Л.А.Бокерия, С.П.Глянцев, Ю.Н.Онищенко// Детские болезни сердца и сосудов. – 2009. - №4. – С.5-13
6. Бокерия, Л.А. Толщина миокарда желудочков в нормальных детских сердцах/Л.А.Бокерия, О.А.Махачев, М.С.Панова и др.// Детские болезни сердца и сосудов. – 2006. - №5. – С.3-10
7. Болдырев, А.А. Действие гистидинсодержащих дипептидов в условиях ишемии и реперфузии изолированного сердца/ А.А.Болдырев, В.В.Алабовский, А.А.Винокуров и др.// Биохимия – 1997. – Т.62, выпуск 1. – С.91-102
8. Болдырев, А.А. Карнозин. Биологическое значение и возможности/Под ред. А.А.Болдырева// М.:Издательство МГУ – 1998. – С.82-105
9. Болдырев, А.А. Сравнение защитного действия карнозина и ацетилкарнозина в процесс кардиоплегии/А.А.Болдырев, В.В.Алабовский, А.А.Винокуров и др.// Бюлл.эксперимент.биол. и мед. – 1999. – Т.127, №3. – С.290-294
10. Малащенко, А.И. Кардиоплегия//Лекции по сердечно-сосудистой хирургии/Под ред.Л.А.Бокерия. В 2-х т. – М., 2001. Т.2. – С.185-199
11. Мовсесян, Р.Р. Защита миокарда при операциях на открытом сердце//Лекции по сердечно-сосудистой хирургии/Под ред.Л.А.Бокерия. В 2-х т. – М., 2001. Т.1. – С.203-217
12. Мовсесян, Р.Р. Дополнительный противоишемический эффект карнозина и его производных в кардиоплегическом растворе /Р.Р.Мовсесян, С.А.Алиханов, Э.Д.Нисневич, Р.А.Серов и др.// Бюллетень НЦССХ им.А.Н.Бакулева РАМН. – 2008. –Т.9, №1. – С.98-105
13. Смоленский А.В. Современные тенденции интраоперационной защиты миокарда.// Сердечно-сосудистые заболевания Том 2 №2 2011г
14. Allen, B.S. Pediatric myocardial protection: an overview / M.J. Barth, M.N. Ilbawi // Sem. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2001. – vol.13. – P 56-72
15. Begum, G. Physiological role of carnosine in contracting muscle / G.Begum, A.Cunliffe, M.Leveritt // Int. J. Sport Nutr. Exerc. Metab. – 2005. – Vol. 15(5). P. 493-514.
16. Bretschneider, H. J. Myocardial protection / H. J. Bretschneider // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1980 - Vol. 28. – P. 295-302.
17. Buckberg, G.D. Myocardial protection: an overview / G.D. Buckberg // Semin. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1993. – Vol. 5. –P 98-106.
18. Caputo, M. Warm-blood cardioplegia with low or high magnesium for coronary bypass surgery// European Journal of cardio-thoracic surgery, 2010 vol.09-049
19. Chambers, D.J. Cardioplegia and cardiac surgery. Pharmacological arrest during global ischemia and reperfusion // Pharmacology and therapist, 2010 Vol.127 p.41-52
20. Doenst, T. Three good reasons for heart surgeons to understand cardiac metabolism / T. Doenst, H.Bugger, M.Schwarzer, G.Faerber, M.A.Borger, F.W.Mohr // Eur.J. Cardiothorac.Surg. – 2008. –vol.33. –P862-871
21. Edwards, R. A controlled trial of substrate-enhanced, warm reperfusion («hot shot») versus simple reperfusion / R. Edwards, T.Treasure, M.Hossein-Nia et al. // Ann.Thorac. Surg. – 2000. –vol. 69. –P.551-555.
22. Engelman, R.M. Levitsky S. A textbook of clinical cardioplegia / R.M. Engelman // U.S.A., N.Y.C., «Futura publishing company». – 1982.
23. Hans J. Geissler Cold crystalloid cardioplegia / Hans J. Geissler and Uwe Mehlhom // MMCTS (January 9, 2006). doi:10.1510
24. Hearse, D.J. Protection of the ischemic myocardium: cardioplegia / D.J. Hearse, M. Braimbridge, P Jynge. –New York: Raven Press, 1981
25. Jacob S. Is blood cardioplegia superior to crystalloid cardioplegia?// Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery 2008; vol.7:491
26. Jinping L. Optimal cardioplegia solution during cardiopulmonary bypass: Crystal or blood, single or repeated dose// Indian journal of extra-corporeal technology, vol.20 issue 1, 2010, p.32
27. Jonas, R.A. Myocardial protection for neonates and infants / R.A. Jonas // Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1998. –vol.46. –P288-291
28. Magovern, J.A. Protection of the immature myocardium. An experimental evaluation of topical cooling, single-dose, and multi-dose administration of St. Thomas' Hospital cardioplegic solution / J.A.Magovern, W.E.J.Pae, J.A.Waldhausen // J.Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1988. –vol.96. –P408-413
29. Modi, P.H. Myocardial metabolic changes during pediatric cardiac surgery: A randomized study of 3 cardioplegic techniques / P. Modi, M.-S. Suleiman, B. Reeves, A. Pawade, A.J. Parry, G.D. Angelini, M. Caputo // J.Thorac. Cardiovasc. Surg – 2004. –vol.128. –P67-75
30. Ovrum, E. M. Cold-blood versus cold crystalloid cardioplegia: a prospective randomized study// European Journal of cardio-thoracic surgery, 2010 vol.38 p.745-749
31. Sauerhofer, S. L-carnosine, a substrate of carnosinase-1, influences glucose metabolism / S. Sauerhofer, G. Yuan, G.S.Braun, M.Deinzer, M.Neumaier, N.Gretz, J.Floege, W.Kriz, F.van der Woude, M. J.Moeller. // Diabetes. – 2007. – Vol. 56(10). – P. 2425-32.
32. Schlensak, C.D. Myocardial protection in congenital heart surgery / C.D. Schlensak, T.Doenst, F.Beyersdorf // MMCTS (November 29, 2005). doi:10.1510
33. Schlensak, C.D. Cardioplegia in pediatric cardiac surgery: do we believe in magic?/ C.D. Schlensak, T.Doenst, F.Beyersdorf // Ann Thorac Surg 2003. –vol.75. –P.1668-1677
34. Tomas, A.S. Myocardial protection / A.S.Tomas, R.Marco. – Futura: Blackwell Publishing, 2004. –P338

Результаты многоцентрового клинического исследования эффективности и безопасности препарата Вазокет у пациентов с варикозной болезнью и хронической венозной недостаточностью *

Покровский А.В.

Отделение хирургии сосудов, ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Минздравсоцразвития России», Москва, Россия.

Введение

Вопросам лекарственной терапии у пациентов с хроническими заболеваниями вен (ХЗВ) в настоящее время посвящено достаточно большое внимание как врачей-практиков, так и врачей-исследователей [1, 2]. На основе проведенных исследований сформировано отношение к фармакотерапии как к абсолютно необходимому компоненту комплексного лечения. Это нашло отражение в принятых за последние годы Европейских и Российских рекомендациях по лечению ХЗВ [3, 4].

Вопрос повышения качества исследований (как в плане дизайна, так по количеству набранных пациентов) с целью повышения уровня доказательности весьма актуален для каждого из препаратов группы венотоников.

В настоящее время лидирующее значение среди этих препаратов играет группа γ -бензопирионов, в частности микронизированная флавоноидная фракция (МФФ) и препараты на основе чистого диосмина. Эта субстанция на сегодняшний день является эталонным химическим соединением для производства различных лекарственных форм. Анализ литературы показывает, что наибольшее количество публикаций последних лет с хорошей доказательной базой посвящено МФФ, а наиболее значимые исследования (дизайн – слепые с плацебо-контролем) по клинической оценке препаратов чистого немикронизированного диосмина датируются 80–90-ми годами прошлого века [5, 6]. Несмотря на это в современных руководствах подчеркивается, что назначение препаратов этой группы имеет под собой определенную доказательную базу, особенно если речь идет о субъективных проявлениях заболевания или некоторых объективных симптомах (например, отек) [7, 8].

Проведенное исследование было посвящено выяснению роли одного из представителей группы диосмина (Вазокет, УСВ, Бельгия).

Материалы и методы

В исследование были включены 138 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет (средний возраст $45,2 \pm 12,7$ лет) с варикозной болезнью нижних конечностей (II–III клинический класс по CEAP). Дизайн исследования – проспективное, многоцентровое. Женщины преобладали – 118 (85,5%) по сравнению с мужчинами – 20 (14,5%). Средняя длительность заболевания была $12,7 \pm 9,1$ лет. Средний класс по CEAP составил – $2,44 \pm 0,48$.

Каждому пациенту после подписания им информированного согласия проводилось полное клиническое обследование, дуплексное сканирование вен нижних конечностей. При ДС оценивалась локализация рефлюкса и состояние магистральных поверхностных и глубоких вен. За 14 дней перед включением в исследование была отменена любая терапия по поводу ХЗВ. Критериями исключения из исследования являлись заболевания желудочно-кишечного тракта в стадии обострения, беременность, непереносимость диосминовых препаратов.

У 77 (60,2%) пациентов при клиническом и ультразвуковом исследовании диагностирована варикозная болезнь (класс

В публикации приводятся результаты многоцентрового проспективного исследования по оценке качества жизни у пациентов с хроническими заболеваниями вен (ХЗВ) на фоне приема немикронизированного диосмина (Вазокет). Показано, что наиболее оптимальным является использование специализированных опросников (CIVIQ-2), в качестве инструмента оценки более точно улавливающих изменения в качестве жизни пациентов на фоне медикаментозной терапии.

Ключевые слова: заболевания вен (ХЗВ), качество жизни, медикаментозная терапия, синтетический диосмин.

ГЛАВНЫЕ ИССЛЕДОВАТЕЛИ:

Сапелкин С.В., д.м.н.; Золотухин И.А., д.м.н.; Золкин В.Н., д.м.н., профессор; Бубнова Н.А., д.м.н., профессор; Швальц П.Г., д.м.н., профессор; Староверов И.Н., д.м.н.; Кательницкий И.И., д.м.н., профессор; Алуханян О.А., д.м.н., профессор; Хмельникер С.М., к.м.н.;

Фокин А.А., д.м.н., профессор; Жуков Б.Н., д.м.н., профессор; Шевела А.И., д.м.н., профессор; Хореев Н.Г., д.м.н., профессор; Раповка В.Г., д.м.н., профессор

* Статья опубликована при поддержке компании ООО «ЮСБ-Фарма».

C2), а у 51 (39,8%) – варикозная болезнь с наличием отека синдрома (класс C3). В 86,2 % случаев отмечено поражение в системе БГВ, в 13,8% – в системе МГВ.

Среди сопутствующих заболеваний у 11,6% пациентов регистрировалась артериальная гипертензия, у 1,4% – ишемическая болезнь сердца.

Длительность приема Вазокета составила 2 мес. Для оценки степени эффективности проводимого лечения пациентом регистрировалась выраженность субъективных венозных симптомов (чувство тяжести, распирающие боли, чувство «жара», ночные судороги) по аналоговой шкале, а также с учетом клинической шкалы оценки тяжести заболевания VCSS (Venous Clinical Severity Score), являющейся модификацией клинической шкалы классификации CEAP.

Объективным критерием служило измерение маллеолярного объема. С целью изучения качества жизни перед включением в исследование и по его окончании пациент заполнял 2 опросника – стандартный опросник по изучению качества жизни CIVIQ-2 и SF-36 (Табл. 1).

В опроснике SF-36 из 36 пунктов 35 используются для обработки баллов по 8 шкалам:

1. ФА – Физическая активность (PF – Physical Functioning) – объем повседневной физической нагрузки, которая не ограничена состоянием здоровья.

2. РФ – Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (RP – Role-Physical) – степень ограничения повседневной деятельности проблемами со здоровьем.

3. Б – Боль (BP – Bodily Pain) – оценка объема субъективных болевых ощущений, которые испытывал респондент за

последние 4 недели.

4. ОЗ – Общее здоровье (GH – General Health) – оценка общего состояния здоровья на момент опроса.

5. ЖС – Жизнеспособность (VT – Vitality) – оценка состояния жизненного тонуса за последние 4 недели.

6. СА – Социальная активность (SF – Social Functioning) – оценка объема социальных связей.

7. РЭ – Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (RE – Role-Emotional) – степень ограничения повседневной деятельности эмоциональными проблемами.

8. ПЗ – Психическое здоровье (MI – Mental Health) – оценка состояния ментальной сферы.

Первые показатели суммарно оценивают физическое благополучие, четыре последующих – психологическое здоровье (Табл. 2).

Расчет окончательных результатов проводился по специальной формуле. «Сырые» баллы, полученные в результате анкетирования, подвергались перекодировке по следующей формуле расчета:

$$Y = ((A - B) / C) \times 100\%$$

где Y – критерий; A – сумма перекодированных баллов, ответственных за критерий;

B – минимально возможная сумма перекодированных баллов, ответственных за критерий;

C – средняя сумма перекодированных баллов, ответственных за критерий.

В конечном результате, чем выше полученный результат того или иного критерия, тем лучше качество жизни по данному критерию («прямо пропорциональная зависимость»).

Опросник CIVIQ-2 содержит 20 вопросов, отражающих четыре основных составляющих качества жизни пациентов с ХЗВ – болевой синдром (3 вопроса), физическое (5), психологическое (4) и социальное (8 вопросов) самочувствие. Характерность той или иной жалобы оценивалась по пятибалльной системе. Минимальное количество баллов соответствовало оптимальному состоянию пациента. Оценка факторов, образующих общий показатель качества жизни, определяется по формуле с использованием относительных величин:

$$X = (a - b) / (c - b) \times 100,$$

где X – индекс качества жизни

a – реальная сумма баллов,

b – теоретически минимальная сумма баллов,

c – теоретически максимальная сумма баллов.

В отличие от опросника SF-36, окончательный критерий здесь был связан с качеством жизни обратно пропорциональной зависимостью – чем выше значение описываемого критерия, тем ниже качество жизни, которое он определяет.

Полученные результаты

При оценке распространенности рефлюкса в системе БПВ по данным дуплексного сканирования только в 22,7% случаев он отмечен как тотальный, в 39,5% случаев рефлюкс распространялся лишь до нижней трети бедра, а в 37,8% – до верхней трети голени. Тотальный рефлюкс по МПВ имелся только у 4 пациентов (21,1%), в остальных случаях распространение рефлюкса было ограничено уровнем средней трети голени. Недостаточность перфорантных вен при ультразвуковом исследовании была обнаружена у 53,1% пациентов, при этом диаметр этих вен не регистрировался.

До включения в исследование использовали компрессию 57,8% пациентов, медикаментозную терапию – 31,6%, местные средства – 7,2%.

Объективным показателем эффективности лечения служила динамика отеочного синдрома – маллеолярного объема. После 2-х месячного приема препарата данный показатель уменьшился с $25,25 \pm 2,75$ см до $24,15 \pm 2,59$ см ($p = 0,001$) (Рис. 1). Статистическую достоверность эти результаты показали как на визите D-60, так и на визите D-30 (Табл. 3).

Оценка основных субъективных симптомов, присущих ХЗВ, показала положительную их динамику в процессе исследова-

ния как на визите D-30, так и на завершающем визите D-60 (Табл. 4).

Интегральный показатель степени тяжести ХЗВ с использованием шкалы VCSS уменьшился с $5,81 \pm 2,09$ до $3,99 \pm 1,68$ ($p < 0,001$), что свидетельствует о статистически значимой положительной динамике клинических жалоб (Рис. 2).

Наиболее интересные данные были получены при оценке качества жизни с использованием различных опросников. Нас в первую очередь интересовала динамика этого показателя, т.к. показатель исходного уровня КЖ в силу отсутствия эталона качества жизни менее значим (для каждого пациента существует своя норма «благополучия», что может быть связано с самыми различными факторами).

При расчете показателя СС (Сравнение самочувствия) отмечена положительная динамика в процессе исследования с ростом на 30,9% (в период D-0 – 51,4%, в D-60 – 74,4%).

Общий балл качества жизни по опроснику CIVIQ-2 уменьшился с 32,7 (D-0) до 11,2 (D-60). Динамика основных составляющих двух опросников показана на рисунках 3–5. Суммарно данные по двум опросникам и шкале VCSS обобщены в таблице 5.

Переносимость препарата была оценена пациентами как отличная в 64,1% случаев, хорошая – 32,8% и удовлетворительная в 3,1%. Только в одном случае на визите D30 был отмечен незначительный кожный зуд, который регрессировал самостоятельно через 1 неделю (отмены терапии при этом не потребовалось).

Обсуждение

Хронические заболевания вен (ХЗВ) нижних конечностей относятся к той нозологической форме, при которой оценить результаты лечения (как консервативного, так и оперативного) достаточно сложно. Это обусловлено особенностями течения заболевания (периоды обострения и ремиссии), превалированием субъективных критериев оценки эффективности над объективными, а также выраженной психологической составляющей, оценка которой бывает весьма вариабельна. Именно для изучения этого раздела введено понятие «качества жизни» при ХЗВ, а влияние на этот показатель лечебной стратегии и метода лечения в настоящее время рассматривается как важное и приоритетное направление в современной флебологии.

Существует несколько подходов к определению КЖ. Возможно изучение данного показателя в рамках опросников общего назначения, дающих интегральную оценку. К опросникам такого рода можно отнести наиболее популярный среди исследователей SF-36, а также его варианты IQOLA, NHP, EuroQoL. В тоже время, для изучения определенных аспектов состояния здоровья, связанных с той или иной патологией, весьма актуальным является создание специализированных анкет-опросников, которые априорно должны быть более чувствительны к изменению КЖ при данном конкретном заболевании. Задача специализированных опросников – уловить даже небольшие изменения КЖ, в то время как общие шкалы могут дать картину лишь значительного улучшения или ухудшения. Для оценки качества жизни у больных с ХЗВ используются CIVIQ-2, VEINES-QoL. Эти опросники были специально разработаны и адаптированы под задачи оценки и изменения качества жизни у пациентов с различными формами заболеваний вен. Ранее проведенные исследования за рубежом показали их большую чувствительность по оценке субъективной венозной симптоматики. В российской клинической практике, как и в европейской, опросник CIVIQ-2 использовался значительно чаще, чем какие-либо другие. Но лишь в единичных работах проводились параллели между различными шкалами по оценке качества жизни.

Основным требованием, предъявляемым к опроснику, следует считать достоверное отражение динамики качества жизни пациентов в результате проведенного лечения. Поэтому нам было интересно сравнить данные, полученные с использованием опросников различной направленности: SF-36 (широкий



Рис. 1. Динамика маллеолярного объема в процессе исследования.

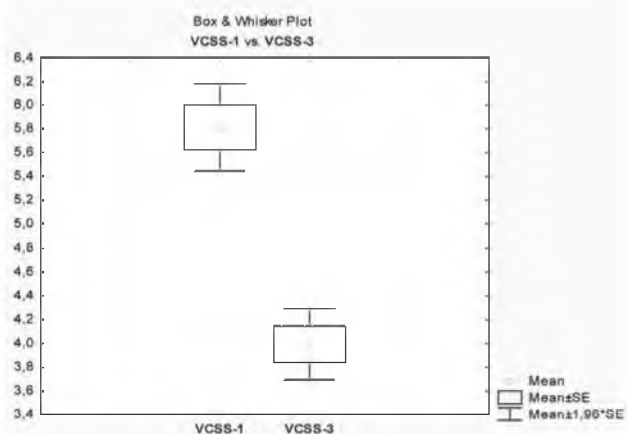


Рис. 2. Динамика интегрального индекса VCSS в процессе исследования.

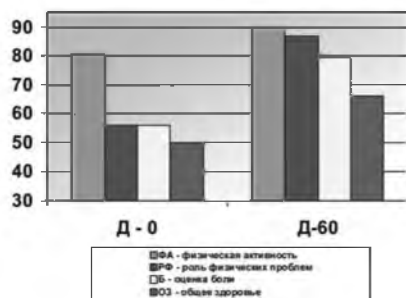


Рис. 3. Показатели физического здоровья по шкалам опросника SF-36 в процессе обследования.

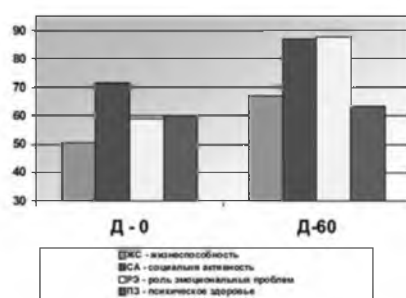


Рис. 4. Показатели психического здоровья по шкалам опросника SF-36 в процессе обследования.

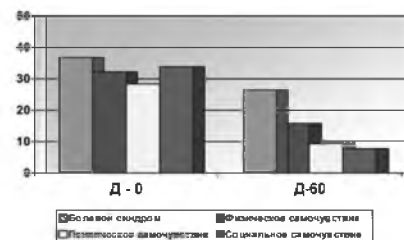


Рис. 5. Динамика основных составляющих опросника CIVIQ-2 в процессе исследования.

Табл. 1. Схематическое отображение протокола исследования

	Д-0	Д-30	Д-60
Ультразвуковое исследование	+		
Оценка субъективных симптомов (чувство тяжести, боли, жара, ночные судороги) в баллах	+	+	+
Баллы по VCDS	+	+	+
Маллеолярный объем (см)	+	+	+
Заполнение 2х опросников (CIVIQ и SF36)	+		+
Переносимость препарата		+	+

Табл. 2. Шкалы опросника SF-36

Физическое здоровье	ФА	Шкала физического функционирования
	РФ	Шкала ролевого физического функционирования
	Б	Шкала боли
	ОЗ	Шкала общего здоровья
Психологическое здоровье	ЖС	Шкала жизнеспособности
	СА	Шкала социального функционирования
	РЭ	Шкала ролевого эмоционального функционирования
	ПЗ	Шкала психологического здоровья

Табл. 3. Динамика маллеолярного объема

Визит	Маллеолярный объем
D - 0	25,25±2,75
D - 30	24,53±2,7 *
D - 60	24,15±2,59 **

*p=0,04 ** p=0,001

Табл. 4. Динамика субъективных жалоб в процессе исследования (в баллах визуальной аналоговой шкалы)

	D-0	D-30	D-60
Чувство тяжести	1,71±0,7	1,04±0,7	0,67±0,58 *
Распирающие боли	0,8±0,77	0,34±0,5	0,15±0,38 *
Чувство жара	0,71±0,71	0,25±0,47	0,14±0,37 *
Ночные судороги	1,02±0,85	0,5±0,64	0,16±0,4 *
Общий балл клинических симптомов	4,2±2,1	2,1±1,5	1,1±1,0 *

*p<0,001

спектр) и CIVIQ-2 (узконаправленный).

В нашем исследовании, в котором приняло участие девять крупных российских центров, проведена сравнительная оценка двухмесячной консервативной терапии пациентов с ХЗВ С2-3 с использованием доступных минимальных объективных критериев («маллеолярный объем») и субъективных критериев, которые складывались в шкалы VCSS и опросники качества жизни.

Полученные нами результаты свидетельствуют о высокой чувствительности вопросника CIVIQ-2 в отношении заболеваний вен. Общий балл качества жизни по результатам анализа этого опросника возрос на 65,7%. При этом у тех же самых пациентов приближенные к этому показателю результаты из опросника SF-36 («Общее здоровье», «Сравнение самочувствия») показали меньшую положительную динамику – 24,3% и 30,9% соответственно.

Наибольшие различия между опросниками были отмечены при оценке психологического и социального самочувствия. Данные показатели по CIVIQ-2 возросли соответственно на 66,8% и 77,2%. Прямых аналогов подобных пунктов в опроснике SF-36 нет, но положительная динамика по пунктам РЭ («Роль эмоциональных проблем») и СЭ («Социальная активность») не столь впечатляющая – 32,7% и 17,7%.

В то же время один из параметров (боль) пациенты оце-

Табл. 5. Заключительные данные по двум опросникам (CIVIQ и SF-36) и относительные величины изменения показателей

Показатели	Относительные величины показателей		Процент изменения	
	D-0	D-60		
SF-36				
Физическое Здоровье	ФА	80,5	89,9	+10,5%
	РФ	55,9	87,0	+35,7%
	Б	56,0	79,3	+29,4%
	ОЗ	50,1	66,2	+24,3%
Психологическое здоровье	ЖС	50,7	67,2	+24,5%
	СА	71,5	86,9	+17,7%
	РЭ	59,1	87,8	+32,7%
	ПЗ	60,2	63,4	+5,0%
Сравнение самочувствия	51,4	74,4	+30,9%	
CIVIQ-2				
Болевой синдром	36,7	26,3	+28,3%	
Физическое самочувствие	32,2	15,8	+50,9%	
Психологическое самочувствие	28,3	9,4	+66,8%	
Социальное самочувствие	33,7	7,6	+77,2%	
ОБЩИЙ БАЛЛ КЖ	32,7	11,2	+65,7%	
Шкала VCSS				
Степень тяжести ХВН (в баллах)	5,81	3,99	+31,3%	

нили в процессе исследования с двух различных позиций достаточно близко – 28,3% (CIVIQ-2) и 29,4% (SF-36).

Поэтому при планировании и проведении подобных исследований в дальнейшем, мы должны понимать, насколько тонким механизмом оценки может служить любой опросник, знать его истинное предназначение в работе и возможность выявления тех или иных изменений.

С этой точки зрения нам представляется оптимальным использование в качестве инструмента оценки опросника CIVIQ-2, являющегося более специализированным. Именно такие опросники позволяют с меньшими затратами получить объективные данные о динамике КЖ в процессе лечения. Применение общих шкал (к ним относится SF-36) также не лишено смысла. Улавливание какой-либо динамики с помощью и этих инструментов позволяет подтвердить и повысить значимость того и иного метода лечения, что очень важно для методов лечения с высоким плацебо-эффектом (консервативная терапия).

Литература

1. Кияшко В.А. Консервативное лечение хронической венозной недостаточности. *Русский медицинский журнал*. 2002; 11: 26: 1214–1219.
2. Богачев В.Ю. Системная фармакотерапия хронической венозной недостаточности нижних конечностей. *Современное состояние вопроса*. *Русский медицинский журнал*. 2004; 12: 17: 3–6.
3. Management of chronic venous disorders of the lower limbs: guidelines according to scientific evidence. *International Angiology*. 2008; 27: 1–59
4. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен нижних конечностей. *Флебология*. 2009; 3: 45–93.
5. Casley-Smith JR, Casley-Smith J. The effect of diosmin (a benzopyrone) upon some high-protein oedemas: lung contusion, burn and lymphoedema of the rat legs. *Agents and Actions*. 1985; 17: 14–20.
6. Carpentier PH, Mathieu M. Evaluation de l'efficacite clinique d'un medicament veinotrope: les enseignements d'un essai therapeutique a vec la diosmine d'hemysynthese dans le syndrome des jambes lourdes. *J Mal Vacs*. 1998; 23: 2: 106–112.
7. Handbook of venous disorders. 3rd Edition. Guidelines of the American Venous Forum. 2009; 744.
8. Ramelet A-A, Perrin M, Kern P, Bounameaux H. *Phlebology*. 2008; 566.

Впервые статья опубликована в журнале «Ангиология и сосудистая хирургия», т.17, №4, с.8-13

Морфофункциональное состояние клеточных элементов крови у больных с хронической ишемией нижних конечностей различной степени

Кательницкий Иг.И., Кательницкий И.И.,

ГБОУ Ростовский государственный медицинский университет МЗ и СР РФ, Ростов-на-Дону, Россия

Введение

Изучение роли эндотелия в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний, и в частности хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей, привело к пониманию, что эндотелий регулирует не только периферический кровоток, но и другие важные функции (1,2,4,8).

Наряду с эндотелиальной дисфункцией, определенную роль в формировании хронических облитерирующих заболеваний сосудов с последующей ишемией нижних конечностей играет нарушение функционирования основных форменных элементов крови – эритроцитов и особенно тромбоцитов (3,6,9). С другой стороны, благодаря своей повышенной лабильности именно тромбоциты и эритроциты первыми реагируют своей морфофункциональной нормализацией на улучшение условий кровотока, в том числе, связанное с оперативным воздействием (11,12). Целью работы было изучение морфологического состояния форменных элементов крови в бассейнах ишемизированных конечностей и их динамики в результате проведения фармакологического воздействия.

Материалы и методы

В работе проанализированы результаты клинических наблюдений 115 больных с атеросклеротическими окклюзиями артерий нижних конечностей, разделенных на две группы до (56 пациентов) и после лечения вазопропаном (59 пациентов) с различными степенями. По возрасту, степени ишемических изменений обе группы были сопоставимы.

Для изучения состояния функции эндотелия у больных определяли уровень концентрации эндотелина-1 в плазме крови, оттекающей из ишемизированной зоны, контролем служили показатели эндотелина-1 в венозной крови, взятой из кубитальных вен и бедренной вены здоровой нижней конечности. Исследование концентрации эндотелина-1 проводилось на иммуноферментном планшетном фотометре «Эфос – 9305» (Россия), с использованием тест-системы (иммуноферментного набора для количественного определения эндотелина в биологических жидкостях) фирмы BIOMEDICA GmbH (Австрия), норма составила 0,8-1,1 фмоль/мл.

С целью изучения морфофункционального состояния клеток у 60 больных проведено морфологическое исследование форменных элементов крови до и после лечения. Результаты исследований обработаны на персональном компьютере IBM PC/AT при помощи стандартного пакета программ Microsoft Excel-2000, программы для обработки статистических материалов «БИОСТАТ». Статистическую обработку морфологических данных проводили по t-критерию Стьюдента.

Полученные результаты обсуждения

Изучение ультраструктуры эритроцитов и тромбоцитов пациентов II Б степенью ишемии показало, что у большинства больных этой группы отмечается заметная активация тромбоцитарного звена. Кровяные пластинки имеют различные размеры, их поверхность неровная, с многочисленными выростами. Эритроциты-дискоциты также деформированы, практически не наблюдаются гладких дисков. Многие тромбоциты адгезированы к поверхности эритроцитов. Сами эритроциты формируют микроконгломераты, дисковидная форма нарушена, имеется

Целью работы было изучение морфологического и функционального состояния форменных элементов крови в бассейнах ишемизированных конечностей и их динамики в результате лечения простагландином E1.

Применение простагландина E1 для лечения больных с окклюзионными поражениями артерий нижних конечностей и различной степени ишемии приводит к уменьшению эндотелиальной дисфункции и нормализации целого ряда параметров, характеризующих морфологию и функционирование основных форменных элементов крови – эритроцитов и тромбоцитов. Установлено снижение деформации эритроцитов, что свидетельствует о восстановлении пластичности эритроцитарных мембран, заметно снижается выраженность агреггации красных кровяных телец. По полученным данным, эффективность простагландина E1 зависит от тяжести заболевания, и в целом наибольший эффект отмечался при II и III степени ишемии.

эхиноцитарная и стоматоцитарная деформация I-II степени (мишеневидные клетки, стоматоциты, овалоциты) (рис. 1).

Встречаются конгломераты из лейкоцитов и эритроцитов, а также единичные довольно крупные микротромбы, состоящие только из эритроцитов, что соответствует значительному усилению агреггации клеток, возможно, в связи с изменениями свойств наружной мембраны (рис. 2).

В то же время, на отдельных полях зрения эритроциты имеют форму обычных дискоцитов и активация тромбоцитов не так заметна. Вместе с тем изменения формы эритроцитов нельзя назвать выраженными, описанные сдвиги обратимы. Кроме того, установлена активация тромбоцитов, в целом ультраструктура эритроцитов и тромбоцитов свидетельствует о наличии альтераций клеточных компонентов крови, которые способствуют микротромбообразованию и нарушению реологических свойств крови уже при II Б степени ишемии. Показатели эндотелина-1 составили 1,79+-,11 фмоль/мл (табл. №1).

При III степени ишемии отмечено нарастание изменений. На малом увеличении обнаруживалась более выраженная активация тромбоцитов, частая их фиксация к поверхности эритроцитов. Увеличивается процент активированных тромбоцитов, присутствующих на всех полях зрения, отмечается более существенная агреггация эритроцитов. Если при степени ишемии II Б в основном отмечались мелкие конгломераты из эритроцитов, то при ишемии III степени крупные эритроцитарные конгломераты встречаются значительно чаще. Агреггация эритроцитов приводит к формированию, так называемых, «монетных столбиков», или к сладж-синдрому (рис. 3).

При этом, в отличие от больных со степенью ишемии II Б, в составе эритроцитарных конгломератов чаще присутствуют активированные тромбоциты, то есть, происходит образование смешанных внутрисосудистых микротромбов. Наличие монетных столбиков (сладж-синдрома) свидетельствует о значительном нарушении реологии крови. Следовательно при III степени ишемии отмечается значительно более выраженная активация гемостаза за счет тромбоцитарного звена. Показатели эндотелина-1 при этой степени составили 1,86+0,47 фмоль/мл.

Еще более выраженные альтерации выявляются при ана-

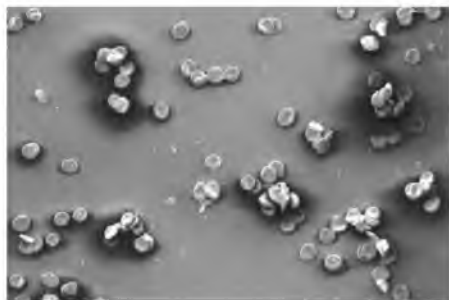


Рис. 1. Конгломераты из эритроцитов в крови больного с облитерирующим атеросклерозом до начала лечения. Увел. 502

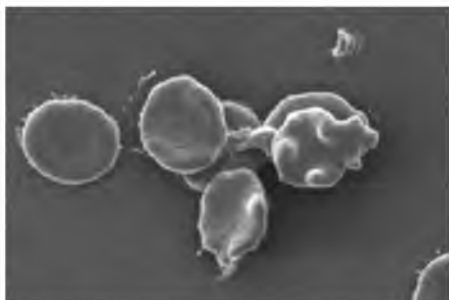


Рис. 2. Эритроциты, имеющие признаки эхиноцитарной трансформации в крови больного облитерирующим атеросклерозом до лечения. Увел. 2705



Рис.3. «Монетный столбик» из эритроцитов, кровь больного облитерирующим атеросклерозом до лечения. Увел. 2705.

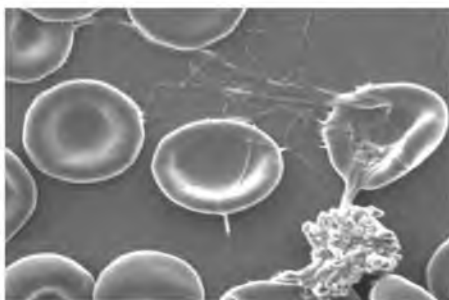


Рис. 4. Эритроциты, опутанные фибриновыми нитями у больных с IV клинической степенью ишемии. Увел. 2705.

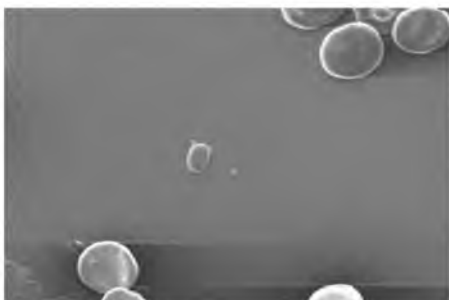


Рис. 5. Гладкий тромбоцит правильной формы у больного со III степенью ишемии после лечения. Увел. 2705.



Рис. 6. Эритроциты-дискоциты больного после лечения, отсутствие микроконгломератов. Увел. 502

лизе ультраструктуры форменных элементов крови больных с IV степенью ишемии. На малых увеличениях практически все эритроциты в разной степени деформированы, образуют или конгломераты между собой, или вместе с активированными тромбоцитами. Деформация эритроцитов заметно более существенна: кроме многочисленных эхиноцитов I-II порядка нередкой находкой являются «клетки-репы» - эхиноциты III порядка. Кроме эритроцитарных конгломератов и смешанных микротромбов появляются «белые» тромбы, образующиеся за счет слипания тромбоцитов и лимфоцитов или лейкоцитов. Помимо признаков резкой активации тромбоцитов в виде их агрегации, деформации, образования отростков, отмечаются появление в составе микроконгломератов не только отростчатых активированных тромбоцитов, но и нитей и пучков полимеризованного фибрина, которые фиксируют форменные элементы крови. Фибриновые нити образуют своеобразную сеть, в которой фиксируются многочисленные эритроциты, что, безусловно, значительно ухудшает условия кровотока и свидетельствует о тяжелом дисбалансе свертывающей и противосвертывающей систем у этой группы пациентов (рис. 4).

Проведенная терапия вазопростаном приводила к снижению показателей эндотелина-1 в крови, оттекающей из зоны ишемии. При этом у пациентов исходной II Б степени ишемии значения эндотелина-1 уменьшались на $0,586 \pm 0,3$ фмоль/мл, при III степени на $0,601 \pm 0,18$ фмоль/мл. При IV степени отмечалось менее выраженное снижение значений (на $0,591 \pm 0,27$) и концентрация эндотелина-1 оставалась значительно выше нормы ($1,949 \pm 0,36$ фмоль/мл).

При этом, анализ ультраструктуры эритроцитов и тромбоцитов больных с II Б степенью ишемии позволил установить заметную нормализацию строения исследуемых форменных элементов крови при хорошем клиническом эффекте. Эритроциты на большинстве полей зрения расположены свободно, что свидетельствует о сохранности компонентов эритроцитарных мембран, включая их заряд (рис. 5).

Слипание эритроцитов регистрируется значительно реже, деформированные клетки единичны, количество тромбоцитов несколько увеличено, однако их активация в виде появления отростчатых форм минимальна. Эритроциты имеют правильную форму, их агглютинация выражена незначительно, в кровотоке появляются неактивные формы тромбоцитов - гладкие пла-

стинки (рис. 6). У большинства больных форма эритроцитов заметно нормализуется, но увеличение количества тромбоцитов по-прежнему заметно, хотя формирования отростков на тромбоцитах и не отмечается.

У пациентов с IV степенью ишемии показатели эндотелина-1 после проведенного лечения у пациентов оставались повышенными, однако отмечено снижение показателей с $2,51 \pm 0,47$ фмоль/мл до $1,249 \pm 0,31$ фмоль/мл. Кроме того, до лечения у больных наблюдалось значительное количество крупных тромбоцитов, что соответствует данным визуального анализа - наличию большого числа активированных крупных отростчатых форм кровяных пластинок. После лечения у пациентов большая часть тромбоцитов имеет средние размеры (около 80% тромбоцитов), число крупных тромбоцитов снижается. Площадь гранул в тромбоцитах достоверно снижается после лечения ПГЕ 1 с $1,75$ до $1,42$ квадратных микрона ($p \leq 0,01$). При этом после лечения в крови больных преобладают тромбоциты с гранулами меньшей площади.

Измерение площадей гранул в тромбоцитах у больных с разной степенью ишемии показало достоверное уменьшение этого параметра при II Б и III степени и в тоже время отсутствие влияния терапии на этот параметр при IV степени ишемии. Это говорит о том, что длительность воздействия простагландина E1 является недостаточной, однако можно надеяться на положительный результат в связи с появлением признаков омоложения пула тромбоцитов.

Проведенный рентгеноспектральный микроанализ состава тромбоцитарных фракций показал, что у пациентов после терапии вазопростаном наблюдается достоверное увеличение содержания кислорода в тромбоцитах больных приблизительно на 5% ($p \leq 0,001$), достоверно увеличивается содержание натрия, количество калия незначительно уменьшается, что свидетельствует о снижении активности работы Na-K-АТФ-аз. Наиболее существенны сдвиги в содержании кальция - уровень этого элемента заметно и высокодостоверно снижен после лечения ($p \leq 0,001$).

В эритроцитах, как и в тромбоцитах, после лечения достоверно увеличивается весовое содержание кислорода ($p \leq 0,001$), незначительно уменьшается содержание натрия и магния в эритроцитах, что соответствует нормализующему влиянию на мембраны клеток. При этом достоверное и существенное

увеличение этих параметров отмечается при III и IV степенях ишемии. У больных со степенью ишемии II Б достоверных отличий не наблюдается, возможно, в связи с минимальностью альтераций эритроцитов пациентов до лечения.

Заключение

Таким образом, у больных облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей в крови ишемизированных бассейнов наблюдаются существенные нарушения функции эндотелия кровеносных сосудов и наступают нарушения структуры и функции клеток крови, коррелирующие с выраженностью ишемических изменений. Применение вазопростана для лечения больных с окклюзионными поражениями артерий нижних конечностей и различной степени ишемии приводит к снижению эндотелиальной дисфункции и нормализации целого ряда параметров, характеризующих морфологию и функционирование основных форменных элементов крови – эритроцитов и тромбоцитов. Установлено снижение деформации эритроцитов, что свидетельствует о восстановлении пластичности эритроцитарных мембран, существенно снижается степень агрегации красных кровяных телец. Последний параметр свидетельствует о восстановлении наружного отрицательного заряда их мембран. При этом растет насыщение эритроцитов кислородом, что, наряду с восстановлением реологических свойств, способствует снижению уровня тканевой гипоксии. Не менее существенно влияние сочетанного оперативного лечения на тромбоциты – отмечена не только дезактивация, уменьшение адгезии, снижение деформации, но и нормализация функционирования тромбоцитов за счет сокращения их дегрануляции. По полученным данным, влияние вазопростана зависит от тяжести заболевания, и в целом наибольшая эффективность отмечается при II и III степени ишемии.

Таблица №1. Динамика показателей эндотелина-1 (фмоль/мл) у больных с различными степенями ишемии нижних конечностей в процессе лечения

Степень ишемии	Группы пациентов	
	До лечения	После лечения
II	1,751±0,13	0,945±0,17
III	1,86±0,32	1,029±0,24
IV	2,51±0,47	1,249±0,31

Литература

1. Алмазов В.А., Гуревич В.С., Попов Ю.Г. и др. Структура и функция рецепторов тромбоцита человека. *Гематология и трансфузиология* 1990; 10: 25-29.
2. Балуда В.П., Балуда М.В., Деянов И.И., Тлепшуков И.К. Физиология системы гемостаза 1995; 245.
3. Горбатенкова Е.А., Азизова О.А., Дубровин М.Ю. и др. Структурно-функциональные изменения тромбоцитов при экспериментальном атеросклерозе. *Бюлл.экспер. биол. мед.* 1984; 2: 149-152
4. Мазур Э.М. Тромбоциты. *Патофизиология крови. Ф.Д.Шиффман, М., С.-Пб.:Бином 2001: 149-281.*
5. Покровский А.В., Москаленко Ю.Д., Кияшко В.А. Реконструктивные операции при тяжелой ишемии нижних конечностей. *Хирургия.* 1997; 11:20-27.
6. Сороковой В.И., Моченова Н.Н., Никитина Г.М. Ультраструктура эритроцитов при кальций-активируемом старении *in vitro*. *Бюлл.экспер. биол. мед.* 1994; 5: 555-558.
7. Шиффман Ф.Д. *Патофизиология крови 2001: 448.*
8. Dominguez L.J., Barbagallo M., Sowers J.R., Resnick L.M. Magnesium responsiveness to insulin and insulin-like growth factor I in erythrocytes from normotensive and hypertensive subjects. *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 12: 4402-4407.
9. Handengue A.L., Del-Pino M., Simon A., Levenson J. Erythrocyte disaggregation shear stress, sialic acid, and cell aging in humans. *Hypertension* 1998; 2: 324-330
10. Kosch M., Hausberg M., Westermann G., Koneke J., Matzkies F., Rahn H.R., Kisters K. Alteration in calcium and magnesium content of red cell membranes in patient with primary hypertension. *Am. J. Hypertension* 2000; 3: 254-258.
11. Lluch M.M., Sierra A., Poch E., Coca A., Aguilera M.T., Cjmpte M., Urbano-Marques A. Erythrocyte sodium transport, intraplatelet pH, and calcium concentration in Salt-sensitive Hypertension. *Hypertension* 1996; 27: 919-925.
12. Lominadze D., Joshua I.G., Schuschke D.A. Increased erythrocyte aggregation in spontaneously hypertensive rats. *Am J Hypertens* 1998; 7: 784-789.
13. Russo C., Olivieri O., Girelli D., Faccini G., Zenari M.L., Lombardi S., Corrocher R. Anti-oxidant status and lipid peroxidation in patients with essential hypertension. *J Hypertens* 1998; 9: 1267-1271.
14. Thomas T.H., Rutherford P.A., Vareesangthip K., Wilkinson R., West I.C. Erythrocyte membrane thiol proteins associated with changes in the kinetics of Na/Li countertransport: a possible molecular explanation of changes in disease. *Eur J Clin Invest* 1998; 4: 259-265.

Современный подход к фармакотерапии хронической венозной недостаточности нижних конечностей

Секербаев О.А.

Региональный диагностический центр г. Алматы

Проблемы лечения и реабилитации больных различными формами хронической венозной недостаточности нижних конечностей предопределяются распространенностью заболевания: в общей структуре венозной патологии ХВН и составляют до 28% [1]; ею страдают 8% взрослого населения развитых стран [2,3].

Цель исследования

- разработка оптимальных лечебных схем воздействия на все перечисленные звенья в патогенезе ХВН.

Были определены основные классы препаратов, применяемых для комплексной терапии ХВН: флеботропные средства, реологические корректоры, стимуляторы репаративных процессов, энзимы, антибиотики (после определения чувствительности флоры с поверхности язвы), средства местной терапии.

Материалы и методы

У 64 пациентов с ХВН НК 3, осложненной наличием трофических язв, использовали флеботропный препарат детралекс + препарат реокорректор + стимулятор репаративных процессов актовегин. К назначению реологически активных препаратов подходили дифференцированно, основываясь на данных индивидуального реологического профиля (РП) пациента. Выбор препарата реокорректора зависел от механизма формирования синдрома гипервязкости. Применялись следующие препараты по соответствующим показаниям:

При повышении индекса агрегации эритроцитов выше 0,4 (метод Ашкенази) и уровня спонтанной агрегации тромбоцитов > 4% назначаются дезагреганты по схемам.

При преобладании в РП снижения деформируемости эритроцитов проводили терапию пентоксифеллином.

Повышение адгезии лейкоцитов выше 25% по McGregory и спонтанной агрегации тромбоцитов, выраженное увеличение ригидности эритроцитов и умеренная гемоконцентрация (гематокрит до 0,49) служили основанием для включения в

комплекс лечения антагонистов кальция – нифедипин пролонгированной формы.

Такой подход к коррекции гемореологических нарушений позволил добиться выраженной положительной динамики гемореологического профиля в короткие сроки.

Для ускорения процессов репарации использовали актовегин параантерально по 5,0 мл (200 мг действующего вещества). Именно такая дозировка препарата (минимально) оказывает стимулирующее действие на процессы регенерации тканей.

Результаты исследования

В результате применения комплекса медикаментозных средств удалось добиться во всех случаях клинического улучшения. У 35 (56,5%) больных удалось добиться заживления трофических венозных язв в течение 4-5 недель от начала терапии, при многолетней стандартной терапии в анамнезе, не приведшей к желаемым результатам. В остальных случаях имелось значительное уменьшение клинических проявлений ХВН и нормали-

зация параметров гемореологического профиля.

Выводы

Таким образом, современная терапия тяжелых классов ХВН должна быть комплексной, включать в себя флеботропный препарат, реокорректор (желательно с предварительной оценкой индивидуального РП), стимулятор репаративных процессов. Такой подход позволяет эффективно воздействовать на патогенетические механизмы ХВН и добиваться выраженного клинического улучшения.

Список использованной литературы

1. Аскерханов Р.П. //Хирургия периферических вен. – Махачкала; Даг. кн. изд-во, 1979
2. Введенский А.Н. //Варикозная болезнь - Л.: Медицина, 1983 – С. 15-21
3. Kloner R.A., Ganote C.E., Jennings R.B. // J.Clin. Invest. -1974.- Vol.5.-P. 1496-1508.

Атриопластика левого предсердия у больных с митральным пороком сердца

Квашин А.В.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы

Введение

По данным литературы количество больных с митральным пороком сердца, осложненным атриомегалией, составляет до 20% среди всех больных, оперированных по поводу митрального порока сердца [1]. Основным отрицательным влиянием атриомегалии является взаимосвязь увеличенного левого предсердия и возникновение мерцательной аритмии. А также повышенный риск тромбообразования и тромбоэмболических осложнений. Устранение только клапанной патологии у больных с атриомегалией не приводит к значимому уменьшению размеров и объема левого предсердия. В тоже время, рядом авторов доказано, что пластическая коррекция атриомегалии положительно влияет как на ранний, так и на отдаленный послеоперационный период, улучшая прогноз выживаемости [2,3].

Для коррекции размеров левого предсердия используются различные хирургические техники, такие как пластика «Мерседес», позволяющая равномерно уменьшить полость левого предсердия во всех направлениях, а формирующийся рубец в сочетании процедурой «Лабиринт» в 35% способствует восстановлению синусового ритма. Некоторые кардиохирурги пользуются методикой частичной резекции задней стенки левого предсердия. Существует техника парааннулярной пликации задней стенки по Kawazoe, что по нашему мнению хирургически более анатомично. Так как возникающая парааннулярная складка левого предсердия, после коррекции митрального порока, «сама просится» к ее ушиванию. А создание межлегочной складки при пластике «Мерседес» может способствовать нарушению проходимости устьев легочных вен [4,5].

Цель

- модифицировать классическую атриопластику по Kawazoe. Материалы и методы. По модифицированной методике мы заканчиваем парааннулярный шов не в области наружной комиссуры, а закрываем швом ушко левого предсердия, тем самым еще больше уменьшаем его объем и риск тромбообразования. Ниже мы приводим пример хирургического лечения пациентки с комбинированным митрально-трикуспидальным пороком, осложненного атриомегалией обоих предсердий.

Материалы и методы

Больная Б., 59 лет, поступила с жалобами на одышку при

минимальной физической нагрузке, перебои в работе сердца, быструю утомляемость, тяжесть в правом подреберье, отеки на нижних конечностях.

Ревматизм и митральный порок диагностирован более 30 лет назад. Последние три года, с появлением мерцательной аритмии, отмечает ухудшение самочувствия.

Общее состояние тяжелое за счет основного заболевания. Ортопноэ. Выражена подкожно-жировая клетчатка. Кожные покровы бледноватые, цианоз губ, языка, крыльев носа. Голени пастозны. Дыхание везикулярное, в нижних отделах слегка ослабленное. ЧДД 22 в мин. Границы сердца расширены в обе стороны. Тоны сердца ясные, достаточно звучные. На верхушке сердца выслушивается систолический и диастолический шумы. Акцент II тона над легочной артерией. Ритм тонов неправильный, мерцательная аритмия, ЧСС- 72 в мин, АД- 120/70 мм рт. ст. Пульс 68 уд./мин.. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный. Печень на 4 см ниже края реберной дуги.

Больной проведено полное клиничко-инструментальное обследование. ЭКГ: Фибрилляция предсердий, частота сокращений желудочков 90-59 уд. в мин., нормальное положение электрической оси сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка с систолической перегрузкой. Изменения в миокарде: эпизод частых экстрасистол желудочковых по типу бигеминии, ST, T без динамики.



Рис.1 Рентгенограмма пациентки Б., 59 лет, до операции.



Рис.2 Рентгенограмма больной Б., 59 лет, после операции.

Рентгенография грудной клетки: Легочный рисунок усилен в прикорневых отделах, обеднен по периферии. Корни бесструктурны, гомогенизированы. Купол диафрагмы слева не визуализируется за тенью сердца. Плеврокардиальные, плевродиафрагмальные спайки. Синусы свободны. Аорта склерозирована. Тень сердца расширена, больше влево (рис. 1).

Заключение: Сочетанный митральный порок сердца. Признаки застоя в малом круге кровообращения. Дилатация полостей сердца. Перикардит.

Спирография: Заключение: Легкие нарушения легочной вентиляции на уровне мелких бронхов по экспираторному типу.

ЭхоКГ: Митральный клапан - передняя створка утолщена, ограничена в подвижности, хорды уплотнены, кальцинат 0,8 x 0,9 см под клапаном, площадь отверстия 5,0 см*, расхождение створок 2,3 см. Легочная артерия - расширена, систолическое давление 30,1 мм рт. ст.

Левое предсердие. *Размер в диастолу - 10,2 см.*

Левый желудочек. Диастолический размер полости - 6,4 см. Конечнo-систолический размер полости - 3,7 см. Диастолический объем - 212 мл. Систолический объем - 60 мл. Ударный объем - 152 мл. Фракция изгнания - 72%. Толщина задней стенки в диастолу - 1,6 см. В систолу - 2,3 см. Время изгнания левого желудочка - 42%.

Заключение: Аорта склерозирована. Атриомегалия левого предсердия 9,3 x 7,4 см, площадь отверстия. МК 5,0 см. Расширение полости левого желудочка. Систолическая функция ЛЖ удовлетворительная. Доплер - регургитация на МК.

Лабораторные анализы в пределах допустимых норм.

Пациентке выставлен клинический диагноз: «ХРБС. Митральная недостаточность. Относительная трикуспидальная недостаточность. Атриомегалия. Cor bovinum. Экссудативный перикардит. Мерцательная аритмия. НК II Б ст., ФК IV».

26.10.2011 г. больной произведена операция: Протезирование митрального клапана ATS Medical - 33, аннулопластика трикуспидального клапана по де Вега, атриопластика левого предсердия типа «Кавазоз», перевязка ушка левого предсердия, шовная атриопластика правого предсердия в условиях искусственного кровообращения.

Ход операции. После обработки операционного поля по видоном произведена продольная стернотомия. Гемостаз. Вскрыт перикард. Из полости перикарда эвакуировано 200,0 мл серозного экссудата. Сердце увеличено в размерах за счет правых и левых отделов. Аорта не расширена, дрожания над ней нет. Раздельная канюляция аорты и полых вен. Начало искусственное кровообращение. Зажим на аорту. Фармакоологическая кардиоплегия в корень аорты + наружное охлаждение льдом. Вскрыты правое предсердие и межпредсердная перегородка. Митральный клапан - грубый фиброз створок, хорды отсутствуют, тотальная недостаточность. Клапан иссечен единым блоком. Через левый желудочек ревизирован аортальный клапан - сохранен. Профилактика материальной эмболии. В митральную позицию имплантирован протез ATS Medical - 33

непрерывным швом. Перевязано ушко левого предсердия снаружи. Произведена атриопластика левого предсердия по Кавазоз с продолжением непрерывного шва (пролен 3/0) на ушко левого предсердия изнутри. Иссечена межпредсердная перегородка в области открытого овального окна (для уменьшения размеров обоих предсердий). Шов на межпредсердную перегородку. Трикуспидальный клапан - створки сохранены, фиброзное кольцо трикуспидального клапана около 7,0 см. Произведена аннулопластика по де Вега. Кольца сужено до 4,5 см. Гидравлическая проба показала хорошую замыкательную функцию. Подшиты миокардиальные электроды. Профилактика воздушной эмболии. Снят зажим с аорты. Сердечная деятельность восстановилась после дефибрилляции, ритм навязан электрокардиостимулятором. Шов на правое предсердие с атриопластикой. Стабилизация гемодинамики. Конец ИК. Деканюляция. Редкие швы на перикард. Грудная клетка ушита наглухо с оставлением дренажей в полости перикарда и за грудиной. Асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал без особенностей, соответственно тяжести перенесенной операции. Проведены контрольные инструментальные исследования.

ЭКГ: трепетание предсердий, регулярная форма, частота сокращений желудочков 60 уд. в мин., правограмма. Признаки гипертрофии левого желудочка с систолической перегрузкой. Изменения в миокарде: признаки хр. коронарной недостаточности.

Рентгенография грудной клетки: Легочные поля пониженной прозрачности. Сосудистый рисунок усилен по всем полям, деформирован, инфильтрирован в прикорневых зонах. Корни расширены, гомогенизированы, ветвисты. Синусы завуалированы. Тень сердца с расширением полостей, больше слева. (Рис. 2)

ЭхоКГ: Митральный клапан - протез МК, макс.диаст. град 10,93 мм рт. ст.

Основание аорты - 3,0 см. Трикуспидальный клапан - макс. диаст. град. 4,59 мм рт. ст.

Легочная артерия - не расширена. Клапан легочной артерии - б/о.

Левое предсердие. *Размер в диастолу - 5,7 см.*

Левый желудочек. Диастолический размер полости - 6,0 см. Конечнo-систолический размер полости - 3,6 см. Диастолический объем - 181 мл. Систолический объем - 55мл. Ударный объем - 126 мл. Фракция изгнания - 70%. Толщина задней стенки в диастолу - 1,3 см. В систолу - 1,8 см. Время изгнания левого желудочка - 40%.

Заключение: Аорта б/о. Гипертрофия стенок ЛЖ. Расширение полости левого желудочка. ФВ -70%. Протез митрального клапана функционирует нормально. Незначительная регургитация на ТК.

По данным рентгенографии и ЭхоКГ видно резкое уменьшение полостей предсердий. На 14-е сутки больная в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное долечивание.

Таким образом, предлагаемая нами, усовершенствованная атриопластика типа «Кавазоз» позволяет одним непрерывным швом уменьшить полость левого предсердия и закрыть его ушко. Тем самым снижается риск послеоперационного тромбообразования и возможных тромбоэмболических осложнений.

Список литературы

1. Дземешкевич С.Л., Стивенсон Л.У. *Болезни митрального клапана.* - М. Медицина, 2000.-281с.
2. Насонова В.А., Бронзов И.А. *Ревматизм.* - М. Медицина, 1978.-320с.
3. Виллиамс Д., Роуф Р. *Имплантанты в хирургии: Пер. с англ.* - М., Медицина, 1978.- 318с.
4. Carpentier A., Parenzas N., Brom G. *Congenital malformation of the mitral valve // J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* - 1976. - Vol. 72 - P. 854.
5. Duran C., Pomar J., Revuelta et al.. *Conservative operation for mitral insufficiency // J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* - 1980. - Vol. 79, No. 3. - P 326.

Сравнительная характеристика применения катетерной стволовой склерооблитерации при варикозной болезни нижних конечностей

Демеуов Т.Н., Секербаев О.А., Клышбаев Р.А., Сали У.М.
Научный центр им. А.Н. Сызганова

Варикозная болезнь нижних конечностей – одно из самых распространенных патологических состояний, с которым приходится сталкиваться врачам многих специальностей. По данным разных авторов, от 35 до 60% трудоспособного населения развитых стран страдает варикозной болезнью, а среди пациентов старшего возраста – почти у каждого выявляются симптомы поражения венозной системы различной степени выраженности [1]. Современные принципы лечения варикозной болезни должны сочетать в себе рациональное хирургическое вмешательство и склеротерапию, компрессионное лечение и применения различных лекарственных средств [2,3].

Цель исследования

Определение эффективности катетерной стволовой склерооблитерации по сравнению с комбинированной традиционной венэктомией. Комбинированный метод удаления большой подкожной вены (БПВ) по Троянову-Тренделенбургу-Бэбкокку-Нарату внедренный в клиническую практику уже более ста лет по прежнему остается «золотым» стандартом в лечении варикозной болезни нижних конечностей. На протяжении последних десятилетий внедрено множество хирургических методик лечения варикозной болезни (ВБ). Тем не менее травматичность, неудовлетворенный косметический эффект, длительная послеоперационная реабилитация и рецидивирование болезни требуют поиска малотравматичных и высокоэффективных вмешательств.

Материалы и методы.

В отделении хирургии сосудов НЦХ им. А.Н. Сызганова примерно с 1995г. был внедрен метод интраоперационной стволовой склерооблитерации БПВ и ее притоков. Суть метода заключается в высокой приустьевой перевязке БПВ и всех приустьевых притоков т.е. ликвидации вертикального рефлюкса, перевязке патологически функционирующих перфорантов на голени и бедре, т.е. ликвидации горизонтального рефлюкса и введении склерозанта по катетеру в просвет БПВ (раствор этоксисклерола в различных концентрациях), с одновременной компрессией по ходу ствола и притоков.

За указанный период времени с 1995 года по 2000 год, проведено 173 вмешательств по поводу ВБ, из них с первичным варикозным расширением прооперировано 128 пациентов, причем 67 из них проведена стволовая склерооблитерация БПВ (1-я группа) и 61 стандартная комбинированная венэктомия (2-я группа). Группы больных не отличались по полу, возрасту и распространенности патологического процесса.

Результаты

Результаты операций контролировались в сроки от пяти недель до 5 лет. В результате проведенной сравнительной оценки у пациентов первой группы отмечено значительное снижение количества послеоперационных подкожных гематом, у них не отмечалось повреждения п.saphenus, отмечался хороший косметический эффект из-за отсутствия дополнительных разрезов (оставшиеся варикозно-измененные притоки подвергались в послеоперационном периоде пункционной склерооблитерации), так же отмечалось сокращение сроков послеоперационной реабилитации больных в два раза.

Изучение отдаленных послеоперационных результатов показало примерно одинаковую частоту рецидивов ВБ.

Выводы

Таким образом, методика интраоперационной стволовой склерооблитерации БПВ по результатам ближайшего и отдаленного послеоперационного периода не уступает традиционной венэктомии, а по косметическим параметрам превосходит.

Список использованной литературы

1. Кириенко А.И. Варикозная болезнь; когда и как лечить? Новый медицинский журнал // 1996.- Т.1.-№2.- С.3-7.
2. Яблоков Е.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность //М.: Издательство «Берег».-1992.-128с.
3. Fallier-Becker P, Borner M, Weiser M. Proliferations modulierende Wirkung von Asculus hippocastanum Coenzum Q 10 und Hepar suis auf Endothelzellen //Biol.Med.-2002.-Vol.31.-Nol.-P.10-40.

Изменение частоты тромботических реокклюзий бедренно-подколенных шунтов после поясничных симпатэктомий

Демеуов Т.Н., Секербаев О.А., Клышбаев Р.А., Сали У.М.
Национальный Научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова

Одной из наиболее важных проблем современной сосудистой хирургии, несмотря на стремительное развитие медицины, остается возникновение тромбозов в шунтах после реконструктивных вмешательств в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. Это приводит к усугублению ишемии пораженного органа и, нередко, к стойкой инвалидизации. Основной причиной данного осложнения, помимо погрешностей хирургической техники, принято считать снижение оттока крови дистальнее зоны реконструкции [1]. После реконструктивных сосудистых вмешательств улучшение коллатерального кровотока и периферического сопротивления могут благотворно повлиять на

ранний и отдаленный исходы операций [2,3].

Цель исследования

Определить эффективность использования поясничной симпатэктомии (ПСЭ) для снижения частоты тромботических реокклюзий после реконструктивных операций на бедренно-подколенном артериальном сегменте.

Материалы и методы

Анализу подвергнуты результаты 123 реконструктивной опе-

рации в бедренно-подколенной области. Средний возраст больных составил 53,93 лет. Из нозологических форм были следующие: облитерирующий атеросклероз – 98, облитерирующий эндартериит – 22, посттравматические окклюзии – 2, аневризма – 1. Выполнялись следующие реконструктивные операции: аутовенозное шунтирование – 82, шунтирование лавсановым протезом – 6, эндартерэктомия – 22, профундопластика – 13.

ПСЭ выполнялась открытым методом, из забрюшинного доступа. Данное вмешательство было выполнено – 31 пациенту. На фоне шунтирующих операций симпатэктомии была выполнена у 18 больных, на фоне эндартерэктомии у 13 пациентов. Результаты операций оценивались по частоте ранних и поздних тромботических реокклюзий. Отдаленные результаты оценены за период от 2 до 10 лет.

Результаты исследования

Частота тромботических осложнений в группе больных с шунтирующими операциями в раннем послеоперационном периоде была несколько выше при дополнении вмешательства ПСЭ. Так тромбозы, протекающие с компенсацией кровообращения в группе больных с ПСЭ произошли у 2 пациентов (11,1%), без ПСЭ у 6 (6,6%); протекающие с субкомпенсацией кровообращения с ПСЭ у 2 (11,2%), без ПСЭ у 4 (4,4%); с декомпенсацией кровообращения с ПСЭ у 3 (16,6%), без ПСЭ у 8 (8,9%). Частота высоких ампутаций конечностей, выполненных по поводу ранних тромботических реокклюзий в группе больных с ПСЭ составила 10,82%, в группе пациентов без ПСЭ 7,34%. При выполнении эндартерэктомии из бедренно-подколенного сегмента отмечено значительное снижение тромботических реокклюзий. После эндартерэктомии мы наблюдали тромботические реокклюзии протекающие только с декомпенсацией кровообращения конечности. Частота тромбоза после эндартерэктомии в группе без ПСЭ составила 34,06%, у больных с

ПСЭ 8,81%. Частота ампутаций конечности у больных без ПСЭ 29,53%, с ПСЭ 5,78%.

Позитивное влияние ПСЭ на результаты реконструктивных операций отмечено в отдаленный послеоперационный период в обеих группах. Частота тромботических осложнений после шунтирующих операций в группе без ПСЭ была 16,8%, ампутаций 7,45%, у больных с ПСЭ частота тромбозов – 12,52%, ампутаций – 2,80%. В группе пациентов, которым выполнялся то или иной вид эндартерэктомии у больных без ПСЭ частота тромбозов была 6,83%, ампутаций 2,25%; с ПСЭ частота тромбозов была 5,67%, частота ампутаций 2,78%.

Выводы

1. При шунтировании бедренно-подколенного артериального сегмента поясничная симпатэктомия не приводит к снижению частоты ранних тромботических осложнений и ампутаций конечности, но способствует снижению частоты ранних тромботических осложнений после выполнения эндартерэктомии из бедренно-подколенного артериального сегмента.

2. Поясничная симпатэктомия влияет на отдаленные результаты реконструктивных операций в бедренно-подколенной зоне, позволяя снизить частоту поздних реокклюзий и ампутаций конечности.

Список литературы

1. Кохан Е.П., Пинчук О.В., Савченко С.В. // *Ангиол. и сосуд. хир.* – 2001. - Т.7. №2. - С 83-87.
2. Хитров Н.К., Саркисов Д.С., Пальцев М.А. *Руководство по общей патологии человека* – М., 1999.
3. Kloner R.A., Ganote C.E., Jennings R.B. // *J.Clin. Invest.* -1974.- Vol.5.-P. 1496-1508.
4. Menger M.D., Stainer D., Messmer K. // *Amer. J., Physiol.* - 1992 – Vol. 263, № 6 (Pt2). -P.1982-1900.

Применение компрессионного лечебного трикотажа RELAXSAN в комплексном лечении больных с венозными трофическими язвами

Демеев Т.Н., Секербаев О.А., Сали У.М., Клышбаев Р.А.
Национальный Научный центр хирургии им. А.Н.Сызганова

Применение современного компрессионного лечебного трикотажа у пациентов с открытыми варикозными язвами, несмотря на известные противопоказания, в некоторых случаях может стать возможным и перспективным [1].

Цель исследования

- изучение возможности применения эластического компрессионного трикотажа с программированным распределением давления в комплексном лечении пациентов с открытыми варикозными язвами (6-я стадия ХВН по классификации CEAP) [2,3].

Материалы и методы

За период с 2010 года по 2011 год исследованы 30 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей в возрасте от 47 до 62 лет. Женщин было - 23, мужчин – 7. Всем пациентам применяли эластическую компрессионную терапию. В основную группу вошли 15 пациентов, в комплексном лечении которых применялся эластический лечебный компрессионный трикотаж (гольфы из натуральных волокон) 2 степени компрессии фирмы Medicline «RELAXSAN». Контрольная группа – 15 пациентов, которым применялись бинты средней растяжимости. Хирургическая коррекция венозных гемодинамических нарушений на уровне голени исключалась по протоколу. Критерии

Кек тамырдың трофикалық жарасымен ауырған науқастарды кешенді емдеуде трикотаждық компрестік емдеу жолдарын қолдану

Қолдануға болмайтынына қарамастан қан тамырының жарасымен ауырған науқастарды қазіргі заманғы трикотаждық компрестік емдеу кейбір жағдайда өз мүмкіндігін және тиімділігін көрсетеді.

The use of modern medical compression hosiery in patients with varicose ulcers of the public, despite the known contraindications, in some cases it may be possible and promising [1,2,3]. Objective: to study the possibility of applying elastic compression hosiery with the programmed pressure distribution in the complex treatment of patients with varicose ulcers of the public (6th stage of CVI CEAP classification).

включения пациентов в исследование: язвенный анамнез не превышающий один год площадь язвенного дефекта до 6 кв.см. Критерии исключения: сахарный диабет, лодыжечно-плечевой индекс менее 0,9, варикозная экзема в зоне трофической язвы, хроническая сердечная недостаточность.

У всех пациентов проводилось инструментальное и лабораторное бактериологическое обследование с последующим бактериологическим контролем язвенной поверхности, биопсия ткани язвы. В посевах преобладала грамположительная флора,

чувствительная к большинству применяемых в клинике антибиотиков и антисептиков.

Всем пациентам предварительно осуществляли санацию язвенной поверхности. Затем с целью устранения высокого вертикального вено-венозного рефлюкса и получения пластического материала для закрытия язвенной поверхности под местной анестезией выполняли кроссэктомия с резекцией приустьевоего сегмента большой подкожной вены и укрытием язвенной поверхности, полученным таким образом аутовенозным трансплантатом.

Результаты исследования

Оценка сроков регрессии болевого синдрома, маллеолярного отека, сроков эпителизации язвенного дефекта, уровня качества жизни показало сопоставимость этих показателей в обеих группах пациентов. В то же время, показатели качества жизни у пациентов, которым в комплексном лечении приме-

нялся эластический лечебный трикотаж, находились на более высоком уровне.

Выводы

Применение в комплексном лечении варикозных трофических язв эластического компрессионного трикотажа фирмы Mediclinc «RELAXSAN» второй степени компрессии представляется в настоящее время возможным и способно на протяжении всего периода лечения улучшить качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Гаврилов С.Г., Кириенко А.И., Мишнев О.Д., Черкашин М.А. // *Анналы хир.* - 2004. - №3.
2. Kloner R.A., Ganote C.E., Jennings R.B. // *J.Clin. Invest.* - 1974. - Vol.5. - P. 1496-1508.
3. Menger M.D., Stainer D., Messmer K. // *Amer. J., Physiol.* - 1992 – Vol. 263, № 6 (Pt2). - P.1982-1990.

Основные осложнения после трансплантации почки в Республике Казахстан: ретроспективный анализ

Куттымуратов Г.М., Султанов Э.Ш., Ошакбаев К.П., Зайналов А.К., Абишева Ж.А., Жаркимбеков Б.К., Курманов Т.А., Хасенова А.С.

Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи, г.Астана

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г.Алматы

УДК 616-089.819.843: 611.61: 616-089.168.1-06

Актуальность

Трансплантация солидных органов является одним из выдающихся достижений современной медицины. Показанием для трансплантации донорской почки являются различные заболевания почек, приведших к терминальной хронической почечной недостаточности (ТХПН). Все пациенты с ТХПН получают детоксикационную терапию путем гемо-, или перитонеального диализа и находятся в ожидании трансплантации почки. По данным мировой литературы, выживаемость почечного трансплантата на сегодняшний день превышает 98% в первый год после пересадки почки. Причем качество и длительность функциональной способности пересаженной почки выше, если трансплантация выполнена от живого донора, нежели от трупа. Продолжительность и качество жизни пациентов, перенесших трансплантацию почки, существенно повышается по сравнению с теми пациентами, которые ожидают донорский орган и остаются на диализе [1-3]. После трансплантации донорского органа пациенту необходимо до конца жизни принимать иммуносупрессивные препараты для предотвращения отторжения и гибели аллотрансплантата. Иммуносупрессия в свою очередь имеет и нежелательные качества, вызывая у пациентов многочисленные побочные эффекты. Это развитие и манифестация тяжелых инфекционных и опухолевых процессов, органотоксичности, сахарного диабета, патологических изменений состава крови, артериальной гипертензии, нейропатии [4]. В связи с этим целью нашего исследования было изучить основные осложнения после проведения трансплантации почки (ТП) по данным ретроспективного анализа.

Материал и методы

Дизайн исследования включает в себя открытое когортное ретроспективное исследование. Данное исследование проведено на основании изучения медицинских карт стационарных больных после ТП, находившихся в Национальном научном центре хирургии им. А.Н.Сызганова (далее – ННЦХ им. А.Н.Сызганова), в стадии острого и хронического отторжения трансплантата. За 2000-2010 годы в клинику обратились всего 205 пациентов. Вследствие отбора по наличию всех клинико-лабораторных анализов и инструментальных исследований в научный анализ были включены 178 больных после ТП в возрасте от 17 до 76 лет.

Для повышения исследовательского уровня данной статьи анализ проводился двумя независимыми аналитиками из Республиканского научного центра неотложной медицинской помощи (РНЦ НМП) и ННЦХ А.Н.Сызганова.

Все больные после ТП находились на иммуносупрессивной и симптоматической терапии с соответствующей коррекцией в зависимости от показателей клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования.

Комплекс обследования больных после ТП включал в себя следующие методы исследования: общелабораторные и биохимические анализы крови и мочи; антропометрические, клинико-анамнестические, морфологические и инструментальные.

За факт повышения систолического артериального давления (САД) и диастолического (ДАД) была взята отметка $\geq 130/85$ мм.рт.ст. (согласно рекомендации International Diabetes Federa-

Objective. To study a comorbidity condition in patient after kidney transplantation (KT).

Conclusion. Thus, the conducted study has shown presence of many infected and non-infected diseases in patients after KT that can essentially tell us to conduct a correction of immunosuppressive treatment and a close supervision for the patients cohort.

Мақсат. Зерттеудің мақсаты бүйрек трансплантациясынан өткен науқастардың ілеспелі патологияларын зерттеу.

Қорытынды. Бүйрек трансплантациясынан өткен науқастарды зерттеген кезде, олардың көптеген ілеспелі инфекциялық және инфекциялық емес аурулармен ауыратыны көрсетілді. Сондықтан да бұл науқастарды жан-жақтан уақытыл бақылап және иммуносупрессиялық дәрілерінің дозасын коррекциялау керек.

tion; 2005-2007).

Статистическая обработка материала проводилась с использованием статистических программ SPSS 10.0 for Windows а также Microsoft Excel-2010 в модификации С.Н.Лапач и соавт. [5]. Данные были проверены на нормальность, «распределение» материала характеризовалось по закону Гаусса (Gaussian) как «нормальное». Полученные результаты были обработаны методами вариационной статистики с использованием двухвыборочного t-критерия Стьюдента. Количественные признаки обозначались как среднее со стандартной ошибкой ($M \pm m$). При сравнении статистических гипотез применяли критический уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В таблице 1 представлены некоторые антропометрические и клинико-анамнестические показатели у больных после ТП.

Таблица 1 – Антропометрические и клинико-анамнестические показатели у больных после ТП (n=178)

Наименование	Показатели
Всего больных, абс.	178
Средний возраст исследуемых, лет	39,2 \pm 0,9 (17-76)
Длительность ХПН, годы	8,6 \pm 0,4 (1-25)
Длительность на гемодиализе до проведения ТП, мес.	26,7 \pm 1,7 (2-36)
САД, мм.рт.ст.	148,3 \pm 2,1 (100-180)
ДАД, мм.рт.ст.	96,3 \pm 1,1 (70-125)
Масса тела, кг	70,1 \pm 0,8 (47-93)

По данным таблицы 1 видно, что возраст больных после ТП колебался в пределах 19-82 года (в среднем 39,2 \pm 0,9). Длительность ХПН до проведения ТП колебался от 1 до 25 лет (в среднем 8,6 \pm 0,4 года). Больные после ТП имели САД в среднем 148,3 \pm 2,1 (от 100 до 180) мм.рт.ст. и ДАД 96,3 \pm 1,1 (от 70 до 125) мм.рт.ст. в зависимости от стадии криза отторжения. Средняя масса тела у исследуемых равнялась 70,1 \pm 0,8 кг (от 47 до 93 кг). Было отмечено, что у больных после ТП с увеличением жировой массы тела отмечалось ухудшение клинико-лабораторных показателей, в то время как снижение жировой массы тела на

основе диетических рекомендаций приводило к улучшению самочувствия больных с ТП. Полученные данные согласуются с современными литературными данными [6, 7].

В таблице 2 представлены причинные нозологические факторы, приведшие к ТХПН.

Таблица 2 – Нозологические единицы, ставшие причиной ТХПН (n=178).

Нозологии	Абс.	в %
Всего больных	178	100,0
Хронический гломерулонефрит	102	57,30
Хронический пиелонефрит	54	30,34
Диабетическая нефропатия	12	6,74
Злокачественная гипертония	5	2,81
Врожденные аномалии мочевыводящих путей (Поликистоз почек)	5	2,81

По данным таблицы 2 видно, что основной причиной развития ТХПН в 57,3% случаев являлись хронические гломерулонефриты, на втором месте причинными факторами служили хронические пиелонефриты – 30,34%, и по нисходящей: диабетическая нефропатия – в 6,74%, злокачественная гипертония – в 2,81%, поликистоз почек – в 1,69%, врожденные аномалии мочевыводящих путей – в 1,12% случаев.

В послеоперационном периоде наибольшего внимания требуют кризы отторжения, представляющие собой проявление не только иммунологического процесса, но и других причин. Этиология и симптоматика кризов отторжения весьма разнообразна, а ранняя диагностика их нелегка. Наиболее частыми симптомами криза отторжения являются повышение артериального давления, умеренные боли в области трансплантата, олигоурия, задержка жидкости, снижение клиренса по эндогенному креатинину, снижение плотности мочи, увеличение содержания азотистых шлаков в крови, протеинурия [8].

Причинами повышения артериального давления у больных после ТП могут быть: 1) злокачественная гипертония на фоне сохранения собственных почек больного; 2) отторжение трансплантата; 3) стеноз почечной артерии 4) нефротоксическое действие циклоспорина (уменьшается при снижении дозы); 5) прием кортикостероидов [9].

Одной из причин летальности пациентов, перенесшие трансплантацию почки, является сердечно-сосудистая недостаточность (инфаркт миокарда, инсульта) [10], а развивающийся после ТП сахарный диабет еще больше повышает риск этих заболеваний [11]. Предрасполагающие факторы – артериальная гипертония, гипертриглицеридемия, гиперхолестеринемия (повышение фракции ЛПНП и снижение фракции ЛПВП), дислипидемия [12], что требует специального лечения [13].

Осложнения на фоне приема глюкокортикоидов хорошо известны – это эрозии и язвы желудочно-кишечного тракта с развитием кровотечений, нарушение заживления ран, остеопороз, сахарный диабет, катаракта, панкреонекроз [14].

В таблице 3 представлены результаты общелабораторных и биохимических анализов крови у больных после ТП.

Таблица 3 – Результаты общелабораторных и биохимических анализов крови у больных после ТП (n=178).

Наименование	Полученные показатели	Референсные значения нормы
Эритроциты, на 10 ¹² /л	3,3±0,06	3,8 – 5,6
Гемоглобин, г/л	97,5±1,3	120 – 160
Цветной показатель крови (ЦПК)	0,7±0,002	0,9 – 1,1
Лейкоциты, на 10 ⁹ /л	8,2±0,27	4,0 – 9,0
Тромбоциты, на 10 ⁹ /л	236,9±4,13	150 – 400
СОЭ, мм/час	21,1±1,13	До 20,0
Натрий, ммоль/л	137,7±0,34	136 – 145
Калий, ммоль/л	5,2±0,05	3,5 – 5,5
Кальций, ммоль/л	2,2±0,03	2,15 – 2,5
Фосфор, ммоль/л	4,8±0,08	0,87 – 1,4

Общий белок, г/л	63,9±0,79	63 – 83
Глюкоза, ммоль/л	5,2±0,12	3,4 – 5,6
Холестерин общ., ммоль/л	4,2±0,01	3,6 – 5,8
Креатинин, ммоль/л	0,4±0,02	0,05 – 0,13
Мочевина, ммоль/л	19,2±0,88	2,5 – 8,3
Общ. билирубин, мкмоль/л	15,4±1,09	8,5 – 20,5
АЛТ, ммоль/л	0,69±0,16	0,1 – 0,65
АСТ, ммоль/л	0,42±0,08	0,1 – 0,45

Статистически обработанный клинический материал показывает, что у больных после ТП наблюдается умеренная анемия, умеренно сниженный показатель ЦПК, нормальные показатели лейкоцитов, уровень СОЭ на верхней границе нормы, нормокалийемия. Уровни натрия и кальция находятся на нижней границе нормы.

Наблюдаемый повышенный уровень фосфора в сыворотке крови (гиперфосфатемия) может являться признаком, таких патологий, как остеопороз, вторичный гиперпаратиреоз, прием иммуносупрессивных препаратов (цитоллиз клеток и высвобождение фосфатов в кровь).

Уровень общего белка в крови в среднем был 63,9±0,79 г/л, однако у 46 пациентов (25,8%) уровень белка крови находился ниже нормы. У 24 больных (13,5%) отмечено повышение сахара в крови выше нормы. Уровень общего холестерина не отличался от нормы. Отмечаются высокие уровни в крови таких азотистых шлаков, как мочевина в среднем 19,2±0,88 ммоль/л (в норме до 8,3 ммоль/л), креатинин в среднем 0,4±0,02 (в норме до 0,13 ммоль/л). Печеночные пробы были в пределах нормы.

По нашим данным у 178 пациентов после ТП отмечались следующие осложнения: кровотечения из желудочно-кишечного тракта у 4 больных (2,24%); тромбоз артерии трансплантата у 2 (1,12%); разрыв трансплантата - 3 (1,7%); стеноз артерии трансплантата у 4 (2,25%); тромбоз подвздошной артерии у 1 (0,56%); венозный тромбоз у 2 (1,12%), венозная тромбоэмболия у 1 (0,56%); инфекции мочевыводящих путей у 11 (6,18%), несостоятельность мочевого анастомоза у 16 (8,99%), обструкция мочевыводящих путей у 3 (1,7%), лимфоцеле у 2 (1,12%), инфицирование послеоперационной раны у 6 (3,37%) больных.

По данным литературы [15], хирургические осложнения в раннем и отсроченном послеоперационном периоде встречаются с частотой до 2-3% [16]. После трансплантации почки в течение одного года в среднем у 3-5% больных увеличиваются лимфоузлы [17], спленомегалия встречается у 6-10% больных [18], угнетение кроветворения у 15-25% больных [19].

В таблице 4 представлены результаты общелабораторных и биохимических анализов мочи у больных после ТП.

Таблица 4 – Результаты общелабораторных и биохимических анализов мочи у больных после ТП (n=178).

Наименование	Показатели	В норме
Белок, мг/л	218,9±22,4	не более 33,3
Глюкоза, ммоль/л	0,3±0,02	нет
Цилиндры, ед. в п/зр.	3,7±0,15	до 4-5
Лейкоциты, ед. в п/зр.	11,7±0,46	до 10-12
Эритроциты, ед. в п/зр.	6,4±0,38	до 5-6
Удельный вес	1010,6±0,13	1010 – 1025
Креатинин, ммоль/сут	8,3±0,21	5,3 – 17,7

По данным таблицы 4 видны следующие данные: умеренная протеинурия – в среднем 218,9±22,4 мг/л, у нескольких больных доходило до 1700 мг/л. Уровень цилиндров, лейкоцитов, эритроцитов в моче в пределах нормы. У 7 больных (3,9%) отмечался положительный результат наличия сахара в моче. Удельный вес мочи в среднем был в пределах нормы (1017,6±0,22), однако у 65 пациентов (36,5%) была гипоизостенурия.

Уровень выделения креатинина с мочой у больных после ТП на фоне криза отторжения в среднем был в пределах нормы (8,5±0,21 ммоль/сут), однако, у 36 больных (20,2%) уровень

креатинина мочи был ниже нормы.

У больных после ТП на фоне иммуносупрессивной терапии происходит активизация продромальных явлений с возникновением осложнений, связанных с хронической латентной инфекцией. Так, у 142 (79,8%) возбудителями инфекционных осложнений являлись вирусы и бактерии, у 26 – грибы (14,6%). По данным литературы, у трети больных после ТП инфекционные осложнения обусловлены цитомегаловирусной инфекцией [20]. По нашим данным, это была самой частой вирусной инфекцией, развивающейся после ТП. Часто она протекала без лихорадки, проявляясь лишь артралгией и миалгией. В некоторых случаях ЦМВ был причиной тяжелых пневмоний, трудно поддающейся терапии. Частота и тяжесть цитомегаловирусной инфекции после трансплантации почки вынуждает прилагать большие усилия к ее профилактике и лечению.

Возможно, как госпитальное, так и внебольничное инфицирование, так как на фоне иммуносупрессивной терапии любой очаг дремлющей инфекции может активизироваться и стать причиной поражения трансплантата и/или генерализации инфекции [21].

Развитию инфекции часто способствуют искусственная вентиляция легких, наличие подключичного и уретрального катетеров, раневых дренажей, гематомы. Инфицирование может быть следствием дисбактериоза [22].

Бактериальные инфекции мочевыводящих путей возникают в результате невыявленной мочевой инфекции донора или реципиента [23]. Цистит и уретрит могут быть обусловлены операционной травмой, наличием уретрального катетера, предшествующими воспалительными заболеваниями половых органов, длительным снижением функции мочевого пузыря.

Из-за постоянной иммуносупрессивной терапии реципиенты почки предрасположены к легочным инфекциям, развитию которых способствует дефицит Т-лимфоцитов [24]. Чаще возбудителями бывают *Listeria spp.*, *Mycobacterium spp.*, *Nocardia spp.*, грибы, вирусы и паразиты.

У наших исследуемых больных после ТП пневмония развивалась после операции в среднем на 25 день, но чаще на 2–6-ом месяце. Кроме вирусов, стафилококков, синегнойной палочки, грибов наблюдаются редко встречающиеся инфекции [25]. Трансплантационная пневмония часто малосимптомна. Больные жаловались на одышку, кашель.

Любой местный воспалительный процесс может осложниться сепсисом – это является одной из основных причин летальности пациентов после ТП [26]. Причем в связи с приоритетом сохранения жизни пациента над сохранением трансплантата в ряде случаев показано удаление последнего.

По нашим данным среди обследованных пациентов после ТП манифестация вирусных гепатитов обнаруживалась у 13 больных (7,3%).

Обострение хронического или развитие острого вирусного гепатита на фоне иммуносупрессии нередко приводит к развитию цирроза печени, что является одной из причин летального исхода [27, 28]. Согласно некоторым исследованиям, постоянное присутствие HBsAg является фактором наибольшего риска гепатита, однако столь же опасно носительство вируса гепатита С, особенно, на фоне иммуносупрессивной терапии [29].

Общеизвестное осложнение трансплантации органов это увеличение частоты опухолевых заболеваний. Злокачественные образования у исследуемых было обнаружено у 2 больных (1,12%). Согласно недавнему когортному исследованию [30], относительный риск развития рака у детей после трансплантации почки было в два-три раза выше, чем в общей популяции. На фоне иммуносупрессивной терапии злокачественные новообразования возникают у 5–6% больных, что примерно в 10 раз больше, чем среди населения той же возрастной категории [31]. Этот повышенный риск развития опухолевых процессов часто связывается с приемом больших доз иммуносупрессивных препаратов. Риск злокачественного новообразования прямо пропорционален общей дозе полученных иммунодепрессантов и времени, прошедшему после

трансплантации [32].

Несмотря на потенциальное тератогенное действие иммунодепрессантов, и женщины, и мужчины, перенесшие трансплантацию почки, впоследствии имеют детей, причем аномалии у детей встречаются не чаще, чем среди населения в целом [33, 34].

Прочие осложнения. Если после трансплантации почки сохраняется гиперкальциемия, скорее всего, сохраняется и вторичный гиперпаратиреоз [35]. Из-за вторичного гиперпаратиреоза, который усугубляют глюкокортикоиды, возможен асептический некроз головки бедренной кости [36]. Более точная коррекция уровня кальция и фосфора во время хронического диализа существенно сократила осложнения гиперпаратиреоза.

Заключение

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что основной причиной развития ТХПН (57,3%) являются хронические гломерулонефриты, на втором месте причинными факторами являются хронические пиелонефриты (30,34%), затем диабетическая нефропатия (6,74%). Длительность ХПН до проведения ТП колеблется 8,6±0,4 года. В стадии отторжения повышаются САД до 148,3±2,1 мм.рт.ст. и ДАД до 96,3±1,1 мм.рт.ст.

Результаты общелабораторных и биохимических анализов крови и мочи у больных после ТП показывают наличие умеренной анемии, умеренной протеинурии гиперфосфатемии (признаки остеопороза, вторичного гиперпаратиреоза, побочные действия иммуносупрессивных препаратов).

У 13,5% больных отмечено повышение сахара в крови, из них у 3,9% отмечался положительный результат наличия сахара в моче.

Кровотечения из желудочно-кишечного тракта у 2,24%, тромбоз артерии трансплантата у 1,12%, разрыв трансплантата у 1,7%, стеноз артерии трансплантата у 2,25%, тромбоз подвздошной артерии у 0,56%, венозный тромбоз у 1,12%, венозная тромбоземболия у 0,56%, инфекции мочевыводящих путей у 6,18%, несостоятельность мочевого анастомоза у 8,99%, обструкции мочевыводящих путей у 1,7%, лимфоцеле у 1,12%, инфицирование послеоперационной раны у 3,37% больных.

Таким образом, после трансплантации почки возникают многочисленные условия, способствующие развитию, как инфекционных, так и неинфекционных осложнений. Поэтому на различных этапах трансплантаций необходимо тщательное обследование доноров и реципиентов, проводить профилактику возникновения инфекционных процессов, мониторинг и коррекцию доз иммуносупрессивных препаратов, регулярное применение различных методов исследования в раннем и посттрансплантационном периоде для диагностики и своевременного выявления и лечения хирургических и нехирургических осложнений.

Финансирование

Данная работа выполнена в рамках бюджетной научно-технической программы 055 Министерства образования и науки Республики Казахстан на 2011 год.

Литература

1. Ojo A.O., Port F.K., Wolfe R.A. et al. Comparative mortality risks of chronic dialysis and cadaveric transplantation in black end-stage renal disease patients. *Am. J. Kidney Dis.* 1994; 24: 59-64.
2. Oniscu G.C., Brown H., Forsythe J.L. Impact of cadaveric renal transplantation on survival in patients listed for transplantation. *J. Am. Soc. Nephrol.* 2005; 16: 1859-1865.
3. Wolfe R.A., Ashby V.B., Milford E.L. et al. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. *N. Engl. J. Med.* 1999; 341: 1725-1730.
4. US Organ Procurement and Transplantation Network and the Scientific Registry of Transplant Recipients: 2005 Annual

- Report, Transplant Data 1995–2004. Health Resources and Services Administration, Healthcare Systems Bureau, Rockville, MD, USA (2005).
5. Лапач С.Н., Чубенко и др. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. - Киев, 2000. – 319 с.
 6. Chow K.M., Szeto C.C., Leung C.B., Lui S.F., Tong YF, Li P.K. Body mass index as a predictive factor for long-term renal transplant outcomes in Asians. *Clin Transplant*. 2006 Sep-Oct; 20(5): 582-589.
 7. Kovesdy C.P., Czira M.E., Rudas A., Ujszaszi A. et al. Body mass index, waist circumference and mortality in kidney transplant recipients. *Am J Transplant*. 2010 Dec; 10(12): 2644-2451.
 8. Younas N., Wu Ch.M., Shapiro R. et al. HMG-CoA Reductase Inhibitors in Kidney Transplant Recipients Receiving Tacrolimus: Statins not Associated with Improved Patient or Graft Survival. *Nephrology*. 2010; 11: 5-15.
 9. Wu C., Evans I., Joseph R., Shapiro R., Tan H. et al. Comorbid conditions in kidney transplantation: association with graft and patient survival. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16(11): 3437-3444.
 10. Kasiske B., Maclean R., Snyder J. Acute myocardial infarction and kidney transplantation. *J Am Soc Nephrol* 2006; 17: 900-907.
 11. Parekh J., Bostrom A., Feng S. Diabetes Mellitus: A Risk Factor for Delayed Graft Function after Deceased Donor Kidney Transplantation. *American Journal of Transplantation*. 2010; 10(2): 298-303.
 12. Sever P.S., Dahlof B., Poulter N.R. et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): A multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 1149-1158.
 13. Kasiske B., Cosio F.G., Beto J. et al. Clinical practice guidelines for managing dyslipidemias in kidney transplant patients: A report from the Managing Dyslipidemias in Chronic Kidney Disease Work Group of the National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. *Am J Transplant* 2004; 4(Suppl 7): 13-53.
 14. Romero I., Jimenez C., Gil F. et al. Sublingual administration of tacrolimus in a renal transplant patient. *J. Clin. Pharm. Ther.* 2008; 33: 87–89.
 15. Valente J.F., Hricik D., Weigel K., Seaman D., Knauss Th. et al. Comparison of Sirolimus vs Mycophenolate Mofetil on Surgical Complications and Wound Healing in Adult Kidney Transplantation. *American Journal of Transplantation*. 2003; 3(9). - Posted: 09/29/2003.
 16. Magee J.C., Barr M.L., Basadonna G.P. et al. Repeat organ transplantation in the United States, 1996–2005. *Am J Transplant* 2007; 7: 1424-1433.
 17. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. *Am. J. Transplant*. 2009; 9(Suppl. 3): S1–S155.
 18. Wali R.K. et al. Effect of kidney transplantation on left ventricular systolic dysfunction and congestive heart failure in patients with end stage renal disease. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2005; 45: 1051–1060.
 19. Walker J.K., Scholz L.M., Scheetz M.H. et al. Leukopenia complicates cytomegalovirus prevention after renal transplantation with alemtuzumab induction. *Transplantation*. 2007; 83: 874–88.
 20. Mausekopf J.A., Richter A., Annemans L., Maclaine G. Cost-effectiveness model of cytomegalovirus management strategies in renal transplantation. Comparing valganciclovir prophylaxis with current practice. *Pharmacoeconomics*. 2000; 18: 239–251.
 21. Humar A., Ramcharan T., Denny R., Gillingham K.J., Payne W.D., Matas A.J. Are wound complications after a kidney transplant more common with modern immunosuppression? *Transplantation*. 2001; 72: 1920-1923.
 22. Veroux M., Giuffrida G., Corona D., Gagliano M. et al. Infective complications in renal allograft recipients: epidemiology and outcome. *Transplant Proc*. 2008 Jul-Aug; 40(6): 1873-1876.
 23. Lorenz E.C., Cosio F.G. The impact of urinary tract infections in renal transplant recipients. *Kidney Int*. 2010; Oct; 78(8): 719-721.
 24. Korczak-Kowalska G., Wierzbicki P., Bocian K. et al. The influence of immunosuppressive therapy on the development of CD4⁺CD25⁺ T cells after renal transplantation. *Transplant Proc*. 2007; 39: 2721-2723.
 25. Alangaden GJ, Thyagarajan R, Gruber SA, Morawski K, Garnick J, El-Amm JM, et al. Infectious complications after kidney transplantation: current epidemiology and associated risk factors. *Clin Transplant*. 2006 Jul-Aug; 20(4):401-9.
 26. Silva M.Jr., Marra A.R., Pereira C.A., Medina-Pestana J.O., Camargo L.F. Bloodstream infection after kidney transplantation: epidemiology, microbiology, associated risk factors, and outcome. *Transplantation*. 2010; 90(5): 581-587.
 27. Kumagai J., Komiya Y., Tanaka J. et al. Hepatitis C virus infection in 2,744 hemodialysis patients followed regularly at nine centers in Hiroshima during November 1999 through February 2003. *J Med Virol*. 2005; 76: 498–502.
 28. Schiavon L.L., Carvalho-Filho R.J., Narciso-Schiavon J.L., Pinheiro S.R. et al. Prediction of Significant Liver Fibrosis in Kidney Transplant Patients with Chronic Hepatitis C Virus Infection: The TX-3 Index. *J Viral Hepat*. 2010; 17(6): 391-399.
 29. Fabrizi F., Lunghi G., Dixit V., Martin P. Meta-analysis: antiviral therapy of hepatitis C virus-related liver disease in renal transplant patients. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24: 1413–1422.
 30. Webster AC, Craig JC, Simpson JM, et al. Identifying high risk groups and quantifying absolute risk of cancer after kidney transplantation: a cohort study of 15183 recipients. *Am J Transplant*. 2007; 7: 2140-2151.
 31. Bartosh S.M., Leveson G., Robillard D. et al. Long-term outcomes in pediatric renal transplant recipients who survive into adulthood. *Transplantation* 2003; 76: 1195–1203.
 32. Koukourgianni F., Harambat J., Ranchin B., Euvrard S., Bouvier R. et al. Malignancy Incidence after Renal Transplantation in Children: A 20-year Single-centre Experience. *Nephrol Dial Transplant*. 2010; 25(2): 611-616.
 33. McKay D.B., Josephson M.A. Reproduction and Transplantation: Report on the AST Consensus Conference on Reproductive Issues and Transplantation. *American Journal of Transplantation*. 2005; 5(7): 1592-1599.
 34. Davison J.M., Bailey D.J. Pregnancy following renal transplantation. *J Obstet Gynaecol Res*. 2003; 29(4): 227-233.
 35. Goffin E., Devogelaer J.P., Depresseux G., Squifflet J.P. et al. Evaluation of Bone Mineral Density After Renal Transplantation Under a Tacrolimus-based Immunosuppression: A Pilot Study. *Clin Nephrol*. 2003; 59: 190-195.
 36. Mikuls T.R., Julian B.A., Bartolucci A., Saag K.G. Bone Mineral Density Changes Within Six Months of Renal Transplantation. *Transplantation*. 2003; 75: 49-54.

Дифференцированный подход к лечению травматических подострых и хронических субдуральных гематом малого объема

Ребров М.В.

ГККП «Костанайская областная больница»

Выбор адекватной тактики лечения, хирургической либо консервативной, является наиболее актуальным при лечении внутричерепных гематом малого объема. Возможность проведения динамического компьютерно-томографического наблюдения за трансформацией внутричерепных кровоизлияний малого объема в комплексе с клинико-неврологическим обследованием позволяет дифференцированно подходить к тактике их лечения.

Цель исследования

Анализ тактики лечения больных с травматическими подострыми и хроническими субдуральными гематомами малого объема в зависимости от фазы клинического течения, локализации, объема и данных компьютерной или магнитно-резонансной томографии в динамике.

Материалы и методы

Изучены данные комплексного клинического обследования и дифференцированных методов лечения 33 пациентов с травматическими подострыми и хроническими субдуральными гематомами, находившихся на стационарном лечении за 2008–2011 г. Мужчин было 27 (81,8%), женщин – 6 (18,2 %). Возраст больных колебался от 20 до 70 лет (средний возраст – $43,3 \pm 2,7$). Проведено хирургическое лечение в 7 наблюдениях, консервативное лечение у 26 пострадавших. Проводились клинико-неврологическое, рентгенологическое, офтальмоскопия, эхоэнцефалографическое, в динамике компьютерная или магнитно-резонансная томография.

Результаты и обсуждение

Компьютерно-томографические признаки «масс-эффекта» и степень сдавления мозга рассматривались с учетом фазности клинического течения черепно-мозговой травмы. Оценивалась степень смещения срединных структур, состояние базальных цистерн, конвекситальных субарахноидальных пространств, сдавления желудочков мозга и возрастная атрофия мозга. Состояние больных соответствовало фазам клинической субкомпенсации, умеренной компенсации. Клинико-инструментальные критерии, позволяющие воздержаться от экстренной операции: общее состояние удовлетворительное; головная боль легкая или умеренная; сознание ясное или оглушение; отсутствие двигательных нарушений в конечностях, грубой афазии; смещение срединных структур, по данным магнитно-резонансной томографии не превышающее 3 мм, сохранность просвета базальных цистерн. У 20 (60,6 %) пациентов на фоне проводимого консервативного лечения на 9–12-е сутки наблюдалось уменьшение гематом, а к 16–26-м суткам наблюдалось полное рассасывание, у 6 (18,2 %) пациентов оставались минимальные остаточные явления. Назначали умеренную дегидратацию, сосудистую терапию, ноотропные препараты и анальгетики. У 7 (21,2 %) пострадавших с подострой и хронической субдуральной гематомой и наличием клинических проявлений дислокационного синдрома или компрессии головного мозга были выполнены различные хирургические вмешательства. Из них 5 (15,2 %) пациентам с подострой субдуральной гематомой и наличием клиники компрессии головного мозга выполнена

резекционная трепанация (объем гематом составлял более 60 см). В 2 (1,6 %) наблюдениях больным в связи с формированием хронической субдуральной гематомы (объем гематом более 60 см) и нарастанием клиники сдавления головного мозга гематомы удалены через фрезевые отверстия путем наложения активного дренажной системы.

Показаниями к ним являлись:

- появление или нарастание анизокории, пареза взора вверх, брадикардии;
- углубление нарушения сознания до глубокого оглушения;
- не купирующийся цефалгический синдром;
- усугубление афатических нарушений, двигательной недостаточности вплоть до глубокого пареза;
- эпилептические припадки;
- увеличение объема гематомы, по данным КТ, в динамике, дислокации срединных структур больше 3 мм и более, сдавления бокового желудочка, исчезновение просвета базальных цистерн.

Выводы

Осуществлялось дифференцированное лечение:

пациентам с малым объемом субдуральных гематом проводили консервативное лечение, при появлении признаков компрессии головного мозга пациентам с подострой субдуральной гематомой выполняли резекционную трепанацию, а с хронической субдуральной гематомой – удалены через фрезевые отверстия путем наложения приливно-отливной системы.

Результаты проведенного анализа указывают на необходимость учета фазности клинического течения внутричерепных гематом малого объема, проведения в динамике компьютерно-томографического исследования с целью выбора оптимальной тактики лечения, расширяющей возможности для проведения консервативной терапии и хирургических методов.

Хирургическое лечение должно производиться своевременно, до развития выраженных симптомов дислокации и ущемления ствола мозга.

Литература

1. «Лекции по черепно-мозговой травме»: Учебное пособие / Под ред. В. В. Крылова. - М.: «Медицина», 2010. - 320 с.
2. «Клиническая неврология. Основы нейрохирургии» Учебное пособие / Под ред. Академика РАН Коновалова А.Н., - М.: Медицина, 2004. - 408 с.
3. В. В. Лебедев, Н. В. Лебедев «Неотложная хирургия черепно-мозговой травмы». - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. - 528 с.
4. В. В. Лебедев, В. В. Крылов, Т. П. Тиссен, В. М. Халчевский «Компьютерная томография в неотложной нейрохирургии: учебное пособие». - М.: «Медицина», 2005. - 360 с.
5. Лихтерман Л.Б. Принципы современной периодизации течения черепно-мозговой травмы. *Вопр. нейрохир.* 1999; 6: 13–6.
6. Гринберг М.С. «Нейрохирургия», - М.: «Медицина», 2010. - 408 с.
7. «Руководство по практической нейрохирургии»: Под ред. профессора Гайдара Б.В. – Санкт-Петербурга: 2002 г. - 320 с.
8. «Диагностическая нейрорадиология»: Под ред. Корниенко В.Н. – Москва: 2006 г. - 871 с.

Производственный травматизм и электротравмы

Ли А. А.

ИОДО ГККП ССМП г. Алматы

Проблема травматизма имеет государственное значение, к ее разрешению привлекаются не только государственные организации и общественные деятели, но и широкий круг специалистов различных отраслей деятельности: экономисты, психологи, физиологи, архитекторы, строители, инженеры, конструкторы и др.

Эта проблема представляет огромный интерес и для врачей различных специальностей, так как травмы могут происходить на протяжении всей трудовой жизнедеятельности человека.

Основными причинами травматизма в промышленности являются недостаточный надзор, несоблюдение техники безопасности и плохая дисциплина, а некоторые работодатели не достаточно серьезно относятся к вопросам охраны труда.

ГККП ССМП все сведения о пострадавших от производственных травм и электротравм передаются в Департамент охраны труда, где проводится служебное расследование по каждому случаю производственной травмы. По данным учета обращаемости на ГККП ССМП г.Алматы за 2010г.

По г. Алматы за 2010 год произошло 923 случая производственных травм, что составляет 1,3% от общего числа травм и отравлений. В течении 10 лет возросло количество производственных травм на 0,5%. При исследовании производственных травм структура обслуженных вызовов по основным группам травм, а также по возрастным и половым признакам распределилась согласно данным таблицы 1 и таблицы 2 соответственно.

Таблица №1

Мужчины			
18-25	26-35	36-45	старше 45 лет
219	188	114	116
Итого 645 – 69%			

Женщины			
18-25	26-35	36-45	старше 45 лет
75	55	58	98
Итого 286 – 31%			

Таблица №2 видно что 10 пострадавших были в алкогольном опьянении все мужского пола. Из анализа учета производственных травм и электротравм мужчины составляют большой процент – 69%, особенно мужчины в возрасте 18 – 45 лет.

Женщины, получившие травмы, всего – 31%, больший процент составляют женщины в возрасте – старше 45 лет.

По частоте: число пострадавших от переломов костей, конечностей, рвано-ушибленных, различных ран мягкой тканей занимает одно из первых мест и составляет 55,7% от общего числа производственных травм.

По тяжести: увеличилось число электротравм. Высокая летальность –16,6% от числа пострадавших от электротравм. Чаще из-за нарушения техники безопасности, неумения пользоваться электрооборудованием, несоответствия технического состояния оборудования.

Сочетанные травмы – 83 пострадавший – 8,9%, в тяжелом состоянии обслужено 58 пострадавших –84,3%, летальный исход – 12 –14,5%.

Нельзя не отметить в последние годы увеличения количества огнестрельных ранений. Как правило, это сотрудники службы охраны. Были 14 случаев – 2 пострадавших госпитализированы в тяжелом состоянии, 1- пострадавший умер до приезда бригады СМП.

Высокий процент госпитализации-92%, оставлены на месте 47 –5% от общего числа пострадавших. Летальность высокая – 27 человек – 2,9%.

Таким образом, все эти данные говорят об актуальности проблемы, важности ее решения. Познавая причины воз-

Таблица №2

Основные формы травм	Пол		Состояние пострадавших		Результаты			
	Муж.	Жен.	Тяжелое	Не тяжелое	Госпитализация	Оставлен на месте	Смерть	
							До приезда	В присутствии
1. Переломы костей со смещением, повреждением сухожилий	152	105	11	246	253	4	0	0
2. Ампутация конечностей, рваные, резаные раны, ушибы мягких тканей	174	84	8	249	233	24	1	0
3. Сочетанные травмы	74	9	58	13	70	1	11	1
4. Нейротравмы ОЧМТ (ЗЧМТ,СГМ)	124	60	15	161	163	13	7	1
5. Ожоги термические, химические	49	18	18	49	64	3	0	0
6. Электротравмы	20	4	14	6	20	0	4	
7. Отравление газом	8	2	1	9	9	1	0	0
8. Отравление неизвестным ядом	2	1	2	1	3	0	0	0
9. Ушибы внутренних органов, синдром сдавливания	19	3	6	15	20	1	1	
10. Огнестрельные ранения	14	0	2	11	13	0	1	
11. Механическая асфиксия	1	0	1	0	1	0	0	0
ИТОГО	637 -69%	286 -31%	136-	760-	849-	47-	25-	2-
	923		14,7 (%)	82,3 (%)	92 (%)	5,1 (%)	2,7 (%)	0,2%

никновения производственных травм, общество получает возможность воздействовать на них, предотвращать их возникновение, проводить разъяснительную работу среди населения. Большую роль в борьбе с травматизмом играет профсоюзная организация, охрана санитарного надзора, медико-санитарные части, здравпункты. Борьба с травматизмом может быть успешной только при условии объединения общих усилий и участия самого населения в профилактических мероприятиях.

Дренирование подкожных и межфасциальных образований верхних и нижних конечностей под УЗ-контролем

Керимкулов С.С.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

Актуальной проблемой в хирургии остается своевременная и точная диагностика травм опорно-двигательного аппарата и посттравматических осложнений таких, как подкожные и межфасциальные локализованные жидкостные образования верхних и нижних конечностей, обширные гематомы с образованием абсцессов. В результате очаг травматической деструкции (рана), пополняясь клеточными популяциями за счет мигрирующих фагоцитов, лимфоцитов, тромбоцитов, эндотелиоцитов, фрагментами мертвых тканей и элементами первичного загрязнения, преобразуется в очаг нагноения - гнойную рану. Это заменяет позитивный процесс самоочищения очага повреждения негативным воспалительно-деструктивным процессом с вовлечением в процесс живых тканей на границе очага травматической деструкции. Вследствие этого одной из наиболее сложных хирургических проблем является корректное лечение пациентов на различных этапах развития гнойных заболеваний. В общей структуре хирургических заболеваний хирургическая инфекция наблюдается у 35 - 45% больных [1,2].

Хирургические инфекции мягких тканей являются ведущей патологией в структуре первичной обращаемости хирургических больных на амбулаторно-поликлиническом этапе, а на стационарном - послеоперационные назокомиальные инфекции мягких тканей, которые составляют 40% всех госпитальных инфекций [3]. Многие авторы сходятся во мнении, что достижения современной науки позволяют расширить, а в некотором отношении и по-новому рассматривать многие представления о взаимоотношении микроорганизмов с человеком, вопросы этиопатогенеза, диагностики, лечения, оценки прогноза посттравматических осложнений [4,5]. Прогресс применения ультразвуковой диагностики (УЗД) в хирургии, обусловлен улучшением применяемых компьютерных технологий и качеством преобразователя [6]. Данные, представленные в работах Евдокимовой Е.Ю., Жестовской С.И., 2000 г [7] и Lavoipierre A.M., Kremer S., 1999 г [8] свидетельствуют о том, что увеличенное пространственное и контрастное изображение через современные преобразователи, использование технологии отображения гармоник и лучшего цвета, методик доплеровского отображения, облегчают постановку диагноза.

Материалы и методы

За период 2011-2012гг. проведено обследование и лечение 30 пациентов с закрытыми травмами верхних и нижних конечностей, из них 25 мужчин от 18 до 50 лет и 5 женщин от 18 до 65 лет.

В 5 (16,7%) случаях травмы были получены в быту, в 10 (33,3%) - во время спортивных игр, в 15 случаях (50,0%) - на улице.

Пациенты предъявляли жалобы на боль при движении

конечности, ограничение подвижности, припухлость, наличие кровоподтека, УЗД проводили ультразвуковыми сканерами.

В 23 (76,6%) случаях у пациентов были выявлены подкожные микрообразования верхних и нижних конечностей, назначены симптоматическая и физиотерапия, УЗД в динамике. После проведенной терапии состояние пациентов улучшилось, микрообразования уменьшались в размерах.

В 5 (16,7%) случаях диагностированы межфасциальные гематомы, проведено минимально инвазивное лечение под УЗ-контролем - чрескожная пункционная аспирация гематом, промывание области гематомы антисептиком и введение лекарственных веществ. Во всех случаях наблюдалось улучшение состояния пациентов и разрешение гематом без нагноения.

В 2 (6,7%) случаях были выявлены обширные межфасциальные образования нижней конечности, произведено вскрытие и дренирование образований в условиях стационара.

Таким образом, дренирование посттравматических подкожных и межфасциальных образований верхних и нижних конечностей под контролем УЗ-аппарата в условиях амбулатории дает возможность определить тактику рационального ведения больного и уменьшить риск возникновения гнойных осложнений.

Список литературы

1. Федоров В.Д., Светухин А.М. Стратегия и тактика лечения обширных гнойных ран. Избранный курс лекций по гнойной хирургии. М., Миклош. 2003; 18-30.
2. Белобородов В.Б., Джексенбаев О.Ш. Эндотоксины грамотрицательных бактерий. Цитокины и концепция септического шока; современное состояние проблемы. Анестезия и реаниматология. М., 1991; 4:41 -43.
3. Шляпников С.А. Хирургические инфекции мягких тканей - старая проблема в новом свете. Инфекции в хирургии. 2003; 1(1): 14 - 21.
4. Белобородова Н.В., Бячинская Е.Н. Иммунологические аспекты послеоперационного сепсиса. Анестезия и реаниматология. 2000; 1: 59 - 66.
5. Измайлов С.Г., Измайлов Г.А., Тюдушкина И.В. и др. Лечение ран. - Казань: изд-во Казанского государственного технического университета. 2003; 137 - 144.
6. Ерюхин И.А., Гельфанд Б.Р., Шляпников С.А. Хирургические инфекции: руководство. С-Пб.: издательский дом «Питер» (Серия «Спутник врача»), 2003; 864.
7. Евдокимова Е.Ю., Жестовская С.И. Роль ЦДК в диагностике стадий раневого процесса мягких тканей у больных с хирургической патологией. Материалы краев. науч.-практ. конференции, посвященной 50-летию общества рентгенологов и радиологов. Красноярск. 2000; 37 - 38.
8. Lavoipierre AM, Kremer S. Cabrini Hospital, Melbourne The expanding role of ultrasound in medicine. Aust. Fam. Physician. 1999; 28 (11): 1121 - 7.

Применение Аденопросина 250 мг (суппозитории) в комплексном лечении хронического простатита и доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Шалекенов Б.У., Гильязов А.Х., Богуспаев Д.А., Аль Тальбани Х.И.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей. Кафедра урологии и андрологии
УДК 616.624-089:615.84.72

Актуальность

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), сочетаясь с хроническим простатитом (ХП), ставит много вопросов при выборе правильной тактики лечения. Превалирование ирритативной симптоматики, не всегда удовлетворительный эффект от приема аденоблокаторов, частые обострения хронического простатита при отсутствии объективных показаний к оперативному лечению вынуждают врача использовать дополнительные методы в консервативном лечении этой группы пациентов.

Нередко наличие сопутствующего хронического простатита (ХП) играет роль в формировании клинического течения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). По данным Н.А.Лопаткина (1998) различные варианты воспалительной реакции являются постоянным компонентом стромальных изменений в предстательной железе (ПЖ) при доброкачественной гиперплазии, встречающимся в 94,58-0,43% случаев. Возникновение и развитие обструктивных и ирритативных симптомов при ДГПЖ определяются двумя составляющими: статической – в результате механического сдавления уретры гиперплазированной тканью предстательной железы и динамической – обусловленной гиперактивностью α -адренорецепторов шейки мочевого пузыря, простатического отдела уретры и простаты. Воспалительные изменения ПЖ ухудшают как ирритативную, так и обструктивную симптоматику ДГПЖ, а также снижают качество жизни пациентов. Поэтому недооценка симптомов ХП, лабораторных данных (микроскопическое, бактериологическое исследование секрета ПЖ), инструментальных исследований (урофлоуметрия, ТРУЗИ ПЖ) может стать причиной низкой эффективности консервативного лечения ДГПЖ, а также может привести к увеличению числа ранних и поздних послеоперационных осложнений оперативного лечения ДГПЖ (ТУР или чреспузырная аденомэктомия). С учетом этого, на наш взгляд, необходимы целенаправленные мероприятия по выявлению и лечению ХП при его сочетании с ДГПЖ.

Материалы и методы

В этой работе мы приводим результаты лечения больных ДГПЖ с сопутствующим абактериальным ХП. По методам применяемого лечения больные были разделены на две группы: основную (n=22) и контрольную (n=13). Пациентам обеих групп выполнялись пальцевое ректальное исследование ПЖ (ПРИ), ТРУЗИ, урофлоуметрия, анализ крови на ПСА, микроскопия секрета ПЖ, бактериологическое исследование посева секрета ПЖ. У всех пациентов при посеве секрета ПЖ определялась условно-патогенная микрофлора (*staphyloc. saprophyticus*, *staphyloc. epidermidis*). Микробное число не превышало 10^3 КОЕ /мл. Больным всех групп проводилось «стандартное» медикаментозное лечение, которое включало в себя применение ферменто- и витаминотерапии, иммуномодуляторов, а также препаратов, направленных на улучшение микроциркуляции. В основной группе пациентов, кроме стандартного лечения применялся препарат аденопросин 250мг в виде суппозитория по 1 свече на ночь в течение 20 дней, в качестве физиолечения в обеих группах применялся аппаратно-программный комплекс

Созылмалы простатитпен бірге аталық безінің қатерсіз ісігінің ауысуы емдеу тактикасын тандауында кептеген сұрақтар туындады.

Созылмалы простатиттің жиі қабынуының оперативті еміне объективті корсеткіштері болмаған жағдайда, осы науқастар тобының консервативті еміне қосымша әдісті қолдануына мәжбүр етеді.

Бұл жұмыста біз негізгі және бақылау 2 тобының абактериальды созылмалы простатитпен АБКі-нің емдеу нәтижелерінің корсетеміз.

Жаңа әдістің қорытындысы физиоэмнің заманауа нұсқасымен және Аденопросин 250мг препаратының қорытындысы болып табылады.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), сочетаясь с хроническим простатитом (ХП), ставит много вопросов при выборе правильной тактики лечения. Частые обострения хронического простатита при отсутствии объективных показаний к оперативному лечению вынуждают врача использовать дополнительные методы в консервативном лечении этой группы пациентов. В этой работе мы приводим результаты лечения двух групп больных основной и контрольной с ДГПЖ сопутствующим абактериальным хроническим простатитом. Новизна метода заключается в сочетании препарата аденопросин 250 (суппозитории) и современной методики физиолечения. Анализ данных проведенного исследования показал, что применение в комплексной терапии больных с ДГПЖ и абактериальным ХП, препарат аденопросин в сочетании с современными методами физиотерапии значительно повышает эффективность проводимого лечения улучшает качество жизни пациентов и оптимизирует сроки лечения.

Benign prostatic hyperplasia (BPH) in combination with chronic prostatitis (HP) gives rise to a lot of questions about the election of right treatment approach. Frequent exacerbation of chronic prostatitis without any objective indications for surgical treatment impels physicians to use additional methods of conservative treatment of these patients. We represent the results of conservative treatment, applied in two groups of patients (main and control group) with benign prostatic hyperplasia in combination with chronic prostatitis, in this manuscript. The novelty of our treatment mode consists in combination of adenoprosin 250mg with modern methods of physiotherapy. Complex treatment including combination of adenoprosin 250mg with modern methods of physiotherapy in patients with benign prostatic hyperplasia combined with chronic prostatitis led to a significantly increased beneficial effect of basic medication, improvement of patient's life quality and optimization of treatment time.

сочетающий инфракрасный лазер, электромагнитное излучение, нейро- и электростимуляцию, а также цветоритмотерапию 10 процедур. Эффективность лечения оценивали по изменениям объективного статуса (клинико-лабораторных показателей) и субъективного статуса (международная система суммарной оценки заболеваний ПЖ в баллах IPSS).

Таблица 1. Распределение больных по группам, частота основных клинических синдромов заболевания до начала лечения ($X \pm m$)

Диагноз	Группа, кол-во больных	Клинические синдромы, % (число больн/)		
		Болевой	Дизурический	Эректильная дисфункция
Абактериальный ХП (категория IIIA) в сочетании с ДГПЖ	Основная (22)	81,8±8,4 (18)	86,4±7,5 (19)	59,1±10,7 (13)
	Контрольная (13)	76,9±11,4 (10)	76,9±11,4 (10)	53,8±14,3 (7)

Таблица 2. Динамика показателей IPSS у больных ДГПЖ I ст. с абактериальным ХП

Показатели (среднее значение)	Основная группа n=22		Контрольная группа n=13	
	До лечения	После лечения (2 месяца)	До лечения	После лечения (2 месяца)
Балл IPSS (S)	18,13±1,11	5,2±1,38	17,81±0,9	12,01±0,7

Таблица 3. Динамика клинко-лабораторных показателей в период наблюдения у больных ДГПЖ с абактериальным ХП

Показатели	Период лечения, группа больных							
	До лечения		Окончание лечения		Через 1 мес после оконч. лечения		Через 3 мес после оконч. лечения	
	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2
ТРУЗИ	29,0±0,5	28,8±0,7	28,1±0,4	28,0±0,4	27,8±0,5 (*)	28,0±0,3	27,7±0,5 (*)	27,9±0,5 (*)
Лейкоциты в секрете простаты, в п/зр	1,5±0,3	1,7±0,2	2,2±0,2 (*)	2,0±0,1 (*)	1,1±0,1 (*) (+)	1,4±0,1 (*)	0,9±0,2 **+	1,3±0,2 *
Лецитиновые зерна	1,7±0,5	2,0±0,1	2,4±0,2 (*)	2,3±0,1 *	2,4±0,2 (*)	2,3±0,1 *	2,4±0,2 (*)	2,3±0,2 (*)
V средн. Мл/с	7,2±0,3	7,5±0,5	10,2±0,4 ***	9,8±0,5 *	10,3±0,4 ***	10,8±0,4 **	10,2±0,4 ***	9,7±0,5 *
V макс. мл/с	13,0±0,4	13,5±0,4	18,5±0,6 *** (+)	17,5±0,4 ***	18,6±0,6 *** (+)	17,4±0,3 ***	17,8±0,5 ***	17,2±0,5 ***
Анализ крови на ПСА	3,8±2,0	3,1±0,8	2,6±1,4	3,2±0,8	2,3±0,4	3,1±0,6	3,1±0,7	3,5±0,4

Примечание. Здесь и далее в таблицах: 1). I группа 1 – основная, группа 2 – контрольная. 2). Значимость различий по сравнению с исходным состоянием: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$; между группами обследованных на соответствующем этапе наблюдения: + - $p < 0,05$, , ++ - $p < 0,01$, +++ - $p < 0,001$.

Таблица 4. Индекс частоты патологических синдромов в период наблюдения у больных ДГПЖ с абактериальным ХП

Синдромы	Период лечения, группа больных							
	До лечения		Окончание лечения		Через 1 мес после оконч. лечения		Через 3 мес после оконч. лечения	
	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2
Болевой	3,0±0,2	2,9±0,3	0,8±0,2 ***++	1,7±0,1 **	1,1±0,2 ***+	1,7±0,2 ***	1,1±0,2 ***+	1,6±0,2 ***
Дизурический	3,0±0,2	2,8±0,1	1,6±0,2 *** (+)	1,9±0,1 ***	1,5±0,2 ***	1,9±0,3 ***	1,5±0,2 *** (+)	2,0±0,2 **
Эректильная дисфункция	2,9±0,1	2,9±0,2	0,8±0,2 ***+	1,4±0,2 ***	1,0±0,1 ***+	1,6±0,3 ***	0,9±0,2 ***+	1,7±0,2 ***

Для удобства интерпретации изменений микроскопического состава секрета ПЖ количество лецитиновых зерен обозначали по 4-бальной шкале:

- 0 – крайне малое количество (единичные в п/з),
- 1 – скудное (незначительное) количество (десятки в п/з),
- 2 – значительное количество (до 100 в п/з),
- 3 – большое количество (все п/з).

Количество лейкоцитов в секрете ПЖ также оценивали по 4-бальной шкале: 0 (до 10 в п/з), 1 (10-30 в п/з), 2 (30-50 в п/з), 3 (больше 50 в п/з).

Частота встречаемости основных клинических синдромов у пациентов всех групп представлена в табл. 1.

Боль, как правило, тянущего, ноющего характера локализовалась в промежности, паховых и надлобковой областях, иррадиировала в яички, прямую кишку, крестец.

Дизурический синдром проявлялся обструктивной и ирритативной симптоматикой (вялая струя мочеви, увеличение времени мочеиспускания, повелительные позывы и учащение мочеиспускания, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, никтурия). Проявления дизурического синдрома нашли свое отражение как в шкалах оценки частоты и выраженности основных клинических синдромов ХП (шкалы НИИ Урологии), так и в объективных показателях (данные урофлоуметрии).

Эректильная дисфункция характеризовалась ослаблением, а в ряде случаев и полным отсутствием самостоятельной эрекции, вялостью оргазма, снижением частоты утренних эрекций,

снижением либидо, преждевременным семяизвержением. По данным проведенных по показаниям исследований (доплерография, интракавернозный тест) эректильная дисфункция у всех пациентов являлась осложнением ХП и была связана с воспалительными и застойными процессами в ПЖ, болевым синдромом, психоэмоциональным состоянием пациентов.

Пациенты с уровнем ПСА более 4 нг/мл подвергались дальнейшему обследованию с целью верификации диагноза и исключались из нашего исследования.

Результаты

Анализ изменений клинко-лабораторных показателей показал, что в основной группе отмечено достоверное улучшение секреторной функции ПЖ (увеличение количества лецитиновых зерен). У больных основной группы отмечалось резкое возрастание числа лейко-

цитов в секрете ПЖ к окончанию лечения, что является несомненным признаком улучшения дренирования альвеол ПЖ. Через 1 и 3 месяца после окончания лечения в основной группе количество лейкоцитов в секрете ПЖ было значительно ниже по сравнению с исходным состоянием и контрольной группой. Это свидетельствует о более выраженном противовоспалительном эффекте предлагаемого лечения. Описанные изменения надежно коррелировали с уменьшением объема ПЖ в процессе лечения (ТРУЗИ). Это также подтверждает выраженный дренирующий, противоотечный эффект аденопросина. Необходимо отметить, что достоверного снижения уровня ПСА не отмечено ни в основной, ни в контрольной группах (средний уровень показателя в течение всего периода наблюдения превышал 3 нг/мл). По всей видимости, в данном случае уровень ПСА был обусловлен не только воспалитель-

ными изменениями ПЖ, но и наличием аденоматозной ткани.

Степень снижения патологической симптоматики, определяемой по индексам частоты и выраженности синдромов, была более выраженной и продолжительной в основной группе. В этой группе больных выраженность болевого синдрома по окончании курса лечения была в 1,5-2 раза ниже, чем в контрольных. Это соотношение сохранялось весь период по-

Таблица 5. Индекс выраженности патологических синдромов в период наблюдения у больных ДГПЖ с абактериальным ХП

Синдромы	Период лечения, группа больных							
	До лечения		Окончание лечения		Через 1 мес после оконч. лечения		Через 3 мес после оконч. лечения	
	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2
Болевой	6,6±0,3	6,3±0,5	2,5±0,4 ***++	3,9±0,5 ***	2,4±0,6 ***++	3,8±0,5 ***	2,5±0,6 ***+	3,6±0,5 ***
Дизурический	6,4±0,4	5,9±0,4	2,8±0,3 ***(+)	3,6±0,6 ***	2,8±0,9 ***	3,5±0,3 ***	2,8±0,4 ***(+)	3,3±0,2 **
Эректильная дисфункция	4,9±0,8	4,9±0,4	2,0±0,2 ***+	2,9±0,5 ***	2,1±0,4 ***+	2,9±0,4 ***	2,5±0,4 ***(+)	3,0±0,4 ***

следующего наблюдения. Аналогичные результаты отмечены при оценке динамики дизурического синдрома и копулятивной дисфункции по сравнению с контрольной.

Выводы

Анализ полученных результатов проведенного лечения показал, что в основной группе пациентов отмечено значительное

улучшение показателей секрета ПЖ, данных урофлоуметрии, уровня ПСА, уменьшения объема ПЖ, а также субъективного статуса (IPSS) по сравнению с контрольной группой. Необходимо отметить, что в основной группе больных по шкале симптомов IPSS преимущественно уменьшалась ирритативная симптоматика. Таким образом, применение в комплексной терапии больных с ДГПЖ и абактериальным ХП, препарат аденопросин в сочетании с современными методами физиотерапии значительно повышает эффективность проводимого лечения, улучшает качество жизни пациентов и оптимизирует сроки лечения таким образом, что курс лечения можно сократить с 3-х месяцев до 20 дней

Список литературы

1. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. Москва: Медицина, 2004. – С6-7.
2. Юнда И. Ф. Болезни мужских половых органов. – Киев: Здоровье, 1989.
3. Артифков С.Б. Фармакотерапия в андрологии. – Москва: Медицинская книга, 2008.
4. Васильченко Г.С. Справочник сексопатология. – Москва: Медицина, 1990. – С. 97-100.

Использование спинально-эпидуральной анестезии в урологии

Карпжанова А.З.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы

По данным разных авторов, существенная часть оперируемых урологических больных – это лица пожилого и старческого возраста, имеющие ряд сопутствующих заболеваний жизненно важных органов и систем [1-3]. С этих позиций у данных больных методом выбора анестезии является комбинированная спинально - эпидуральная анестезия (КСЭА), при выполнении которой используется техника спинальной и эпидуральной анестезии [1].

Цель работы

- изучение возможности широкого применения КСЭА в переоперационном и послеоперационном периодах у пожилых больных урологического профиля.

Использование КСЭА имеет преимущества у пожилых пациентов, так как сопровождается меньшей стрессовой реакцией организма, надёжной анальгезией и миорелаксацией с полноценной блокадой ноцептивной афферентации, что способствует снижению частоты послеоперационных осложнений - всё это выполняет спинальный компонент КСЭА [2]; эпидуральный компонент обеспечивает адекватное послеоперационное обезболивание. КСЭА – это эффективность и безопасность у пожилых пациентов в сравнении другими методами обезболивания [4].

Материалы и методы

КСЭА проводили 53 больным в возрасте от 42 до 89 лет при различных урологических операциях: трансвезикальная аденомэктомия, трансуретральная резекция диффузно гиперплазированной предстательной железы, варикоцеле, трансуретральная аденомэктомия, дистанционная ударно-волновая литотрипсия. У наблюдаемых нами больных имелась сопутствующая патология: гипертоническая болезнь (37%); ИБС, стенокардия (24,5%); ХОБЛ (13%) и у одного пациента (1,8%) была поливалентная аллергия. Без сопутствующей патологии было 24,5% пациентов.

Риск анестезии оценивался 1-2 ст. по классификации Аме-

риканской Ассоциации анестезиологов - ASA. Наша методика выполнялась следующим образом: с целью премедикации за 30 минут до операции вводился промедол (0,3 – 0,5 мг/кг), атропин. КСЭА выполняли после премедикации. Проводили инфузию до 1200,0 мл. кристаллоидных растворов. В положении больного лёжа на боку в выбранном межкостном промежутке (L3- L4 или L2 – L3) пунктировали эпидуральное пространство специальной двухпросветной иглой (18 g) типа Туохи (набор фирмы « V/ Braun»), затем в её просвет вводили более тонкую и длинную спинальную иглу (26g), пунктируя субарохноидальное пространство. После получения ликвора вводили бупивакаин (0,5%-3,0 мл). Эпидуральное пространство после извлечения спинальной иглы катетеризировали.

С целью седации наиболее эмоционально лабильным больным (24,5%), выключение сознания проводили ведением диазепам (0,1 – 0,2 мг/кг/час.) Всем больным операции выполнялись в условиях самостоятельного дыхания. Вазопрессорная поддержка мезотомом потребовалась 3 больным (5,6%). Объём инфузионной терапии за время операции составил (2000,0 – 2400,0мл.) кристаллоидов и венофундина (400,0 мл). Все пациенты, оперированные в условиях КСЭА, по окончании оперативного вмешательства были госпитализированы в отделение интенсивной терапии для проведения продленной эпидуральной анальгезии в течение 1,5 -2 суток.

Послеоперационную анальгезию проводили наропином в виде 0,2% раствора. Режим обезболивания предупреждающий.

Наблюдение за состоянием больных в переоперационном периоде заключалось в регистрации ЭКГ, ЧСС, АДС, АД, SpO2, темпа диуреза, КЩС. У пациентов был высок риск развития артериальной гипотонии во время КСЭА, поэтому использовались малые дозы бупивакаина в сочетании с фентанилом и инфузии мезатона. Такая методика позволила избежать развитие гипотонии. Однако, у трёх больных (5,6%), на втором часу операции было снижение АДС до 80 мм рт.ст. Введение мезатона и увеличение темпа инфузии способствовало стабилизации гемодинамики.

Результаты наблюдения

Наши наблюдения показали, что с помощью КСЭА у 100,0% наблюдаемых пациентов был достигнут адекватный уровень регионального обезболивания; данная анестезия расширяет возможности анестезиолога и технически не сложная, имеет высокую степень доступности и эффективности, экономически выгодна. Благодаря использованию КСЭА нам удалось провести анестезию больным преклонного возраста с высокой степенью операционно – анестезиологического риска с минимальным количеством осложнений.

Опрос больных показал, что качество анальгезии все пациенты расценили как отличное. Болевые ощущения практически отсутствовали. Гемодинамические реакции в послеоперационном периоде на эпидуральное ведение 0,2% нарпина была у всех больных незначительные и не требовали коррекции вазопрессорами и инфузионной терапии. Анальгезия не сопровождалась моторным блоком, что позволяло больным активно двигаться.

Метод КСЭА хорошо себя зарекомендовал в нашей клинике. Сегодня в урологии 100% анестезий региональные, а 60% это комбинированные спинально – эпидуральные анестезии.

Выводы

Использование КСЭА при урологических оперативных вме-

шательствах имеет определённые преимущества над другими методами анестезии:

Быстрое начало оперативного вмешательства.

Обеспечение адекватного уровня анестезии, релаксации во время операции, которую при необходимости можно продолжить благодаря эпидуральному катетеру.

Стойкий обезболивающий эффект в послеоперационном периоде.

Низкий риск возникновения постпункционного синдрома.

Небольшая стоимость процедуры.

Литература

1. Галпангер Э.Ю., Селезнев М.Н. и соавт. Комбинированная спинально-эпидуральная и эпидуральная анестезия при операциях на сосудах нижних конечностей. *Анест и реаниматол.* 2006; (5): с.44-8.
2. Липко А.В., Носков И.Ю., Баскаков П.М.. КСЭА-как метод выбора при продолжительных оперативных вмешательствах на органах малого таза. *Мат. IX Всерос. научн. конф. «Актуальные вопросы анестезиологии и реаниматологии».* - СПб, 2008:93-4.
3. Kapoz DÍ, Bainton BG. Combined spinal epidural anaesthesia: a new hanging drop. *Anaesth Analg* 1996; 82: 426-7.
4. Brownridge P. Epidural and subarachnoid analgesia for obstetrical surgical anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia* 2004: 225-33.

Применение литолитической терапии у пациентов с мочекаменной болезнью в качестве предоперационной подготовки к проведению дистанционной литотрипсии

Попенко Е.В.

Научный центр урологии имени Б.У. Джарбусынова

Актуальность

Проблема МКБ из-за широкого распространения и сложности лечебно-диагностических пособий привлекает к себе внимание ученых и практических врачей и сохраняет свою актуальность по ряду причин.

Пациенты с уролитолизом составляют основную часть пациентов ежедневной урологической практики. Оптимальное ведение этих пациентов требует знаний диагностики, рационального лечения острой почечной колики, камнеизгоняющей терапии и современных принципов удаления камней. Кроме этого, всем практикующим урологам необходимо иметь базовые знания об этиологических факторах формирования камней и уметь проводить оценку метаболического риска для предотвращения рецидива камнеобразования.

В течение последнего десятилетия благодаря бурному развитию новых технологий, возможности лечения МКБ значительно расширились, были раскрыты глубокие механизмы формирования камней, и достигнуты значительные успехи в медикаментозном лечении различных аспектов МКБ.

Казахстан, в силу особенностей климатических условий относится к эндемичным регионам в мире по распространенности мочекаменной болезни.

Внедрение в конце 80-х годов двадцатого столетия ДЛТ изменило подходы к лечению больных с МКБ. Однако в последнее время становится дискуссионным вопросом об эффективности ДЛТ с учетом прогностических факторов дезинтеграции конкремента (размер камня, его локализация, длительность пребывания в мочевых путях). Анализ и учет этих параметров влияет на выбор эффективных и безопасных режимов ДЛТ камня и тем самым снижают частоту побочных действий метода. То есть, применение литолитических средств перед проведением литотрипсии обеспечивает создание благоприятных условий для проведения данной операции.

Пациенты с уролитолизом составляют основную часть пациентов ежедневной урологической практики. Применение литолитических средств перед проведением литотрипсии обеспечивает создание благоприятных условий для проведения данной операции. При применении Пролита у пациентов отмечалось достоверное уменьшение структурной плотности конкрементов, что является прогностическим критерием успешной литотрипсии, быстрой фрагментации и элиминации камней.

Patients with urolithiazom make basic part of patients of daily urology practice. Application of litolithical facilities before the leadthrough of litotripsy provides creation of favourable terms for the leadthrough of this operation. At application Proolith for patients the reliable diminishing of structural closeness of concrements was marked, that is the prognostical criterion of successful litotripsii, rapid fragmentation and elimination of stone.

В НЦ урологии для проведения исследования были набраны пациенты с конкрементами мочевыделительной системы, нуждающиеся в ДЛТ. В качестве литолитического средства был использован препарат Пролит.

Материал и методы

В рамках исследования была набрана группа пациентов с конкрементами почек, ориентированных на проведение ДЛТ – 65 пациентов.

Все пациенты были разделены на 2 группы.

1 группа, состоящая из 14 пациентов, принимала пролит в течение 1 месяца до планируемой литотрипсии.

2 группа – 11 пациентов – была направлена на сеанс ДЛТ без предварительной коррекции метаболических нарушений.

Фармакологическая характеристика препарата

В состав Пролита входят экстракты растений индонезийской флоры:

- почечный чай (*Orthosiphon stamineus*);
- стробилантес курчавый, шелковочашечник курчавый (*Strobilanthes crispus*);

- филлантус нирури (*Phyllanthus urinaria*);
- императа цилиндрическая (*Imperata cylindrica*);
- осот полевой (*Sonchus arvensis*);
- папайя, дынное дерево (*Carica papaya*);
- перец кубеба (*Piper cubeba*).

В классической восточной фитотерапии этот рецепт применяется для:

- разрушения камней (уратных, оксалатных, смешанных) в почках и мочевом тракте;
- разрушения камней в желчном пузыре;
- безболезненного выведения мелких конкрементов и песка;
- предупреждения и устранения почечных колик;
- профилактики воспалений и инфекционных заболеваний в мочеполовой системе.

Больные из 1 группы получали препарат Пролит по 5 драже 3 раза в день. При проведении исследования производился контроль анализов крови и мочи, УЗИ почек, рентгенологическое исследование.

Результаты исследования

В таблице 1 указаны основные характеристики пациентов исследуемых групп.

Таблица 1 – Характеристика основных показателей исследуемых групп

Показатель	Исследуемая группа (n-14)	Контрольная группа (n-11)
Возраст, лет	48,1±7,2	49,4±5,9
Длительность заболевания, лет	6,6±3,9	6,9±3,6
Локализация конкремента	почки	почки
Размер конкремента, мм	9,7±4,2	9,4±3,9
Плотность конкремента, Ед	787±16,8	792±17,5

Через 1 месяц после предоперационной подготовки определялась контрольная плотность конкрементов (таблица 2).

Пациентам из исследуемой группы был назначен Пролит по стандартной схеме. Контроль показателей проводился через месяц.

Таблица 2 – Динамика изменений плотности камней у исследуемых пациентов

Группы	До лечения	Через месяц после лечения
Пролит	787±16,8	511±14,6*
Контрольная группа	792±17,5	782±19,2

p<0,04 при сравнении показателей до лечения

Анализируя полученные данные можно сделать вывод о том, что при назначении цитрата калия перед ДЛТ достоверно уменьшается структурная плотность конкрементов в сравнении с контрольной группой. Тем самым создаются более выгодные условия проведения ДЛТ.

Нами проводился анализ количества ДЛТ у этих пациентов.

Таблица 3 – Количественная характеристика сеансов литотрипсий у исследуемых пациентов

Кратность сеансов ДЛТ	Исследуемая группа (n-14)		Контрольная группа (n-11)	
	Абс.	%	Абс.	%
1	27	79,4±18,3*	16	51,6±12,4
2	7	20,5±4,9	9	29,0±11,7
Более 2	0	0	6	19,3±8,2

p<0,05 при сравнении с контрольной группой

Данные таблицы указывают, что через месяц приема пролита у пациентов отмечалось достоверное уменьшение структурной плотности конкрементов, что является прогностическим критерием успешной литотрипсии, быстрой фрагментации и элиминации камней. В контрольной группе подобных изменений не наблюдалось. Таким образом, рекомендуется применять препарат Пролит в качестве предоперационной подготовки к литотрипсии пациентов с мочекаменной болезнью для достижения более высокой эффективности ДЛТ.

Клиническая значимость определения цитрата мочи у больных с мочекаменной болезнью

Попенко Е.В.

Научный центр урологии имени Б.У. Джарбусынова

Мочекаменная болезнь во всем мире носит эндемичный характер и занимает одно из важных мест в структуре урологической заболеваемости. Около 15-20% населения Европы и Северной Америки страдает уролитиазом, причем заболеваемость наблюдается в самый активный период жизни – 25-50 лет. Первые случаи обнаружения камней в мочевыводящей системе имели место в гробницах фараонов древнего Египта и отнесены к 5 веку до н.э. В трактатах Авиценны, известного восточного врача, целый том посвящен вопросам описания клинического течения и лечения МКБ. Однако, несмотря на давнюю историю МКБ, на сегодняшний день нет единых диагностических критериев уролитиаза и не найдено оптимального лечения.

Таким образом, вопросы диагностики и выбора оптимального лечения уролитиаза являются актуальными. Необходимо остановиться на наиболее современных диагностических методах, имеющих прогностическую значимость в лечении МКБ.

Важным фактором возникновения конкрементов в мочевыводящей системе является повышение уровня литогенных веществ в организме.

Важным фактором возникновения конкрементов в мочевыводящей системе является повышение уровня литогенных веществ в организме.

К таким факторам относится цитрат мочи. Цитрат мочи является энергетическим субстратом цикла трикарбоновых кислот и оказывает выраженное влияние на обмен пуринов. Цитрат оказывает прямое тормозящее действие на кристаллизацию и осаждение солями кальция, т.е. является ингибитором камнеобразования. Проведенное исследование показало, что у больных с уролитиазом наблюдается гипоцитратурия. Своевременная коррекция снижения цитрата мочи является патогенетическим лечением пациентов с мочекаменной болезнью.

The important factor of origin of concrements in the urino system is an increase of level of litogenous substances in an organism. The citrate of urine behaves to such factors. Citrate of urine is power substrate of cycle of karbon acids and renders the expressed influence on the exchange of purins.

К таким факторам относится цитрат мочи. Цитрат мочи (диссоциированный анион лимонной кислоты), является энергетическим субстратом цикла трикарбоновых кислот и оказывает выраженное влияние на обмен пуринов.

В норме суточная экскреция цитрата с мочой составляет в среднем 640 мг/сут.

Lyон E. с соавт. в 1998 году доказали значимость определения уровня лимонной кислоты у пациентов с МКБ [165]. Малер Г., Кордес Ю. (1998) установили, что лимонная кислота оказывает выраженное воздействие на функциональное состояние цикла Кребса, усиливая образование его отдельных метаболитов: альфа-кетоглутаровой кислоты, фумаровой, щавелевоуксусной кислот [166].

С помощью определенных энзимных групп метаболиты мочевой кислоты принимают участие в образовании пуринов и мочевой кислоты [167-168]. Цитрат оказывает прямое тормозящее действие на кристаллизацию и осаждение солями кальция, т.е. является ингибитором камнеобразования. Кроме этого, цитрат подавляет активность выработки мочевоего остеопонтина – секреторного сиалопротеина, который является матрицей для образования камней [169-171].

При снижении уровня цитрата в организме происходит сдвиг рН мочи в кислую сторону и выпадение в осадок солей мочевой кислоты, приводящие к образованию уратных камней.

Цель исследования

– оценка клинической значимости определения цитрата мочи у больных с МКБ.

Материал и методы

В исследовании принимали участие 531 пациент. Все больные проходили обследование и лечение в клинике Научного Центра урологии им. Б.У.Джарбусынова за период с 2006 по 2009 гг.

Из 531 пациента, 287 (54,0%) пациентам был установлен диагноз: мочекаменная болезнь. В качестве сравнительных групп были взяты пациенты с мочекислым диатезом (МКД) - 173 (32,5%) и с подагрической нефропатией - 71 (13,3%).

Нами было проведено исследование цитрата мочи у всех пациентов, результаты которого представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение пациентов по уровню цитрата мочи

Уровень цитрата мочи	МКБ (n-287)		МКД (n-173)		ПН (n-71)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
В норме	76	26,4±9,2	84	48,5±12,6	53	74,6±9,4**
сниженный	211	75,5±11,3*	89	51,4±10,1	18	23,9±7,7

* р<0,04 по сравнению с ПН

** р<0,02 по сравнению с МКБ

Из данных таблицы видно, что преобладающее число пациентов со сниженным уровнем цитрата мочи были из группы с уролитиазом. Данное явление доказывает справедливость утверждения о повышении литогенных свойств мочи при снижении цитрата мочи, что приводит к образованию конкрементов. Наибольшее число с нормальным содержанием цитрата в моче являются пациенты с подагрическим поражением почек.

Таблица 2 – Средние значения цитрата мочи в разных группах

Среднее значение цитрата мочи	норма	МКБ (n-287)	МКД (n-173)	ПН (n-71)
		422-840 мг/сут	277±12,9**	397±23,3*

* р<0,04 по сравнению с нормой, ПН

** р<0,03 по сравнению с нормой, МКД, ПН

Проводя анализ данной таблицы видно, что средние показатели цитрата мочи у пациентов с МКБ и МКД были достоверно снижены по сравнению с нормой. Это позволяет сделать вывод о том, что активность камнеобразовательных процессов мочи высокая как у больных с уже сформировавшимися конкрементами,

Citras is rendered by the direct braking operating on crystallization and besieging of calcium salts, i.e. is the inhibitor of stouns. The conducted research rotined that for patients with urolitiaz observed pathogenic treatment.

тами, так и у больных с кристаллурией. Таким образом, цитрат мочи следует рассматривать в качестве диагностического критерия прогрессирования процесса формирования конкрементов мочевыводящей системы.

Снижения уровня цитрата мочи носит название гипоцитратурии. Данное состояние имеет различные степени: легкая, умеренная и выраженная.

Анализируя следующие данные, нами было проведено распределение исследуемых больных по степеням гипоцитратурии.

Таблица 3 – Распределение пациентов по степеням гипоцитратурии

Степень гипоцитратурии	МКБ (n-211)		МКД (n-117)		ПН (n-18)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Легкая (240-220)	19	9,0±3,1	82	70,0±13,2	16	88,8±12,4**
Умеренная (219-190)	122	57,8±12,6*	23	19,6±7,9	2	11,1±4,2
Выраженная (менее 190)	70	33,1±11,9	12	10,2±4,5	0	0

* р<0,02 по сравнению с МКД, ПН

** р<0,01 по сравнению с МКД, МКБ

Из данной таблицы видно, в нашем исследовании принимали участие пациенты разными степенями гипоцитратурии.

Среди пациентов с МКБ наиболее многочисленной группой была с умеренной гипоцитратурией – 122 (57,8%), по сравнению с пациентами из других групп с тем же уровнем цитрата мочи. У пациентов с подагрой наиболее часто встречалась легкая степень гипоцитратурии – 16 (88,8%).

Таблица 4 – Соотношение значений цитрата мочи и химического состава камней у пациентов с уролитиазом

Химический состав камней	Ср. значение цитрата мочи (M±m)	Кол-во пациентов с гипоцитратурией	
		Абс.	%
Ураты	117±33*	74	32,7
Оксалаты	223±24*	68	27,1
Кальциево-оксалатные	324±41	13	4,8
Оксалатно-уратные	152±27*	57	24,7
Уратно-кальциевые	163±19	23	6,6
Кальциево-фосфатные	377±43	7	3,8

* р<0,05 по сравнению с другими составами камней

Учитывая данные таблицы 24, мы видим, что при уратном и оксалатном составе конкрементов достоверно чаще отмечается более выраженная степень гипоцитратурии. Это связано с нарушением обмена мочевой кислоты и наличием ее солей в моче, что приводит к окислению мочи и как следствие отмечается повышение литогенных свойств организма.

Цитрат мочи, определяемый нами у исследуемых пациентов, является важным показателем активности процессов, приводящих к камнеобразованию. Чем выраженной степень гипоцитратурии, тем быстрее происходит формирование конкрементов.

Кроме диагностической ценности, ЦМ используется для оценки эффективности проведения цитратной терапии пациентов с МКБ. После назначения цитратных смесей через неделю определяется уровень ЦМ. При необходимости снижают или повышают дозу препарата.

В проводимом нами исследовании, отмечалось достоверное повышение уровня ЦМ после лечения.

Таблица 5 – Динамика изменения цитрата мочи у исследуемых пациентов

Показатель	МКБ		МКД	
	До лечения	Через месяц	До лечения	Через месяц
Цитрат мочи	332±18,9	427±17,4*	394±16,4	431±15,7*

Таким образом, из 531 пациента с нарушениями обмена мочевой кислоты, у 318 (59,8%) была выявлена гипоцитратурия, в структуре которой 75,5% приходилось на пациентов с МКБ. Это позволяет говорить о том, что снижение цитрата мочи является диагностическим критерием уролитиаза с высоким

уровнем достоверности.

Проводя соотношение между степенью гипоцитратурии и химическим составом конкрементов, более выраженная гипоцитратурия была выявлена у пациентов с уратными и оксалатными камнями (32,7% и 27,1% соответственно).

При назначении пациентам с гипоцитратурией цитратных смесей (цитрат калия, натрия) уже через месяц определяется достоверная эффективность лечения в виде нормализации показателя цитрата мочи.

Таким образом, определение цитрата мочи имеет высокую как диагностическую, так и клиническую ценность при обследовании пациентов с МКБ.

Оценка эффективности применения препарата Реналоф в лечении пациентов с мочекаменной болезнью

Попенко Е.В.

Научный центр урологии имени Б.У. Джарбусынова

Актуальность

Мочекаменная болезнь (МКБ) является одним из распространенных урологических заболеваний, занимает второе место в мире после воспалительных неспецифических заболеваний почек и мочевых путей, и встречается не менее чем у 3% населения (F.C Delvecchio, G.M Preminger, 2003).

Распространенность мочекаменной болезни прогрессивно увеличивается, что отражается в увеличении числа пациентов с МКБ. Рост заболеваемости МКБ связан с влиянием ряда неблагоприятных экзо- и эндогенных факторов на организм человека. К экзогенным факторам относятся климатические, географические, жилищные условия, профессия человека.

Проблема МКБ из-за широкого распространения и сложности лечебно-диагностических пособий привлекает к себе внимание ученых и практических врачей и сохраняет свою актуальность по ряду причин.

В течение последнего десятилетия благодаря бурному развитию новых технологий, возможности лечения МКБ значительно расширились, были раскрыты глубокие механизмы формирования камней, и достигнуты значительные успехи в медикаментозном лечении различных аспектов МКБ.

В Казахстане также прослеживается мировая тенденция к повышению распространенности МКБ среди населения. Это связано с рядом факторов: Республика Казахстан относится к зоне с сухим и жарким климатом, неустроенностью и отсутствием источников питьевой воды, имеются регионы с неблагоприятной экологической обстановкой, где повышено содержание в воде, почве, воздухе различных высокоактивных токсикантов, которые изменяют физико-химические свойства мочи, благодаря которым она приобретает литогенные свойства.

Сложность и многообразие этиологических факторов приводят к многочисленным каскадным изменениям различных обменных веществ в организме человека.

Данные метаболические нарушения определяют сложность выбора патогенетического лечения МКБ. К метаболическим нарушениям, по данным В.П. Александрова, Ю.Г. Аляева, М.М. Газымова относятся дисбаланс кальция, ксантина, оксалата, пуринов, гормонов паразитовидных желез в организме человека.

Но более значимой причиной, приводящей к увеличению частоты МКБ являются эндогенные факторы – гиподинамия, характер питания, нарушение метаболических процессов в организме человека (А. Erbagci, 1999).

Избавление от камня, в настоящее время является основным этапом лечения пациента, страдающего мочекаменной болезнью. Однако удаление камня лишь может создать условия для улучшения уродинамики и коррекции воспалительного

Мочекаменная болезнь является одной из наиболее распространенной урологической патологией. К современным методам лечения уролиаза относится применения литолитических препаратов, воздействующих на метаболические процессы в организме человека. Реналоф является современным лекарственным средством для лечения мочекаменной болезни. При применении данного препарата наблюдаются следующие эффекты: увеличение цитрата мочи, изменение плотности мочи. Таким образом, применение препарата Реналоф обеспечивает эффективное растворение конкрементов и воздействие на метаболизм в организме.

An urolithiasis is one of by the most widespread urology pathology. To the modern methods of treatment of uroliaza belongs applications of litolicheskikh preparations, affecting metabolic processes in the organism of man. Renalof is modern medication for treatment of urolithiasis. There are the followings effects at application of this preparation: increase of citrate of urine, change the closeness of urine. Thus, application of preparation of Renalof is provided by effective dissolution of concrements and affecting metabolism in an organism.

процесса в мочевых путях. Тем более что избавление от камня не может оказать воздействия на метаболические процессы, происходящие в организме каждого пациента.

Современной задачей исследователей уролитиаза является не только элиминация камня из мочевых путей, но и предупреждение и устранение причин, которые привели к его образованию (С.Х. Аль-Шукри, 1999; О.В. Константинова, 1999; Ю.Г. Аляев, 2002).

В современной литературе не достаточно данных по состоянию проблемы коррекции метаболических нарушений, которые играют непосредственную роль в процессе камнеобразования у больных с МКБ. Диагностика метаболических нарушений у пациентов с уролитиазом и составление дифференцированной схемы, позволяющей корректировать выявленные нарушения, является значительным шагом вперед в вопросе метафилактики МКБ. Это дает возможность в ряде случаев после удаления конкремента провести эффективную терапию в соответствии с типом выявленных изменений и таким образом снизить частоту рецидивов камнеобразования (М. Menon, 2003; Д.А. Бешлиев, 2005).

Целью

исследования явилась оценка эффективности применения препарата Реналоф в лечении мочекаменной болезни

Фармакологическая характеристика препарата

Данный новый состав содержит активированный экстракт травы Пырей ползучий (*Agropyron Repens*), натуральный мочегонный эффект которого делает его идеальным веществом для лечения любых инфекций мочевых путей. Более того, он может стимулировать мочевую почку и помогает удалять почечные камни. Успокаивающие свойства этой травы уменьшают раздражение и воспаление. Он также имеет анти-микробный эффект, так как уничтожает возбудителей и препятствует их росту.

Исходя из состава этого средства, можно ожидать безболезненное или малоболезненное выведение камней, хорошую регенерацию эпителия после экскреции камня и противовоспалительное действие на мочевыделительную систему.

Клинические исследования показали, что Реналоф оказывает выраженное противовоспалительное, спазмолитическое и литолитическое действие у пациентов с мочекаменной болезнью и обеспечивает полное безболезненное выведение мелких конкрементов по мочевыделительному тракту. Причем ни в одном из случаев не наблюдалось почечной колики.

Данные международных клинических наблюдений показывают, что месячный курс применения Реналофа приводит к нормализации показателей клинического анализа мочи.

Так, у большинства пациентов до приема Реналофа в моче определялось повышенное содержание эритроцитов и лейкоцитов, а также белок, слизь и соли. После курсового применения количество эритроцитов и лейкоцитов в осадке мочи нормализовалось, а белок, слизь и соли не определялись.

Реналоф может эффективно применяться в комплексном лечении пациентов с заболеваниями мочевыделительной системы: у больных мочекаменной болезнью, пациентов с пиелонефритом, а также с целью улучшения работы почек и для улучшения качества жизни больных с МКБ, которым противопоказано хирургическое или другие агрессивные методы лечения.

Применять Реналоф рекомендуется для безболезненного выведения мелких конкрементов и песка из почек и желчного пузыря (уратных, оксалатных, смешанных камней), предупреждения воспалений, устранения почечных колик

Материал и методы

Работа основана на анализе результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований 78 пациентов с диагнозом – мочекаменная болезнь. Все больные проходили обследование и лечение в клинике Научного Центра урологии им. Б.У.Джарбусынова.

Распределение больных с МКБ по половому признаку представлено в таблице №1.

Таблица 2 - Распределение больных с МКБ по половому составу

Пол пациентов	количество	%
Мужчины	41	52,5
женщины	38	48,7
всего	78	100

Средний возраст пациентов составил: у мужчин - 49,7±9,7 года, у женщин – 51,4±6,2.

У пациентов с конкрементами в мочевыводящей системе проанализирован характер оперативных вмешательств.

Исходя из данных таблицы 2, 35,8% пациентам не проводилось хирургическое лечение. Открытое оперативное лечение проводилось 15 пациентам, из них: пиелолитотомия – 11 (14,1%), уретеролитотомия – 3 (3,8%), нефрэктомия – 1 (1,2%). Удельный вес дистанционной литотрипсии (ДЛТ) составил 23 (29,4%), уретеролитозэкстракций – 12 (15,3%).

Таблица 3 – Характер перенесенных оперативных вмешательств у пациентов с мочекаменной болезнью

Вид оперативного вмешательства	количество	%
Открытое: пиелолитотомия	11	14,1
нефрэктомия	1	1,2
Уретеролитотомия	3	3,8
ДЛТ	23	29,4
Уретеролитозэкстракция	12	15,3
Без оперативного вмешательства	28	35,8
всего	78	100

Клиническое обследование всех больных проводилось по общепринятой методике. Полученные данные оценивались комплексно с учетом всех диагностических методов.

Всем больным участвующим в исследовании проводился обязательный комплекс клинико-лабораторных исследований, направленных на выяснение наличия активности воспалительного процесса (общий анализ мочи и крови), оценку функционального состояния почки (проба Зимницкого, проба Реберга, определение коэффициента насыщения мочи, подсчет СКФ), выявление метаболических нарушений (биохимический анализ крови, определение уровня мочевой кислоты в крови и мочи, цитрата мочи.), а также определение химического состава мочи. Инструментальные исследования: УЗИ мочеполовой системы проводилось всем пациентам, принимавшим участие в исследовании, обзорная экскреторная урография и КТ мочеполовой системы. Средний размер конкрементов составил 0,6 ± 0,2 мм.

Все пациенты были распределены на 2 группы:

1 группа – 41 пациент получали комплексное лечение, включавшее в себя: антибактериальное, спазмолитики и препарат Реналоф.

2 группа – 37 пациентов получали аналогичное лечение без литолитического препарата.

Таблица 4 – Характеристика основных показателей исследуемых групп

Показатель	Исслед. группа (n-41)	Контр. группа (n-37)
Возраст, лет	48,1±7,2	49,4±5,9
Длительность заболевания, лет	6,6±3,9	6,9±3,6
Локализация конкремента	почки	почки
Размер конкремента, мм	0,7±0,2	0,6±0,3
Плотность конкремента, Ед	787±16,8	792±17,5

Больные из 1 группы получали препарат Реналоф по 2 капсулы 2 раза в день. При проведении исследования производился контроль анализов крови и мочи, УЗИ почек, рентгенологическое исследование.

Курс лечения всех пациентов обеих групп составлял 3 месяца.

Результаты исследования

В период до и после приема препарата не было зафиксировано никаких статистически значимых изменений основных показателей состояния организма. В ходе проводимого лечения отмечалась хорошая переносимость препарата, аллергических реакций не наблюдалось.

Основными критериями эффективности проводимого нами лечения было воздействие на клинические симптомы (уменьшение болей в поясничной области, дизурических явлений), уменьшение размеров, процесс отхождения конкремента.

В основной группе пациентов уже к концу 2-ой недели приема препарата Реналоф отмечалось улучшение самочувствия в виде уменьшения (у 27) и отсутствие болей (у 14). Дизурические

явления были купированы на 9 день приема препарата.

В 1 группе уменьшение размера конкремента отмечалось у 22 пациентов, что составило 53,6%. Отхождение фрагментов камня наблюдалось у 17 (41,4%) пациентов. Во 2 группе уменьшение размеров камня отмечалось у 7 (18,4%) больных, самостоятельное отхождение в виде песка отмечалось у 9 (23,6%) пациентов.

Улучшение лабораторных показателей в виде уменьшения лейкоцитурии, эритроцитурии, бактериурии, оксалурии достоверно больше наблюдалось в основной группе.

Таблица 5 – Основные критерии оценки эффективности лечения у исследуемых пациентов

признак	1 группа		2 группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Уменьш.размеров конкремента	0,8±0,2	0,5±0,4*	0,6±0,3	0,5±0,2
pH мочи	5,04±0,7	6,79±0,12*	5,2±0,21	5,03±0,25
Цитрат мочи	320±12	640±18*	280±24	310±27

Наличие солей в моче	++++	-	++++	+
----------------------	------	---	------	---

$p \leq 0,05$

Таким образом, проведенные предварительные исследования по применению препарата Реналлоф свидетельствуют о достаточно высокой эффективности данного средства в лечении больных с уролитиазом.

Выводы

Нами выявлено, что применение препарата Реналлоф эффективно уменьшает болевые и дизурические явления у пациентов с мочекаменной болезнью

При использовании препарата Реналлоф достоверно уменьшается размер конкрементов у пациентов с мочекаменной болезнью

Применение препарата Реналлоф улучшает pH состояние и повышает цитрат мочи, что свидетельствует о значимом литолитическом эффекте.

Улучшение показателей цитрата мочи говорит об улучшении метаболических показателей у пациентов с мочекаменной болезнью.

Методы выявления резидуальных камней

Малих М.А.

Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова

Обязательными методами обследования в период послеоперационного наблюдения является ультразвуковое и, при необходимости, рентгенологическое исследование. Нельзя переоценить возможности динамического УЗ-контроля в амбулаторном наблюдении больных МКБ, в том числе после использования различных методов оперативного лечения. Ультразвуковое исследование проводится нами при первичном амбулаторном обращении после операции как скрининг-метода и как метод динамического контроля изменений со стороны почек и мочевых путей. Метод позволяет диагностировать резидуальные фрагменты камней, формирующиеся камни почек на ранних стадиях, контролировать эффективность профилактики камнеобразования и проведения литокинетической терапии, развитие отдаленных изменений в мочевых путях как функционального, так и органического характера. Его высокая информативность, простота, неинвазивность позволяет использовать ультразвуковое сканирование при диспансерном наблюдении.

С целью уменьшения диагностических ошибок при ультразвуковом исследовании по поводу диагностики нефролитиаза и динамическом наблюдении после оперативных вмешательств по поводу МКБ, необходимо строгое соблюдение методологических принципов проведения исследования.

сканирование необходимо осуществлять в нескольких проекциях при различных углах наклона датчика и разных положениях больного использовать фармакоультразвуковое исследование для выявления мелких камней и при подозрении на формирование стеноза лоханочно-мочеточникового сегмента.

Безусловно, целесообразно проведение повторных ультразвуковых исследований для оценки течения патологического процесса в динамике.

Особого внимания требовали пациенты, у которых выявлялось появление расширения мочевых путей, без признаков клинической картины почечной колики. При этом помимо обычного ультразвукового исследования почек, по возможности проводилось исследование мочеточника, его интрамурального отдела при наполненном мочевом пузыре через переднюю брюшную стенку и ректальным датчиком. Указанные изменения со стороны мочевых путей могут быть обусловлены наличием в просвете мочеточника «вентильного» камня, частично блокирующего отток мочи из-за особенностей своей макроскопической струк-

туры. В этих наблюдениях применение фармакоультразвукового исследования с фуросемидом за счет увеличения диуреза вызывает расширение мочеточника, что облегчает визуализацию камня, оценку его размеров и локализации.

У больных камнем мочеточника анатомические и функциональные изменения в верхних мочевых путях имеют решающее значение в определении показаний к выбору метода лечения. Выявление сохраненной сократительной способности мочевых путей позволяет проводить консервативную терапию с применением спазмолитиков, диуретиков, физиотерапии, водных нагрузок. Снижение же сократительной способности мочевых путей является показанием к оперативным методам лечения. Кроме того, оценка локализации камня в мочеточнике и состояние мочевых путей имеет неоспоримое значение не только для определения показаний к проведению физиотерапевтических процедур, направленных на изгнание камня, но и в динамике проведения физиотерапевтических процедур для определения положения электродов на теле больного. Цель ультразвукового исследования заключается не только в выявлении и определении локализации резидуальных конкрементов, оценке состояния верхних мочевых путей, но и в оценке паранефральной и парауретеральной клетчатки в зоне операции. Выявление локального понижения эхоплотности паранефральной клетчатки в зоне операции, умеренное расширение ЧЛС, при отсутствии указаний и клинических признаков наличия камня в мочеточнике, мы расценивали как проявление периуретерита и воспалительных реакций в тканях, приводящих к нарушению уродинамики по верхним мочевым путям. При обнаружении у больного указанных изменений, применялись медикаментозная терапия, направленная на улучшение гемодинамики, нормализацию течения воспалительного процесса в пораженных тканях, различные физиотерапевтические методы лечения.

Проведение динамического ультразвукового контроля больным, перенесшими оперативное лечение по поводу МКБ по праву является одним из основных и чрезвычайно ценных методов наблюдения. Применение функциональных методов ультразвуковой диагностики позволяет выявить изменения в мочевых путях на ранних этапах, когда проведение консервативной терапии может оказаться эффективным и предотвратить развитие органических, необратимых изменений в тканях. Неинвазивность, простота и доступность обеспечивают его

широкое применение в любом амбулаторно-поликлиническом учреждении.

Комплексное применение препаратов противовоспалительного, спазмолитического действия, энзимных препаратов, β_2 -адреномиметиков с разумным сочетанием «водных нагрузок» и физиотерапевтических методов лечения способствует созданию благоприятных условий в мочевых путях для миграции фрагментов и мелких конкрементов. Большое значение приобретают лекарственные средства растительного происхождения, направленные на профилактику воспалительных изменений в мочевых путях, стимуляцию самостоятельного отхождения резидуальных или вновь образовавшихся конкрементов небольшого размера.

Наиболее часто после операции резидуальные камни встречались при коралловидном нефролитиазе и множественных камнях почек. В связи с этим возникла необходимость в разработке методов по уменьшению осложнений операций. Имеются несколько работ исследующих информативность интраоперационной эхографии в сравнительном аспекте с интраоперационной радиографией (Marshall F., Smith N., 1987; Merran S., G., 2000; Marino G., Gamba P., 2002). Исследования показали, что ультразвуковое исследование обладает высоким уровнем чувствительности и точности в определении локализации конкрементов. Преимуществами перед радиографией являются визуализация рентгеннегативных (слабоконтрастных) конкрементов и отсутствие облучения рентгеновскими лучами. Выявление расположения почечных сосудов и аваскулярных зон, а также толщины паренхимы почек позволило произвести оптимальный доступ к конкременту, что в свою очередь сократило время операции.

Нами изучены 59 больных с резидуальными камнями. Мы их разделили на три группы: 1-я группа 40 больных, которым не производилось интраоперационно УЗИ, 2-я группа 12 больных, которым интраоперационно произведено УЗИ, и 3-я группа 7 больных которым произведена интраоперационно пиелокаликоскопия (табл. №1).

Табл. №1. Распределение больных по методам интраоперационного выявления резидуальных камней

Группы	Количество больных	
	Абс.	%
1-я группа	40	67,8
2-я группа	12	20,3
3-я группа	7	11,9
Всего	59	100

УЗИ проводилось с помощью аппарата Logiq 5 оснащённым линейным интраоперационным датчиком T 739. Из 40 пациентов первой группы резидуальные конкременты были выявлены в 21-м случае, что составило 52,5%. Во второй группе этот процент составил 25%. В третьей группе лишь у одного (14,3%) больного выявлены резидуальные камни.

Таким образом, наиболее эффективным методом выявления резидуальных камней, является интраоперационное УЗИ и пиелокаликоскопия.

Литература

1. Аль-Шукри С.Х., Антонов А.В., Новиков П.Б., Островская А.А. // Новые возможности в лечении мочекаменной болезни / Нефрология. – 2004. – 8, № 1. – С. 77–79. – Рус.; рез. англ. – ISSN 1561-6274. – RU.
- Алиев М.Г. Дистанционная литотрипсия в комплексном лечении резидуальных камней почек, к.м.н., 166 с.
- Дзеранов Н.К., Бешлиев Д.А., Голованов С.А., Москаленко С.А., Синюхин В.Н., Алиев М.Б. Резидуальные камни почек и их лечение. Урология. – 2003, № 1. – С. 21–26. – Рус.; рез. англ. – ISSN 0042-1154. – RU.
- Яненко Э.К. Мочекаменная болезнь / Современные методы диагностики и лечения мочекаменной болезни. М., 1990. – с.3-5.
- Дзеранов Н.К. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия в лечении мочекаменной болезни. / Дисс. докт. мед.наук. М. 1994 г.
- Вошула В. И. Мочекаменная болезнь: этиотропное и патогенетическое лечение, профилактика. / Монография - Мн.: ВЭВЭР, 2006. - 268с.

Профилактические мероприятия, предупреждающие резидуальные и рецидивные камни

Малих М.А.

Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова

Современные методы лечения МКБ, в большинстве случаев, позволяют избавить пациента от камня. Однако значительное количество резидуальных камней в мочевых путях, особенно после ДЛТ, степень выраженности хронического воспалительного процесса в мочевых путях, требует проведения соответствующей терапии. Кроме этого, недостаточное и неадекватное лечение больных в послеоперационном периоде ведет к прогрессированию течения хронического пиелонефрита и быстрому рецидивированию МКБ. Метафилактика больных мочекаменной болезнью после различных видов оперативного лечения начинается со дня выписки пациента из стационара и заканчивается последним днем жизни больного. Ее необходимо разделить на период ранней послеоперационной метафилактики и период динамической метафилактики МКБ.

Задачи ранней послеоперационной метафилактики:

- борьба с воспалительными изменениями в почке, окружающих тканях и мочевых путях
- проведение мероприятий, направленных на улучшение гемо- и уродинамики, уменьшение развития рубцово-склеротических процессов в зоне оперативного вмешательства (в паренхиме почки, стенке мочеточника, паранефральной, парауретеральной клетчатке)
- стимуляция отхождения дезинтегрированных фрагментов конкремента

Первый этап представляется нам длительностью до 3 ме-

сяцев и обусловлен тем, что в этот период, следует надеяться на стабилизацию течения хронического пиелонефрита, происходит формирование склеротических изменений в почке и окружающей клетчатке, обусловленных как самим оперативным пособием, так и его осложнениями. Именно в этот период при наличии изменений со стороны паранефральной клетчатки, в лоханочно-мочеточниковом сегменте, выявлении дискинезии мочевых путей, возможно путем проведения консервативных лечебных мероприятий избежать формирования необратимых, обусловленных органическими причинами, нарушений уродинамики, способствующих прогрессированию хронического пиелонефрита и рецидивированию камнеобразования. Дезинтегрированные фрагменты конкремента за этот период уже преимущественно отходят.

Второй этап наблюдения (динамической метафилактики) должен продолжаться на протяжении всей жизни пациента и перед ним ставятся задачи несколько отличные от первого:

- лечение, профилактика и динамический контроль течения хронического пиелонефрита и инфекций мочевых путей
- консервативное лечение, профилактика и динамический контроль нарушений уро- и гемодинамики
- оценка метаболических нарушений у больных МКБ
- определение программ исследования пациентов с камнями различного типа камнеобразования
- определение программ метафилактики пациентов с кам-

ниями различного фазового состава с учетом факторов риска (фактор риска I – низкий и фактор риска II – высокий) камнеобразования

- лечение резидуальных камней чашечек, профилактика их увеличения и динамический контроль
- профилактика, лечение и динамический контроль процесса рецидивного камнеобразования
- проведение полноценного, комплексного клинического наблюдения и обследования, больных МКБ для определения показаний и сроков направления на плановое повторное оперативное лечение

Для улучшения результатов лечения и снижения частоты рецидивного камнеобразования необходима разработка оптимального алгоритма диагностики и проведения метафилактики больных нефролитиазом

При амбулаторном наблюдении больных в послеоперационном периоде, при первичном обращении, признаки наличия хронического пиелонефрита нами отмечены у 844 (76,9%) больных. Всем больным проводилась противовоспалительная, антибактериальная терапия, основанная на данных результатов посева мочи и антибиотикограммы, полученной в стационаре. Контрольные исследования мочи проводились нами не реже 1 раза в 10 дней. После оценки динамики изменений в анализах мочи проводилась коррекция антибиотикотерапии. Длительность проведения антимикробной терапии определялась сроками нормализации показателей анализов мочи. Нам удалось добиться нормализации показателей анализов мочи у 770 (91,2%) в течение первых 1,5-2 месяцев. Кроме этого мы проводили курсы интермитирующей терапии уросептиками, растительными диуретиками, противовоспалительными препаратами в течение 3-4 месяцев у больных, имеющих длительный анамнез или перенесших активное обострение хронического пиелонефрита, с целью профилактики рецидивирования хронического воспалительного процесса в мочевых путях. Контрольные исследования анализов, после их нормализации, проводились ежемесячно в течение полугода. Затем рекомендовалось исследование анализов мочи через каждые 3-4 месяца. В период динамического наблюдения рецидивирование воспалительных изменений в мочевых путях были выявлены у 289 (26,4%) больных. Из них у 67 (28,6%) после открытых оперативных пособий, у 189 (26,1%), перенесших ДЛТ и у 34 (24,6%) после эндоскопических операций.

Различные виды дренирования мочевых путей широко применяются в лечении острого или хронического пиелонефрита в период предоперационной подготовки, при различных методах оперативного лечения МКБ и оказывают влияние на течение воспалительного процесса в мочевых путях в послеоперационном периоде. Преимущества внутреннего дренирования (стентирования) обусловлены отсутствием дополнительной травмы почки, инфицирования мочевых путей, уменьшением вероятности обострения пиелонефрита после удаления стента, сокращением сроков послеоперационного и восстановительного периодов за счет ранней активизации больных. Нами наблюдались 87 пациентов, проходивших амбулаторное лечение после оперативных методов лечения (ДЛТ, ЧНЛТ, КУЛТ) мочекаменной болезни, на фоне внутреннего дренирования мочевых путей. У всех больных при выписке из стационара определялись резидуальные конкременты или их фрагменты в мочевых путях и сохранялись признаки активности хронического пиелонефрита. Фрагменты камня располагались в почке у 56 (64,4%) больных, мочеточнике у 23 (26,4%), одновременно в почке и мочеточнике у 8 (9,2%). Сроки амбулаторного наблюдения на фоне стентирования мочевых путей составляли до 3-5 недель. Дренирование мочевых путей приводит к уменьшению сократительной способности мочевых путей, обеспечивает создание им относительного покоя и условия для уменьшения степени воспалительной реакции. Кроме того, имеющаяся гипотония создает условия для миграции фрагментов из чашечек в нижние отделы. Активное применение физических методов лечения и лечебной физкультуры, также способствует

улучшению уро-и гемодинамики, миграции фрагментов камня. Нормализация анализов мочи у 76 (87,4%) больных отмечена в течение 3-4 недель лечения, несмотря на наличие инородного тела, в виде катетера-стента, в мочевых путях. У 11 больных имела место положительная динамика в анализах мочи, однако нормализации их не произошло, у 3 из них отмечались выраженные дизурические расстройства. Это послужило поводом для удаления катетера-стента и продолжения комплексного противовоспалительного лечения. Проведение комплексной антибактериальной, противовоспалительной, литоизгоняющей, физиотерапии на фоне внутреннего дренирования мочевых путей, создает предпосылки для сокращения сроков лечения пиелонефрита, миграции фрагментов камня и, как следствие, улучшения отдаленных результатов лечения МКБ. Целенаправленную терапию хронического пиелонефрита необходимо проводить от нескольких недель до нескольких месяцев, по возможности, до нормализации показателей анализов мочи. В комплексе лечения хронического пиелонефрита применяются антимикробные, противовоспалительные средства, ангиопротекторы, растительные диуретики. После нормализации показателей анализа мочи больным рекомендуется динамический контроль через 2-3 месяца. Нами отмечен лабораторный рецидив пиелонефрита в течение первого года у 24,9% больных, при условии полного опорожнения мочевых путей от конкрементов и отсутствия рецидива камнеобразования. У больных с наличием резидуальных конкрементов в чашечках обострение пиелонефрита отмечено в 61% наблюдений, что потребовало проведения повторного, полноценного курса терапии пиелонефрита. Регулярный контроль анализов мочи, через 10-14 дней в течение первых 2-3 месяцев позволяет выявить обострение процесса на ранних стадиях и своевременно его купировать. В последующем рецидивы существенно урежаются, однако, необходимо продолжать контролировать анализы мочи не реже чем каждые 1-1,5 мес. в течение длительного срока (не менее 1 года). В последующем исследование анализов мочи и контрольное ультразвуковое исследование целесообразно проводить не реже 2 раз в год.

По результатам нашего наблюдения у 553 (50,4%) пациентов, подвергшихся различным оперативным пособиям, после выписки из стационара при амбулаторном обследовании определялись фрагменты конкрементов. Распределение больных с наличием фрагментов камней в мочевых путях после различных методов оперативного лечения представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение больных с фрагментами камней после различных методов лечения

Метод лечения	Всего больных	Кол-во больн. с фрагментами камня	
		Абс. кол-во	% соотношение
ДЛТ	725	508	70,1
КУЛТ	76	9	11,8
ЧНЛТ	62	17	27,4
Традиционные операции	234	19	8,9
Всего больных	1097	553	50,4

Наибольшее количество фрагментов конкрементов определяется после проведения ДЛТ – у 508 (70,1%) больных, подвергшихся ДЛТ. После открытых оперативных пособий у 19 (8,9%), после проведения эндоскопических пособий у 26, из них после ЧНЛТ у 17 (27,4%), после КУЛТ у 9 (11,8%) больных.

Резидуальные фрагменты камня в почке определялись преимущественно в нижней группе чашечек – до 92,2%, в средней – до 6,3%, в верхней – 1,5%. В мочеточнике наибольшая частота выявления резидуальных камней отмечалась в нижней трети – до 51,9%, в верхней трети у 21,2%, в средней трети у 26,9%. Особенности анатомического строения нижней группы чашечек – их множественность, угол примыкания чашечки к лоханке (пельвиокаликальный, инфундибуло-лоханочный), ширина ее шейки, обуславливают трудности отхождения из

нее фрагментов камня.

Обязательными методами обследования в период послеоперационного наблюдения является ультразвуковое и, при необходимости, рентгенологическое исследование. Нельзя переоценить возможности динамического УЗ-контроля в амбулаторном наблюдении больных МКБ, в том числе после использования различных методов оперативного лечения. Ультразвуковое исследование проводится нами при первичном амбулаторном обращении после операции как скрининг-метода и как метод динамического контроля изменений со стороны почек и мочевых путей. Метод позволяет диагностировать резидуальные фрагменты камней, формирующиеся камни почек на ранних стадиях, контролировать эффективность профилактики камнеобразования и проведения литокинетической терапии, развитие отдаленных изменений в мочевых путях как функционального, так и органического характера. Его высокая информативность, простота, неинвазивность позволяет использовать ультразвуковое сканирование при диспансерном наблюдении.

С целью уменьшения диагностических ошибок при ультразвуковом исследовании по поводу диагностики нефролитиаза и динамическом наблюдении после оперативных вмешательств по поводу МКБ, необходимо строгое соблюдение методологических принципов проведения исследования:

- сканирование необходимо осуществлять в нескольких проекциях при различных углах наклона датчика и разных положениях больного

- использовать фармакоультразвуковое исследование для выявления мелких камней и при подозрении на формирование стеноза лоханочно-мочеточникового сегмента.

Безусловно, целесообразно проведение повторных ультразвуковых исследований для оценки течения патологического процесса в динамике.

Особого внимания требовали пациенты, у которых выявлялось появление расширения мочевых путей, без признаков клинической картины почечной колики. При этом помимо обычного ультразвукового исследования почек, по возможности проводилось исследование мочеточника, его интрамурального отдела при наполненном мочевом пузыре через переднюю брюшную стенку и ректальным датчиком. Указанные изменения со стороны мочевых путей могут быть обусловлены наличием в просвете мочеточника «вентильного» камня, частично блокирующего отток мочи из-за особенностей своей макроскопической структуры. В этих наблюдениях применение фармакоультразвукового исследования с фуросемидом за счет увеличения диуреза вызывает расширение мочеточника, что облегчает визуализацию камня, оценку его размеров и локализации.

У больных камнем мочеточника анатомические и функциональные изменения в верхних мочевых путях имеют решающее значение в определении показаний к выбору метода лечения. Выявление сохраненной сократительной способности мочевых путей позволяет проводить консервативную терапию с применением спазмолитиков, диуретиков, физиотерапии, водных нагрузок. Снижение же сократительной способности мочевых путей является показанием к оперативным методам лечения. Кроме того, оценка локализации камня в мочеточнике и состояние мочевых путей имеет неоспоримое значение не только для определения показаний к проведению физиотерапевтических процедур, направленных на изгнание камня, но и в динамике проведения физиотерапевтических процедур для определения положения электродов на теле больного. Цель ультразвукового исследования заключается не только в выявлении и определении локализации резидуальных конкрементов, оценке состояния верхних мочевых путей, но и в оценке паранефральной и парауретеральной клетчатки в зоне операции. Выявление локального понижения эхоплотности паранефральной клетчатки в зоне операции, умеренное расширение ЧЛС, при отсутствии указаний и клинических признаков наличия камня в мочеточнике, мы расценивали как проявление периуретерита и воспалительных реакций в тканях, приводящих к нарушению уродинамики по верхним мочевым путям. При обнаружении у

больного указанных изменений, применялись медикаментозная терапия, направленная на улучшение гемодинамики, нормализацию течения воспалительного процесса в пораженных тканях, различные физиотерапевтические методы лечения.

Мы наблюдали 45 больных, у которых были выявлены умеренные ретенционные изменения мочевых путей со стороны, выполненной ранее операции в сроки от 1 месяца до 2 лет. С целью верификации данных, полученных при ультразвуковом исследовании, всем больным выполнена экскреторная урография. При этом у 39 больных выявлено сужение в области лоханочно-мочеточникового сегмента, у 6 нарушение пассажа мочи по мочеточнику на уровне средней и нижней трети. Для определения степени нарушения пассажа мочи по верхним мочевым путям проводилось фармакоультразвуковое исследование с фуросемидом.

Среди наблюдаемых 45 пациентов данные за обратимые изменения (1 группа) в мочевых путях на основании ФУЗИ были выявлены у 28. Изменения признаны необратимыми (2 группа) у 17 больных, при этом 12 больным выполнена ранее пиело-(нефро)литотомия по поводу коралловидного камня, 4 пиелолитотомия, 1 выполнена ЧНЛТ по поводу крупного камня лоханки. Всем пациентам проводилась длительная терапия ангиопротекторами, противовоспалительная, комплексная энзимотерапия и физиотерапевтические мероприятия, направленные на уменьшение склеротических мероприятий в тканях. У всех 28 больных 1 группы, по данным контрольного ФУЗИ, отмечена положительная динамика, исчезновение расширения чашечно-лоханочной системы. У пациентов 2 группы существенной динамики по результатам контрольного ФУЗИ не было. У 6 больных, у которых определялись нарушения уродинамики на уровне различных отделов мочеточника, после проведенного курса лечения нормализация отмечена у 4, а у 2 при последующем динамическом наблюдении выявлено формирование стриктуры мочеточника.

Проведение динамического ультразвукового контроля больным, перенесшими оперативное лечение по поводу МКБ по праву является одним из основных и чрезвычайно ценных методов наблюдения. Применение функциональных методов ультразвуковой диагностики позволяет выявить изменения в мочевых путях на ранних этапах, когда проведение консервативной терапии может оказаться эффективным и предотвратить развитие органических, необратимых изменений в тканях. Неинвазивность, простота и доступность обеспечивают его широкое применение в любом амбулаторно-поликлиническом учреждении.

Таким образом, необходимо диспансерное наблюдение и обследование больных в послеоперационном периоде. Антибактериальная терапия должна проводиться до нормализации показателей анализов мочи. После нормализации показателей анализа мочи больным рекомендуется динамический их контроль через 1-1,5 мес., а затем необходимо продолжать контролировать анализы мочи через 2-3 месяца в течение длительного срока (не менее 1 года). В последующем исследование анализов мочи целесообразно проводить не реже 2 раз в год.

Литература

1. Яненко Э.К. Мочекаменная болезнь / *Современные методы диагностики и лечения мочекаменной болезни*. М., 1990. – с. 3-5.
2. Дзеранов Н.К. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия в лечении мочекаменной болезни. / *Дисс. докт. мед. наук*. М. 1994 г.
3. Москаленко С.А., Дзеранов Н.К., Чикин Ф.С., Виноградова В.Р. «Дистанционная литотрипсия в лечении камней единственной почки». / *1-й Российский симпозиум по дистанционной литотрипсии в урологии*. М., 1992., с. 47-49.
4. Яненко Э.К., Константинова О.В., Игнашин И.С. «Частота рецидивирования кальций-оксалатных камней после дистанционной литотрипсии». / *Глениум Всероссийского общества урологов*. Екатеринбург. 1996., с. 408.
5. Вощула В. И. Мочекаменная болезнь: этиотропное и патогенетическое лечение, профилактика. / *Монография*. - Мн.: ВЭВЭР, 2006. - 268с.

Клиническая оценка методов дренирования мочевых путей при лечении камней различной локализации

Малих М.А.

Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова

У 137 больных с дилатацией верхних мочевых путей до ДЛТ, для профилактики окклюзионных осложнений было предпринято дренирование с помощью катетера-стента, мочеточникового катетера или пункционной нефростомы (Таблица 1).

Таблица 1 – Методы дренирования мочевых путей до ДЛТ (n=137)

Методы дренирования верхних мочевых путей	Количество пациентов	
	Абс. количество	% соотношение
Катетер-стент	87	63,5
Мочеточниковый катетер	14	10,2
Пункционная нефростома	31	22,6
Нефростома	5	3,7
Всего пациентов	137	100
С дренированием м/п	137	18,9
Без дренирования м/п	588	81,1
Всего пациентов	725	100

С целью улучшения результатов лечения, т.е. максимального освобождения мочевых путей от камней и их фрагментов нами проводился планомерный отбор больных на дистанционную литотрипсию (ДЛТ) с учетом размеров, структурной плотности камня, общего состояния организма, анатомио-функционального состояния почек и активности хронического пиелонефрита. Уменьшение количества и тяжести послеоперационных осложнений – гарантия доброкачественности течения нефролитиаза, хронического пиелонефрита и улучшения отдаленных результатов лечения.

Комплексные профилактические мероприятия, проводимые в предоперационном, интраоперационном и послеоперационном периодах позволяют создать благоприятные условия для скорейшего и полноценного восстановления поврежденной ткани, предупреждения ближайших и отдаленных осложнений и, в целом, получения благоприятных, отдаленных результатов лечения мочекаменной болезни. В этом аспекте первостепенную важность приобретают меры пред-, интра- и послеоперационной профилактики осложнений ДЛТ.

Предоперационная профилактика заключается в строгом отборе больных для проведения ДЛТ. Мало камень разрушить, необходимо иметь условия для успешного отхождения его фрагментов. Выполнение ДЛТ на фоне стента снижает риск воспалительных осложнений и позволяет быстрее активизировать больных.

Основным фактором профилактики интраоперационных осложнений является соблюдение правил проведения ДЛТ: четкая фокусировка ударной волны на камень с обязательным постоянным рентгенологическим контролем, общее количество импульсов, используемых за один сеанс ДЛТ не должно превышать 2500 при дроблении на почке и 3500 – на мочеточнике, дробление должно выполняться на фоне проведения защиты от повреждающего действия ударно – волновых импульсов.

Среди наблюдаемых нами больных основным видом лечения явилась дистанционная уретеролитотрипсия (64,1%), выполненная у 465 пациентов, дистанционная нефролитотрипсия выполнена у 257 (35,5%). 3-м пациентам проведена дистанционная нефролитотрипсия с уретеролитотрипсией за один сеанс (Таблица 2).

Таблица 2 – Характеристика видов ДЛТ у 725 больных

Вид ДЛТ	Количество пациентов (n=725)	
	Абс. количество	% соотношение
Нефролитотрипсия	257	35,5
Уретеролитотрипсия	465	64,1
Нефролитотрипсия + уретеролитотрипсия	3	0,4
Всего пациентов	725	100

Различные методы дренирования мочевых путей у больных с признаками воспаления применены у 126 (22,2%) больного, а без признаков воспаления у 11 (7%), в связи с лечением конкрементов крупных размеров. Наиболее часто методы дренирования применялись при лечении больших камней внутрипочечной лоханки – 30 (100%), коралловидными камнями 16 (84,2%), камней аномальных почек – у 19 (34,5%) больных, прочих камней почек и мочеточника – у 72 (11,6%). Среднее количество сеансов ДЛТ у 725 пациентов МКБ составило 1,5. Выполнение более 2-х сеансов ДЛТ (3-5) было необходимо у 69 (9,5%) пациентам. Кратность сеансов ДЛТ определяется размерами камня, его структурной плотностью, локализацией в мочевых путях и возрастает с увеличением размеров камня и его средней структурной плотности.

Таблица 3 – Осложнения дистанционной литотрипсии (n=725)

Характер осложнений	Количество пациентов	
	Абс. кол-во	% соотнош.
“Каменная дорожка”	122	16,8
Острый пиелонефрит	25	3,5
Гематома: Субкапсулярная гематома (2 - пациента) Паранефральная гематома (1- пациент)	3	0,4
Острый пиелонефрит + гематома = 28 пациентов (3,9 %)		
Всего пациентов с осложнениями	150	20,7
Всего пациентов	725	100

Осложнения ДЛТ в группе наблюдаемых больных без дренирования в послеоперационном периоде были отмечены у 150 (20,7 %) пациентов МКБ (Таблица 3).

Клинически значимые осложнения ДЛТ (атака острого пиелонефрита и гематома) отмечены нами у 28 (3,9%), а “каменная дорожка” у 122 (16,8%) пациентов. Риск атаки острого пиелонефрита выше при выполнении дистанционной нефролитотрипсии и дистанционной уретеролитотрипсии в верхней и средней трети мочеточника, а риск возникновения гематомы связан с проведением дистанционной нефролитотрипсии (Таблица 4).

Таблица 4 – Осложнения ДЛТ в зависимости от локализации камня (n=150)

Локализация камня	Характер осложнений		
	“Каменная дорожка”	Гематома	Острый пиелонефр.
Почка	48	3	14
Верхняя треть мочеточника	16	-	6
Средняя треть мочеточника	17	-	5
Нижняя треть мочеточника	37	-	-
Множественная локализация	4		
Всего пациентов	122	3	25

Нормализация показателей анализов мочи отмечена в течение первых 1,5-2 месяцев у 674 (93%) пациентов. За период амбулаторного лечения в течение 3 месяцев отхождение фрагментов камней отмечено у 426 (83,6%) пациентов из 508, у которых конкременты определялись при первичном обращении в поликлинику. В целом в группе наблюдаемых нами 725 больных эффективность ДЛТ через 3 месяца составила 88,7% (у 217 камни отошли в стационаре + у 426 при амбулаторном лечении=643)

Чрескожная нефролитотрипсия выполнена 62 пациентам. Монотерапия ЧНЛТ осуществлена у 21 (33,9%) пациентов, а в структуре комбинированного лечения у 41 (66,1%). Необходимость выполнения после ЧНЛТ дополнительных методов лечения (КУЛТ, ДЛТ) потребовалась 27 (43,5%) пациентам, что было связано с миграцией фрагментов камней в чашечки и мочеточник. Как второй этап лечения после ДЛТ, ЧНЛТ выполнена у 14 (22,6%) пациентов. Наиболее встречаемой средней плотностью явилось значение 1.001-1.900 НУ у 24 (75,0%) пациентов из 32 исследованных. Всякое хирургическое лечение нефролитиаза преследует одну цель: используя наименее травматичный доступ, достичь полного удаления из почки камней и их фрагментов. Оставшийся даже небольшой камень или его фрагмент свидетельствуют о неполноценно проведенной операции. Это обуславливает дальнейшее прогрессирование заболевания (ложнорецидивный нефролитиаз) и необходимость повторных операций.

Операционные осложнения, связанные непосредственно с чрескожной манипуляцией на почке – на этапе формирования нефростомического канала и во время эндоскопических манипуляций с камнем. Наиболее опасным следует считать кровотечение и повреждение соседних органов. Основным видом интраоперационных осложнений явилось кровотечение – 7 (11,2%) пациента, у 3 (4,8%) из данной группы, ввиду выраженного кровотечения с тампонадой ЧЛС, выполнена нефрэктомия. В послеоперационном периоде атака пиелонефрита отмечена у 5 (8%) пациентов.

Контактная уретеролитотрипсия выполнена 76 пациентам, 40 пациентам был установлен мочеточниковый катетер, 36 – мочеточниковый стент-катетер. Это зависело от размера камня, травматичности операции и от наличия резидуальных камней. Основным видом эндоскопических операций у 76 больных МКБ была контактная уретеролитотрипсия, которая выполнена 65 (85,5%) пациентам, эндоскопическое рассечение уретероцеле с КУЛТ – 4 (5,3%), ретроградная контактная пиелолитотрипсия выполнена 6-ти пациентам (7,9%) и цистолитотрипсия с КУЛТ – 1 пациенту. Контактная уретеролитотрипсия как монотерапия применена у 31 пациента. В плане комбинированного лечения у 45 больных. При определении показаний к КУЛТ из 76 пациентов у 65 (85,5%) пациентов МКБ размер камней составил от 1,1-1,9 см. Средняя структурная плотность камней у 32 (82,0

%) из исследованных у 39 пациентов составила от 801-1.900 НУ. Недообследованность больных, а как следствие неадекватное проведение предоперационных профилактических мероприятий, приводит к увеличению частоты воспалительных послеоперационных осложнений со стороны органов мочеполовой системы.

Открытые «традиционные» оперативные вмешательства выполнялись 234 больных МКБ, подвергшихся 320 «открытым» операциям в период 1996 по 2009гг. Среди 234 пациентов камни почки различной локализации выявлены у 191(81,6%), камни мочеточника у 43(18,4%). Среди пациентов с камнями почки наиболее распространенной явилась локализация камней в лоханке – 63(26,9%) и сочетание камней в лоханке и чашечках – 23(9,8%). Коралловидные камни выявлены у 35 (15%) пациентов. У пациентов с камнями мочеточника (43) чаще встречалась локализация камней в н/3 мочеточника – 31(13,2%). Различные виды пиелолитотомии выполнены 199 больным (из них резекция лоханки и верхней трети мочеточника выполнена 23 пациентам), уретеролитотомии на различных уровнях 43 (из них у 5 резекция мочеточника), нефрэктомия 63, резекция почки 15 больным. Среди наблюдаемых больных коралловидный нефролитиаз был выявлен у 35(15%) больных, опухоль почки у 25 (10,7%). При открытых оперативных вмешательствах с целью улучшения результатов лечения, а также профилактики сужения ЛМС нами для дренирования ВМП больным устанавливался стент-катетер при оставлении в ЧЛС не более двух мелких камней (до 1,0 см).

При заведомом оставлении камней больше 1,0 см и в количестве больше двух и при технических сложностях во время операции дополнительно накладывалась нефростома.

При таком дренировании в п/о периоде можно было удалить резидуальные камни методом ДУВЛ или перкутанной нефролитотрипсии.

Таким образом, дренирование мочевых путей с учетом прогностических критериев: локализации, размеров и структурной плотности камня; функционального состояния верхних мочевых путей позволяет улучшить результаты лечения.

Литература

1. Аль-Шукри С.Х., Антонов А.В., Новиков П.Б., Островская А.А.// Новые возможности в лечении мочекаменной болезни/ Нефрология. – 2004. – 8, № 1. – С. 77–79. – Рус.; рез. англ. – ISSN 1561-6274. – RU.
- Алиев М.Г. Дистанционная литотрипсия в комплексном лечении резидуальных камней почек, к.м.н., 166 с.
- Дзеранов Н.К., Бешлиев Д.А., Голованов С.А., Москаленко С.А., Синюхин В.Н., Алиев М.Б. Резидуальные камни почек и их лечение. Урология. – 2003, № 1. – С. 21–26. – Рус.; рез. англ. – ISSN 0042-1154. – RU.
- Hoff W.G. Этиология и лечение почечных камней. Curr. Paediat. – 1999. – 9, № 4. – С. 227–231. – Англ. – ISSN 0957-5839. – GB.

Ишемическая болезнь почек

Исмухамедова А.К.

ГККП «Костанайская областная больница»

Ишемическая нефропатия (ишемическая болезнь почек, сосудистая нефропатия) – это группа заболеваний, в основе которых лежит ишемия почек, развившаяся вследствие первичного поражения почечных сосудов различного диаметра с нарушением их проходимости и выраженным диффузным обеднением почечного кровотока, приводящим к снижению фильтрационной функции и прогрессирующему нефросклерозу.

ИБП развивается при стенозе обеих почечных артерий более чем на 50%. По мере прогрессирования стеноза кровотока в микроциркуляторном русле падает, что приводит к значительному снижению эффективности приведенных выше адаптивных механизмов и как следствие – к генерализованной гипоперфузии клубочков почки, проявляющейся падением СКФ

и повышением концентрации сывороточного креатинина.

Клиническая картина ИБП:

- артериальная гипертензия
- быстрое достижение высоких уровней САД и ДАД
- трудности контроля, даже при применении многокомпонентной терапии
- раннее развитие поражений органов-мишеней
- повышение уровня креатинина, в том числе умеренное
- быстрое прогрессирование почечной недостаточности под действием провоцирующих факторов

Как и при атеросклеротическом поражении артерий других локализаций, стрессовые воздействия могут провоцировать ухудшение течения ИБП вплоть до развития острой почечной

недостаточности (ОПН). Среди значимых для ИБП стрессорных факторов, способных усиливать гипоперфузию почечной ткани, называют, прежде всего, лекарственные препараты (ингибиторы АПФ, нитраты, рентгеноконтрастные вещества).

Артериальная гипертензия (АГ) представляет собой одно из наиболее типичных и рано выявляемых симптомов ИБП. АГ при ИБП отличает быстрота достижения высоких уровней систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, трудность контроля, даже при применении комбинации антигипертензивных препаратов, а также раннее развитие поражения органов-мишеней (осложненных форм ИБС и цереброваскулярных заболеваний). В дифференциальном диагнозе следует учитывать возраст пациента (ИБП чаще наблюдается в пожилом возрасте), а также распространенность атеросклеротического процесса (ИБП никогда не бывает единственным проявлением атеросклероза). Выявление факторов риска атеросклероза, особенно их сочетания, также свидетельствует в пользу диагноза ИБП. Помимо артериальной гипертензии часто встречается гиперхолестеринемия и сахарный диабет.

ИБП, как правило, сочетается с атеросклеротическим поражением других артерий. ИБП часто сочетается с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), цереброваскулярными заболеваниями, а также атеросклерозом периферических артерий (80%) и ИБС (90%).

Клиническая картина эмболии ветвей почечной артерии кристаллами холестерина имеет определенные особенности. При острой форме, развивающейся в результате одномоментного массивного попадания атероматозных эмболов в просветы мелких ветвей почечной артерии, наблюдается быстрое повышение АД и олигурия вплоть до развития анурии, связанная не только с падением СКФ в результате окклюзии почечных сосудов, но и с развитием острого аллергического ТИН, при котором, в отличие от других форм ИБП, часто обнаруживается значительная протеинурия, в том числе нефротического уровня, а также микрогематурия. В крови часто обнаруживается эозинофилия.

Хроническая форма холестериновой эмболии манифестирует не столь ярко. Выявляются АГ, отмечается умеренное повышение содержания С-реактивного белка в сыворотке крови; эозинофилия менее выражена. Вместе с тем отдаленный прогноз хронической формы эмболии кристаллами холестерина неблагоприятен, что определяется быстрым развитием нефросклероза и ХПН.

При обеих формах холестериновой эмболии локализация эмболов в сосудах других органов определяет многообразные "внепочечные" проявления.

При наличии проявлений ишемической нефропатии или вышеприведенных клинических ситуаций, при которых высок риск

развития данной патологии, для уточнения диагноза и выработки тактики лечебных мероприятий необходимо проведение подтверждающих диагноз инструментальных исследований.

К числу таких исследований относят: дуплексную ультрасонографию, радиоизотопную ренографию, магнитно-резонансную ангиографию, ангиографию методом спиральной компьютерной томографии. Чувствительность и специфичность этих методов составляет от 83 до 100%.

Ультразвуковое дуплексное сканирование почечных артерий, обладающее 95% чувствительностью и 90% специфичностью, получило признание в качестве скрининг-теста на выявление ИБП. Преимуществами данного метода являются его неинвазивность и возможность многократного повтора для оценки степени прогрессирования ИБП. Кроме того, ультразвуковое дуплексное сканирование не требует введения контрастных веществ, потенциально опасных при атеросклерозе почечных артерий.

Рентгеноконтрастная ангиография – самый лучший, самый точный метод диагностики патологии сосудов. Сужение почечных артерий при ИБП достоверно можно обнаружить при почечной ангиографии, а малоинвазивное эндоваскулярное расширение просвета сосуда обычно улучшает состояние пациентов.

В виду того, что ишемическая нефропатия клинически проявляется уже в стадии выраженной, быстро прогрессирующей или терминальной почечной недостаточности, лечебные мероприятия предусматривают, в первую очередь, использование экстракорпоральных методов очищения крови – хронического гемодиализа. Одновременно следует рассматривать целесообразность и возможность хирургического лечения – реваскуляризации почек.

Таким образом, ишемическая нефропатия представляет собой группу заболеваний весьма разнообразную по своим проявлениям. Прогноз заболевания пока остается тяжелым. Однако использование современной консервативной терапии, направленной на коррекцию артериальной гипертензии и торможение почечной недостаточности, и активное внедрение новых технологий внутрисосудистых вмешательств дают возможность предполагать в ближайшее время значимое улучшение выживаемости больных с этой тяжелой патологией.

Литература

1. Борисов И. А., Перов Ю. Л. *Нефрология. Старческая почка. Под ред. Тареева И.Е.*: М.- 2001.- стр. 509—525
2. Гордеев А. В. *Патология почек у больных сахарным диабетом 2 типа пожилого возраста. Автореф. дис. д-ра мед наук.*: М.- 2002
3. Хирманов В. Н. *Ишемическая болезнь почек.//Терапевтический архив.№6(73).-2001.- стр. 64-66*

Хроническая почечная недостаточность – диагностика и лечение. Анализ лечения по материалам нефрологического отделения за 2011 г.

Исмухамедова А.К.

ГККП «Костанайская областная больница»

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) – это симптомокомплекс, развивающийся в результате постепенной гибели нефронов при любом прогрессирующем заболевании почек. Почки, играющие важнейшую роль в экскреции различных метаболитов и обеспечивающие водно-электролитный и осмотический гомеостаз, обладают большими компенсаторными возможностями и гибель даже 50% из общего количества 2 млн. нефронов может не сопровождаться никакими клиническими проявлениями. Только при снижении клубочковой фильтрации (КФ) до 30-40 мл/мин (соответствует снижению численности не-

фронов до 30%) в организме происходят задержка мочевины, креатинина и других продуктов азотистого обмена и повышение их концентрации в сыворотке крови. При терминальной уремии величина нефронной популяции составляет менее 10%.

Основные причины ХПН:

- Хрон. пиелонефрит, интерстициальный нефрит.
- Хрон. гломерулонефрит, подострый гломерулонефрит.
- Сахарный диабет, амилоидоз, подагра.
- Мочекаменная болезнь, гидронефроз, гиперплазия предстательной железы, опухоли мочевого пузыря.

- Злокачественная гипертензия, стеноз почечных артерий, гипертоническая болезнь.

- Системная красная волчанка, системная склеродермия.
- Геморрагический васкулит, узелковый полиартериит.
- Поликистоз, гипоплазия почек.

Наиболее частые причины ХПН: хр. пиелонефрит, хр. гломерулонефрит, диабетическая нефропатия и амилоидоз почек.

В течение последнего десятилетия в мире повсеместно увеличивается число больных с ХПН, что объясняется:

1. Ростом заболеваемости сахарным диабетом, доля которых в странах Европы в структуре ХПН составляет до 40%. Среди больных, находящихся на хроническом диализе в США, 25% составляют больные диабетической нефропатией.

2. Увеличением количества гипертонических и сосудистых поражений почек, в том числе в связи с общим старением населения.

В начальной стадии (снижение КФ до 40-60 мл/мин) ХПН часто протекает латентно. Возможны полиурия, умеренная анемия. В 40-50% случаев обнаруживается артериальная гипертония.

Консервативная стадия ХПН (КФ 15-40 мл/мин) характеризуется слабостью, снижением трудоспособности, полиурией с никтурией. У большинства больных — артериальная гипертония и анемия. На данной стадии эффективна консервативная терапия, поддерживающая остаточную функцию почек; диализные методы лечения не применяют.

При терминальной стадии ХПН (КФ ниже 15-20 мл/мин, креатинин крови превышает 0, 885ммоль/л) полиурия сменяется олигурией, ярко выражены клинические проявления уремии с тяжелыми нарушениями водно-электролитного и кислотно-основного гомеостаза, поражением периферической и центральной нервной системы, миокарда; спасти жизнь больному могут только диализные методы лечения или трансплантация почки.

Выделяют ранние и поздние признаки ХПН:

ранние признаки:

- клинические: полиурия с никтурией в сочетании с артериальной гипертонией и нормохромной анемией;
- лабораторные: снижение концентрационной способности почек, снижение фильтрационной функции почек, гиперфосфатемия в сочетании с гипокальциемией;

поздние признаки:

- азотемия: повышение Сг, мочевины и мочевой кислоты сыворотки;
- истончение коры обеих почек, уменьшение размера почек: по данным УЗИ или обзорной урорентгенограммы.

Ранняя диагностика нередко вызывает трудности. С одной стороны, часто имеет место многолетнее бессимптомное течение ХПН (особенно характерное для хронического пиелонефрита). С другой стороны, в связи с полиморфизмом, системностью поражений внутренних органов при ХПН на первый план могут выходить ее неспецифические "маски": анемическая, гипертоническая, астеническая, подагрическая, остеопатическая. Больные ХПН нередко длительно наблюдаются узкими

специалистами и получают неадекватную терапию.

Наличие стойкой нормохромной анемии в сочетании с полиурией и артериальной гипертонией должно насторожить в отношении ХПН. Ранняя диагностика основана на данных лабораторных и биохимических методов. Наиболее информативны и надежны определение максимальной относительной плотности или осмолярности мочи, величины КФ и уровня креатинина крови.

Задачи консервативной терапии ХПН заключаются в замедлении темпов прогрессирования ХПН, устранении причин, приводящих к усугублению ее течения, создании оптимальных условий для сохранения остаточной функции почек, лечении уремических гормональных и метаболических нарушений, ликвидации инфекционных осложнений.

В терминальной стадии ХПН единственно возможным методом поддержания жизни является заместительная терапия — хронический гемодиализ. Альтернативой хроническому диализу является трансплантация донорской почки, однако высокая себестоимость, наличие определенных критериев отбора на трансплантацию почки, а также риска отторжения трансплантата делает данный метод продления жизни малодоступным и низкоэффективным для общей популяции больных, страдающих ХПН.

За 2011 год в нефрологическом отделении пролечено 268 пациентов с ХПН. Впервые выявлено 50 больных, у которых та или иная стадия ХПН. В структуре больных с ХПН преобладают больные с хроническим гломерулонефритом — 60,8%, пиелонефриты — 29,3%, поликистоз почек — 25%, с сахарным диабетом — 5%. Смертность больных с хронической почечной недостаточностью остается высокой. Умерло в нашем стационаре в 2011 году 22 больных: ХПН — 17 больных, с ОПН — 5 больных. Среди диализных больных смертность доходит до 40%. В связи с расширением диагностических возможностей и своевременным переводом больных на программный гемодиализ, продолжительность жизни больных с ХПН увеличилась и составляет в среднем на диализе 10 лет, а также улучшилось качество жизни и социальная реабилитация. На программном гемодиализе в 2011 году находилось 24 больных. Проведено 2022 сеанса гемодиализа. Из них впервые взяты на гемодиализ — 7 больных. С ОПН — было 8 больных, которым проведен 41 сеанс гемодиализа. Основной возраст больных с ХПН, находящихся на гемодиализе, от 20 до 60 лет. Из 24 больных — 14 женщин и 10 мужчин.

В последнее время имеется тенденция к росту числа больных с хронической почечной недостаточностью, в том числе нуждающихся в заместительной терапии гемодиализом.

Литература

1. Краснова Т.Н. Особенности течения и лечения нефротического синдрома у больных с гломерулонефритами. М.: «ГОЭСТАР-Медиа». -2006.
2. Мухина Н.А. Нефрология, Неотложные состояния. М.: «ГОЭСТАР-Медиа». -2010 г.
3. Стецюк Е.А. Основы гемодиализа. М.: «ГОЭСТАР-Медиа». - 2001 г.

Выбор метода лечения транссфинктерных свищей прямой кишки

Ураимов К.А.

Ошский государственный университет, Ошская межобластная объединенная клиническая больница. г. Ош, Кыргызская Республика

Введение

Аноректальные свищи прямой кишки – одно из наиболее распространенных колопроктологических заболеваний, составляющее до 15% госпитализаций в специализированные отделения. Свищи прямой кишки являются следствием самопроизвольного или нерадикального вскрытия острого парапроктита [1]. Все банальные свищи подразделяются на интрасфинктерные, транссфинктерные и экстрасфинктерные [2]. Доля транссфинктерных свищей по данным литературы составляет от 40% до 45% [7]. Единственным радикальным методом лечения свищей прямой кишки является хирургическое вмешательство [2].

Актуальность проблемы обусловлена неудовлетворительными результатами лечения свищей прямой кишки, заключающиеся в высоком риске развития анальной инконтиненции, а также высокой частоте рецидивирования заболевания. По данным различных авторов недостаточность анального сфинктера развивается в 4,9-33% случаев [6], а рецидивы заболевания возникают в 15-30% случаев [3]. Вышеперечисленные осложнения зачастую приводят к повторным хирургическим вмешательствам, что крайне неблагоприятно сказывается на функциональном состоянии запирающего аппарата прямой кишки и в ряде случаев приводит к инвалидизации больного. В связи с вышеизложенным, непрерывно ведется поиск новых методов хирургического лечения сложных свищей прямой кишки. В настоящее время известно более 100 хирургических вмешательств при лечении этого заболевания [8]. В каждом методе хирургического лечения свищей прямой кишки преследуются три основные задачи – иссечение свищевого хода, вскрытие и дренирование гнойных полостей в параректальной клетчатке, ликвидация внутреннего свищевого отверстия. Невыполнение хотя бы одной из этих задач может привести к рецидиву заболевания. Ликвидация внутреннего свищевого отверстия является наиболее ответственным этапом операции, так как от него в большей степени зависят непосредственные и функциональные результаты лечения [4, 5].

В связи с вышеизложенным, была поставлена цель: улучшить результаты хирургического лечения транссфинктерных свищей прямой кишки.

Материал и методы

В хирургическом отделении №2 Ошской межобластной объединенной клинической больницы за 2005-2009 годы на лечении находились 256 больных с транссфинктерным свищом прямой кишки. Среди этих больных мужчин было 231 (90,2%), а женщин 25 (9,8%). В трудоспособном возрасте, от 20-ти до 60-ти лет, было 242 (94,5%) пациентов.

Все больные с транссфинктерными свищами прямой кишки распределены на две группы в зависимости от способа хирургического вмешательства. В первую (контрольную) группу вошли 129 (50,4%) больных, которым была произведена операция – иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны. Под са크ральной анестезией после обработки операционного поля свищевой ход прокрашивали раствором метиленового синего. Ректальным зеркалом разводили стенки заднепроходного канала. В наружное свищевое отверстие вводили зонд, который, проходя по свищевому ходу, выходил в просвет прямой кишки через внутреннее отверстие свища. Мостик тканей

над зондом рассекали, при этом пересекали часть волокон сфинктера прямой кишки. Затем экономно иссекали стенки свищевого хода и кожно-слизистые края раны. Ране придавали форму треугольника, острием обращенного в просвет прямой кишки. Рана приобретала форму клина. После этого на пересеченные края волокон сфинктера накладывали отдельные швы из рассасывающихся нитей без захвата в шов слизистой оболочки прямой кишки, дистальный отдел раны также ушивали рассасывающимися нитями без захвата кожи промежности. Тем самым восстанавливали целостность анального сфинктера прямой кишки, а размеры раны уменьшали. Операцию заканчивали введением в просвет прямой кишки марлевой ленты с мазью «Левомеколь», которую удаляли на следующий день после операции. Затем ежедневно осуществляли перевязки раны. Когда операцию заканчивали с ушиванием дна раны, мы добивались сокращения послеоперационного периода и улучшения функциональных результатов лечения.

Во вторую (основную) группу вошли 127 (49,6%) больных, которым была произведена предложенная нами модифицированная операция. Суть данной операции заключается в следующем: после иссечения свища в просвет прямой кишки и ушивания дна раны рассасывающимися нитями на всем её протяжении, как при вышеописанной операции, дистальная часть раны, то есть рана промежности ушивалась наглухо. Операцию заканчивали введением в просвет кишки марлевой ленты с мазью «Левомеколь» и газоотводной трубки.

Результаты и их обсуждение

В послеоперационном периоде первой (контрольной) группы особое внимание уделяли на профилактику раннего рецидива свища: в процессе заживления ушитой части раны в области её дна возможно расхождение швов. При диагностировании данного осложнения мы снимали швы и разводили края раны, обеспечив её заживление вторичным натяжением. В послеоперационном периоде у 4-х (3,1%) больных мы наблюдали расхождение швов, у которых сняты швы и раны велись открытым способом. В отдаленном периоде рецидив заболевания выявлен у 3-х (2,3%) больных, а недостаточность анального сфинктера первой степени у 4-х (3,1%) пациентов.

Во второй (основной) группе больных в послеоперационном периоде, кроме ежедневной перевязки с мазью «Левомеколь», назначали на 3-5 дней метрид по 100 мл внутривенно, три раза в день и на 5-7 дней антибиотик широкого спектра действия. Такая тактика ведения послеоперационного периода позволила нам добиться сокращения послеоперационных осложнений до минимума. Так, в послеоперационном периоде только у одного (0,8%) больного мы наблюдали расхождение швов раны. У этого больного швы были сняты и рана велась открытым способом. В отдаленном периоде у этого больного (0,8%) наблюдалась недостаточность анального сфинктера первой степени.

Выводы

Из вышеизложенного следует, что предложенная нами модифицированная методика хирургического лечения транссфинктерных свищей прямой кишки является более эффективной, приводящей к сокращению до минимума осложнений в ближайшем послеоперационном и в отдаленном периодах. Предложенная нами методика оперативного вмешательства показана при транссфинктерных свищах прямой кишки.

Литература

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – Ростов на Дону: изд-во «Феникс», 2001. – 416 с.
2. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. – М.: Медицина, 1981. – 208 с.
3. Капитонов А.С., Нарциссов Т.В., Брежнев В.П. Лечение параректальных свищей // Клиническая хирургия. – 1990. - №2. – С.39-40.
4. Назаров Л.У., Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Причины и профилактика рецидивов свищей прямой кишки. Вестник хирургии, 1981, №7. – с. 43-46.
5. Назаров Л.У. Свищи прямой кишки. М., 1966. – 128 с.
6. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. – М.: Изд-во «Медпрактика», 2001. – 300 с.
7. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. – М.: Медицина, 1984. – 384 с.
8. Garcia-Aguiler J., Belmonte C., Wong W.D., Goldberg S.M., Madoff R.D. Anal fistula surgery. Factors associated with recurrence and incontinence. // Dis. Colon and Rectum. – 1996. – Vol. 39. – P. 723-729.

Тактика ведения больных с миомой матки и анемией после гистерэктомии

Вольнова Г.З.

Городская многопрофильная больница АО «Талап», г. Уральск

У женщин с миомой матки одной из причин, приводящих к необходимости удаления матки, является хроническая кровопотеря и анемия. Более того, в результате гистерэктомии и миомэктомии могут возникать значительные кровопотери, усугубляющие анемию. Известно, что анемия является тем патологическим фоном, на котором возникают послеоперационные осложнения, поэтому ее коррекция – важная профилактическая задача. В связи с появлением новых препаратов появилась новая возможность проведения эффективной антианемической терапии у данного контингента больных. В нашей клинике с целью проведения антианемического лечения применялся препарат «Ферсинол-Z».

Цель исследования — провести клинико-лабораторную оценку эффективности данного препарата в лечении анемии у больных миомой матки после гистерэктомии.

Под наблюдением находились 63 женщины в возрасте от 39 до 56 лет с миомой матки и железодефицитной анемией, готовящихся к удалению матки путем лапароскопии или лапаротомии. Средний возраст пациенток составил $44 \pm 0,7$ лет. Всем пациенткам было проведено динамическое клинико-лабораторное обследование, включавшее определение гематологических (ретикуло-циты, эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбозиты, сывороточное железо, в сыворотке. Критериями отбора пациенток в группы явились: концентрация гемоглобина 110 г/л и ниже, сывороточного железа 15,0 мкмоль/л и ниже.

В предоперационном и послеоперационном периоде всем пациенткам проводилось лечение железодефицитной анемии препаратом «Ферсинол – Z» производства компании «World Medicine», по 1 капсуле 2 раза в сутки, в течении 10 дней до операции и 7-10 дней в раннем послеоперационном периоде.

В ходе лечения проводился контроль за скоростью повышения Ht, Hb, уровня феррокинетических показателей в сыворотке. Применяя «Ферсинол – Z», было отмечено, что сульфат железа, содержащийся в препарате (II 46,82 мг), восполняет дефицит железа, оказывая гемопоэтическое действие. Двухвалентное железо лучше всасывается из просвета кишки. Субстратно обеспечивает синтез железосодержащих метаболитов. Аскорбиновая кислота, входящая в состав препарата, регулирует свертываемость крови, участвует в метаболизме фолиевой кислоты, а также стимулирует процессы кроветворения, иммунную систему. Фолиевая кислота, входящая в состав препарата необходима для созревания и образования мегалобластов. Витамины группы В улучшают усвоение ионизированного же-

леза, способствуют лучшему усвоению белков. Никотинамид принимает участие в процессах тканевого дыхания, жирового и углеводного обмена. Цинк – 25 мг способствует усвоению витаминов группы В. Биологическая роль так же определяется необходимостью в обеспечении нормализации процессов кроветворения, репарации ран, синтеза ДНК и белка.

Результаты

Через 7-10 дней (к моменту выписки) отмечалось достоверное повышение гематологических показателей: гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, а также сывороточного железа. В группе больных с анемией, получавших «Ферсинол-Z» в предоперационном и раннем послеоперационном периодах не было гнойно-септических осложнений и не требовалось гемотрансфузий. Восстановление двигательной активности наступало раньше, и послеоперационный койко-день был меньше, в отличие от больных с миомой, не получавших данный препарат.

Выводы

В большинстве случаев для лечения ЖДС у женщин различных возрастных групп оптимальным является препарат «Ферсинол-Z», применение которого позволяет добиться хороших и быстрых результатов. Наличие в препарате фолиевой кислоты, аскорбиновой кислоты, цинка, никотинамида, витаминов группы В является его дополнительным преимуществом, так как при ЖДС часто имеет место дефицит этих витаминов. Наличие аскорбиновой кислоты улучшает всасывание и усвоение железа. Микрокапсулированная форма препарата, исключает местное раздражение желудка и кишечника. Научный и практический опыт неоднократно убеждал нас в целесообразности и высокой эффективности применения препарата «Ферсинол-Z» в акушерской и гинекологической практике.

Литература

1. Аркадьева Г.В. Диагностика и лечение железодефицитных состояний. // Учебно-методическое пособие. Москва 1999. – с.22–25.
2. Дворецкий Л.И. Железодефицитные анемии. – М., 1998. – 37 стр.
3. Кулаков В.И., Голубев В.А. Реконструктивная хирургия в современной гинекологии. // Сб. статей «Реконструктивная хирургия и реабилитация репродуктивной функции у гинекологических больных». – 1992. – С. 11–17.
4. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки: проблемы патогенеза и патогенетической терапии. – СПб. – 2000.

Современные подходы к хирургической гистероскопии при субмукозной миоме матки

Вольнова Г. З.

Городская многопрофильная больница АО «Талап», г. Уральск

Современный этап развития эндоскопической хирургии ознаменовался открытием нового раздела хирургической гинекологии – внутриматочной хирургии. Гистероскопия на сегодняшний день стала большим, чем просто внутриматочным исследованием, это доступ к органосохраняющим операциям, которые являются альтернативными традиционным гинекологическим операциям на матке.

Гистероскопические операции в нашей клинике выполняют-

ся с 2005г. За последние два года в нашей клинике выполнено 14 операций гистероскопическим доступом по поводу подслизистых миом матки. Возраст больных составил от 36 до 58 лет. Основными показаниями к оперативному лечению, служили: гиперполименорея, приводящая к анемии, бесплодие, невынашивание беременности, выраженный болевой синдром, безэффективность консервативного лечения, неоднократные неэффективные выскабливание полости матки, обусловленное

наличием подслизистой миомы. Диагноз - подслизистая миома устанавливался по результатам УЗИ, диагностической гистероскопии с обязательным диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала для исключения онкопатологии. Все больные проходили клиническое обследование, санацию половых путей. Метод обезболивания - внутривенная анестезия, эндотрахеальный наркоз.

Операции резектоскопии проводились на аппаратуре фирмы «Olympus» с применением оптики с углом 30 и 12 градусов. В качестве оптической среды использовался 5% раствор глюкозы (диэлектрик). Скорость подачи жидкости 400 мл в минуту, общий объём диэлектрика на одну операцию 10 - 15 литров, мощность электрического тока 20-30 Вт, в режиме «резка».

Размеры подслизистой миомы составляли от двух до пяти сантиметров в диаметре. Время операции составило от 55 до 90 мин. Кровопотеря при резектоскопиях составляла от 20 до 150 мл (в среднем 70 мл.). Проведение антибиотико-профилактики (Цефамед (цефтриаксон) 1,5 г + меркацин 500 мг., (препараты производства компании «World Medicine»), интраоперационно однократно), позволило отказаться от традиционного назначения антибактериальной терапии в послеоперационном периоде. Также назначался Флузамед (препарат этой же фармацевтической компании) 150 мг., однократно для профилактики грибковых инфекций. Нами не отмечено сколько-нибудь существенных послеоперационных осложнений. Средний койко-день составил 3,2 (после операции). Всем больным предлагалось провести контрольную гистероскопию через 1-3 месяца после проведённой операции. Следует отметить, что у всех прооперированных нами больных в послеоперационном периоде отмечалась нормализация менструального цикла, а также восстановление репродуктивной функции.

Хирургическое лечение пациенток с субмукозной миомой матки может осуществляться любым доступом: лапароскопическим, лапаротомным, гистероскопическим, выбор которого зависит от размеров опухоли, локализации узлов. Сопутствующей гинекологической и экстрагинетальной патологии.

Выводы

В результате проведенной работы определены преимущества

гистероскопической методики:

- Минимальная инвазия
- Минимальная интраоперационная кровопотеря.
- Минимальная травматизация тканей матки
- Незначительная длительность операции.
- Более легкое течение послеоперационного периода
- Сокращение сроков пребывания в стационаре.
- Сокращение времени восстановления трудоспособности.
- Возможность проведения родов ч/з естественные родовые пути.

Заключение

Таким образом, резектоскопия является перспективным методом в оперативной гинекологии, позволяющим избежать радикальных операций, а, следовательно, сохранить репродуктивный орган — матку, что на сегодняшний день является важной психологической и медицинской проблемой. Все перечисленные преимущества позволяют рекомендовать гистерорезектоскопию как операцию выбора у пациенток с субмукозной миомой матки.

Литература

1. Адамян Л.В., Белоглазова С.Е. *Роль гистероскопии и гистерорезектоскопии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. М: Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки. Матер. Междунар. конгр. с курсом эндоскопии 1999; 1: 63—65.*
2. Адамян Л.В., Демидов В.Н., Хачатрян А.К. *Гистероскопическая и эхографическая диагностика аденомиоза. Матер. Междунар. конгресса «Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки» 1999; 1: 54.*
3. Кулаков В.И., Овсянникова Т.В., Шилова М.Н., Волков Н.И. *Восстановление репродуктивной функции после комбинированного лечения с использованием золодекса у больных бесплодием и миомой матки. Пробл репр 1997; 3: 34—37.*
4. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. *Оперативная гинекология. Н. Новгород: НГМА 1998; 390.*
5. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каплушева Л.М. *Гистероскопия. М: ГЭОТАР Медицина 1999; 176.*

Пиелонефрит и беременность

Муменбаева С.А.

Женская консультация ГKB №5

Пиелонефрит - самое частое заболевание почек у беременных. Это инфекционное поражение встречается в 6-10% случаев. Возникновению пиелонефрита (ПН) способствуют гормональные изменения, свойственные беременности, сдавление мочеточников растущей маткой, наличие очагов инфекции в организме (ангина, кариозные зубы, фурункулез и др.). Под влиянием прогестерона, продуцируемого плацентой, наблюдается расслабление гладкой мускулатуры кишечника, мочевого пузыря и мочеточников. Наблюдается склонность к запорам и значительное замедление пассажа мочи. Отмечаются расширение, удлинение, искривление мочеточников с перегибами и петлеобразованием, увеличение полости лоханок. Нарушается уродинамика верхних мочевыводящих путей и кровообращение в почках. В то же время дизурия, нарушение функции мочевого пузыря, увеличение его объема в результате снижения тонуса, ухудшает эвакуацию мочи из верхних мочевых путей, что способствует ее задержке и развитию воспаления в почках. Патологический процесс развивается в интерстициальной ткани почки и завершается ее склерозированием, сдавливанием почечных канальцев, при этом рано нарушается концентрационная способность почек. На этом фоне может развиваться почечная гипертензия, которая наблюдается у 20% беременных с ПН.

Различают острый и хронический ПН. Появление или обо-

стрение ПН чаще происходит в 22-28 недель беременности, когда резко возрастают уровни половых и кортикостероидных гормонов. Этот период является критическим для беременных, больных ПН.

Острый ПН начинается с повышения температуры до 38-40° С, озноба, головной боли, боли в конечностях. Выраженные признаки интоксикации сопровождаются болями в пояснице, усиливающимися при дыхании, иррадиацией по ходу мочеточников, в паховую область, бедро, половые губы. Симптом Пастернацкого положительный. Выделяют интерстициальную, серозную и гнойную формы ПН. При тяжелом течении ПН появляются признаки почечно-печеночной недостаточности с азотемией, выраженной желтухой.

Хронический ПН начинается, как правило, в детстве. Обострения бывают связаны с гормональными сдвигами (пубертатный период, замужество, беременность, роды). Вне обострения больные чувствуют себя хорошо, иногда появляются неотчетливые жалобы на недомогание, головную боль, тупую боль в пояснице. У 5-10% беременных встречается бессимптомная бактериурия без каких-либо признаков воспаления мочевыводящих путей ни в настоящем, ни до беременности. У 40% женщин она переходит в клинически выраженный ПН.

Ведение беременности и родов

Пиелонефрит неблагоприятно влияет на течение беременности и состояние плода. Поздний гестоз присоединяется не менее чем у 40% больных ПН, особенно хроническим. Невынашивание у них достигает 30% за счет преждевременных родов. Перинатальная смертность составляет 25-50%. У новорожденных находят признаки внутриутробного инфицирования, они более подвержены послеродовым гнойно-септическим заболеваниям.

В зависимости от формы ПН выделено 3 степени риска по возникновению осложнений во время беременности и родов. 1 степень - женщины с острым ПН, возникшим во время беременности. 2 степень - беременные с хроническим ПН, 3 степень - беременные, страдающие ПН в сочетании с гипертензией, или азотемией, или беременные с ПН единственной почки. При 1 и 2 степени риска беременность можно пролонгировать при условии контроля за состоянием мочи 2 раза в месяц (в период между 22 и 28 неделями - еженедельно) и наблюдения у нефролога. При 3 степени беременность противопоказана из-за резкого ухудшения здоровья во время беременности с риском для жизни женщины. Госпитализация показана: при возникновении осложнений беременности; при обострении ПН на любом сроке беременности - в специализированный стационар или в наблюдательное отделение роддома; в критические сроки (22-28 нед) для обследования и определения функционального состояния почек; при выявлении гипоксии или гипотрофии плода.

Родоразрешение у больных ПН предпочтительно через естественные родовые пути в наблюдательном отделении роддома многопрофильной больницы. Широко используются спазмолитики и анальгетики, даже при наличии нефростомы возможны самопроизвольные роды. Кесарево сечение допустимо только по строгим акушерским показаниям, предпочтительно без вскрытия брюшной полости (экстраперитонеальным путем) во избежание тяжелых септических осложнений в послеоперационном периоде.

Терапия ПН зависит от формы и стадии заболевания, вида возбудителя, срока беременности. В I триместре используют полусинтетические пенициллины, которые не оказывают эмбриотоксического действия - ампициллин, оксациллин, метициллин. Во II триместре спектр антибиотиков расширяется ввиду включения защитной функции плаценты. Для усиления антибактериального действия антибиотики в течение 2-х недель назначают в комбинации с 5-НОК, невидграмоном, фурагином,

уросульфамом. На фоне антибактериальной терапии широко используется инфузионная, дезинтоксикационная, седативная, десенсибилизирующая терапия, витамины, растительные и салуретические (дробно, малыми дозами) мочегонные препараты. Проводится тщательное наблюдение за состоянием плода, обязательна профилактика гипоксии и гипотрофии плода.

В последнее время в урологической практике применяется растительный препарат Канефрон. Он оказывает антисептическое, противовоспалительное, спазмолитическое, антибактериальное, диуретическое действие, уменьшает проницаемость капилляров почек, что соответствует патогенезу развития патологического процесса в почках при ПН. Кроме того, он не вызывает аллергических реакций и рекомендован к применению у детей, начиная с грудного возраста. Установлено также, что канефрон усиливает выведение солей мочевой кислоты и подщелачивает мочу, что препятствует формированию камней в почках. Канефрон действует на тубулярный аппарат почки, в результате чего выделение белка с мочой значительно снижается. При увеличении диуреза до 2-2,5 литров не происходило нарушения соотношения микроэлементов крови.

Канефрон можно рекомендовать:

- для предгравидарной подготовки женщин, страдающих хроническим пиелонефритом с целью улучшения функционального состояния мочевыделительной системы, испытывающей во время беременности значительное увеличение нагрузки;
- для лечения ПН у беременных, начиная с ранних сроков беременности;
- для профилактики обострений ПН во время беременности в критические периоды;
- для профилактики осложнений беременности, связанных с нарушением функционального состояния почек, в том числе такого тяжелого и трудно поддающегося лечению, как ОПГ-гестоз на фоне ПН;
- для профилактики обострений и лечения мочекаменной болезни.

Литература

1. В.Н. Серов с соавт. *Практическое акушерство. М., Медицина. 1989 г.*
2. *Справочник по акушерству и гинекологии под редакцией Г.М. Савельевой. М., Медицина. 1996 г.*
3. С.Н.Калинина. *Роль Канефрона в лечении острого серозного пиелонефрита и в профилактике его гнойных осложнений*

Вагинальный кандидоз и беременность

Муменбаева С.А.

Женская консультация ГКБ №5

Особо важное значение вагинальные инфекции приобретают в акушерской практике, так как являются частой причиной развития воспалительных осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде. К осложнениям гестационного периода и родов, связанным с различными нарушениями микроценоза влагалища, относят угрозу прерывания, самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, хориоамнионит, несвоевременное излитие околоплодных вод, рождение детей с малой массой тела, хронической гипоксией и/или признаками внутриутробной инфекции, возникновение раневой инфекции родовых путей, эндометрита в послеродовом периоде.

Нарушение микроценоза влагалища наиболее часто связано с кандидозной инфекцией. По данным литературы, 75% женщин репродуктивного возраста переносят, по крайней мере, один эпизод вагинального кандидоза [3]. В настоящее время известно 196 видов грибов рода *Candida*. Из них со слизистых оболочек человека выделяют более 27 видов. По сводным данным, *Candida albicans* обнаруживают в кишечнике у 20-50% здоровых людей, на слизистой оболочке полости рта у 20-60%, во влагалище у 10-17% небеременных женщин. Вагинальный

кандидоз у беременных встречается в среднем в 30-40% случаев, а перед родами до 44,4%. 75% женщин репродуктивного возраста переносят, по крайней мере, один эпизод вагинального кандидоза.

Необходимо отметить, что кандидоз мочеполовых органов в 2-3 раза чаще встречается при беременности, чем у небеременных женщин. Столь высокая частота возникновения кандидоза влагалища в период гестации обусловлена рядом факторов: изменениями гормонального баланса; накоплением гликогена в эпителиальных клетках влагалища; иммуносупрессорным действием высокого уровня прогестерона и присутствием в сыворотке крови фактора иммуносупрессии, связанного с глобулинами. Установлена прямая связь между сроком гестации и частотой возникновения вагинального кандидоза.

Основная роль в возникновении вагинального кандидоза принадлежит грибам рода *Candida albicans*, выделяемым в 95% случаев. Для вагинального кандидоза во время беременности характерны бессимптомное течение и частые рецидивы. Беременные и родильницы с вагинальным кандидозом могут быть источником как внутриутробного, так и постнатального

инфицирования новорожденных. За последние 20 лет частота кандидоза среди доношенных новорожденных возросла с 1,9% до 15,6%.

При вагинальном кандидозе инфекционный процесс чаще всего локализуется в поверхностных слоях эпителия влагалища. На этом уровне инфекция может персистировать длительное время ввиду возникновения динамического равновесия между грибами, которые не могут проникнуть в более глубокие слои слизистой оболочки, и макроорганизмом, сдерживающим их, но не способным полностью элиминировать возбудитель. Нарушение этого равновесия приводит либо к обострению заболевания, либо к ремиссии или выздоровлению.

В зависимости от состояния вагинального микроценоза выделяют 3 формы *Candida* инфекции влагалища:

1. Бессимптомное кандидоносительство, при котором отсутствуют клинические проявления заболевания, дрожжеподобные грибы выявляются в низком титре (менее 10⁴ КОЕ/мл), а в составе микробных ассоциантов вагинального микроценоза абсолютно доминируют лактобациллы в умеренно большом количестве.

2. Истинный кандидоз, при котором грибы выступают в роли моно возбу дителя, вызывая клинически выраженную картину вагинального кандидоза. При этом в вагинальном микроценозе в высоком титре присутствуют грибы *Candida* (более 10⁴ КОЕ/мл) наряду с высоким титром лактобацилл (более 10⁶ КОЕ/мл) при отсутствии диагностически значимых титров других условнопатогенных микроорганизмов.

3. Сочетание вагинального кандидоза и бактериального вагиноза, при котором дрожжеподобные грибы участвуют в полимикробных ассоциациях, как возбудители заболевания. В этих случаях дрожжеподобные грибы (чаще в высоком титре) обнаруживают на фоне большого количества (более 10⁹ КОЕ/мл) облигатных анаэробных бактерий и гарднерелл при резком снижении концентрации или отсутствии лактобацилл.

Клиническая картина вагинального кандидоза обычно характеризуется следующими симптомами:

- обильными или умеренными творожистыми выделениями из половых путей;
- зудом, жжением, раздражением в области наружных половых органов;
- усилением зуда во время сна или после водных процедур и полового акта;
- неприятным запахом, усиливающимся после половых контактов.

В настоящее время принято различать 3 клинические формы генитального кандидоза:

1. Кандидоносительство
2. Острый урогенитальный кандидоз
3. Хронический (рецидивирующий) урогенитальный кандидоз.

Лечение вагинального кандидоза

Препараты, применяемые у беременных для лечения вагинального кандидоза, должны отвечать следующим требованиям: отсутствие токсичности для плода и для матери, высокая эффективность, хорошая переносимость, минимальная частота возникновения резистентности у возбудителей и т.д. Интравагинальное применение антимикотиков следует признать предпочтительным из-за очень низкой системной абсорбции препаратов, что сводит к минимуму возможность нежелательных эффектов. Кроме того, быстрее наступает уменьшение клинической симптоматики и выздоровление.

Препараты для лечения вагинального кандидоза подразделяют на следующие группы:

- антибиотики (нистатин, леворин, пимафуцин, амфотерицин В);
- имидазолы (клотримазол, кетоконазол, миконазол, гинопепарил);
- триазолы (флуконазол, итраконазол);
- комбинированные препараты (полижинакс, клион Д, пимафукурт);
- препараты разных групп (дафнеджин, йодат поливинилпирролидон, гризеофульвин, флуцитозин, нитрофунгин).

При лечении вагинального кандидоза эффективность клотримазола составляет 70-82%, миконазола 80%, кетоконазола 68%, полижинакса 85,5%, гинопепарила 86,7%, дафнеджина 93,5%, флуконазола 93,3%. Однако использование некоторых противогрибковых препаратов (например, флуконазола) ввиду их возможного тератогенного воздействия в период гестации противопоказано.

В последние годы для лечения вагинального кандидоза при беременности стали широко применять пимафуцин (натамицин), который является противогрибковым полиеновым антибиотиком из группы макролидов, имеющим широкий спектр действия. Он оказывает фунгицидное действие. Натамицин связывает стеролы клеточных мембран, нарушая их целостность и функции, что приводит к гибели микроорганизмов.

Клинические испытания препарата проводились при лечении большого количества больных, страдающих цервиковагинитами и вульвовагинитами, вызванными простейшими и грибами. Была доказана эффективность пимафуцина, во всех исследованиях отмечался высокий процент полного выздоровления с исчезновением клинических симптомов и нормализацией результатов бактериоскопического и бактериологического анализов.

Пимафуцин назначали после 12 недель гестации, при острой форме ВК по 1 вагинальной свече (100 мг натамицина) 1 раз на ночь в течение 6 дней, при рецидиве хронической инфекции в той же дозировке, длительностью 9 дней. Одновременно предупреждали о необходимости лечения супруга (например, 2% крем пимафуцин местно). Данные опроса пациенток показали, что уже на 23 день лечения отмечалось улучшение состояния. После окончания курса терапии у подавляющего большинства (94%) беременных отмечалось улучшение. Клинически оно выражалось в исчезновении выделений, гиперемии и отежности слизистой влагалища, чувства жжения и зуда. В мазках и бактериологическом посеве нити мицелия и дрожжевые клетки обнаружены не были. В мазках из влагалища лейкоцитоз составлял до 8-10 в поле зрения.

Литература

1. Прилепская В.Н., Анкирская А.С., Байрамова Г.П., Муравьева В.В. Вагинальный кандидоз. // М.: 1997. 40 с.
2. Mardh P.A. The vaginal ecosystem. // Amer. J. Obstet. Gynecol. 1991. Vol. 165, № 4, Pt. 2. P. 1163-1168.
3. Perry C., Whittinton R., McTavish D. Fluconazole. An update of its antimicrobial activity, pharmacokinetic properties and therapeutic use in vaginal candidiasis. // Drugs. 1995. Vol. 49. № 6. P. 994-1006.
4. Аюпян Т.Э. Бактериальный вагиноз и вагинальный кандидоз у беременных (диагностика и лечение): Дисс... канд. мед. наук. М. 1996. 141 с.
5. Мирзабалаева А. К. Основные принципы лечения хронического кандидоза гениталий у женщины. // Вестник дерматологии и венерологии. 1994. № 2. С. 20-22.

Бактериальный вагиноз как фактор риска у женщин в период беременности и послеродовой период

Бекесова Р.З.

Родильный дом Индирского района Атырауской области
УДК 618.15 – 002

Актуальность

Одной из актуальных проблем современного акушерства и гинекологии остаются вагинальные инфекции, относящиеся к числу наиболее частых акушерско-гинекологических заболеваний и становящиеся причиной возникновения осложнений в период гестации, родов, послеродового периода и заболеваний новорожденных. Бактериальные вагинозы имеют существенный удельный вес в структуре материнской заболеваемости и смертности. Несмотря на применение новых медикаментозных препаратов, частота этих заболеваний не снижается. Кроме того, эта инфекция часто является причиной прерывания беременности, особенно при наличии ее латентного течения. Заболевания, сопровождающиеся выделениями из влагалища, являются значительным фактором риска развития послеродовых гнойно-воспалительных осложнений. Бактериальный вагиноз, является причиной 1/3 всех эндометритов в популяции, и у 1/3 родильниц. Патологические процессы, связанные с выделениями из влагалища ассоциированы, в основном, с бактериальным вагинозом, трихомониазом и кандидозом. Причиной выделения из влагалища чаще всего является инфицирование цервикального канала гонококками или хламидиями, процессами из более высоких отделов половых путей женщины. Поэтому для диагностики причины этих выделений необходимы лабораторные исследования. [1-4].

Цель исследования

– диагностика и лечение бактериальных вагинозов у беременных женщин.

Материалы и методы исследования

Изучена документация женщин, находившихся в роддоме на лечении в период 2010 г. и первой половины 2011г. Диагноз бактериального вагиноза ставился на основании лабораторных и клинических данных.

Результаты и обсуждение

Была изучена медицинская документация 72 женщин, поступивших в сроки от 32 до 38 недель беременности. Возраст их варьировал от 18 лет до 39 лет. От 18 до 20 лет – 14 (19,4%), от 21 – 30 лет – 30 (41,6%), 31-39 лет – 28 (39,0%) женщин.

Самой частой причиной вагинозов, как видно из данных таблицы, является бактериальный вагиноз, выявленный в 70,8% случаев, в основном, у женщин в возрасте 21-30 лет – 47,0%. Частыми возбудителями бактериальных вагинитов являлись стафилококки, стрептококки, гонококки и т.д. Эти бактерии угнетают рост и жизнедеятельность влагалищных лактобактерий и сдвигу pH в щелочную сторону. Согласно многим руководствам бактериальный вагиноз не относят к заболеваниям, передаваемым половым путем, хотя заболевание чаще всего встречается у женщин с высоким промискуитетом и не использующих презервативы. Женщины предъявляли жалобы на обильные выделения из половых путей с сильным аминным запахом и в мазках была выявлена, в основном, кокковая флора. Лечение проводилось клиндамицином в виде вагинальных свечей, вагинальными таблетками трихопола, рофилактики вагинального кандидоза применялись противогрибковые вагинальные свечи нифуратела.

Урогенитальный кандидоз диагностирован в 20,8% случаев, в основном, у женщин 31-39 лет – 60,0%. В подавляющем большинстве случаев микозы не угрожают жизни, но очевидно,

Жүкті әйелдер арасындағы бактериалық вагиноз

Бекесова Р.З.

Бактериалық вагиноз 70,8% жүкті әйелдер арасынан табылған? Кебінесе ол 21-30 жас аралығындағы әйелдерден 47,0%, урогениталылық кандидоз 30-39 жас аралығындағы әйелдер арасынан 20,8% жағдайларда. Ал, трихомонадалық вагиноздар жалпы 8,3% әйелдерден, соның ішінде 50,0% жағдайда 21-30 жасындағы әйелдерден табылған. Әйелдердің барлығы тиісті ем қабылдағандықтан босаңғаннан және операциядан кейінгі кезеңдер асқынусыз емті және туылған нәрестелер арасынан терінің және клегей қабатының жұқпалы-қабыну аурулар байқалған жоқ.

Bacterial Vaginosis Of Pregnant Women

R.Z. Beckesova

Most frequently bacterial vaginosis was diagnosed at 70,8% of pregnant women, basely among 21-30 ages women – 47,0%, urine candidosis in 20,8% cases, often women of 31-39 ages in 60,0%, and trachoma vaginosis 8,3%, mostly among women of 21-30 ages – 50% cases. All patients were treated adequately, and had no complications and septic inflammation in post confinement period and among newborns.

Таблица. Возрастная структура вагинозов у женщин

Возраст женщин	Виды инфекции					
	Бактериальный вагиноз		Урогенитальный кандидоз		Трихомонадный вагиноз	
	абс	%	абс	%	абс	%
18-20 лет	10	19,6	2	10,5	1	16,7
21-30 лет	24	47,0	4	26,7	3	50,0
31-39 лет	17	33,4	9	60,0	2	33,3
Всего:	51	100	15	100	6	100

что ухудшение показателей качества жизни, рецидивы заболевания являются причиной формирования психосоматозов и трудноразрешимых внутрисемейных проблем. Все это заставляет относиться к этой проблеме с повышенным вниманием. С позиций акушерско-гинекологической науки особое внимание отводится вульвовагинальному кандидозу у беременных. Частота возникновения данной патологии превышает в 2-3 раза таковые у небеременных. Наличие молочницы создает большой риск инфицирования плода и новорожденного ребенка. Примерно у 20% новорожденных от инфицированных матерей развивается молочница рта. К тому же высока вероятность инфицирования и других отделов желудочно-кишечного тракта у новорожденного [5]. Кандидоз отмечался у женщин с сопутствующим сахарным диабетом, длительно принимающих кортикостероидную терапию. Больные жаловались на густые, белые, творожистые выделения из половых путей, их сухость, отечность и зуд. Бактерископически чаще всего выявлялись грибы рода Candida. Лечение проводилось чаще всего вагинальными свечами клотримазола и изоканазола.

Трихомонадный вагиноз, заболевание относящийся к инфекциям передаваемых половым путем. Был выявлен у 8,3% больных чаще всего у лиц 21-30 лет в 50,0% случаев. Женщины жаловались на обильные жидкие выделения, с неприятным запахом. Лечение назначалось обоим половым партнерам. Средствами выбора для лечения трихомониаза во всех современных руководствах считаются препараты из группы

нитроимидазолов. При установлении трихомонадной инфекции, лечение проводят как при наличии клинических проявлений, так и в случае бессимптомного течения. Во всех рекомендациях также отмечается необходимость лечения половых партнеров по эпидемиологическим показаниям независимо от результатов их обследования.

Во всех случаях вагинозов любой этиологии брались мазки из влагалища на стерильность после лечения. Лечение заболеваний, сопровождающихся выделениями из влагалища, с учетом патогенеза и его хронического течения, должно быть комплексным. Наряду с местным применением препаратов, проводятся мероприятия по выявлению и возможному устранению эндогенных и экзогенных факторов риска его возникновения. Целью лечения этих заболеваний является восстановление нормальной или максимально приближенной к норме экосистемы влагалища, восстановить лактофлору и не допустить развития суперинфекции. Препаратами выбора для этиотропной терапии являются антианаэробные антибиотики.

Исход беременности и родов был прослежен у всех женщин. У 71 беременной родоразрешились через естественные родовые пути, в одном случае была проведена операция кесарева сечения по поводу крупного плода с тазовым предлежанием. Послеродовой и постоперационный период протекали без

осложнений. Состояние новорожденных было удовлетворительным, случаев инфекционно-воспалительных заболеваний кожи и слизистых оболочек не выявлено. Таким образом, своевременная и эффективная комплексная терапия вагинозов снижает риск послеродовых и постоперационных осложнений у родильниц и заболеваний новорожденных в неонатальном периоде.

Литература

1. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире – М. 2005
2. Безнощенко Г.Б. неоперативная гинекология. Н.Новгород. Издательство НГМА, 2001 г. С. 153.
3. Гомберг М.А., Соловьев А.М., Плахова К. Диагностика и лечение заюлеванний, сопровождающихся выделениями из влагалища. // Лечащий врач. – 2006. № 10. С. 14-17
4. Хрянин А.А., Решетников О.В., Кривенчук Н.Н и др. Распространенность хламидийной и гонококковой инфекции и особенности сексуального поведения у женщин репродуктивного возраста. //Акушерство и гинекология. – 2004 г. - № 4. – С. 44-47.
5. Мальбахова Е.Т., Арзуманян В.Г., Комисарова Л.М., Карапетян Т.Э. Вульвагинитный кандидоз: видовое разнообразие и чувствительность к противогрибковым препаратам. // Акушерство и гинекология. – 2009. - №4. - С.44-46.

Гестоз как проблема современного акушерства

Бекесова Р.З.

Родильный дом Индирского района Атырауской области

Актуальность

Гестоз – это уникальная болезнь с наличием специфических сочетаний клинических симптомов, комплекса изменений в жизненно важных органах, включая фетоплацентарную систему. Это осложнение беременности характеризуется не только вазоспазмом, но и особенностями иммунного статуса, гормонального фона, нарушениями коллоидно-осмотических свойств тканей и плазмы, макро- и микрогемодинамики, гиповолемией на фоне олигурии, задержкой жидкости в организме до значительных количеств (6-12 л), фетоплацентарной недостаточностью и др. с развитием на конечном этапе полиорганной недостаточности [1]. Поздние гестозы являются наиболее тяжелыми и распространенными осложнениями беременности и являются одной из причин материнской и перинатальной смертности. Частота поздних гестозов достигает 8-14 % и не имеет тенденции к снижению. Течение поздних гестозов в настоящее время стало более злокачественным, а клиническая картина характеризуется стертойостью и в 80 % протекает малосимптомно [2,3,4]. Во многих случаях тяжелое состояние (высокая артериальная гипертензия, протеинурия с судорожным синдромом) и быстрое прогрессирование патологического процесса заставляют врачей прервать такую беременность ради спасения жизни матери. При этом, дети рожденные раньше срока, оказываются в тяжелом состоянии из-за длительного внутриутробной фетоплацентарной недостаточности и гипоксии [5].

Цель исследования

– диагностика гестозов у беременных женщин.

Материалы и методы исследования

Изучена документация 19 женщин, с поздними гестозами, находившихся на лечении в роддоме в период 2010 г. и девяти месяцев 2011г. Диагноз гестоза ставился на основании лабораторных и клинических данных.

Результаты и обсуждение

Возраст женщин варьировал от 21 года до 38 лет. Начальными симптомами гестоза являются скрытые или явные отеки, сниженный диурез и никтурия. Скрытые отеки наблюдались

Гестоз - қазіргі замандағы акушеплік қызметінің мәселесі

Автор мақаласында жүкті әйелдерде гестозды дамытатын маңызды себептері көрсеткен. Әйелдердің 42,7 %-да созылмалы пиелонефрит, 34,3 % артериалық гипертензия анықталған. Көптеген әйелдерден гемоглобин көрсеткішінің төмен болуы және біразынан улағыш зоб білінген. Қосарланған ауруларды дер кезінде алдын алу және емдеу шаралары зерттелген мерзімде аналық өлімші жағдайларынан сақтады.

Gestosis As A Problem Of Modern Cyiology

Maternity Hospital of Indirskiy district, Atyrau region
The author notes the most significant factors of origin gestational toxicosis of pregnant women in the article. The patients had chronic pyelonephritis - 42.7%, hypertension -34.3 % of all cases. The amount of women had low levels of hemoglobin, which is attended by Derbyshire neck. Detection and treatment in time of concomitant diseases makes possible to avoid maternal deaths during the study period.

у 4,3% женщин, но отмечалась протеинурия в моче, отеки на голени выявлялись у 46,8%, у 30,1 % выявлялись отеки голеней и передней брюшной стенки и у 18,8% были генерализованные отеки. Для гестоза характерна классическая триада симптомов, которая имела место у наших исследуемых женщин в 94,1 % случаев, только протеинурия была отмечена у 2,2 %, только отеки отмечались у 1,9 % и артериальная гипертензия наблюдалась у 1,8 % пациентов. В настоящее время при диагностике гестоза преобладает один из его основных симптомов, чаще всего имеет место артериальная гипертония, наблюдавшаяся у наших больных в 34,3 % случая, в основном среди женщин в возрасте старше 30 лет. У женщин в возрасте до 30 лет в анамнезе были данные о наличии хронических воспалительных заболеваний почек, в основном, хронического пиелонефрита у 68,6%. Однако, при тяжелом гестозе на фоне гипертонии у 57,3 % женщин протеинурия соответствовала максимальному количеству баллов по шкале тяжести. На почечной патологии вначале протеинурия преобладала у 42,7 % больных с последующим присоединением остальных симптомов тяжелого гестоза. Почти у всех женщин отмечался низкий уровень ге-

моглобина. У 9,4% больных сопутствующей патологией был диффузно - токсический зоб.

Гестоз остается одной из причин перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных и основная причина преждевременных родов, которые наблюдались у 8 наших пациентов. У 1 больной было мертворождение. Умерших детей до 28 недель беременности было двое. Преэклампсия была диагностирована у 1 женщины. Случаев материнской смертности не было.

Выводы:

- гестоз развивался на фоне сопутствующих хронических заболеваний как артериальная гипертензия, хронический пиелонефрит у 94,1% женщин, из них: хронический пиелонефрит сопутствовал у 42,7 % женщин, артериальная гипертензия у 34,3 %;

- классическая триада симптомов гестоза наблюдалась у 94,1 % женщин;

- своевременная профилактика, диагностика и лечение беременных женщин с гестозами позволили избежать материнской смертности.

Литература

1. Шалина Р.И. Гестоз – современное состояние вопроса. // *Акушерство и гинекология*. – 2007. - №5. – С.27-33
2. Каюпова Л.С., Адылханова Б.И. Поздние гестозы // *Акушерство, гинекология и перинатология* – 2003. - №6. – С.22-23.
3. Серов В.Н., Маркин С.А., Лубнин А.Ю. Эклампсия – М., - 2002.
4. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Курцер М.А., и др. Эклампсия в современном акушерстве // *Акушерство и гинекология*. – 2010. - №6. - С.4-9.
5. Актаева М.М., Кобзарь Н.Н.- там же. - С. 23-28

Внедрение медикаментозной тактики у женщин с эндемическим зобом в период родов

Алиева Ф.К., Гусейнова Р.И.

Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, Баку

Шекинский родильный дом, Шеки

Как известно, патология щитовидной железы у женщин встречается в 10-15 раз чаще, чем у мужчин. Особенно часто это заболевание наблюдается у беременных женщин, что отрицательно влияет на развитие плода и новорожденных младенцев.

Нарушение баланса тиреоидных гормонов у беременных женщин является первопричиной нарушений психоневрологического развития у детей. Эти гормоны играют очень важную роль в процессе внутриплодного развития, приспособлении плода к изменениям окружающей среды, его развитию, в формировании ЦНС (Центральной нервной системы).

Основа щитовидной железы в плоде закладывается на 4-5 неделе оплодотворения. Первые признаки гормональной активности обнаруживаются на 6-8 неделе. На 16-17 неделе беременности фетальная щитовидная железа полностью дифференцируется. Вопрос обеспечения плода йодом полностью присущ материнскому организму. Поэтому во время беременности обеспечение организма матери йодом - очень важная задача. Необходимо учесть, что в период беременности за счет почечного клиренса возрастает йодовая потеря и потребность организма в йоде падает. Во второй период беременности это состояние еще более усугубляется за счет того, что находящиеся в организме матери запасы, потраченные неорганическому йодовому фетоплацентарному комплексу, в свою очередь, это способствует обеспечению синтеза тиреоидных гормонов в плоде. Йодовый дефицит, имеющийся в окружающей среде и пище, являясь причиной хронического раздражения щитовидной железы, подвергает ее гиперпластическому изменению. Это проявляется как у матери, так и у плода.

Согласно литературным данным, в Европе широко распространены заболеваниями щитовидной железы является эндемический зоб, который в период половой зрелости, беременности и лактации в связи с возрастанием потребности в йоде сопровождается гормональными изменениями. В странах, в которых йодовый баланс беременных женщин обеспечен, дефицит йода в окружающей среде не приводит к патологическим состояниям. В результате дефицита йода щитовидная железа подвергается неорганической стимуляции, в результате чего клетки щитовидной железы подвергаются гиперплазии и гипертрофии. При гипотиреозе, являющемся патологией щитовидной железы с тяжелым течением, при невозможности лечения в очень малом числе случаев возможно наступление беременности, даже если беременность наступила, вопрос рождения здорового ребенка под сомнением.

Внедрение медикаментозной тактики у женщин с эндемическим зобом и в период родов

Как известно, патология щитовидной железы у женщин встречается в 10-15 раз чаще, чем у мужчин. Особенно часто это заболевание наблюдается у беременных женщин, что отрицательно влияет на развитие плода и новорожденных младенцев.

Нарушение баланса тиреоидных гормонов у беременных женщин является первопричиной нарушений психоневрологического развития у детей. Эти гормоны играют очень важную роль в процессе внутриплодного развития, приспособлении плода к изменениям окружающей среды, его развитию, в формировании ЦНС (Центральной нервной системы).

Drug Application Tactics In Women With Endemic Goiter During Labor

F.K.Aliyeva, R.I.Huseynova

Scientific-Research Institute Obstetrics and Gynecology Baku. Maternity hospital, Shaki

It is known that thyroid cancer occurs in women 10-15 times more frequently than men. Most often this disease occurs in pregnant women, which negatively affects the development of the fetus and newborn infant. Imbalance of thyroid hormones in pregnant women is the root cause of neuropsychiatric disorders in children. These hormones play an important role in the development in fetus, fetal adaptation to a changing environment, its development, the formation of the CNS (central nervous system).

При наличии определенного дефицита тиреоидных гормонов у матери оплодотворение и, в особенности, развитие эмбриона затрудняется, становится патологией. А.Бален с соавт. отмечают, что если беременность наступает при гормональной недостаточности щитовидной железы, дети могут родиться здоровыми; но до 7 лет у таких детей отмечается слабость интеллекта.

В то же время, гормональное нарушение щитовидной железы нарушает течение беременности. Так, наблюдаются преждевременные роды; ранний выкидыш; запоздалый выкидыш. У беременных женщин отмечаются такие жалобы, как адинамия, подавленность, отечность, сонливость, нарушение памяти и др.

Увеличение во время второго триместра беременности количества околоплодной жидкости также относится к встре-

чаемым патологиям.

Наряду с течением беременности наблюдаются осложнения родов; так, наиболее часто встречаемые ситуации: задержка общих сроков родов, слабость I и II позывов, несвоевременное рождение плаценты, слишком большая потеря крови и др., малый вес новорожденных, т.е. их гипотрофичность, оценка ниже 8-9 баллов по шкале Апгара.

Наша исследовательская работа проводилась в самой насыщенной эндемическим зобом зоне Азербайджанской Республики – на территории Шеки.

В исследовании было вовлечено 80 женщин. На основании проведенных научно-исследовательских работ стало известно, что если частота встречаемости зоба у беременных до профилактики йодом составляла 90%, то после профилактических мероприятий этот показатель стал равен 36,7%.

Поэтому в зонах дефицита йода с целью предотвращения нежелательных осложнений считаем важным проведение у беременных или же женщин, планирующих забеременеть, профилактических мероприятий йодом и препаратами йода или же заместительной гормональной терапии.

Выводы

При динамическом изучении функциональных особенностей щитовидной железы у женщин с эндемическим зобом были получены следующие выводы:

T3 – в I группе (беременные с эутиреоидным эндемическим зобом) $1,64 \pm 0,16 - 1,90 \pm 0,11$;

Во II группе (беременные женщины с эндемическим зобом, сопровождающимся гипотиреоидными признаками) $1,82 \pm 0,20 - 0,81 \pm 0,13$;

В III группе (лечащиеся во время беременности беременные женщины с эндемическим зобом) $1,19 \pm 0,22 - 1,40 \pm 0,32$;

В IV группе (практически здоровые) $1,66 \pm 0,33 - 1,33 \pm 0,21$;

T4 – в I группе (беременные эутиреоидным эндемическим зобом) $4,90 \pm 0,23 - 6,10 \pm 0,33$

Во II группе (беременные женщины с эндемическим зобом, сопровождающимся гипотиреоидными признаками) $3,69 \pm 0,19 - 3,40 \pm 0,29$;

В III группе (лечащиеся во время беременности беременные женщины с эндемическим зобом) $4,29 \pm 0,29 - 3,80 \pm 0,19$;

В IV группе (практически здоровые) $7,12 \pm 0,88 - 6,10 \pm 0,59$

TSH – в I группе (беременные эутиреоидным эндемическим зобом) $4,90 \pm 0,23 - 6,10 \pm 0,33$;

$6,20 \pm 0,31 - 6,08 \pm 0,39$;

Во II группе (беременные женщины с эндемическим зобом, сопровождающимся гипотиреоидными признаками) $10,90 - 11,78 \pm 0,38$;

В III группе (лечащиеся во время беременности беременные женщины с эндемическим зобом) $10,0 \pm 0,63 - 7,40 \pm 0,47$;

В IV группе (практически здоровые) $3,60 \pm 0,29 - 4,83 \pm 0,28$

Практические рекомендации

Выявляя эндемические зоны на территории Республики, с целью прогнозирования ожидаемых осложнений, предотвращения возможных осложнений рекомендуем важность йодовой профилактики. Для проведения йодовой профилактики при беременности целесообразно использование не только йодовой, но и витаминно-минерального комплекса, содержащего йод, потому что отпадает возможность йодового избытка. В зонах йодового дефицита ввиду того, что беременность сама по себе усугубляет этот дефицит, у женщин, планирующих забеременеть, и в период беременности очень важно проведение профилактики йодовыми препаратами.

На основании результатов проведенной научно-исследовательской работы было установлено, что различные варианты эндемического зоба по-разному влияют на течение беременности. Поэтому если при эутиреоидном эндемическом зобе приходится проводить легкую йодовую профилактику, то при эндемическом зобе, сопровождающемся гипотиреоидными признаками, наряду с йодовой профилактикой важно проводить мероприятия по гормональной терапии.

На основании предложенных рекомендаций подготовлены практические указания.

Литература

1. Аббасова В.Г. Гормональная регуляция репродуктивной сферы и системы гипофиз – щитовидная железа при аменорее в сочетании с эутиреоидным эндемическим зобом // *Аз. Мед. Ж.*, 2004, № 2, с.66-69
2. Исрафилбейли С.Г. Влияние эндемического зоба на функцию яичников в различные периоды жизни женщин. Автореф. дис. ... док.мед.наук. Баку, 1974, с.30
3. Касаткина Э.П., Шилин Д.Е., Петров Л.М. Роль йодного обеспечения в неонатальной адаптации тиреоидной системы // *Пробл. эндокринологии*, 2001, т.47, №9, с.10-15
4. Клименко Н.И., Малясов С.В., Мельниченко Г.А. Заболевания щитовидной железы и беременность // *Русский мед. журнал*, 1999, №3, (электронный ресурс)
5. Кобозаева Н.В., Гуркин Ю.А. Перинатальная эндокринология. Руководство для врачей. Л., 1986, с.128-163
6. Яворовская К.А., Щедрина Р.Н., Петрович Е. Роль нарушений функции щитовидной железы в реализации программы экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов // *Ж. Акушерство и Гинекол.*, 2004, №6, с.8-10
7. Glinoe D., De Nayer P. Regulation of maternal thyroid gland during pregnancy // *J.Endocrinol. Metab.*, 1996, v.71, p.276-287
8. Joshimira M. Thyroid-stimulating activity of human chorionic gonadotropin msera of normal pregnant women // *Acta Endocrinol. (Copenh.)*, 1990, v.123, p.277-281
9. Porterfield S.P., Hendrich C.E. The role of thyroid hormones in prenatal and neonatal neurological development-current perspective // *Endocrine Reviews*, 1993, v.14, No 1, p.94-103
10. WHO. Assessment of iodine Deficiency disorders and monitoring their Elimination / 2nd Ed., Geneva, 2001

Осложнения беременности и родов у женщин с ожирением

Ли О.Н.

ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр» Управления здравоохранения акимата ЗКО

Актуальность

Ожирение – одна из самых распространенных форм нарушений жирового обмена, причем частота его не имеет тенденции к снижению. Число беременных с этой патологией достигает 15,5-26,9 %. По данным литературы, выделяют 3 формы ожирения: 1) обменно- алиментарная – диагностируется у 70 % людей с избыточной массой тела. 2) церебральная- у 14 %. 3) эндокринно- обменная- у 16 %.

Каждая форма имеет 4 степени выраженности: I ст- масса тела превышает «идеальную» не более чем на 29%; II ст.-на 30%-49%; III ст.- на 50%-99%; IV ст.- фактическая масса тела

превышает «идеальную» на 100 ИБОЛЕЕ %.

Ожирение отрицательно влияет на функцию различных органов и систем организма, создавая предпосылки для развития экстрагенитальных заболеваний и снижения сопротивляемости инфекции, превышающей риск развития патологического течения беременности, родов, послеродового периода у женщин, перинатальной заболеваемости и смертности новорожденных. Несмотря на широкое распространение ожирения среди беременных и обусловленность его социально – экономическими и экологическими факторами современной жизни, в литературе последних лет не уделяется должного внимания акушерским и перинатальным аспектам проблемы. Так же нет достоверных

массы тела проводилось по Брокю: рост в сантиметрах, минус 100 равен нормальной массе тела.

Результаты исследования и их обсуждение. В возрасте до 20 лет: I ст. ожирения выявили у 3(1%), II-у 11(3,8%), III- у 1(0,3%)

.От 20 до 30 лет: I ст. ожирения выявили у 48(16,9%), II- у 92(32,3%), III ст.- у 18(6,3%).

От 30 до 40 лет: I ст.- у 32 (11,2%), II ст. у 46 (16.1%), III ст. у 19 (6.6%).

От 40 и более: I ст. О, II ст.- у 4 (1,4%), III ст.- у 5 (1,7%).

Первородящие: I ст. – у 45 (1,7%), IIст у 56 (19,7%) IIIст.- у 27 (9,5%).

Повторнородящие: I ст- у 24(8,4%),IIст у 53(18,6 %),IIIст у 20 (7 %).

Многорожавшие: I ст- у 11(3,8%), II ст у 29 (10,2 %),III ст у 19(6.6%).

I степень ожирения преобладает у женщин в возрасте от 20 до 40 лет. На втором по значимости месте стоят женщины со II и III степенью ожирения. Всем женщинам проведено УЗИ и у43% пациенток выявлена плацентарная недостаточность.

У 52,6% обследованных женщин выявлены различные экстрагенитальные заболевания (таблица 1).

По мере увеличения степени ожирения у беременных повышалась частота заболеваемости анемией и острыми респираторными инфекциями. Мочекаменная болезнь, хронический холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, миопия высокой степени, пролапс митрального клапана имели место в единичных случаях.

Сопутствующие экстрагенитальные заболевания в% у беременных с ожирением.

Таблица 1.

Заболевания	Степень ожирения			Всего
	I	II	III	
Гипертоническая болезнь. ВСД	2	2,5	4,3	8,8
Анемия	5,7	20	54	79,7
Хронический пиелонефрит	9	10	10,2	29,2
Хронический тонзиллит	6	6,6	9,6	19,2
Варикозная болезнь	2,5	5	5,1	12,6

Отягощенный гинекологический анамнез и гинекологические заболевания обнаружены у 60% рожениц. Среди перенесенных гинекологических заболеваний преобладали воспалительные заболевания женских половых органов при Iст.-27%, IIст.21,5%? IIIст.-8,3% женщин; нарушений функций яичников при Iст.-9%, IIст.-21.5%,IIIст.-25%; бесплодие при Iст.-9%, IIст.-15,8%, IIIст.-16,6 %.

Высокая частота экстрагенитальных и гинекологических инфекционно- воспалительных заболеваний свидетельствует о снижении иммунологической и неспецифической резистент-

ности организма матери, что существенно повышает риск перинатального инфицирования и развития послеродовой инфекции, как у матери, так и у ребенка.

Осложненное течение беременности с развитием гестозов выявлено у 134 беременных (48,5%). Ранние гестозы наблюдали более чем у половины беременных, независимо от степени ожирения.

При проведении обследования выявлено следующее:

- запоздалые роды составили 1.4% случаев;
- преждевременные роды составили 2,8%;
- преждевременное излитие околоплодных вод 38,7 %;
- слабость и дискоординация родовой деятельности 14%
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 3,5%;
- кесарево сечение 13,3%..;
- перинатальная смертность составила 1,4%;
- рожденные в асфиксии Iст.-2,8 %, IIст- 0,3%;
- осложнения послеродового периода у 2,1% рожениц (эндометрит-0,7%, субинволюция матки-1,4%).

Заключение

Результаты обследования показали, что анемия, инфекционные заболевания во время беременности. Гестозы, угроза прерывания беременности обусловили высокий перинатальный риск для плода и новорожденного у женщин страдающих ожирением. В 90% случаев беременных проведено стационарное лечение гестозов с сопутствующей экстрагенитальной патологией и санацией очагов инфекции, а так же лечение хронической гипоксии плода, плацентарной недостаточности, что позволило снизить на порядок перинатальную смертность и послеродовые осложнения.

Резюме

Таким образом, ожирение, частота которого имеет достоверную тенденцию к увеличению, является отрицательным преморбидным фоном для развития беременности и течения родов. Указанные в работе осложнения чаще отмечены при сочетании ожирения с другими экстрагенитальными заболеваниями. Следовательно, женщин с ожирением следует относить к группе высокого риска по развитию осложнений во время беременности, родов и перинатальной патологии.

Литература

1. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Москва, "Триада – X", 2005.
2. Пасиешвили Л.М., Бобро Л.Н., Шапкин В.Е., Заздравнова А.А. Справочник участкового терапевта. Ростов –на Дону, "Феникс", 2003.

Эффективность применение противогрибкового препарата «Залаин» при лечении острого кандидозного вульвовагинита

Ускембаева Н.С.

КГКП №2 - поликлиники смешанного типа, г. Усть-Каменогорск

Кандидозный вульвовагинит является одной из основных причин обращения женщин репродуктивного возраста за медицинской помощью. Большое значение в возникновении и росте частоты случаев кандидозного вульвовагинита имеет ряд предрасполагающих факторов, таких как длительный, бесконтрольный прием антибиотиков, терапия кортикостероидами, использование оральных контрацептивов, наличие тяжелых инфекционных заболеваний, иммунодефицитных состояний и др.

Острый кандидозный вульвовагинит ярко выраженные воспалительные изменения слизистых оболочек, сопровождающиеся обильными характерными творожистыми белями, при

длительности заболевания не более 2 месяцев.

Возбудители кандидозного вульвовагинита:

В 45-80% случаев – это candida albicans. Дрожжевая клетка имеет многослойную клеточную стенку, цитоплазму с включением гликогена и рибосом, цитоплазматическую мембрану, крупное ядро вакуоли. Очень важна роль клеточной стенки, участвующей в клеточном метаболизме, в процессах инвазии и колонизации макроорганизма. Клеточная стенка способна защитить грибы от губительного воздействия лекарств и часто именно особенности строения клеточной стенки становятся причиной неэффективного лечения противогрибковыми пре-

паратами (антимикотиками).

В клинической практике нередко наблюдается снижение частоты рецидивов КВВ после устранения *Candida* в кишечнике, хотя многие авторы считают, что этот источник не имеет значения в развитии реинфекции.

Другие возбудители кандидоза – *Candida nonalbicans* – так же являются причиной кандидоза.

При выборе метода лечения кандидозного вульвовагинита учитываются следующие требования к препарату:

1) препарат должен быть эффективным при использовании, и не давать резистентности. Особенно сейчас отмечается резистентность сразу к нескольким противогрибковым соединениям (перекрестная резистентность).

2) адекватность терапии (широкий спектр действия).

3) препарат должен иметь фунгистатическое (останавливающее размножение грибов) и фунгицидное действие (убивающее грибы) должно быть в максимально низких дозировках.

4) короткий курс лечения.

Учитывая все эти требования, к лечению КВВ широко используется в моей практической работе препарат Залаин (сертаконазол), фирма «Егиз», Венгрия, в форме вагинальных свечей. Активный ингредиент его – 2% нитрат сертаконазола, противогрибковое средство из ряда азолов с отличной противомикотической активностью.

Залаин – это первый в мире двух молекулярный оригинальный препарат, который позволяет преодолеть перекрестную резистентность.

Азоловая часть Залаина обеспечивает фунгистатический механизм препарата, это происходит за счёт воздействия на клеточную мембрану грибов, нарушая синтез эргостерола, и происходит нарушение устойчивости мембраны грибов.

Бензотиафен в составе Залаина действует фунгицидно, даже в очень низких концентрациях на плазматическую мембрану гриба.

Бензотиафен обеспечивает активность препарата Залаин при перекрестной резистентности к другим азолам. После использования Залаин не обнаруживается ни в моче ни в крови. Но в вагинальном содержимом находится в течении 7 дней.

Цель исследования

– определить клиническую эффективность сертаконазола (Залаина) в лечении острого кандидозного вульвовагинита.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 45 женщин в возрасте от 17-48 лет (средний возраст составил 27,8 года), обратившихся по поводу кандидозного вульвовагинита. Клинический диагноз подтвержден у всех женщин до лечения, через 1 и 4 недели после окончания терапии следующими анализами: микроскопия влагалищных мазков, окрашенных по Грамму из уретры и шейки матки, посев влагалищных мазков, проведена ПЦР диагностика на ИППП. Имеющие ИППП женщины не были включены в наблюдение. Микроскопией выявлены грибы рода *Candida*. После установления диагноза все пациентки получали местную монотерапию 1-дневным курсом препарата «Залаин» (сертаконазол): по 1 свече (300 мг) глубоко в задний свод влагалища на ночь. Через 1 неделю после лечения пациенткам проводили повторное микроскопическое и культуральное исследование. При отсутствии клинического и микологического излечения назначали

повторное 1-кратное введение 300 мг препарата в задний свод влагалища с повторным контролем через 7 дней. Таким образом, каждой пациентке проводилось 3-кратное контрольное исследование через 7, 14 и 28-30 дней. При каждом посещении больной проводили анкетирование с целью выявления возможных нежелательных эффектов. Половой партнер пациентки при наличии у него сходных жалоб получал соответствующее лечение кремом, содержащим сертаконазол с рекомендациями использовать презерватив для предотвращения реинфекции. Для оценки клинической эффективности учитывались следующие показатели:

Полное выздоровление – не было жалоб. Объективное улучшение и отсутствие грибов в микроскопическом исследовании.

Значительное улучшение – отсутствовали жалобы, но сохранялись объективные признаки воспаления, не было лабораторных признаков кандидоза.

Незначительное улучшение – сохранились некоторые симптомы заболевания.

Эффект отрицательный.

Повторно мазки исследовались через неделю от начала лечения и через 14-15 дней.

Полученные результаты

Через три дня от начала лечения 51% (23 чел.) женщин уже отметили клиническое улучшение (исчез зуд влагалища и наружных половых органов).

Через 5 дней исчезли все остальные симптомы заболевания у 44 женщин, у 1 женщины (2,2%) сохранился незначительный дискомфорт во влагалище. Через 14 дней контрольный мазок только у 1 женщины (2,2%) выявил наличие грибка рода *Candida* (носительство), клинических проявлений заболевания не было.

Повторно Залаин (одна свеча) был назначен при дискомфорте во влагалище у 2-х (4,4%) женщин и 1-ой женщины (2,2%) при кандидоносительстве. В дальнейшем проявления заболевания у них не было.

Через 28 недель после лечения рецидивов не было ни у кого. Нежелательных и побочных эффектов не наблюдалось.

Выводы

Сертаконазол, производное имидазола и бензотиафена «Залаин», является эффективным и безопасным средством для лечения острого кандидозного вульвовагинита. Высокая клиническая эффективность сертаконазола, короткий курс лечения, удобство применения, отсутствие каких-либо побочных эффектов и системного воздействия позволяет считать «Залаин» препаратом выбора в лечении острого кандидозного вульвовагинита.

Использованная литература

1. Мамедалиева Н.М., Султанова Ж.У. «Опыт применения нового инновационного антимикотика залаин», ж. Медицина, 2008 №3.
2. Хамаганова И.В. «Кандидозный вульвовагинит», *Лечащий врач* 2007 №3 стр 50-53.
3. Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф. и др. «Эффективность и безопасность сертаконазола залаин и пимафуцина в лечении острого урогенитального кандидоза у женщин» *Акушерство и гинекология* 2007, №6.
4. Тихомиров А.Л. «Лечебная тактика при кандидозном вульвовагините» *Гинекология* 2007 Т9. №4.

Клинический опыт применения сукцинированного желатина в терапии критических состояний, связанных с острой массивной кровопотерей

Крупко О.Ф.

ГККП „Рудненская городская больница“, г. Рудный
УДК 616 – 005.1-085

Тяжелые травмы, операции на органы грудной и брюшной полостей, операции в травматологии и ортопедии неизбежно сопровождаются кровопотерей. Эффективность инфузионно-трансфузионной терапии во многом зависит от целенаправленного обоснования ее программы, характеристик инфузионных растворов, их фармакологических свойств и фармакокинетики. Поэтому инфузируемые растворы должны увеличивать ОЦК, а затем восстанавливать функции крови - транспортную, буферную, иммунную. В этом случае традиционным считается назначение коллоидных и кристаллоидных растворов. На сегодняшний день имеется достаточный опыт использования коллоидных препаратов. Однако, несмотря на более полувековую историю применения коллоидных растворов, большое число клинических и экспериментальных работ, продолжается дискуссия о выборе препарата в той или иной клинической ситуации.

Цель настоящей работы

- оценить влияние на центральную гемодинамику, транспорт кислорода раствора на основе 4% модифицированного жидкого желатина (сукцинированного желатина) в комплексной терапии критических состояний организма.

Материалы и методы

За 2011 год в отделение анестезиологии и реанимации городской больницы г. Рудный поступило 59 больных в состоянии травматического геморрагического шока, сопровождающегося выраженной гиповолемией. Кровопотеря составила не менее 35-40% от ОЦК. Основную группу - 30 человек - составили пациенты с колото-резанными торакоабдоминальными ранениями. Вторую группу - 14 человек - пациенты с травмами органов брюшной полости (с повреждением печени, желудка, селезенки). Третью группу - 15 человек - пациенты, представлявшие собой пострадавших с переломом костей таза либо с повреждением внутренних органов, либо без повреждения внутренних органов. Раствор 4% сукцинированного желатина включали в комплексную инфузионную и протившоковую терапию в объеме 500 - 3000 мл/сутки до достижения стойкого клинического эффекта и стабилизации гемодинамики. Проведено 130 трансфузий сукцинированного желатина. Параллельно проводилась инфузия в периферические вены кристаллоидных растворов (0,9% раствор NaCl, 5% раствора глюкозы), глюкокортикоидов.

Всем пациентам проводилась либо оксигенотерапия, либо респираторная поддержка.

В результате проводимой терапии у всех пациентов в короткие сроки отмечалось улучшение центральной гемодинамики. Внутривенное введение сукцинированного желатина приводило к увеличению ЦВД на 10-15%, стабилизации АД на уровне 90/60 - 100/70 мм.рт.ст., снижение тахикардии, увеличение диуреза, повышение оксигенации тканей с 74% до 99%. Отмечено значительное уменьшение потребности в дополнительной гемотрансфузии и переливании СЗП.

Исследование коагулограммы и времени свертывания крови не обнаружило какого-либо влияния сукцинированного желатина на свертывающую систему крови. Даже в больших

Қатты ауыр қансырауға байланысты критикалық жағдайлардың терапияда сукциниленген желатиннің пайдалануының клиникалық тәжірибе

Крупко О.Ф.

ҰҚКК «Рудныйдың қалалық ауруханасы», Рудный қаласы

Ауыр травмалар, кеуде және құрсақ қуыстарының органдарына операциялар, травматологиядағы және ортопедиядағы операциялар шарасыз қансырауға әкеледі. Инфузиялық және трансфузиялық терапия көбінде оның бағдарламасының мақсатты негіздеуіне, инфузиялық ерітінділерінің сипаттамасына, олардың фармакологиялық және фармакокинетикалық ерекшеліктеріне байланысты. Сол үшін инфузияланатын ерітінділер қанның көлемін үлкейту керек, содан кейін қанның функцияларын - транспорттық, буферлік және иммундық- қалпына келтіру керек. Бұл жағдайда коллоид және кристаллоид ерітінділердің белгілеуі дәстүрлі деп саналады. Бүгінгі күнде коллоид препараттар қолдануының жетерлік тәжірибе бар. Дегенмен, коллоид препараттар қолдануының жарты-ғасырдық тарихына, сондай-ақ клиникалық және эксперименттік зерттеулердің үлкен санына қарамастан, кейбір клиникалық ахуалдарда препараттардың таңдауы туралы дискуссия жалғасып жатыр.

Clinical experience of use of succinylated gelatin in therapy of critical conditions associated with an acute massive bleeding

Krupko O.F.

SPCE "State hospital of Rudny", department of anaesthesiology and intensive care medicine, anaesthesiologist-intensivist, Rudny

Acute traumas, surgery on organs of thoracic and peritoneal cavities, surgery in traumatology and orthopedics are usually associated with bleeding. Efficacy of infusion and transfusion therapy predominantly depends on aim-oriented substantiation of its program, characteristics of infusion solutions, their pharmacological properties and pharmacokinetics. Infusion solutions must therefore increase blood volume and then restore blood functions - transporting, buffer and immune functions. In this case prescription of colloid and crystalloid solutions is considered traditional. To date there is a sufficient experience of use of colloid preparations. However, in spite of more than a half-century history of use of colloid solutions and a great number of clinical and experimental studies, discussion on choice of a preparation in certain clinical settings still exists.

объемах сукцинированный желатин не оказывает специфического влияния на гемостаз. Каких-либо побочных эффектов мы не наблюдали.

Таким образом, использование модифицированного жидкого желатина с целью ликвидации гиповолемии способствует более быстрому выходу пациента из критического состояния шока.

Выводы

Применение 4% сукцинированного желатина в терапии острой массивной кровопотери обеспечивает высокий волевый эффект, позволяя в короткие сроки стабилизировать показатели центральной гемодинамики, благоприятно влияет на кислородтранспортную функцию крови, не влияя специфически

чески на систему гемостаза, увеличивает фильтрационную способность почек, обеспечивает безопасность. Способствует быстрому выходу больных из состояния шока.

Литература

1. Братусь В.В., Бутылин Ю.П., Дмитриев Ю.Л. Интенсивная терапия в неотложной хирургии. Киев, 1980.
2. Глушнев И.В., Таратина, Т.М., Иванова, и др. Возможность применения конъюгатов гидролизатов желатины и декстрана в качестве плазмозаменителей и дезинтоксикантов. // В кн.: Актуальные проблемы улучшения качества кровезаменителей, консервантов крови, гормональных и органотерапевтических препаратов.

М., 1991. с.98.

3. Кочетыгов Н.И. Кровезаменители при кровопотере и шоке. "Медицина", Л., 1984.
4. Малышев В.Д. Интенсивная терапия. М., 1997.
5. Франке Р. Восполнение объема циркулирующей крови с использованием коллоидных растворов. // Анест. и Реан. 1999. №3 с. 70-76.
6. Хлябич Г.Н. Основные направления исследований по созданию перспективных технологий производства кровезаменителей. // В кн.: Актуальные проблемы улучшения качества кровезаменителей, консервантов крови, гормональных и органотерапевтических препаратов. М., 1991. с. 3-9.
7. Laubenthal H. Dextrananaphylaxie, Pathomechanismus und Prophylaxe. 1986. Springer-Verlag, S. 51-83.

Концепция нутритивной поддержки у детей, находящихся в критических состояниях

Штейгервальд Ф.Ф.

ОРИТ, ГККП «Детская гордская больница», г.Костанай

Накопленный опыт и знания в области лечебного питания показывают, что своевременно назначенная нутритивная поддержка у детей в критических состояниях является важной составной частью общего комплекса интенсивной терапии. При угрожающих состояниях характерна катаболическая направленность обмена веществ, провоцируемая течением ответа острой фазы, приводящей к быстрому истощению пластических и энергетических ресурсов организма.

В последние годы было доказано, что питание тяжелобольных детей, организованное с учетом патологии, должно быть направлено, в первую очередь, на нормализацию обменных процессов, восстановление утраченных структур органов и систем. Вот почему от качества энергетического, белкового, водно-электролитного, витаминного обеспечения организма зависит эффективность лечения и прогноз заболевания.

Парентеральное питание как основа обеспечения больного нутриентами в настоящее время может использоваться не только в травматологии и хирургии, где оно является предметом постоянного внимания анестезиологов-реаниматологов, и не только при ведении послеоперационных больных. Адекватное катаболизму смешанное искусственное питание может оказаться решающим фактором выведения из тяжелого состояния больного с быстро прогрессирующим сепсисом, синдроме полиорганной недостаточности, в клинике инфекционных болезней при предельном катаболизме, у неврологических больных с распространенными поражениями нервной системы.

Принципиально показания к ПП (парентеральному питанию) в клинической медицине могут быть сведены к следующим (Хапий Х.Х., 2001г.):

Невозможность полноценного энтерального (в том числе зондового) питания;

Менингококцемия, энцефалит, сепсис, черепно-мозговая травма в катаболической фазе процесса;

Дистрофия и кахексия;

Неукротимая длительная рвота любого происхождения;

Длительное и глубокое бессознательное состояние с расстроенным механизмом глотания;

Стойкий парез кишечника при невозможности энтерального питания (невозможность приема пищи через рот при пороках развития и травмах челюстно-лицевой области и глотки, если невозможно ввести зонд в желудок);

После операций на ЖКТ, при противопоказаниях к энтеральному питанию.

В нашей практике ПП применялось на 1-3 сутки после поступления больных в критическом состоянии. Основным критерием назначения ПП в данных случаях являлась выраженная метаболическая задолженность - несоответствие основного обмена к поступаемой в организм энергетической дотации, лимфопения, гипопропротеинемия.

Нутритивная поддержка является весьма актуальной в клинической практике интенсивной терапии. В проведенном исследовании представлен сравнительный анализ двух групп больных: пациенты, получавшие полную нутритивную дотацию, и пациенты, которым проводилась терапия в состоянии относительного голода. Статистический анализ показал эффективность проведения парентерального питания.

Әте қиын жайғайда болған балаларға нутритивті қолдаудың концепциясы

Штейгервальд Ф.Ф.

ИТРБ, ҰҚКК «Қалалық балалар аураханасы», Қостанай қаласы.

Интенсивті терапияның клиникалық тәжірибесінде нутритивті қолдау өте маңызды болып табылады. Әткізілген зерттеуде науқастардың екі тобының салыстырмалы талдауы көрсетілген: толық нутритивті дотациясын алған науқастар және салыстырмалы аштық күйінде терапияны алған науқастар. Статистикалық анализ парентеральді тамақтандырудың тиімділігін көрсеткен.

Concept of nutritional support for children in critical states

Shteigervald F.F.

ICU, SPCE "Pediatric town hospital", Kostanay city

Nutritional support is very actual in clinical practice of intensive therapy. A comparative analysis of two groups of patients is presented in the performed study: patients who received a complete nutritional support, and patients who underwent therapy in a state of relative hunger. Statistical analysis showed the efficacy of parenteral nutrition.

В течение последних 6-х лет в нашем отделении практически у всех пациентов проводилась оценка питательного статуса по трём основным критериям:

Энергетический и белковый баланс;

Степень стрессового метаболизма;

Функциональное состояние органов.

В зависимости от тяжести и поражения функциональных систем применялось полное или частичное ПП. Как известно, основными компонентами питания являются: белки, жиры, углеводы, микроэлементы и витамины. Их количество в каждом случае определялось индивидуально.

Компонентами, обеспечивающими пациента пластическим материалом, являются растворы аминокислот. В нашей практике в качестве донатора аминокислот использовались: «Аминоплазмаль Е 10%», «Аминоплазмаль Гепа 10%» (BIBRAUN, Германия), учитывая аминокислотный состав и концентрацию

растворов (меньшее количество жидкости при оптимальной осмолярности). С целью обеспечения энергетических потребностей применялись углеводы (растворы глюкозы 20-40%) и жировые эмульсии второго поколения (средне- и длинноцепочные): Липофундин МЦТ/ЛТЦ 10-20% (BIBRAUN, Германия). Применение указанных эмульсий проходило достаточно благоприятно – побочных явлений и непереносимости не отмечалось. Дотация витаминов, электролитов и микроэлементов осуществлялась в соответствии с общепринятыми методиками.

Ежедневный мониторинг при проведении ПП включал исследование: глюкозы крови, электролиты (К, Na, Са); Общий белок, пробы печени, общий анализ крови с тромбоцитами; динамика массы тела, темп диуреза.

В течении 3-х лет проводилось сравнительное исследование эффективности парентерального питания. Были выбраны две категории больных: получающие ПП (полное и неполное), и не получающие ПП. Характеристика исследуемых групп больных: получающие ПП – 111 детей, из них полное ПП – 40 (36%), неполное ПП – 71 (64%); количество больных контрольной группы (не получающие ПП) – 105 детей. В исследуемые группы вошли пациенты в возрасте от 3 мес. До 14 лет. Основную часть больных составили дети с кишечными инфекциями (49%), нейроинфекциями (19%), сепсисом (12%), и прочие (20%).

Как показал анализ, у группы больных, получающих ПП, отмечалась более благоприятная и прогрессивная динамика по отношению к контрольной группе. Практически по всем контролируемым нами показателям, а также клинически, наблюдалась ощутимая разница. У всех больных ежедневно определялся уровень общего белка без определения фракций. Более динамичная стабилизация и увеличение уровня общего белка наблюдалась в группе больных получающих ПП.

Следует отметить, что изначально определение абсолютного уровня лимфоцитов не проводилось, т.к. показатели лимфоцитов оценивались в % содержание в лейкоцитарной формуле. Тем не менее, такой вариант обследования может служить косвенным показателем лимфопении. На фоне проводимого ПП также отмечалась положительная динамика.

Одним из главных показателей анаболической направленности обмена веществ является среднесуточная прибавка в весе. У детей, получавших ПП наблюдалась ощутимая прибавка в весе к 6-м суткам.

Об эффективности ПП можно судить по срокам пребывания больных в ОРИТ. На протяжении 3-х лет длительность пребывания детей из контрольной группы колебалась в среднем 8,5 - 9,2

койко-дней. При проведении ПП удалось снизить длительность пребывания больного до 7,5 койко-дней.

Среднестатистические показатели исследуемых групп

Показатели	Значения при поступлении	Длительность ПП (сутки)		
		1-е	3-е	6-е
О.белок (г/л) в группе ПП	49	52	57	62
О.белок (г/л) в контрольной группе	50	50	53	57
Лимфоциты (% в лейкоформуле) в группе ПП	20	23	27	42
Лимфоциты (% в лейкоформуле) в контрольной группе	20	21	23	33
Суточная прибавка в весе (% от веса) в группе ПП	-	0,6	1,8	4
Суточная прибавка в весе (% от веса) в контрольной группе	-	0,2	0,7	1,8

Выводы

Накопленный опыт применения ПП (парентерального питания) позволяет:

- устранить или снизить степень госпитального голодания пациента и предупредить возможность возникновения явлений истощения и полиорганной недостаточности;
- добиться адекватной положительной динамики в лечении;
- улучшить показатели работы отделения ИТ;
- снизить затраты на лечение за счет сокращения сроков госпитализации в ОРИТ и сужения спектра применяемой лекарственной терапии (в т. ч. дорогостоящих антибиотиков).

Литература

1. Дж. Морей. *Интенсивная терапия в педиатрии*. Москва. Медицина. 1995.
2. Х.Х. Халий. *Руководство по парентеральному питанию в интенсивной терапии*. Москва. МОНИКИ. 2001.
3. И.Н. Лейдерман, А.Л. Левит, Д.А. Левит, М.А. Евреш. *Современная нутритивная поддержка в хирургии и интенсивной терапии*. Екатеринбург. 2004.
4. Ю.В. Ерпулева, Т.Э. Боровик, А.У. Лекманов, А.П. Шадчев. *Энтеральное питание как своевременная энергетическая и пластическая поддержка детей в стрессовых состояниях*. Вестник интенсивной терапии. 2004. №2. с. 39-42.
5. Г.Н. Щербакоева, А.А. Рагимов. *Парентеральное питание в клинике*. Медицинское информационное агентство. Москва. 2002.

Применение ингибиторов протонной помпы в интенсивной терапии и реанимации

Сембинова С.З.

ГККП «Областная больница» г. Талдыкорган

Одной из важных задач в отделениях интенсивной терапии и реанимации (ОРИТ) являются профилактика и лечение острых эрозий и язв желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), обусловленных стрессовым повреждением, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

Сепсис, шок различной этиологии, обширная травма или ожоги, синдром полиорганной дисфункции, дыхательная недостаточность и проведение длительной (48 часов) искусственной вентиляции легких (ИВЛ), коагулопатия – являются факторами риска развития стрессовых эрозивно-язвенных повреждений ЖКТ (стресс – обусловленное повреждение слизистой оболочки ЖКТ, стресс-повреждения слизистой оболочки желудка). К группе «высокого риска» относят больных с черепно-мозговой травмой, тетраплегией, анамнезом язвенной болезни; пациентов, принимающих лекарственные средства с ulcerогенным действием на ЖКТ (НПВП, кортико-стероиды). Стресс – по-

вреждение слизистой оболочки желудка возникают в 75-100% случаев в течение первых суток после поступления больного в ОРИТ. Клиническая картина массивного ЖКК, которое сопровождается нестабильной гемодинамикой, анемией, необходимостью в гемо-трансфузии, развивается у 3,5% больных, находящихся на длительной ИВЛ. В комплексе интенсивной терапии у таких пациентов используют антацидные средства и гастропротекторы, блокаторы H2-гистаминовых рецепторов (H2-блокаторы) или ингибиторы протонного насоса (ИПП).

Острые ЖКК как осложнение язвенной болезни желудка и ДПК составляют 20-60% от всех кровотечений из верхних отделов ЖКТ, их летальность составляет 6-14%. Эндоскопическое исследование с проведением гемостаза является стандартом лечения больных с ЖКК. Повторные эпизоды кровотечения, возникающие в 4-30% случаев после эндоскопического гемостаза, обуславливают высокую летальность.

В исследованиях in vitro показано, что образование кро-

вяного сгустка происходит эффективнее, а его растворение протеолитическими ферментами замедляется в условиях высоких значений pH. Пепсин растворяет тромбы, находящиеся на поверхности кратера язвы, и его активность является pH-зависимой. Кроме того, *in vitro* функция тромбоцитов существенно нарушается при низких значениях pH. Не менее важным патофизиологическим фактором в развитии острых язв ЖКТ и ЖКК считается общее время (при 24-часовой pH-метрии), в период которого pH внутри желудка регистрируется на уровне выше 4, увеличение этого интервала сопровождается снижением частоты случаев повреждения слизистой оболочки ЖКТ и частоты ЖКК.

Своевременная диагностика и проведение профилактики рецидива кровотечений входят в компетенцию врача ОРИТ. К группе препаратов, позволяющих поддерживать pH внутри желудка в необходимом интервале значений и демонстрирующих высокую клиническую эффективность в зарубежных и отечественных исследованиях, относят ИПП.

В последние годы прослеживается рост частоты ЖКК, связанных с применением НПВП. Такие осложнения, как ЖКК и прободная язва, при их использовании регистрируются в 1-4% случаев, а летальность больных, госпитализированных по поводу ЖКК, вызванных приемом НПВП, составляет 5-10%. К факторам, повышающим риск возникновения осложнений, обусловленным НПВП, относят: наличие в анамнезе гастродуоденальных язв или кровотечений; возраст 65 лет и старше; длительный прием высоких доз НПВП; одновременный прием кортикостероидов или антикоагулянтов, а также тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, печени, сахарный диабет.

Предупреждение НПВП-гастропатии и ее осложнений предполагает тщательный учет показаний и противопоказаний к назначению НПВП, профилактическое применение антисекреторных препаратов. ИПП являются препаратами выбора в лечении язв, вызванных приемом НПВП. Для профилактики развития повреждений ЖКТ прием ИПП рекомендуется пациентам, длительно принимающим факторы риска, способные привести к массивным и рецидивирующим ЖКК.

Антациды – препараты, снижающие кислотность путем химического взаимодействия с соляной кислотой в желудке, не влияя на секрецию соляной кислоты. Антациды должны приниматься с интервалом не менее 1-2 часа, а эффективность их дозы зависит от pH желудочного содержимого, что требует мониторинга этого параметра и коррекции вводимой дозы. Лекарственные формы антацидов предназначены только для приема внутрь. К их побочным эффектам относятся: нарушение водно-электролитного баланса, развитие диареи окклюзия назогастрального зонда. Антацидные препараты влияют на абсорбцию значительного числа лекарственных средств (ингибиторы АПФ, фторхинолоны, противосудорожные препараты, непрямые антикоагулянты, НПВП, сердечные гликозиды и др.). в настоящее время антациды не получили широкого применения у больных, находящихся в ОРИТ.

Препараты с гастропротективным эффектом (например, сукральфат) выпускаются только для приема внутрь, что лимитирует их назначение больным реанимационного профиля (недоступен энтеральный путь введения). Сукральфат являясь комплексом гидроксида алюминия и октасульфата сахарозы, растворяется в кислой среде, формируя защитную полимерную пастообразную массу. Препарат менее эффективен при повышении pH желудочного сока выше 4, например, во время энтерального питания или назначения антисекреторных препаратов. Отдельными исследователями отмечено развитие аспирационной пневмонии, которую авторы связывают с применением сукральфата. К побочным эффектам сукральфата относятся: запор, окклюзия назогастрального зонда, накопления алюминия в организме, гипофосфатемия. Следует учитывать, что отдельные лекарственные средства взаимодействуют с сукральфатом, результатом чего является снижение их эффективности (дигоксин, непрямые антикоагулянты, фторхинолоны, антациды). Помимо

гиперчувствительности к сукральфату другими противопоказаниями к его назначению являются непроходимость ЖКТ, ЖКК, тяжелая хроническая почечная недостаточность.

Контролируемые исследования демонстрируют эффективность H₂-блокаторов в снижении риска и тяжести ЖКК у больных, находящихся в ОРИТ. Одним из недостатков препаратов этой группы является их способность вызывать тахифилаксию при постоянной внутривенной инфузии, что затрудняет проведение эффективной терапии – обеспечение pH желудочного сока выше 4. в механизме развития тахифилаксии играет роль повышение образования эндогенного гистамина, конкурирующего за H₂-гистаминовые рецепторы. Появление этого феномена наблюдается в течении 42 часов с момента начала терапии H₂-блокаторами, и коррекция внутрижелудочной pH может оказаться недостаточно эффективной, несмотря на применение препарата в значительных дозах. Другим недостатком H₂-блокаторов является отсутствие ингибирующего влияния на секрецию соляной кислоты, вызванную повышением вагусного тонуса, что делает их менее эффективными у больных с черепно-мозговой травмой или после нейрохирургических вмешательств. Наиболее частым побочным эффектом H₂-блокаторов являются: головная боль, диспепсия, диарея. Более редко отмечено возникновение тромбоцитопении, аритмии, гипотензии и др. Антагонисты H₂-гистаминовых рецепторов выделяются почками, поэтому их дозу следует корректировать у пациентов со сниженным клиренсом креатинина. H₂-блокаторы взаимодействуют с широким спектром лекарственных средств (опиоидные анальгетики, анксиолитики, снотворные, нейролептики, антиаритмические препараты). Фамотидин и низатидин участвуют в лекарственных взаимодействиях в меньшей степени, чем остальные представители группы H₂-блокаторов.

Антациды, сукральфат и H₂-блокаторы снижают риск ЖКК по сравнению с плацебо. Еще десять лет назад в руководствах по профилактике острых язв ЖКТ и развития ЖКК рекомендовалось применение антацидных средств и H₂-блокаторов, причем последние и сегодня широко используются с этой целью в ОРИТ. В международном руководстве по лечению больных тяжелым сепсисом или с септическим шоком рекомендуется профилактика острых язв с применением H₂-блокаторов или ИПП.

При назначении терапии необходимо принимать во внимание способность антисекреторных препаратов повышать pH в желудке и потенциальную угрозу развития ИВЛ-ассоциированной пневмонии.

Среди всех антисекреторных препаратов ингибиторы протонной помпы (эзомепразол, пантопразол, омепразол, лансопразол и рабепразол) наиболее эффективно снижают продукцию соляной кислоты, обеспечивают более быстрое заживление повреждений пищевода, желудка и ДПК, чем H₂-блокаторы рецепторов. В настоящее время ИПП являются предпочтительным средством лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, язвенной болезни желудка и ДПК, синдрома Золлингера-Эллисона, а также входят в состав 3-х компонентной схемы терапии для эрадикации *H. pylori*. ИПП относится к препаратам выбора в лечении большинства желудочно-кишечных заболеваний, связанных с избыточной продукцией кислоты. Преимущества ИПП перед H₂-блокаторами обусловлены отсутствием способности вызывать тахифилаксию. Это позволяет рассматривать ИПП как препараты с лучшей предсказуемостью эффекта, обеспечивающие более точный контроль pH, чем H₂-блокаторы. Возможность надежного подавления секреции соляной кислоты является обоснованием применения ИПП для профилактики и лечения острых эрозивно-язвенных повреждений ЖКТ в условиях ОРИТ. Доказана способность ИПП надежно повышать и поддерживать внутрижелудочный уровень pH на уровне не менее 4 у больных, находящихся в ОРИТ, во время проведения ИВЛ и в послеоперационном периоде.

Какие свойства ИПП необходимо учитывать при выборе препарата из этой группы для профилактики и лечения, острых эрозивно-язвенных повреждений ЖКТ в условиях ОРИТ? Очевидно, что ИПП должен обладать доказанной способностью

повышать внутрижелудочный pH, обеспечивать надежный клинический эффект, иметь благоприятный профиль безопасности и характеризоваться незначительным взаимодействием с другими лекарственными средствами. Важными особенностями препарата, о которых необходимо помнить при выборе ИПП, являются спектр лекарственных форм (внутривенная, для приема внутрь перорально или через назогастральный зонд) и фармакокинетические свойства, позволяющие применять его у пациентов с полиорганной дисфункцией (почечной и печеночной).

Незначительное взаимодействие с другими лекарственными средствами – обязательное условие применения любого препарата в ОРИТ. При одновременном приеме нескольких лекарственных средств может заметно измениться их фармакокинетика. Все ИПП подвергаются метаболизму в печени с участием цитохрома P450, его изоферментов – CYP2C19, и CYP3A4. взаимодействие отдельных представителей группы ИПП с другими препаратами существенно различается. Пантопразол взаимодействует с меньшим числом лекарств, чем другие ИПП. В частности, он не вступает в клинически значимое взаимодействие с такими препаратами, применяемыми в интенсивной терапии, как антациды, кофеин, метопролол, теофиллин, амоксициллин, кларитромицин, диклофенак, напроксен, диазепам, карбамазепин, дигоксин, нифедепин, варфарин, циклоспорин, такролимус и др. В то же время, например, омепразол тормозит метаболизм и выведение карбамазепима и диазепама.

Пантопразол демонстрирует высокую эффективность в коррекции и поддержании pH внутри желудка на требуемом уровне как в эксперименте, так и в клинике. Внутривенное введение пантопразола (Контролок) в дозе 80 мг. с последующей его инфузией в течение 24 часов со скоростью 8 мг/ч позволяло поддерживать внутрижелудочный pH на уровне более 4 в течение 99% 24-часового периода и выше 6 в течение 84% этого времени.

Заслуживает обсуждения вопрос о взаимосвязи примене-

ния антисекреторных препаратов и развития нозокомиальной пневмонии (НП) у больных в ОРИТ. Существует мнение, что профилактическое назначение препаратов, повышающих pH желудочного секрета, сопровождается повышением потенциального риска развития НП.

Таким образом, профилактика и лечение стрессовых язв и ЖКК – одна из важных задач в практике врача - анестезиолога-реаниматолога. Ведущее место при ее решении отводится антисекреторным препаратам, прежде всего ИПП. Одним из недостатков группы H2-блокаторов является быстрое развитие тахифилаксии при их внутривенном введении. Преимуществом представителей группы ИПП по сравнению с H2-блокаторами является доказанная клиническая эффективность в профилактике и лечении повреждений ЖКТ и ЖКК вследствие более сильного подавления секреции соляной кислоты. Группа ИПП представлена препаратами, которые различаются по фармакокинетическим показателям, лекарственным формам, пути метаболизма с спектру взаимодействия с другими средствами. Пантопразол (Контролок) – представитель группы ИПП с доказанной эффективностью, имеет лекарственную форму для парентерального введения (внутривенные болюсные инъекции, капельные и длительные постоянные инфузии) и обладает самым низким потенциалом взаимодействия с другими лекарствами, что позволяет применять его у больных находящихся в ОРИТ.

Литература

1. Н.Ф.Витвицкий. Е.А.Ярошенко.В.И.Диденко – Эффективность применения ИПП у больных гастродуоденальными язвенными кровотечениями – г. Днепрорперовск.
2. Б.С.Брискин. Х.С.Гарсия – Возможность использования ИПП для лечения кровоточащих дуоденальных язв – 2005 год.
3. Ушкалова.Е.А – Внутривенные ингибиторы протонной помпы в лечении в кровотечениях из верхних отделов ЖКТ – кафедра общей и клинической фармакологии – Москва.

Случай успешного лечения рассеянного энцефаломиелополирадикулоневрита

Штейгервальд Ф.Ф.

ОРИТ ГККП «Городская детская больница», г. Костанай
УДК 616.8-053.2

Рассеянный энцефаломиелополирадикулоневрит - острая воспалительная периферическая нейропатия, при которой дисфункция автономной нервной системы может вызывать жизнеугрожающие осложнения, однако летальность при таких нарушениях чаще всего обусловлена слабостью дыхательной мускулатуры и вторичной дыхательной недостаточностью (ДН). Четкие показания для интенсивной терапии включают: подтвержденную ДН, отсутствие резервных возможностей дыхательной мускулатуры, появление ателектазов или пневмонии, утрату защитных рефлексов с верхних дыхательных путей и наличие расстройств автономной нервной системы в виде аритмий или системной артериальной гипотензии. Ведение таких больных в ОРИТ включает, прежде всего, поддерживающую терапию, направленную на устранение ДН, обусловленной вторичными ателектазами и слабостью дыхательных мышц; предотвращение осложнений иммобилизации и пониженной двигательной активности, постоянное наблюдение с целью выявления возможных осложнений, профилактика и лечение инфекции.

По литературным данным продолжительность поддерживающей ИВЛ при дыхательной недостаточности может широко варьировать: от 2 нед до 9 мес. В настоящее время считают, что от проведения трахеостомии можно полностью отказаться

Рассеянный энцефаломиелополирадикулоневрит - острый полиневрит, специфичного лечения которому до настоящего момента не существует. Раннее распознавание, проведение искусственной вентиляции легких (при необходимости) и др. поддерживающей терапии, динамическое наблюдение с целью выявления возможных осложнений и лечение их, а также хороший сестринский уход могут позволить не только снизить летальность, но и улучшить прогноз на дальнейшую жизнь пациента.

Case of successful treatment of disseminated encephalomyelopolyradiculoneuritis

Shteigervald F.F.

ICU SPCE "Pediatric town hospital", Kostanay city.

Disseminated encephalomyelopolyradiculoneuritis is an acute polyneuritis specific treatment of which does not exist up to date. Early recognition, conduct of artificial pulmonary ventilation (when necessary) and of other maintaining therapy, dynamic inspection in order to detect possible complications and their treatment as well as good nursing care enable not only to reduce mortality but also to improve prognosis for further life of patient.

Шашыраңқы энцефаломиелополирадикулоневритты

у больных, которым необходима кратковременная ИВЛ.

В нашей практике имел место случай лечения рассеянного энцефаломиелополирадикулоневрита, при котором ребенок находился на ИВЛ в течение 55 суток без проведения трахеостомии. В раннем восстановительном периоде для дальнейшего лечения переведен в специализированное отделение по месту жительства.

У 9-летней девочки в марте-апреле 2009 г. возникла неврологическая симптоматика, по поводу которой обратилась к врачу. Проходила стационарное лечение в неврологическом отделении с диагнозом: Вторичный вирусный энцефаломиелит; мозжечковая форма диплегии тяжелой степени тяжести. Выписанна из отделения неврологии с улучшением в стадии раннего восстановления, и для дальнейшего лечения направлена в РКБ «Ақсай».

В июне 2009 г в результате ухудшения состояния была госпитализирована в ОРИТ ГДБ г Костаная. При сборе анамнеза выяснилось, что после выписки из неврологического отделения, реабилитационное лечение не проводилось, ухудшение состояния отмечалось в течение последних 2-х недель, в виде фебрильной температуры, вялости, снижения аппетита, нарастания слабости в ногах, руках. В ходе обследования был выставлен диагноз: Рассеянный энцефаломиелополирадикулоневрит, гнойный эндотрахеобронхит, пневмония, ДН 2-3ст.; миокардит, ССН-1-2ст.; дистрофия по типу гипотрофии III ст.

Тяжесть состояния при поступлении была обусловлена ДН, гемодинамическими нарушениями, метаболическими расстройствами, неврологической симптоматикой, гипотрофией III ст. (дефицит веса 30-35%). В неврологическом статусе отмечалось диффузная мышечная гипотония (в том числе дыхательной мускулатуры), двигательные нарушения по типу периферических параличей конечностей (тетраплегии), с утратой сухожильных и брюшных рефлексов; мышечной атрофии, а так же нарушения трофики кожных покровов, расстройства чувствительности в виде гипостезий (по типу "перчаток", "чулок"). Нарушения функций бульбарных нервов проявлялось: афонией, угнетением кашлевого рефлекса, нарушением глотания. Вегетативные расстройства - гипертрихоз голеней, гиперкератоз подошв, потливость конечностей.

При обследовании: в анализах крови - гиперлейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, ускоренное СОЭ, гипопропротеинемия, снижение общих липидов; в моче - умеренная лейкоцитурия, протеинурия. Ликвор - без патологии. На обзорной рентгенограмме грудной клетки: признаки пневмонии.

На вторые сутки на фоне прогрессирующей гипотонии, снижении кашлевого рефлекса, нарастания ДН (пареза дыхательных мышц) - была проведена назотрахеальная интубация и последующий перевод на ИВЛ, санация трахео-бронхиального дерева.

Находясь в ОРИТ, пациентка получала комплексное лечение, основными моментами которого были:

ИВЛ в режиме ВІРАР; СРАР (аппарат "SAVINA", производство "DRAGER").

Инфузионно-трансфузионная терапия по общепринятой методике.

Антибактериальная терапия (цефалоспорины III-IV поколения, аминогликозиды III поколения, фторхинолон III поколения).

Гормональная терапия (дексаметазон, преднизолон) коротким курсом - 7 суток.

Антиоксидантная терапия - вит. Е, тиоктовая кислота (тиоктацид).

Нейропротективная терапия - актовегин в дозе 1000-1500mg (1 мес) инстенона 15mg/kg/сут по этофиллину (6 нед), а так же пираретам и винкамин).

Нутритивная поддержка - наряду с энтеральным питанием проводилось и полное парентеральное питание (аминоплазма 10% + липофундин 10-20% + глюкоза 20-40%) с общей дотацией по энергии 2000 ккал/сут.

ң жемісті емдеуінің оқиғасы

Штейгервальд Ф.Ф.

ИТРЕ ҰҚКК «Қалалық балалар аураханасы», Қостанай қаласы.

Шашыраңқы энцефаломиелополирадикулоневрит – бұл қатты полиневрит, оның ерекше емдеуі бүгінгі күнге дейін әлі жоқ. Ерте айырып тану, өкпенің жасанды вентилиациямен (қажет болса) тағы басқа қолдайтын терапия, мүмкін шиеленісуін табу үшін динамикалық қадағалауы және оның емдеуі, сондай-ақ жақсы медбигі күтуы өлімді азайтуға және науқастың келешектегі өміріне болжамын жақсартуға мүмкіндік береді.

Комплекс лечебных мероприятий по улучшению мукоциллиарного клиренса - в/в и эндотрахеальное (небулайзером) введение амброксола, а также эндотрахеальное введение натурального сурфактанта (курсорфа в дозе 480 мг), трижды через день. Лаважи трахеобронхиального дерева, вибрационный массаж грудной клетки, стимуляция кашлевого рефлекса.

Особое значение имели мероприятия по профилактике постинтубационных осложнений - реинтубация каждые 3-10 суток (определялась по показаниям и срокам); санация гортани и местная противовоспалительная терапия.

Витаминотерапия, ангио- и кардиопротективная терапия.

Физиопроцедуры (в/органный электрофорез с антибиотиками, амплипульс, УВЧ, НЧ-волны).

Курс психологической реабилитации с участием психотерапевта (15 сеансов).

Немаловажное значение в благоприятном исходе заболевания имел квалифицированный сестринский уход (профилактика пролежней, туалет верхних дыхательных путей, носа, кожных покровов, и т.д.).

Неотъемлемой составной в терапии данной категории больных, на наш взгляд, являлось (и является) обязательное проведение общего лечебного массажа, создание благоприятного психологического климата между медицинским персоналом и больной, а так же отвлечение от "доминанты" аппаратного дыхания демонстрацией детских кино- и мультфильмов, чтение книг, рисование и т.д.

Таким образом, представленное клиническое наблюдение показало, что лечение и выхаживание больных с энцефаломиелополирадикулоневритом является многогранной и трудоемкой задачей, требующей от медицинского персонала не только высокой квалификации, кропотливой работы, терпения, но и наличие современной дыхательной (и другой) аппаратуры, способной длительное время "моделировать" и "протезировать" дыхание. Правильный и грамотный уход за интубационной трубкой, верхними дыхательными путями и гортанью дает возможность проведение длительной ИВЛ, без последующей трахеостомии, и развития осложнений. Большое значение, в так называемой стадии восстановления, имеет привлечение к работе физиотерапевтов, массажистов, а так же психотерапевтов.

Литература

1. Бадалян Л.О. *Детская неврология*. - Москва 2001
2. Дж. Моррей. *Интенсивная терапия в педиатрии*. Москва, Медицина-1995.
3. И.Н. Лейдерман, А.Л. Левит, Д.А. Левит, М.А. Евреш. *Современная нутритивная поддержка в хирургии и интенсивной терапии*. Екатеринбург - 2004.
4. Ю.В. Ерпулева, Т.Э. Боровик, А.У. Лекманов, А.П. Шадчев. *Энтеральное питание как своевременная энергетическая и пластическая поддержка детей в стрессовых состояниях*. *Вестник интенсивной терапии* - 2004, №2, С. 39-42.
5. Л.С. Страчунский, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. *Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии*. Москва, 2002
6. М. Роджерс, М. Хелфаер. *Руководство по педиатрии (Неотложная помощь и интенсивная терапия)*. С.-Петербург, 1999

Анализ рынка медицинского оборудования в Казахстане

Мамырбекова С.А.

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

Одним из основных направлений государственной политики в здравоохранении является создание благоприятных условий оснащения медицинских учреждений современным диагностическим и лечебно-профилактическим оборудованием. Эту сложную задачу призвано выполнить эффективное функционирование рынка медицинского оборудования. Исследования показали, что в условиях становления новых экономических отношений данный рынок является стабильно развивающимся звеном хозяйственного комплекса страны. В нем утвердились новые формы собственности и конкуренция, увеличилось число хозяйствующих субъектов, вырос объем и ассортимент выпускаемой продукции.

Изучение особенностей казахстанского рынка медицинского оборудования свидетельствует о развитии в нем процессов интеграции, специализации и концентрации производства при усиливающейся конкуренции между предприятиями, фирмами, компаниями за доминирующее положение. Характерной особенностью рынка является присутствие на нем иностранного капитала и возрастающих объемов импортной продукции. В настоящее время объем продаж медицинского оборудования сложился в соотношении 65%:35% в пользу импортного. Ведущими казахстанскими производителями на рынке медицинского оборудования и инструментов являются «Актюбрентген» г. Актюбинск по производству Флюорографов, ТОО «БатысМедТех» г. Уральск.

В настоящее время на казахстанском рынке предлагают свою продукцию производители медицинского оборудования из Германии, Польши, Италии, Японии и ряда других стран. Среди них ведущие мировые производители «Draeger» (Германия), Philips (Нидерланды), Medtronic (Швейцария), General Electric (США), MICRO DENTA (Италия), Toshiba Medical Systems (Япония) и др.

Важным фактором развития рынка медицинского оборудования является влияние внешней среды. Исследование внешней среды проведено нами по трем направлениям: изучение потребителей медицинского оборудования и инструментов, конкуренции и системы сбыта продукции. Изучение спроса позволило выявить, что потребности в медицинском оборудовании и инструментах на казахстанском рынке формируются под воздействием нескольких факторов.

Во-первых, ввод в эксплуатацию новых объектов здравоохранения приводит к необходимости их оснащения медицинским оборудованием и инструментами.

Во-вторых, в связи с появлением на казахстанском рынке импортного медицинского оборудования возникает потребность в инструментах, совместимых с установленным оборудованием зарубежных производителей.

В-третьих, потребность формируется вследствие быстрого износа инструментов, вызывающей необходимость их замены. Однако, большинство медицинских учреждений, финансируемых из бюджета, не имеют возможности своевременно менять износившийся инструмент и оборудование.

В-четвертых, после экономического кризиса, импортные медицинские инструменты стали недоступны ряду лечебных учреждений, что привело к росту спроса на отечественную продукцию.

Казахстанский рынок медицинской техники сегодня характеризуется абсолютным доминированием импортной продукции. То небольшое количество медицинского оборудования, которое производится внутри страны, представляет собой наиболее упрощенные варианты существующего на мировом рынке современной медицинской техники.

Высокотехнологичную аппаратуру, отвечающую всем международным стандартам качества, Казахстан импортирует из-за рубежа. Наблюдается рост объема импортных поставок медицинской техники. Прирост составил 2-6% в год. Так, основными поставщиками медицинской техники на казахстанский рынок являются производители Германии, России, США и Японии. В первой половине 2001 года ведущим поставщиком медтехники стала Германия (31%), возросла активность китайских (с 1% до 7%), чешских (с 0,7% до 2,1%), австрийских, бельгийских компаний (с 0,3% до 2%). Объем поставок из Японии напротив заметно снизился (с 23% до 6%), даже по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года. Это преимущественно ультразвуковое и диагностическое оборудование.

Основными поставщиками являются развитые страны в области инновационных технологий. Именно они занимают основную долю рынка РК в области медицинского оборудования. В то же время основными видами оборудования на рынок Казахстана являются такие виды оборудования как УЗИ, Рентгеноаппаратура, Компьютерные томографы, Магниторезонансные томографы, то есть оборудование по диагностике. Таким образом, несмотря на то, что наглядно прослеживается рост медицинского оборудования, однако все это оборудование составляет только диагностику. Основные игроки на данном рынке занимают доли от 1,0 до 11,0%.

Одной из проблем в продвижении инновационных технологий является острая нехватка специалистов по монтажу, последующей эксплуатации ультрасовременного и супердорогого оборудования. Техническое обслуживание медицинской техники после окончания гарантийного срока обслуживания представлено несколькими сервисными объединениями, действующими на рынке медицинской техники: ТОО «Медсервис», «Медикус-сервис», «Восток», АО «Медтехника», «Медремзавод».

Основным направлением в области инновационных технологий является следующее оборудование: оборудование для людей с нарушением слуха от казахстанской компании «Центр Сатр»; прибор позволяющий быстро и точно диагностировать основные нарушения репродуктивной функции мужчин от российской компании «НПФ Биола»; полуавтоматические и автоматические биохимические анализаторы от российской компании «Интермедика»; реанимационное оборудование от российской фирмы «Тритон-ЭлектроникС»; аппарат ИВЛ для новорожденных SLE-5000, производства SLE Limited (Великобритания), аппарат для комплексного экстракорпорального очищения крови Prizmaflex, производства Gambro от ТОО «Жаснур».

Однозначно, что состояние медицинского оборудования и использование средств государственного бюджета и внебюджетных источников, направляемых на его производство и закупку, недостаточно. Имеющееся в лечебно-профилактических организациях медицинское оборудование характеризуется высокой степенью износа, в эксплуатации находится более 50% физически изношенной и морально устаревшей медицинской техники. Ряд приборов и аппаратов эксплуатируются более 20 лет, они выработали свой ресурс, морально устарели, что не может гарантировать высокое качество обследования и эффективность лечения больных.

Вместе с тем, многие направления современной медицины требуют серьезной технологической оснащенности и обеспечения медицинских организаций. Актуальна проблема развития отечественного поставщика медицинского оборудования и сервисного обслуживания. Нуждается в совершенствовании нормативно-правовая база, необходима разработка стандар-

тов. Таким образом, проведенный анализ выявил необходимость разработки новых подходов в управлении качеством ресурсного обеспечения (технического и технологического оснащения) медицинских организаций, внедрения международных стандартов оснащения медицинской техникой.

Организационные и внедренческие аспекты качества медицинской помощи различным группам населения

Мамырбекова С.А.

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

Основным условием социального и экономического развития общества является здоровье каждого отдельного человека и общества в целом. В настоящее время здоровье не создается усилиями лишь одного здравоохранения: оно рассматривается и как индикатор качества окружающей социальной и природной среды, как результат профилактической активности самого человека.

При этом, как отмечают отдельные исследователи, сдвиг приоритетов в политике здравоохранения с госпитальной формы оказания медицинской помощи в сторону амбулаторной означает серьезные общие изменения в менеджменте, и ранее использовавшиеся подходы могут быть неэффективны. Как результат потребуется время для того, чтобы наработать управленческую систему на уровне первичного здравоохранения.

Анализ данных по впервые выявленным заболеваниям среди детского населения показал неравномерный, но рост уровня первичной заболеваемости за период с 1999 года (355,1 на 1000 населения) по 2009 год (1214,9 на 1000 населения). Как и в данных по общей заболеваемости, так и в данных по первичной заболеваемости детей определено, что в 2001 и в 2005 годах в обоих случаях имеет место снижения уровней заболеваемости с последующим ростом.

В группу лиц с высоким уровнем оценки были отнесены респонденты, оценившие свое здоровье, как «отличное» (17,2%), в группу лиц со средним уровнем оценки - респонденты, оценившие свое здоровье, как «хорошее» (70,0%), в группу лиц с низким уровнем самооценки - респонденты, оценившие свое здоровье, как «плохое» и «очень плохое» (12,8%).

Как среди мужчин, так среди женщин доминировали лица со средним уровнем самооценки своего здоровья (78,7% и 67,0% соответственно). Однако среди женщин в два раза было больше лиц с низкой оценкой своего здоровья, чем среди мужчин (14,9% и 6,8% соответственно).

Распределение мнений респондентов о факторах, влияющих на сохранение здоровья индивидуума, показало следующее: отказ от вредных привычек является для респондентов в возрасте до 20 лет наиболее значимым фактором (17,5%). Для возрастной группы 21-30 лет приоритетным фактором, влияющим на сохранение здоровья индивида, является регулярная физическая активность (42,3%). Периодические медицинские осмотры считают важным фактором респонденты старше 60 лет (34,4%).

Более половины респондентов при появлении первых симптомов недомогания сразу обращаются за медицинской помощью (60,8%), 22,5% обращаются только при появлении серьезных симптомов, т.е. при утяжелении состояния, а 16,7% занимаются самолечением.

Нами были изучены причины отказа данной группы от медицинской помощи при возникновении первых признаков заболеваний: 33,1% респондентов данной группы считают, что заболевание пройдет само собой, без лечения; 28,7% респондентов занимаются самолечением; 20,3% - не находят времени для обращения за медицинской помощью; 14,1% - боятся материальных затрат, необходимых для лечения; а 3,6%

респондентов причиной отказа от медицинской помощи при появлении первых симптомов недомогания назвали недоброжелательное отношение врачей.

Определение уровня комплаентности пациентов, как фактора, влияющего не только на эффективность профилактических мероприятий, но и на результат (исход) лечения на уровне амбулаторно-поликлинического звена, показало, что число лиц, строго придерживающихся рекомендаций врача и выполняющих его назначения при возникновении заболевания, оказалось больше (85,0%), чем лиц с противоположным отношением к этому (15,0%). То есть в целом в исследуемой группе, как среди мужчин, так и среди женщин, был определен высокий уровень комплаенса (более 80%).

Однако, седьмая часть респондентов (15,0%) не выполняет назначений врача и не придерживается его рекомендаций, то есть их можно отнести к так называемым «недисциплинированным» пациентам. В данной группе было больше лиц с высшим образованием (25,5%) в возрасте 21-30 лет (16,6%), женщины.

Логично, что для исследователя важны причины такого отношения населения к данному вопросу. Анализ показал, что как среди женщин, так и среди мужчин основным фактором, негативно влияющим на выполнение назначений врача и его рекомендаций, являются финансовые затруднения, а именно высокая стоимость лекарственных препаратов (43,6%), отсутствие времени для выполнения назначений врача (28,3%). По разным причинам не выполняют назначений 21,8% респондентов, т.е. на третьем месте, как сформулировали респонденты, «разные причины». Среди респондентов были лица, которые выразили свое недоверие к медицинским работникам (4,3%), а 2,0% респондентов отдают предпочтение методам народной медицины.

Пациенты были распределены по следующим потокам: пациенты, которые не нуждаются в курации группы мониторинга (высокий уровень комплаентности); пациенты, которые нуждаются в периодической курации специалистами группы мониторинга (средний уровень комплаентности); пациенты, которые нуждаются в дополнительной разъяснительной работе и в так называемой ежедневной «опеке» или курации специалиста группы мониторинга по выполнению лечебных назначений, рекомендаций лечащего врача по питанию, труду и образу жизни (низкий уровень комплаентности).

Обобщая материалы комплексного исследования и их результаты, мы предлагаем схему взаимоотношений всех составляющих систему профилактики неинфекционных заболеваний.

Культь здоровья, бережное отношение к нему с ранних лет, поддержание потенциала своего здоровья – все это основная часть населения начинает осуществлять только при возникновении серьезных нарушений здоровья, при так называемом «изнашивании» организма, при накоплении бремени хронической патологии или уже в далеко нетрудоспособном возрасте. Основным стимулом при этом должны быть биологические и социальные потребности индивидуума быть здоровым.

Наркотиктермен уланудан болған елімнің сот медициналық көрсеткіштері

Исмаилов Н.И.

Сот медицина орталығының Алматы филиалы

Наркотикке әуестену ерте кезден бастап белгілі болған, ал қазіргі уақытта оның таралуы бүкіл ғаламды елеңдететіндей мәселеге айналып отыр. Кептеген елдерде наркомания әлеуметтік қайғы деп қарастырылады.

Наркотикалық заттар дегеніміз ми жасушаларының қызметін өзгеріске ұшырата алатын қабілеті бар, соған байланысты ерекше әсерге түсіретін (эйфория, қозу, галлюцинация), психикалық және физикалық тәуелділік дамытатын заттар. Наркотикалық заттар табиғи, синтетикалық, жартылай синтетикалық болып келеді.

Осы наркотикалық заттардың мөлшерін организмге артық енгізіп жібергенде дамидың жағдайды наркотикалық заттармен улану (передозировка) деп атайды.

Летальді доза әрбір организм үшін әр түрлі болып келеді. Ол дене салмағына және заттың уыттылығына байланысты есептеледі.

Сот-медициналық сараптама жүргізгенде тек жалпы мәйітті ашып қарау ғана емес, соттық-химиялық тексерулер де жүргізіледі, соның нәтижесінде қандай наркотиктермен уланғанын анықтауға мүмкіндік туады. Сот химиялық тексеру кезінде морфин, кодеин, тебаин, наркотин ж.б. наркотикалық заттар табылды.

Осы мақалаға қажетті материалдар Сот медицина орталығының Алматы филиалының 10 жылдық мұрағаттық құжаттарынан алынды. 2002-2011 жылдардың мәйітті зерттеу қорытындылары сұрыпталды. Қорытындыларды сұрыптау мынадай мақсаттармен жүргізілді:

Зорлық өлімнің көрсеткіштері;

Уланудан болған зорлық өлімнің көрсеткіштері;

Наркотикалық заттармен уланудан болған өлімнің көрсеткіштері;

Уланудан өлгендердің жас мөлшері.

2002-2011 жылдар аралығындағы зорлық өлім көрсеткіші. Кесте 1.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Зорлық өлім саны	2988	3014	3664	3760	3933	3783	3081	2631	2674	2791
Уланудан болған өлім	1232	848	1176	1265	1269	976	768	652	637	648
Наркотикпен улану	88	74	319	270	386	332	163	121	147	95
Зорлық өлімдегі %	2,9%	2,5%	8,7%	7,2%	9,8%	8,8%	5,3%	4,6%	5,5%	3,4%
Жалпы уланудағы үлесі %	7,2%	8,7%	27,2%	21,3%	30,4%	34,1%	21,2%	18,6%	23,1%	14,7%

Осы кестеден көріп отырғанымыздай наркотикалық заттармен уланудан болған өлім барлық зорлық өлімдердің 2,5-тен 9,8-ге дейінгі пайызын, ал барлық өлімге әкелген уланулардың 7,2-ден 34,1-ге дейінгі бөлігін құраған.

Наркотикалық заттармен уланудан болған өлімнің бір квартал ішіндегі көрсеткіші елгендердің жасы бойынша және олардың қанынан этил спиртінің наркотиктермен қатар табылуы бойынша топтастырылды. 2007 жылдың жеке бір кварталында наркотикалық заттармен уланудан болған өлім 75 жағдайда тіркелген.

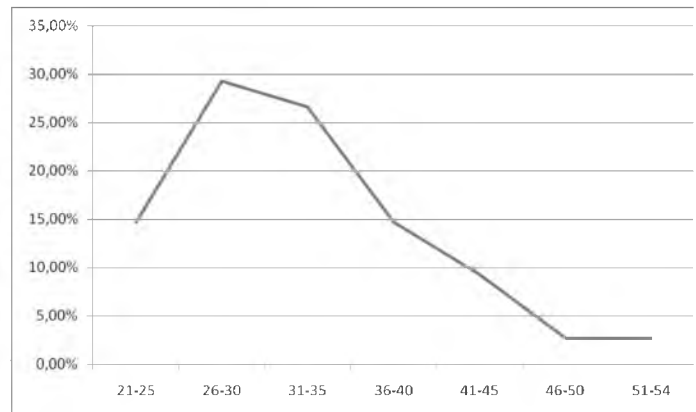
Оның 6-ы әйелдер болса, 69-ы ер адамдар. Тексерілген мәйіттердің жас мөлшері 21-54 аралығында.

Диаграммада көрсетілгендей өлім көрсеткіші 21-35 жас аралығындағы жоғары өрлеп, барлық улану өлгендердің 71 пайызын құраған.

Сот химиялық зерттеулер барысында мәйіттен алынған қан құрамынан және тіндерден наркотикалық заттардан басқа да

В данной статье даны судебно-медицинские показатели насильственной смерти от отравления наркотиками по городу Алматы за последние 10 лет. Анализированы смертельные отравления от наркотиков по возрасту, по полу, определены случаи сочетанного отравления от наркотиков и этиловым алкоголем. Выведена процентная доля смертельных случаев от наркотиков в числе общего количества насильственной смерти и смерти всех отравлений.

There are the forensic medical of a violent death of a narcotic poisoning for last ten years in Almaty city at this article. Mortal poisonings of narcotics by age, by sex have been analyzed, events of compound poisonings of narcotics and alcohol have been definite. Percent of death events have been found in the quantity of violent death and poisoning death.



химиялық қосылыстар анықталған. Тексерілген мәйіттердің 54-нен этил спирті қатар табылған.

Қанынан наркотикалық заттармен бірге этил спирті қатар табылған адамдар өлім алдында мынадай күйде болған:

* 9,2% (5) – алкоголь әсері аздап байқалған;

* 29,6% (16) – жеңіл түрде мас боған;

Наркотикалық заттармен уланудан болған өлім көрсеткіші. Кесте 2.

№	Жас аралығы	Саны	Пайызы
1.	21-25 жас аралығындағылар	11	14,7%
2.	26-30 жас аралығындағылар	22	29,3%
3.	31-35 жас аралығындағылар	20	26,6%
4.	36-40 жас аралығындағылар	11	14,7%
5.	41-45 жас аралығындағылар	7	9,3%
6.	46-50 жас аралығындағылар	2	2,7%
7.	51-54 жас аралығындағылар	2	2,7%

* 35,2% (19) орта дәрежеде мас болған;

* 11,1% (6), ауыр дәрежеде мас болған;

* 13,0% (7), өте ауыр дәрежеде мас болған;

* 1,9% (1) токсинді дозасы табылған.

Осы мәліметтерді ескере отырып мынадай қорытынды жасауға болады:

1. Наркотикалық заттармен улану адам өміріне өте үлкен

қауіп туғызатын жағдайдың бірі болып табылады.

2. Наркотикалық заттармен уланудан болатын өлім барлық зорлық өлімдердің 2,5-тен 9,8-ге дейінгі пайызын, ал барлық өлімге әкелген уланулардың 7,2-ден 34,1-ге дейінгі бөлігін құраған.

3. Наркотикалық заттарды қолданатындардың 72 пайызы алкоголь ішімдіктерін де қатар қолданған.

4. Наркотикалық заттармен уланып өлгендердің 71 пайызы 21-35 жас арлығындағы жастар болған.

5. Наркотикалық заттармен уланудан болатын өлімнің сот медициналық көрсеткіштері өлімнің алдын алу шараларын ұйымдастыру үшін маңызды мөлiмeт болып табылады.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Гриненко А.Я., Бабаханян Р.В., и др. К вопросу о судебно-медицинских аспектах смертельных отравлений наркотиками. // Альманах судебной медицины. – №2, 2001.
2. Мальцев С.В., Спиридонов Н.Н., Ивкин А.А. О параллельных показателях смертности и потерь трудового потенциала в связи с преждевременной смертью от отравлений наркотиками и этиловым алкоголем. //Актуальные вопросы теории и практики судебно-медицинской экспертизы, Красноярск 2007 вып. 5.
3. Большая медицинская энциклопедия, справочник лекарственных препаратов и растений, медицинский справочник, 2011.
4. Моисеев В.Ф., Анализ случаев смертельных отравлений за 2004-2006 г по г. Красноярск. //Актуальные вопросы теории и практики судебно-медицинской экспертизы, Красноярск 2007 вып. 5.
5. Годовые отчеты АФ ЦСМ за 2002-2001 гг.

Методология подготовки медицинской службы к действиям в чрезвычайных ситуациях

Ажгалиев Р.Т., Сарабаев С.М., Кудайбергенов Х.Х.
Центр военной медицины Министерства обороны РК

Целью данной статьи является исследование методологических аспектов подготовки медицинской службы Вооруженных Сил Республики Казахстан к действиям в чрезвычайных ситуациях.

Наличие в Казахстане целого ряда потенциально опасных производственных комплексов, сохраняющаяся угроза стихийных бедствий (землетрясений, наводнений, селевых разрушений) заставляют постоянно помнить о возможности возникновения экстремальных ситуаций, сопровождающихся большим количеством пострадавших [1,2].

В соответствии с законодательством Республики Казахстан для ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций решением Правительства РК могут привлекаться личный состав и материальные ресурсы Вооруженных Сил страны, в том числе и ее медицинская служба [3,4].

Перед органами управления медицинской службы ВС РК встанет сложнейшая задача – в кратчайшие сроки разработать стратегию и тактику действий, подготовить план основных мероприятий, сформировать соответствующие подразделения, скоординировать их действия, решить вопросы материального обеспечения, медицинской эвакуации и т.д.

Для минимизации организационной неразберихи и просчетов необходимо заблаговременное планирование деятельности медицинской службы к возможному развитию чрезвычайной ситуации.

Процесс планирования и подготовки медицинской службы к ликвидации последствий чрезвычайной ситуации должен включать следующие пункты:

Анализ природно-климатических и социально-экономических особенностей региона с выявлением соответствующих факторов риска и прогнозирование характера и масштаба возможных последствий чрезвычайной ситуации;

Организацию взаимодействия с территориальными системами МЧС и гражданского здравоохранения и заинтересованными службами;

Планирование деятельности медицинской службы в подготавливаемом периоде; в ходе ликвидации последствий катастрофы;

Подготовка органов управления, подразделений медицинской службы, личного состава спасательных команд к действиям в чрезвычайной ситуации;

Создание необходимых материальных запасов, санитарного транспорта.

В плане необходимо определить состав сил и средств для решения первоочередных задач непосредственно после возникновения чрезвычайной ситуации и наращивание сил и средств по мере выяснения масштабов последствий.

План участия медицинской службы в ликвидации послед-

ствий стихийного бедствия должен предусматривать:

Основные задачи медицинской службы в чрезвычайной обстановке;

Состав сил и средств, привлекаемых к ликвидации последствий;

Организацию оказания медицинской помощи пострадавшим и их медицинской эвакуации;

Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия;

Организацию обеспечения медицинским имуществом; Управление, взаимодействие и связь.

Данные планы существенно не отличаются по содержанию и структуре от планов медицинской службы по обеспечению учебно-боевой подготовки войск, что не нарушает принципа целенаправленности планирования и организации боевой и специальной подготовки медицинской службы.

Подготовка медицинской службы к действиям в чрезвычайной ситуации включает следующие методы:

Практические тренажи медицинского состава по оказанию медицинской помощи пострадавшим;

Тактико-строевые занятия в составе медицинского подразделения, врачебной бригады. Отработка организации оказания помощи на месте, во время эвакуации, в медицинском отряде специального назначения (МОСН), военном госпитале;

Решение ситуационных задач (деловые игры) для руководящего состава;

Учения медицинской службы гарнизона с отработкой всего комплекса предусматриваемых задач.

В заключении хотелось бы подчеркнуть, что подготовка и организация медицинского обеспечения войск и населения в чрезвычайных ситуациях лежат не только в области детальной разработки её методологии, но и в практической её реализации, что обеспечит высокий уровень готовности медицинской службы ВС РК к выполнению задач в любой обстановке.

Литература

1. Сахно И.И., Сахно В.И. Медицина катастроф (Организационные вопросы) ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ Москва. - 2002. - С.57-59.
2. Бурцев А.А. Виноградов А.В. Организация медицинского обеспечения населения при стихийных бедствиях, крупных авариях и катастрофах. М. Медицина, 1989г.
3. Закон Республики Казахстан от 5 июля 1996 года № 19-І «О чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера».
4. «О Программе развития государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций на 2004-2010 годы» Постановление Правительства Республики Казахстан от 31 декабря 2003 года N 1383.

Непрерывная профессиональная подготовка медицинского состава вооруженных сил Республики Казахстан

Сарабаев С.М.

Центр военной медицины Министерства обороны РК. г. Алматы

Улучшение качества медицинской помощи военнослужащим во многом зависит от профессионализма медицинских работников, что требует постоянного повышения их теоретической и практической подготовки.

12 августа 2011 года приказом № 534 и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан утверждена «Концепция развития медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан на 2011-2015 годы». Концепция разработана в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы и Государственной программой развития образования Республики Казахстан на 2011-2020 годы. Разработка настоящей Концепции вызвана необходимостью определить направление дальнейшего развития медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан.

Для повышения профессионального уровня медицинского состава вооруженных сил будет продолжено внедрение непрерывного профессионального развития/образования кадров, совершенствование сети обучающих организаций, координация совместной деятельности медицинских факультетов и научных организаций в области НПР. Будут приняты меры по усилению роли и ответственности работодателей за НПР сотрудников, в том числе за счет обеспечения свободного доступа к Интернету на рабочих местах.

Непрерывное профессиональное развитие - это период профессиональной подготовки, начинающийся после завершения базового медицинского образования и продолжающийся на протяжении активной профессиональной деятельности медицинского работника.

Целью непрерывного профессионального развития является повышение уровня квалификации медицинских специалистов, а в конечном итоге повышение качества медицинских услуг.

Концепцией раскрыты основные направления реализации принципов непрерывности медицинского и фармацевтического образования:

1) постоянное повышение уровня квалификации кадров здравоохранения путем внедрения накопительной системы знаний и навыков;

2) внедрение модульного подхода к построению программ дополнительного профессионального образования;

3) внедрение гибких программ краткосрочного обучения, ориентированных на актуальные проблемы здравоохранения и потребности специалистов;

4) создание 16 региональных симуляционных центров для отработки навыков практикующими врачами и средними медицинскими работниками при крупных лечебных (областных,

городских) организациях;

5) привлечение общественных профессиональных организаций/ ассоциаций к реализации принципов непрерывного профессионального развития специалистов;

6) внедрение практики прохождения специальных дисциплин резидентуры, магистратуры, докторантуры в лучших зарубежных вузах в рамках международного сотрудничества.

В европейских странах НПР рассматривается как процесс, без которого невозможно соответствовать изменениям, происходящим в современной медицинской науке и практике, также участие в программах НПР обязательно для продления сертификата специалиста.

НПР в большей степени подразумевает самоконтроль и активное самообучение. Обучение на рабочем месте является самой эффективной формой НПР, в этом случае наблюдается наиболее глубокое усвоение знаний, так как обучение проблемно ориентировано на решение задач и ситуаций текущей практики. Такой метод является наиболее экономичным: без отрыва от работы, а также дополнительных расходов на командировки и пр.

Курсы повышения квалификации не всегда удовлетворяют специалистов предлагаемой тематикой и необходимостью отрыва от лечебного процесса и места жительства. Внедрение накопительной системы позволит укоротить формальные программы повышения квалификации, проводимые каждые пять лет, и дополнить их ежегодным непрерывным повышением квалификации в форме контролируемого самообразования, а также дает медицинским работникам право выбора способа повышения профессиональной компетентности.

В наше время создается новая информационная среда, меняющая систему образования и обучения. Одним из перспективных способов непрерывного профессионального образования может стать E-learning - современная форма дистанционного обучения с помощью Интернета и мультимедиа.

С учетом быстрого развития медицинской науки и технических достижений можно ожидать, что требования к непрерывному профессиональному развитию медицинского состава вооруженных сил Республики Казахстан не только сохранятся, но и возрастут в будущем.

Слова Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева сказанные в его Послание к народу Казахстана «Построим будущее вместе!» (Астана, 28 января 2011 года) - Личным кредо каждого казахстанца должно стать «образование в течение жизни», - должны стать ориентиром в профессиональной деятельности медицинских работников Казахстана, от труда которых, во многом зависит здоровье нашего народа.

Состояние гематологической службы по Западно-Казахстанской области на 2009-2010 гг.

Кисметова А.Н.

ГКП ПХВ «Областная клиническая больница» г. Уральск

Гематологическая служба в Западно-Казахстанской области представлена гематологическим отделением с коечным фондом на 30 коек, в т.ч для детей 5 коек в ГКП ПХВ «Областная клиническая больница» и амбулаторным приемом в областной консультативной поликлинике при ГКП ПХВ «Областная клиническая больница».

В отделении работают 3 врача-гематолога, включая зав.

отделением, из них один детский гематолог без категории, 2 врача-гематолога имеют I категорию.

Ежедневный консультативный прием осуществляется врачами отделения на 0,5 ставки.

Основными направлениями работы гематологического кабинета являются выявление и взятие на «Д» учет впервые выявленных пациентов с патологией крови, выписка льготных

рецептов «Д» больным, амбулаторное проведение химиотерапии.

В отделение гематологии плановые больные поступают через консультативную поликлинику с данными лабораторных и инструментальных исследований на догоспитальном этапе, а поступившим в экстренном порядке исследования проводятся в приемном отделении терапии ОКБ.

В гематологическом кабинете в полном объеме ведется учетно-отчетная документация.

В штат гематологического отделения входят 13 медсестер, включая старшую медсестру с высшей категорией, одна сестра-хозяйка, две буфетчицы, 6 санитарок.

Основные показатели работы отделения

	2009 г.	2010 г.
Число коек	30	30
Средняя длительность лечения больного	13,3	13,6
Работа койки	353,1	322,3
Оборот койки	26,5	23,7
Летальность	1,8	2,1
% вскрытый	64,3	53,3
% госпитализации сельских жителей	51,2	47,8
Выписано больных	764	709
В т.ч. сельских жителей	378	342
Проведено койко/дней	10207	9669
Число расхождений диагноза	0	0
Выписано детей	12	21

Как видно из таблицы, снизилась работа койки за счет уменьшения общего количества выписанных больных, соответственно и оборот койки. Средняя длительность пребывания

Структурный анализ по нозологическим формам :

Нозология	Кол-во случаев		Койкодни		Ср. длит. пребыв.	
	2009	2009	2009	2010	2009	2010
Острый лимфобластный лейкоз	8	13	186	191	24,8	14,6
Острый миелобластный лейкоз	26	15	680	347	24,1	23,1
Неуточ. острый лейкоз	-	2	-	2	-	1
Другой уточненный острый (указать какой)	1 (плазмобластный)	3 (эритролейкоз, промиелоцитарный)	8	52	8	17,3
Хр. миелолейкоз	37	32	657	616	17,7	19,2
Хр. лимфолейкоз	40	90	632	1264	15,8	14
Истинная полицитемия (эритремия)	17	25	218	418	12,87	16,7
Эссенциальная тромбоцитемия						
Идиопатический миелофиброз (сублейк.миелоз)	12	11	207	182	17,2	16,5
Миелодиспластический синдром		5		72		14,4
Миеломная болезнь	73	105	1088	1503	14,9	14,3
Апластическая анемия	9	6	140	96	15,5	16
Гемолитическая анемия	5	1	70	14	14	14
V ₁₂ -дефицит. анемия	13	9	161	153	12,3	17
Железодефиц. анемия	237	227	2963	2952	12,5	13
Иммунная тромбоцитопения	31	32	465	610	15	19
Гемофилия А	9	2	93	24	10,3	12
Гемофилия В	5	1	52	10	10,4	10
Другие гематологические заболевания : Гем. васкулит,	10	11	153	210	15,3	19
Негематологические заболевания: вторичные тяжелые анемии на фоне выявленных солидных опухолей. Клинический диагноз выставляется как рак того-или иного органа, в т.ч В20-1больная	14	5	138	57	9,8	11,4

сохраняется практически на одном уровне в 2010 и 2009 годах. Несколько увеличился показатель летальности с 1,8 до 2,1, в абсолютных же цифрах число умерших в 2010 г – 15 чел., в 2009 г – 14 больных

Как видно из таблицы, по структуре пролеченных больных в отделении отмечается рост случаев госпитализации больных с диагнозом «Острый лимфобластный лейкоз» с 8 до 13 больных в 2010 г. (в абс. цифрах).

Анализируя все 13 случаев, необходимо отметить, что из них детей с диагнозом «О. лейкоз, лимфобластный вариант» после верификации диагноза дети были направлены на лечение в НЦП и ДХ г. Алматы. В отделении гематологии случаев взрослых пациентов были доставлены в областную больницу уже в терминальной стадии, когда пациент не нуждается в патогенетическом лечении.

Соответственно средние сроки лечения пациенты в отделении с диагнозом «Острый лимфобластный лейкоз» в 2010 г. сохраняется с 24,8 до 14,6.

Увеличилось число случаев госпитализации больных с диагнозом «Хр. лимфолейкоз» с 40 до 90 в 2010 году, также отмечается рост случаев госпитализации пациентов с диагнозами : «Истинная полицитемия», «Множественная миелома».

По данным таблицы, в 2010 г. снизилось количество случаев с диагнозом «Острый миелобластный лейкоз» с 26 до 15, «Железодефицитная анемия» и различными не гематологическими заболеваниями.

По итогам 2010 г. снизилось количество госпитализации больных с диагнозом «Гемофилия» с 14 случаев в 2009 г. до 3 случаев в 2010 году, т.к. данные пациенты получают проф. лечение амбулаторно антигемофильными факторами.

Анализируя истории болезни трех случаев госпитализации пациентов с диагнозом «Гемофилия», необходимо отметить, что данные факт имеют место у детей, поступивших в отделение с

кровоизлияние в суставы, носовые кровотечения на фоне бытовых травм.

Диагностика и лечение больных в отделении гематологии проводятся согласно медико-экономическим протоколам. Лечение пациентов химиопрепаратами осуществляется благодаря лекарственным средствам из республиканских целевых трансфертов, а также ряд препаратов закупается за счет средств местного бюджета. Обеспечение медикаментами гематологических больных за последние годы значительно улучшилось.

Неотъемлемой частью лечения пациентов с патологией крови является гемотрансфузионная терапия. За счет улучшения обеспечения препаратами для проведения сопроводительной терапии, концентратам VII, VIII, IX факторами, эритропоэтинами, современными инъекционными препаратами железа снизилось число переливаний препаратов крови. В областном центре крови изготавливаются карантинизированная свежемороженая плазма, эритроцитарная взвесь, лейкофильтрированная эритроплазма, тромбоконцентрат, криопреципитат.

Диспансеризация больных по нозологическим формам

По нозологиям диспансеризация больных распределилась следующим образом: на первом месте пациенты с диагнозом : «Хр. лимфолейкоз», на втором месте – «ИТП», на третьем месте – «Истинная полицитемия», четвертое место занимают такие заболевания, как «Острый лейкоз», «Хр.

Характеристика диспансеризации больных по нозологическим формам 2010 г.

Наименование	Состояло	Взято на «Д» учет	Состоит к концу 2010
Острый лимфобласт. лейкоз	6	4	7
Острый миелобласт. лейкоз	4	6	8
Неуточ. острый лейкоз	-	2	0
Другой уточн. остр. лейкоз (1 эритролейкоз, 1 промиелоцитарный)	-	2	0
Хр. миелолейкоз	17	6	15
Хр. лимфолейкоз	14	12	24
Истинная полицитемия (эритремия)	13	3	16
Идиопатич. миелофиброз (сублейк.миелоз)	7	3	10
Миелодиспластич. синдром	1	-	0
Миеломная болезнь	14	4	13
Апластическая анемия	2	0	2
Гемолитическая анемия	9	0	9
Иммунная тромбоцитопения	12	7	19
Тромбоцитопатия	2	0	2
Гемофилия А (взрослые)	14	1	15
Гемофилия В (взрослые)	4	0	4
Болезнь Виллебранда	1	0	1
анемия Блек Фена Даймонда, (ребенок)	1	0	1
Гистиоцитоз	1	0	1

миелолейкоз», «Гемофилия «А» и «Б» и «Множественная миелома».

Структура летальности

Нозологические формы	2009 г.	2010 г.
Острый лейкоз	10	7
Хр. миелолейкоз	-	3
Апластическая анемия	1	-
Хр. лимфолейкоз	1	1
Множественная миелома	1	2
Иммунная тромбоцитопения	-	1
Прочие	1	1
Итого	14	15

Показатель летальности в 2010 г. увеличился с 1,8 до 2,1. В общей структуре смертности пациентов в 2010 г. преобладают больные с острым лейкозом, на втором месте хр. миелолейкозом.

Основными причинами летальных исходов являются ДВС-синдром и полиорганная недостаточность, что связано со злокачественным течением заболевания, поздней диагностикой лейкоза на уровне первичного звена, поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью, когда диагноз установлен в терминальную стадию и патогенетическая терапия уже не показана.

Основным методом диагностики гематологических заболеваний является стерильная пункция костного мозга.

За 2010 год проведено 159 стерильных пункций с подсчетом миелограммы, 24 – цитохимических исследований. В лабо-

раториях больным проводятся цитологическое, гистологическое исследования лимфоузла и других материалов, определение уровня сывороточного железа, коагулограмма.

Для профилактики и лечения нейрорлейкемии в отделении проводятся эндолумбальные пункции.

Областная клиническая больница – единственная крупная лечебно-профилактическая медицинская организация областного центра, выполняет функцию больницы скорой и неотложной помощи. Коечная мощность больницы составляет 730 коек, из них 450 хирургического профиля (10 хирургических отделений), 7 терапевтических отделений, функционирует отделение гемодиализа, гипербарической оксигенации, ультразвуковой диагностики, осуществляется плазмаферез; эндоскопии, круглосуточный травматологический пункт, палаты интенсивной терапии; функционирует аппарат МРТ, в отделении ультразвуковой диагностики проводится биопсия печени.

Средствами санитарной авиации и наземного транспорта оказывается экстренная и неотложная медицинская помощь населению области. Для проведения лечебно-диагностического исследования больница оснащена рентгенологическим отделением, физиотерапевтическим отделением, ЦСО, аптекой. В своем составе имеет консультативную поликлинику на 250 посещений в смену.

С целью оказания практической помощи врачами-гематологами в течение года проводятся консультации в районы области по телемедицине.

К сожалению, в области имеет место ряд проблем для развития гематологии:

- в районах области не обеспечивается ранняя диагностика заболеваний системы крови с несвоевременным направлением пациентов к гематологу. Это связано с недостаточной квалификацией терапевтов и врачей общей практики в вопросах гематологии, а также низкий уровень лабораторной диагностики как в городе, так и на селе, низкая обеспеченность врачами-лаборантами.

Несмотря на проведение внештатным гематологом тематических конференций по актуальным вопросам диагностики заболеваний крови с привлечением врачей-терапевтов узкого профиля. Вышеуказанная проблема остается актуальной.

По области не проводят следующие виды исследований:

- определение уровня факторов свертывания плазмы крови для диагностики и мониторинга терапии гемофилии;
- трепанобиопсия, из-за отсутствия специализации патоморфолога;
- иммунофенотипирование клеток крови и костного мозга;
- не проводится цитогенетическое исследование костного мозга;
- не проводится электрофорез белков сыворотки крови.

Определение М-градиента;

В лабораториях области не определяют уровень ферритина, циклоспорина, железосвязывающей способности сыворотки;

- проба Кумбса;
- методы определения адгезивно-агрегационной активности тромбоцитов.

Однако в настоящее время такие исследования, как определение

М-градиента в крови, исследование на филадельфийскую хромосому осуществляется благодаря партнерскому взаимодействию с фармацевтическими компаниями.

Решение вышеуказанных проблем в области позволит улучшить качество оказания специализированной помощи пациентам с патологией крови.

Применение новейших адгезивных систем в лечении больных с осложненным кариесом

Масюкова Э.А.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы

Стоматологические композитные материалы не обладают самостоятельной адгезией (связью физической и химической природы между разнородными поверхностями) к тканям зуба. Поэтому при пломбировании (реставрации) композитами обязательным является применение специальных адгезивных систем (бондов), имеющих химическую или микромеханическую адгезию к тканям зуба. Невыполнение этого условия приводит к нарушению сцепления композита с тканями зуба (вследствие усадки композита при полимеризации) и появлению краевой щели, возникновению вторичного кариеса и иногда – к повреждению пульпы. Основные компоненты органической матрицы композитов обладают довольно высокой адгезией к эмали, но по отношению к влажному дентину ведут себя как гидрофобные вещества, плохо прилегающие к его поверхности [2,3].

Современные адгезивные материалы, разработанные на основе новейших нанотехнологий дендримерных (разветвленных) молекул и контролируемой полимеризации, позволяют уменьшить усадку материалов при полимеризации без потери их прочности и физико-механических характеристик, обеспечить им уникальные реологические свойства (текучесть, вязкость, сохранение формы); обеспечить устойчивость к агрессивному воздействию среды применения (температура, вязкость, нагрузка в полости рта) [4].

Цель

– оценить эффективность новейших адгезивных систем в лечении осложненного кариеса.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 15 человек с осложненными формами кариеса, из них у 5 пациентов диагностирован острый общий пульпит, у 3 – обострение хронического гранулирующего периодонтита, у 7 – хронический фиброзный периодонтит. У всех 15 пациентов разрушение коронки зуба составляло более 1/3 от длины всей коронки зуба.

Всем пациентам было проведено эндодонтическое лечение, которое включало в себя: раскрытие полости зуба, ампутацию коронковой пульпы, экстирпацию корневой пульпы в случае пульпита; удаление распада пульпы (некрэктомия) в случае периодонтита, затем тщательная инструментальная и медикаментозная обработка, качественная obturation корневых каналов. Обработка канала корня зуба, дентина и эмали коронки зуба осуществлялась кислотой Q-Etch (кислотное протравливание) в течение 10 секунд. Затем нанесли адгезив Prima 2000 с добавлением активатора Auto-Cure Aktivators на 15

секунд, просушивали воздушным потоком в течение 5 секунд (поверхность должна быть гладкая и блестящая) и отсвечивали лампой 20 секунд. Следующим этапом было построение культи зуба с использованием композита Q-Core. Это цемент дуального (двойного) отверждения удобен тем, что его можно вносить одной порцией, а не слоями. Он не расплывается, держит форму и отвердевает химически за 3–4 минуты. Глубина световой полимеризации составляла 8 мм. за 20 секунд.

Помимо выше сказанного, цементы использовались для: восстановления культи зуба, подготовки культи зуба к последующей реставрации, восстановления и реставрация скола керамики, временной фиксации искусственных коронок, постоянной фиксации искусственных коронок, постоянной фиксации искусственных коронок на импланты.

Результаты

Во всех случаях применение новейших адгезивных систем у пациентов с осложненным кариесом было эффективным. За счет применения нанотехнологий композит Q-Core обладает низкой усадкой (до 1% и меньше), то есть при попадании наномолекулы в полимер, получается разветвленная полимерная сетка, которая не дает сжаться материалу, в связи с чем у пациентов не происходило объемной усадки. Q-Core обладает высокой прочностью на изгиб в отличие от других композитов, которые не имеют такой амортизации, что обеспечило великолепную фиксацию и идеальную краевую адаптацию реставраций у всех пациентов.

Таким образом, использование стоматологических самотравящих материалов гарантировало качество реставрационной работы врача, позволило сократить рабочее время, повысило удобство и эффективность работы за счет эргономической продуманной упаковки и аксессуаров (миксеры, насадки и т.д.) Кроме этого, композит удобен при работе с детьми, т.к. его можно из шприца при помощи насадки сразу внести в полость зуба.

Список литературы

1. Р. Бир, М.А. Бауманн, С.Ким Эндодонтология //Атлас по стоматологии /под общ. ред. Т.Ф. Виноградовой. - М. - 2004. - 363с.
2. Л.А.Хоменко, Н.В. Биденко Практическая эндодонтия: инструменты, материал и методы: учебное пособие. - Изд. 2-е доп. - М. - 2002.- 216с.
3. А.В.Борисенко, В.П. Неспрядько Композиционные пломбовочные и облицовочные материалы в стоматологии // учеб. пособие.-Киев.- 2001.-200с.
4. B.Zalsman, A.Valdman, K.Lizenboim. Enamel-Dentin Adhesives, Self-Etching Primers, Volume 24, Issue 11, November 2000, CRA.

Профилактическое применение антибиотиков в стоматологии

Естакова Л.Г.

с. Маловодное, Алматинской области, участковая больница

Среди пациентов, находящихся на лечении у стоматолога, существует категория, которая, прежде чем подвергнуться зубохирургическим процедурам, должна пройти курс медикаментозного лечения в связи с наличием в анамнезе сопутствующей патологии. В сентябре 1997 года в рекомендации Американской стоматологической ассоциации по применению антибиотиков в процессе премедикации был внесен ряд изменений. В настоящей статье определяется круг пациентов, для которых

премедикация может принести пользу, и одновременно обосновывается ее необходимость.

Кому требуется профилактическая антибиотикотерапия?

Лица с повышенным риском заболевания подострым септическим эндокардитом должны принимать антибиотики до проведения определенных зубохирургических процедур, в частности тех, которые будут сопровождаться кровотечением десен или слизистой оболочки. Септический эндокардит может разви-

ваться у больных с пороками сердца. Степень риска для каждого пациента зависит от его клинического состояния. Группа с высокой степенью риска включает лиц с искусственными клапанами сердца, эндокардитом в анамнезе, сердечной недостаточностью, системным или легочным шунтом или каналом, созданным путем хирургической операции. Группа с умеренной степенью риска включает пациентов с врожденными пороками сердца, приобретенной сердечной недостаточностью, недостаточностью клапанов сердца (например, в связи с ревматическим полиартритом), гипертрофической кардиомиопатией, пролабированием створок митрального клапана с регургитацией крови и (или) утолщением створок клапана, а также с некоторыми видами сердечных шумов. Лицам с дефектами межпредсердной или межжелудочковой перегородки, хирургически устраненными дефектами межпредсердной или межжелудочковой перегородки, коронарным анастомозом, пролабированием створок митрального клапана без регургитации крови, функциональным или физиологическим шумом сердца, болезнью Кавасаки в анамнезе, ревматическим полиартритом без недостаточности клапанов сердца, а также пациентам с кардиостимуляторами профилактическое лечение антибиотиками требуется не во всех случаях. Наибольшие расхождения во мнениях возникают в отношении группы пациентов с полными суставными протезами. Профилактика рекомендуется некоторым больным с суставными протезами в связи с тем, что в области сустава в любой момент может развиваться очаг инфекции. В группу риска входят пациенты с нарушенной иммунологической реактивностью или иммунодепрессией, вызванной ревматоидным артритом, системной красной волчанкой и другими заболеваниями, лекарственными препаратами или облучением. К пациентам с повышенным риском также относятся больные с полными суставными протезами, с рецидивирующими инфекционными процессами в области суставных протезов в анамнезе, а также лица, страдающие диабетом с лекарственной (инсулиновой) зависимостью, истощением и гемофилией. Вопрос о профилактическом лечении антибиотиками также может возникнуть в отношении больных, перенесших в течение двух предшествующих лет хирургическую операцию по суставному протезированию. Рекомендации по профилактическому применению антибиотиков не распространяются на пациентов с пластинчатыми съемными протезами, а также с протезами, имеющими опорные и винтовые штифты.

Почему требуется профилактическое применение антибиотиков?

Некоторые зубохирургические процедуры, в частности, от-

крытый кюретаж, могут вызвать попадание в кровоток бактерий, находящихся в ротовой полости. Такие бактерии могут внедриться в иммунологически неустойчивые области сердца и спровоцировать возникновение эндокардита. Подострый септический эндокардит - болезнь, потенциально опасная для жизни. Вот почему так важна профилактика этого заболевания. Воспалительные явления в ротовой полости повышают угрозу развития бактериемии, в связи с этим гигиена полости рта приобретает особое значение. В настоящее время нет сведений, которые подтверждали бы, что профилактическое лечение антибиотиками помогает предотвратить эндокардит. В основу рекомендаций по профилактике септического эндокардита положены результаты микробиологических исследований *in vitro*, опытов на животных и ретроспективного анализа применения антибиотиков пациентами. Тщательный уход за полостью рта до и после хирургического вмешательства снижает вероятность бактериемии, вызванной зубохирургическими процедурами или какой либо иной причиной. Хотя и нет научных доказательств того, что профилактическое применение антибиотиков помогает предотвратить инфекцию в области полного суставного протеза, очевидно, что такая профилактика целесообразна для той группы пациентов, о которых шла речь выше.

Когда (при каких зубохирургических процедурах) требуется профилактическое применение антибиотиков?

Профилактика эндокардита и профилактические меры в отношении пациентов с полными суставными протезами рекомендуются перед следующими зубохирургическими процедурами: удаление зуба, хирургическая операция на пародонте, удаление зубного камня и кюретаж, зондирование глубины десневого кармана, хирургическая процедура при имплантации, инструментальная обработка канала корня зуба, хирургические манипуляции за пределами верхушки корня зуба и наложение ортодонтических конструкций. Зубохирургические процедуры, при которых не требуется профилактического применения антибиотиков: инъекции в целях анестезии, пломбирование, фиксация коронок (кроме тех случаев, когда возможна кровоточивость), снятие швов, снятие оттисков зубных рядов, снятие рентгеновских снимков, обработка фтористыми соединениями, регулировка ортодонтического аппарата и удаление молочных зубов. В зависимости от конкретной ситуации, при осуществлении некоторых из указанных процедур может потребоваться профилактическое применение антибиотиков. Чтобы обеспечить должный уровень защиты здоровья пациента, необходима клиническая оценка его состояния и, в отдельных случаях, консультация врача-специалиста.

Ультразвуковая диагностика заболеваний слюнных желез

Касеинов И.М., Сакенова М.В.

ГКП на ПХВ «Областная больница» г. Талдыкорган

Злокачественные опухоли слюнных желез составляют 2,2 % среди всех новообразований челюстно-лицевой локализации. Своевременное распознавание их представляет серьезные трудности, хотя они относятся к группе новообразований визуальной локализации, доступны осмотру и пальпации. Ошибки при диагностике опухолей околоушных желез встречаются 60% наблюдений и обусловлены тем, что различные по характеру и морфологическому строению злокачественные опухоли имеют сходную клиническую картину с доброкачественными новообразованиями, воспалительными и опухолевыми заболеваниями, внежелезистыми патологическими процессами. Существующие инструментальные и радионуклидные методы всегда позволяют проводить четкую дифференциацию этих заболеваний. Поэтому представляет интерес изучение диагностических возможностей ультразвукового метода. Появившиеся сообщения свидетельствуют о целесообразности более широкого применения ультразвука для диагностики заболеваний

слюнных желез.

Материал и методика

У 201 больного изучена информативность УЗИ в выявлении опухолей и неопухолевых заболеваний слюнных желез. У 60 здоровых исследована УЗИ характеристика слюнных желез (контроль). При комплексном клинко-морфологическом исследовании злокачественные опухоли установлены у 52 доброкачественные — у 127 больных. Следует отметить, только 8 из 53 больных со злокачественными новообразованиями поступили в специализированные учреждения в первые 6 месяцев с момента появления начальных признаков заболевания, 9 — в течение года, 17 — на протяжении 2 лет, а 19 — лишь через 2 года и более. Аналогичная картина наблюдалась и при доброкачественных опухолях слюнных желез. Это указывает на необходимость дальнейшего совершенствования диагностики

данных заболеваний и повышение онкологической настороженности врачей.

Результаты исследования

Как показали наши исследования, на УЗИ, находят отображение все анатомические структуры околоушно-жевательной и подчелюстной областей. Вслед за мягкими тканями околоушные и подчелюстные слюнные железы визуализируются в виде гомогенной зоны, повторяющей анатомическую форму исследуемого органа. При увеличении мощности ультразвукового излучения от паренхимы околоушной слюнной железы регистрировались единичные отражения, обусловленные сосудами, нервами и перегородками их фасций. УЗИ размеров околоушной слюнной железы показало, что они непосредственно зависят от возраста и конституциональных особенностей пациента.

При различных патологических процессах в слюнных железах на эхограммах выявились изменения, связанные с нарушением их анатомической формы — контура, размеров и акустической характеристики внутренней структуры. Установлен ряд эхографических признаков, с помощью которых можно проводить дифференциальную диагностику опухолевых и неопухолевых заболеваний.

Следует отметить, что слюнные железы были увеличены у всех больных. Для злокачественных опухолей слюнных желез характерно нарушение целостности капсулы, а в паренхиме наблюдались одно или несколько очаговых образований неправильной формы с нечеткими контурами и неоднородной внутренней структурой. Вовлечение в патологический процесс кожи, подкожной жировой клетчатки и нервов наблюдаются у 88,6% больных.

При доброкачественных новообразованиях слюнных желез капсула была не изменена (92,7%), очаговые поражения паренхимы отмечались в 98,2 % наблюдений. Опухолевые узлы имели правильную форму (87,1 %), четкую границу (93,6 %) и однородную структуру (83,4 %). Деформация окружающих тканей выявлена только у 8,2 % больных.

Диагностика кист с помощью УЗИ не представляла особых трудностей, так как при этом капсула железы в большинстве случаев не была изменена, в паренхиме четко выявлялась

эхосвободная зона (88,8 %). Кисты выделялись как полостные образования (94,4 %) правильной формы (88,9%). Поглощение ультразвука в кистозных образованиях было незначительным, а окружающие ткани оставались без изменений.

Для воспалительных процессов слюнных желез на УЗИ были характерны утолщение капсулы (76,1 %), диффузное поражение железы (85,7 %) с однородной структурой. В воспалительный процесс вовлекались окружающие ткани у 71,5% обследованных.

Комплексное клинико-эхографическое исследование позволило правильно диагностировать злокачественные опухоли слюнных желез у 50 (94,4 ± 3,3%) из 53 больных, доброкачественные новообразования — у 101 (92,6 ± 2,5%) из 109 и воспалительные процессы — у 18 из 21. Эхография была особенно информативной в распознавании кист, инородных тел (стебель травы и камней) слюнных желез — они были правильно диагностированы у всех 18 больных.

Вывод

Таким образом, эхография — высокоинформативный метод диагностики опухолей и воспалительных заболеваний слюнных желез. Простота исследования, доступность его на всех этапах оказания медицинской помощи позволяет рекомендовать применение УЗИ в амбулаторно-поликлинических условиях для дифференциальной диагностики заболеваний слюнных желез.

Литература

1. Бембеев В. Б., Клименко В. А., Латаев П. И. и др. // *Воен.-мед. журн.* — 1984. — № 5. — С. 54—56.
2. Доценко А. Н., Афанасьев В. В., Налиткин А. А. // *Мед. радиол.* — 1985. — № 12. — С. 69—74.
3. Нахутина Э. М. *Ультразвук в диагностике заболеваний слюнных желез: Автореф. дис. канд. мед. наук.* — М., 1974.
4. Пачес А. И. *Опухоли головы и шеи.* — М., 1983.
5. Фазылов А. А., Аляви Ф. Л., Дусмуратов А. М. и др. *Комплексное ультразвуковое исследование при опухолях головы и шеи: Метод, рекомендации.* — Ташкент, 1984.
6. *Статистические данные кабинета УЗИ ГКП на ПХВ Областная больница.*

Применение элеватора при переломах скуловой кости и дуги

Касеинов И.М., Бекбулатов Г.О.

ГКП на ПХВ «Областная больница» г. Талдыкорган

В 1967 г. в клинике кафедры госпитальной хирургической стоматологии был разработан элеватор для вправления скуловой кости и дуги. О первом опыте применения элеватора сообщалось ранее (И. С. Карапетян). В отделении челюстно-лицевой хирургии областной больницы за период с 2009 по 2011 г. было принято 216 больных (25 женщин в возрасте от 15 до 55 лет и 191 мужчин в возрасте от 15 до 66 лет) с переломами скуловой кости и дуги по ургентным показаниям. Больных с переломами скуловой кости со смещением было 122, с переломами скуловой дуги — 38, с переломами скуловой кости и дуги — 56. Обычно, скуловую кость или дугу вправляли в срок от 1 до 10 дней после травмы. У 8 больных вправление скуловой кости было произведено более чем через 10 дней после травмы и результаты оказались удовлетворительными. Вправление отломков при переломах скуловой кости и дуги производили под общим (у 7 больных) и местным (у 209 больных) обезболиванием. Местную анестезию производили введением 10 мл 2 % раствора лидокаина. Раствор вводили по переходной складке у верхнего второго моляра в подвисочную область. В области щеки височной кости и у каждого угла глазницы экстраорально вводили около 10 мл раствора. Через 5—7 мин через разрез по переходной складке в проекции 6—7 верхних зубов вводили

бранш элеватора в подвисочное пространство. Элеватор проводили под смещенные участки скуловой кости и скуловой дуги, достигая чешуи височной кости. Полусферой рабочей части инструмента упирались в чешуи височной кости и медленно отводили ручку элеватора в наружу; при этом металлическим стержнем, который соединяет рабочую часть инструмента с его ручкой, приподнимали фрагменты кости и сопоставляли их в анатомически адекватном положении. При изолированном переломе скуловой дуги, как показывает опыт, нет необходимости продвигать элеватор до упора в чешую височной кости, приподнимать смещенные отломки скуловой дуги можно концом элеватора, как рекомендовал Wielage.

После произведенной репозиции обычно не возникало необходимости в специальной фиксации отломков. Однако у 36 больных при раздроблении стенок верхнечелюстной пазухи возникала необходимость удерживать скуловую кость в правильном положении йодоформным тампоном, введенным в верхнечелюстную пазуху после вскрытия ее передней стенки. При этом показано создание контрапертуры в нижний носовой ход. Удаление йодоформного тампона производили в период от 7 до 10 сут. Осложнений, связанных с применением элеватора и анестетика лидокаина, ни в ближайшем, ни в отдаленном

время не отмечено. У большинства больных получены хорошие ближайшие и отдаленные результаты. Однако у 8 больных, которым вправление производилось позже чем через 1 месяц после травмы, получены удовлетворительные результаты. У них функциональных изменений по выздоровлению не отмечалось, но имелась небольшая деформация в скуловой области. Эта деформация связана с тем, что иногда (у 4 больных) не удавалось удерживать отломки после вправления скуловой дуги и скуловой кости в правильном положении

Вывод

Данный метод лечения доступный, не требует дополнительных инструментов и малотравматичный для больного.

Литература

1. Карапетян И.С.-Стоматология 1971г.
2. Карапетян И.С.-Стоматология 1982г.

Методы диагностики и лечения больных с острыми перфорациями и инородными телами верхнечелюстных пазух

Касеинов И.М., Бекбулатов Г.О.

ГКП на ПХВ «Областная больница» г. Талдыкорган

Проблема лечения больных с острыми перфорациями и инородными телами верхнечелюстных пазух остается актуальной. Количество больных с данной патологией, несмотря на достигнутые успехи в профилактике стоматологических заболеваний, имеет стойкую тенденцию к росту.

Применяемые методы диагностики и лечения больных с острыми перфорациями и инородными телами верхнечелюстных пазух позволяет добиться хороших результатов лечения, предупредить развитие послеоперационных осложнений, уменьшить экономические затраты и нуждаются в дальнейшем совершенствовании.

Лечение больных, как правило, осуществляется в условиях стационара. Чаще всего производится радикальная операция на верхнечелюстной пазухе. Количество послеоперационных осложнений, по сведениям различных авторов, колеблется от 10 до 20%.

Целью настоящей

работы является дальнейшее совершенствование методов диагностики и лечения больных с острыми перфорациями и инородными телами верхнечелюстных пазух.

Материал и методика

Под нашим наблюдением находилось 63 больных мужского и женского пола в возрасте от 17 до 72 лет с острыми перфорациями и инородными телами верхнечелюстных пазух. Операция извлечения инородного тела (корня удаляемого зуба) с пластикой перфорационного отверстия произведена у 90 % больных впервые 10 дней после возникшего осложнения, и, у 2 % в сроки от 10и более дней, и, 8% просто пластика перфорационного отверстия.

По нашим данным, во время операции удаления зуба в верхнечелюстную пазуху проталкиваются корни первых (62,3 %), и, вторых (27,6 %) моляров, вторых (5,8 %) и первых (2,9 %) премоляров, зубов мудрости (1,4 %).

В условиях стационара к хирургическому вмешательству приступали после обследования больных. С этой целью проводили панорамную рентгенографию внутриротовой в зоне проекции перфорационного отверстия для оценки состояния слизистой оболочки и установления локализации инородного тела.

Больных с острыми перфорациями, инородными телами верхнечелюстных пазух и ороантральными свищами при значительных патологических изменениях слизистой оболочки производилась операция - радикальная гайморотомия с пластикой перфорационного отверстия, с извлечением инородного тела. С этой целью нами разработан и на протяжении многих лет успешно применяется на практике новый способ извлечения

корня зуба из верхнечелюстной пазухи, и выведение конца йодоформенной турунды.

Сущность способа заключается в следующем. Перед операцией всем больным производится антисептическая обработка верхнечелюстной пазухи. При помощи бора или хирургической фрезы (под охлаждением их 0,04% раствором хлоргексидина биглюконата) производится перфорационное отверстие в области «собачьей ямки». В пазуху вводится стерильный бинт до полного ее заполнения, и оставляя свободным место для предполагаемого места нахождения инородного тела. Данный метод позволяет ограничить круг поиска и быстро обнаружить инородного тела, а также не позволяет ему сместиться.

После обнаружения инородного тела производится удаление слизистой оболочки и грануляционной ткани из лунки, пазух промывается традиционным методом. Затем пазух заполняется йодоформенной турундой рыхло, и конец турунды выводится из искусственно созданного перфорационного отверстия в области «собачьей ямки» в полость рта. Пластика перфорационных отверстий и ороантральных свищей проводится местными тканями (мобилизуется слизисто-надкостничный покров альвеолярного отростка и слизистой оболочки щеки). Выкраивается трапециевидный лоскут со щеки и альвеолярного отростка верхней челюсти вместе с надкостницей. Накладывается П-образный шов из капрона и производится поперечный надрез надкостницы для создания подвижности лоскута. Лоскут с помощью П-образного шва зашивается к слизистой оболочке небной стороны, предварительно освежив края раны. Рана зашивается непрерывным швом кетгутом. Конец йодоформенной турунды оставляем в полости рта, укорачивая, фиксируем кетгутом к ране.

В зависимости от состояния слизистой оболочки гайморовой пазухи и от срока обращения больного, йодоформенная турунда удаляется в течение от 3 до 7 суток после операции.

В послеоперационном периоде проводится консервативное лечение. На 2-е сутки после операции назначаются УВЧ-, СВЧ-терапия. В полость носа в течение недели вводятся сосудосуживающие препараты в виде аппликаций. Учитывая высокую степень эффективности йодоформенной турунды, антибиотики чередуются с сульфаниламидными препаратами. Особое внимание уделяем гигиене полости рта.

Результаты исследования.

Клинические наблюдения показали, что у больных после использования предложенных нами методов лечения боль и отек мягких тканей исчезали на 3-4 сутки. У 62больных наблюдалось первичное заживление ран. Отдаленные результаты (от 3 мес. до 5 лет) прослежены у 48 больных. Сроки временной нетрудоспособности у больных, получавших лечение в стационаре составили 8-10 дней.

Вывод

Таким образом, разработанные нами новые методы лечения больных с острыми перфорациями и инородными телами верхнечелюстных пазух снижают количество послеоперационных осложнений, уменьшают травматичность операций, значительно сокращают сроки реабилитации.

Литература

1.Бернадский Ю.И. Одонтогенные гаймориты.-М.1968г.

2.Груздев Н.А. Острая одонтогенная перфорация .-М.1978г.

3.Губайдулина Е.Я. Одонтогенные свищи верхнечелюстных пазух.-М.1959г.

4.Богатов А.И. Стоматология .-1991-№ 5.

5.Дорофеев В.И Хирургическое лечение одонтогенных гайморитов.М.1965г.

6.Шаргародский А.Г Воспалительные заболевание челюстно-лицевой области и шей.-М.1985г.

7.Статические данные отделения ЧЛХ ГКП на ПХВ «Областная больница».

Современные методы лечения грибковых заболеваний ЛОР-органов

Асильбекова Ж. А.
МЦ «МЕДИКЕР»

Роль грибковых заболеваний в настоящее время значительно возросла. Все большее значение приобретают микозы в оториноларингологии. Причиной многих проблем с носом, горлом, ушами стали патогенные микроорганизмы – грибы. По данным ВОЗ, каждый пятый житель планеты поражен грибковой инфекцией, в том числе микотическими заболеваниями ЛОР-органов. В настоящее время известно около 500 видов грибов, патогенных для человека. А возбудителями грибковых заболеваний ЛОР-органов в большинстве случаев становятся дрожжеподобные грибы родов *Candida* и плесневые грибы родов *Aspergillus*.

ЛОР-микозы – это инфекционные заболевания, они развиваются при определенных условиях, так называемых предрасполагающих факторах. Это особенно относится к патологиям верхних дыхательных путей и ушей, поскольку основными возбудителями в этих случаях являются условно-патогенные грибы. Обычно они находятся в балансе с другими микроорганизмами, не причиняя организму вреда, но при снижении иммунитета начинают активно размножаться и «оккупировать» доступные территории. Риск возникновения грибковых заболеваний повышается при длительном лечении гормонами, нарушении обмена веществ, авитаминозе, хронических заболеваниях (например, диабете), травмах уха. Но главный фактор риска – беспечный подход к подбору лекарств, особенно антибиотиков, и самостоятельный выбор препаратов и их дозировки.

Основными формами грибковых заболеваний ЛОР-органов являются: отомикозы, фарингомикозы, ларингомикозы, грибковые заболевания носа и придаточных пазух. По последним данным, установлено, что чаще всего встречается отомикоз (50%) от всех диагностированных больных с микозами ЛОР-органов), затем следуют фарингомикозы (24%), микозы носа и околоносовых пазух (14%) и ларингомикозы (12%).

Отмикоз встречается у 18,6% взрослых и 26,3% детей, регулярно страдающих отитами. Основными симптомами, помогающими отличить грибковый отит от обычного бактериального, является заложенность, зуд в ухе, а также выделения, характер которых зависит от вида гриба-возбудителя. Типично также образование корочек, пробок в наружном слуховом проходе. Главной проблемой выявления болезни является позднее диагностирование и неадекватное лечение, которые могут привести к различным осложнениям, в том числе тугоухости.

Фарингомикоз начинается с небольшого покраснения и сухости слизистой оболочки полости рта, в дальнейшем появляются беловатые творожистые налеты, нередко захватывающие не только миндалины и дужки, но и мягкое небо, заднюю стенку глотки. Грибковую ангину нередко ошибочно диагностируют как микробную, неправильно лечат антибиотиками, что способствует формированию хронического грибкового тонзиллита. Частые ангины (от двух до десяти раз в год) – серьезный повод проверить наличие патогенных грибов в полости рта.

Для микозов носа и околоносовых пазух характерна постоянная заложенность носа. Обильность и частота выделений из носа зависят от стадии развития грибковой инфекции. Больных беспокоят неприятные ощущения тяжести в пораженной микозом пазухе, а слизистая становится очень болезненной.

Внедрение в медицинскую практику последних лет целой серии антимикотиков существенно улучшило результаты лечения грибковых заболеваний. Было проведено изучение терапевтической эффективности новых антимикотических препаратов интраконазола и мефлюкона при лечении микоза ЛОР-органов.

Мефлюкон – это препарат производимый компанией Medochemie, обладающий высокоспецифичным действием, ингибируя активность ферментов грибов. Активное вещество препарата флуконазол. Данный препарат активен при микозах вызванных *Candida spp.*, *Microsporium spp.*, *Trichophyton spp.*, применяется один раз в сутки, в дозе 50 мг. Один раз в сутки.

До начала проведения этиотропной терапии микоза ЛОР-органов, мы проводили определение чувствительности выделенных от больного грибов к противогрибковому препарату. Эти исследования проводились одновременно с видовой идентификацией возбудителя, которая являлась основным тестом диагностики микоза ЛОР-органов.

Таким образом, выбор противогрибкового препарата основывался на следующих положениях: интраконазол применялся при всех локализациях грибкового поражения ЛОР-органов, возбудителем которых были плесневые грибы как в виде моноинфекции, так и при ассоциации с грибами рода *Candida*; при кандидозах, в случае выявления более высокой чувствительности их к интраконазолу, чем к мефлюкону; мефлюкон применялся при всех локализациях кандидозных поражений с учетом показателей чувствительности грибов к препарату.

Были проведены клинические испытания интраконазола и мефлюкона при лечении 44 больных с грибковым поражением ЛОР-органов.

Интраконазол был применен у 18 больных (в возрасте от 18 до 60 лет). Из 18 больных отомикоз был диагностирован у 7 больных, микоз носа и околоносовых пазух у 4 больных, фарингомикоз у 7 больных. Длительность заболевания составляла от 1 месяца до 10 лет. Возбудителями заболевания были грибы родов *Aspergillus* (7 больных), *Penicillium* (1 больной), *Candina* (10 больных). Всем больным отомикозом проводилось общее и местное лечение. При системной терапии больные получали интраконазол внутрь по 100 мг/сут. в течение 10 дней. При местном лечении использовался раствор нитрофунгин-нео 2 раза в день (на турундах на 10 минут) в течение 14 дней. При фарингомикозе и ларингомикозе проводилась только системная терапия интраконазолом по 100 мг/сут в течение 10 дней. При микозах носа и околоносовых пазух по 100 мг/сут в течение 14 дней.

В результате лечения препаратом интраконазол 18 больных излечение было достигнуто у 13 больных (69,6%), улучшение у 4 (23,2%), отсутствие эффекта у 1 (7,2%).

Таблица №1. Результаты лечения больных препаратом интраконазол.

Форма заболевания	Возбудитель	Кол-во больных	Излечение	Улучшение	Отсут. эффекта
Отмикоз	<i>Aspergillus spp.</i>	4	3	1	
	<i>Candina spp.</i>	3	3		
	<i>Penicillium spp.</i>	1	1		
Микоз носа и ОНП	<i>Aspergillus spp.</i>	3	1	2	
	<i>Candina spp.</i>	1	1		
	<i>Penicillium spp.</i>	1	1		
Фарингомикоз	<i>Candina spp.</i>	5	3	1	1
Всего:		18	13	4	1

Медофлюкон применен у 26 больных (в возрасте от 18 до 62 лет). Длительность заболевания составляла от 2 месяцев до 10 лет. Из 26 больных отомироз диагностирован у 6 больных, микоз носа и околоносовых пазух у 3 больных, фарингомикоз - у 17 больных. Возбудителями заболевания были дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Всем больным назначен медофлюкон перорально в дозе 50 мг 1 раз в сутки. Продолжительность лечения при отомирозе составляла 10 дней, местно применялся 1% крем клотримазол (на турундах на 10 мин). При фарингомикозе медофлюкон назначался - 14 дней, при поражении носа и околоносовых пазух - 20 дней.

Таблица №2. Результаты лечения больных препаратом медофлюкон.

Форма заболевания	Возбудитель	Кол-во больных	Излечение	Улучшение	Отсутствие эффекта
Отомироз	<i>Candida</i> spp.	6	4	2	
Микоз носа и ОНП		3	2	1	
Фарингомикоз		17	10	5	2
Всего:		26	16	8	2

В результате лечения 26 больных с микозом препаратом медофлюкон излечение было достигнуто у 16 больных (64,1%), улучшение у 8 (30,7%), неэффективно у 2 (5,2%). Контрольные клинические и микологические исследования проводились через 14 дней, через 1 и 2 месяца после приема препаратов.

Таким образом, терапия больных с грибковым поражением препаратами интраконазол и медофлюкон оказалась эффективной. В целом положительный эффект лечения

интраконазолом получен у 92,85% больных, хороший терапевтический эффект достигнут при всех нозологических формах заболевания и при различных грибковых возбудителях.

При терапии препаратом медофлюкон положительный эффект достигнут в 94,8% у больных с кандидозным поражением ЛОР-органов. Следует отметить хорошую переносимость препаратов, поскольку ни в одном случае не было отмечено побочных реакций при приеме этих препаратов. В обеих группах больных установлена зависимость эффективности лечения от длительности заболевания. Во всех случаях, когда терапия была безрезультатной или не было достигнуто полного излечения, продолжительность заболевания составляла от 7 до 10 лет.

Следует ещё раз подчеркнуть, что медикаментозное лечение больных с микозом ЛОР-органов интраконазолом и медофлюконом необходимо проводить с учётом определения чувствительности к этим препаратам.

Таким образом, высокая эффективность препарата медофлюкон компании «Medochemie» при лечении кандидозных ЛОР-микозов и интраконазола при других грибковых поражениях ЛОР-органов, их хорошая переносимость и удобство применения позволяет считать эти препараты наиболее перспективными в терапии ЛОР-микозов.

Литература

1. Крюков А.И., Кунельская В.Я., Петровская А.Н. и др. Отомироз: Метод. рекомендации. М 2002.
2. Кубанова А.А., Потеева Н.С., Потеева Н.Н. Руководство по практической микологии. М 2001.
3. Кунельская В.Я. Микозы в оториноларингологии. М 1989.
4. Лещенко В.М. Лабораторная диагностика грибковых заболеваний. М 1982.
5. Лещенко В.М. Аспергиллез. М 1973.
6. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. М 2003.

Беспункционное лечение острого гнойного гайморита

Байдельдинов Б.Г.

АО «Медицина катастроф» Костанайская железнодорожная больница

Воспалительные заболевания верхнечелюстных пазух до настоящего времени остаются одной из актуальных проблем оториноларингологии.

Наблюдающееся в последние годы увеличение распространенности заболеваний органов дыхания, в частности, верхних дыхательных путей, их активная роль в формировании многочисленных осложнений является одним из закономерных итогов растущих темпов изменений экологических ситуаций, насыщенности биосферы повреждающими биотическими и физико-химическими факторами, снижения резервных возможностей верхних дыхательных путей.

В настоящее время серьезные экологические сдвиги, в частности, возросшая загрязненность и загазованность воздушной среды, увеличение числа респираторных вирусных инфекций, количества ингалируемых аллергенов, способствуют росту заболеваний слизистой оболочки носа и околоносовых пазух.

По данным эпидемиологических исследований, болезни органов дыхания являются наиболее распространенными заболеваниями современного общества. В структуре общей заболеваемости синуситы различной этиологии занимают одно из первых мест, принося серьёзное здоровье человека, нанося социальный ущерб государству. Важно также отметить, что среди синуситов разной локализации наиболее часто встречается воспаление верхнечелюстных пазух.

В последнее десятилетие заметно возрос уровень распространенности болезней носа и околоносовых пазух. В настоящее время - это ведущая патология в оториноларингологии как в поликлиниках, так и в стационарах. Заболеваемость синуситом

за последние 8 лет увеличилось в 2 раза.

Острый гайморит по данным литературы широко распространен среди всех возрастных групп, но наибольшее число больных приходится на возраст от 18 до 55 лет, то есть на наиболее активную и трудоспособную часть населения. Удельный вес госпитализированных по поводу заболеваний околоносовых пазух увеличивается ежегодно на 1,5 - 2%.

Нос и околоносовые пазухи - первый основной физиологический барьер и фильтр, защищающий органы дыхания от болезнетворных воздействий различных факторов внешней среды, и первый орган дыхательной системы, реагирующий на эти воздействия развитием местных воспалительных и аллергических реакций бронхо-легочной системы в целом. От нормального функционирования верхних дыхательных путей зависит нормальное состояние бронхолегочной системы.

Отсюда повышенное внимание современной оториноларингологии к морфо-функциональной организации слизистой оболочки носа и околоносовых синусов в аспекте защитно-приспособительных возможностей этих органов.

Развитие представлений о механизмах формирования синуситов создает предпосылки для рационального подбора и обоснования адекватных методов лечения.

Несмотря на разработку в последнее десятилетие новых щадящих консервативных методик, в проблеме лечения больных острым гнойным гайморитом, остается много нерешенных вопросов, имеется определенная несогласованность практических врачей в выборе адекватного варианта лечения, а заболеваемость острым синуситом остается высокой и имеет

тенденцию к росту. Традиционно назначаются сосудосуживающие капли в нос, проводятся пункции верхнечелюстных пазух, физиотерапевтические процедуры, антибиотики per os или внутримышечно.

Важным компонентом комплексного лечения остается промывание пазухи и введение в нее лекарственных средств наряду с обеспечением дренирования и аэрации, однако не всегда удается быстро купировать патологический процесс, который часто усугубляется развитием вторичного иммунодефицита и переходом острого воспаления в хроническое.

В практике оториноларингологов многие пациенты категорически отказываются от проведения пункции, кроме того, нередко противопоказания к их проведению, поэтому поиск компромиссных вариантов оправдывает необходимость изучения возможностей беспункционного лечения острого гнойного гайморита. Изучение проблемы острого гнойного гайморита с позиций элиминации острого воспаления без применения дискомфортных, но достаточно эффективных методик остается актуальным. При этом, учитывая что особенности развития острого воспаления у каждого больного индивидуальны, лечебную тактику беспункционного лечения, показания к ее применению и коррекцию необходимо вырабатывать в соответствии с характером и особенностями течения острого гнойного гайморита у каждого больного.

Беспункционный «ЯМИК» метод синус-катетером – способ контролируемого местного лечения различных синуситов, кроме того метод позволяет произвести доставку лекарственных растворов непосредственно в зону сообщения полости носа с околоносовыми пазухами, исключается травма слизистой оболочки, костной структуры полости носа, околоносовых пазух. С его помощью удаляют гной одновременно из нескольких пазух практически безболезненно.

Цель исследования

– возможность беспункционного метода лечения острого гнойного гайморита.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 150 пациентов в возрасте от 21 до 59 лет. Пункция проведена 15 пациентам. Неинвазивным способом пролечено 135 больных.

Всем пациентам проводилось рентгенологическое, общеклиническое исследование, антибактериальная терапия, ежедневное промывание полости носа и пазух антисептическим раствором.

Критерием эффективности были: исчезновение головной боли, восстановление носового дыхания, нормализация риноскопической рентгенологической картины. Сроки лечения в обеих группах составили 10- 14 дней.

Выводы

Применение синус-катетера – эффективный способ лечения острых гнойных гайморитов.

Процедура безболезненная, атравматичная, не вызывает осложнения.

Беспункционный метод можно использовать как в стационаре, так и амбулаторно.

Литература

1. Григорьева Н.В. // Вестник оториноларингологии. №3.-2003.- стр.38-42.
2. Кулаков Г.С. // Вестник оториноларингологии. №2.- 1993 стр. 32.
3. Пискунов Г.С., Пискунов С.З. Клиническая ринология.- 2006.
4. Жуков С.К. Лечение хронических риносинуситов у больных бронхиальной астмой методом вакуумдренажа синус-катетером ЯМИК 2001//Рос. ринол. №2. - стр.135.

Опыт лечения стенозирующих ларинготрахеобронхитов у детей (ОСЛТБ)

Штейгервальд Ф.Ф.

ОРИТ ГККП “Костанайская городская детская больница”, г. Костанай
УДК 616.22-248

ОСЛТБ остаётся распространённым заболеванием детского возраста и является одним из тяжёлых и частых проявлений ОРИ. За последние пять лет (2006-2010гг) под нашим наблюдением находилось 88 больных с ОСЛТБ в возрасте от трех месяцев до пяти лет. Из них 70% в возрасте от одного года до трех лет. Больные поступали преимущественно в осенне-зимний период, реже в весенние месяцы. Преобладали дети с вирусной инфекцией (65%). У 35% больных стеноз был обусловлен вирусно-бактериальной микрофлорой, у большей части (90%) детей в анамнезе отмечались искусственное вскармливание, проявление аллергии, расстройство питания (чаще паратрофия), энцефалопатия, анемия, ВП развития.

Стеноз гортани чаще возникал в первые – вторые сутки от начала заболевания, реже на третьи – четвертые сутки. Показания для госпитализации детей с ОСЛТБ являлись стеноз гортани II – III; III и IV степени: - II степень стеноза диагностирована у 43% больных;

- III степень у – 38% больных;
- III – IV степень у – 16% больных;
- IV степень у – 3% больных.

Острые, с быстрой положительной динамикой течения заболевания наблюдалось у 79% детей, волнообразное у 21%. У 38% больных заболевание осложнилось пневмонией, у 8,5% пневмония выявлялась при поступлении в отделение. 12% ОСЛТБ протекал с кишечными симптомами.

Лечение в ОРИТ было направлено, в первую очередь,

Стенозирующий ларинготрахеит является одним из наиболее часто встречающихся неотложных состояний у детей. В данной работе представлены тактика и методы терапии в зависимости от форм и степени стеноза гортани, а также продемонстрировано возможность продлённой интубации без трахеостомии.

Experience of treatment of stenosing laryngotracheobronchitis in children (ASLTB)

Shteygerwald F.F.

ICU SPCE “Pediatric town hospital of Kostanay”, Kostanay city

Stenosing laryngotracheitis is one of the most frequently occurring acute states in children. This work informs about tactics and methods of therapy depending on forms and degree of stenosis of larynx as well as demonstrates the possibility of continued intubation without tracheostomy.

Балалардағы стенозделген ларинготрахеобронхиттың емдеуінің тәжірибесі (ҚСЛТБ)

Штейгервальд Ф.Ф.

ИТРБ ҰҚКК «Костанай қаласының қалалық балалар ауруханасы»,

Қостанай қаласы

Стенозделген ларинготрахеит балаларда өте кеп

на снятие психомоторного возбуждения (ГОМК, дроперидол, седуксен).

Учитывая наличие интоксикации, водно-электролитных нарушений, сердечной недостаточности, проводили инфузионную терапию. Общее количество жидкости рассчитывали исходя из суточной потребности и патологических потерь (одышка, гипертермия и т.д.), соотношение глюкозо-солевых растворов составляло 1 : 2. Из кристаллоидов предпочтение отдавалось 20% и 40% глюкозе. Гормональная терапия (преднизолон 5 – 10 мг/кг) применяли лишь при тяжелых катарально-отечных формах стеноза в первые сутки, а так же при развитии угрожающих для жизни состояниях.

Всем детям проводилось симптоматическая, патогенетическая, посиндромная и антибактериальная терапия.

Противомикробная политика имела эмпирический подход, так как у большинства остро заболевших детей практически невозможно определить лекарственную чувствительность возбудителя. В качестве терапии первой линии одним из препаратов выбора остаются ко-амоксиклав, а в последние три года - тикарциллин с клавуланатом. Преимуществом этих антибиотиков является эффективность в отношении основных возбудителей инфекций респираторного тракта, включая микроорганизмы, продуцирующие бета-лактамазу и анаэробы, а так же обладающие «антисинежной» активностью.

При инфекциях дыхательных путей действие аугментина и тиментина превосходит макролиды, цефалоспорины II генерации и фторхинолоны.

Продолжительность а/б терапии составил от 5 до 10 дней, в зависимости от тяжести состояния, доза – средняя возрастная, путь введения – в/в, 3-4 раза в сутки. Из исследуемой группы больных (88 детей) у 7-х(8%) а/б политика была изменена на 3-4 сутки, в связи с усилением токсикоза, ДН, гемодинамических расстройств. Этим больным были назначены цефалоспорины 3-4 генерации, а так же аминогликозиды.

Местное лечение ОСЛТБ было направлено на восстановление проходимости дыхательных путей, борьбу с экссудацией и воздействие на очаг воспаления. С этой целью применялись ингаляции (ультразвуковые) противоотечными, противовоспалительными средствами, отсасывание слизи и секрета электроотсосом, создание оптимального микроклимата в так называемой «кислородной палатке» (влажность 100%, t° – 30-35°, O₂ – 50%).

Тактика ингаляционной терапии должно быть индивидуальной и строиться в зависимости от форм воспаления и степени стеноза гортани.

При катаральной и отечно-катаральной формах применяются ингаляции 2% р-ром соды, минерально-щелочными водами, нафтизином, адреналином, настоем трав.

При фибринозно - гнойном – выше перечисленное плюс средства, разжижающие мокроту и способствующие улучшению дренажа дыхательных путей (амбробене, трипсин, химотрипсин).

При язвенно - некротической форме – ингаляции масла шиповника, облепихи, витамина «А», сок каланхоэ; способствующие быстрому очищению язв от некротических тканей и стимуляции эпителизации.

При неэффективности консервативной терапии проводилась прямая поднаркозная ларингоскопия. При этом уточнялась форма воспаления, удалялась слизь, корки, обрабатывалось подвязочное пространство и голосовые связки гормональными мазями и аэрозолями, облепиховым маслом и т.д.

Субкомпенсация и признаки декомпенсации являются показаниями к интубации. Интубация трахеи проводится под общим наркозом термопластической трубкой без выключения спонтанного дыхания. Трубка проводилась через носовые

кездесетін шұғыл құйлердің бірі болып табылады. Бұл жұмыста көмей стенозының деңгейімен тұріне байланысты терапияның әдісімен тәсілі, сондай-ақ трахеостомиясыз ұзартылған интубацияның мүмкіндігі көрсетілген.

ходы, что способствует лучшему уходу за ней, а так же более комфортному состоянию больного.

Каждые 40 – 60 минут в трубку закапывали 0,5 – 1 мл теплого физ. р-ра (для предотвращения высыхания слизистой и образования корок). После ингаляции, особенно у детей со слабым кашлевым рефлексом, с целью улучшения дренажной функции бронхов проводится лаваж ТБД (2-3 раза в сутки). Экстубация, а при необходимости реинтубация трахеи проводится через 1 – 2 суток (чаще через сутки). Причина данного подхода объясняется профилактикой негативных последствий продленной интубации (образование пролежней с формированием рубцового стеноза гортани и трахеи, прогрессирование нисходящего воспалительного процесса).

Длительность интубации составляет в среднем 5 – 7 дней. Процент детей, находящихся на продленной интубации представлен в данной таблице:

Всего детей с ОСЛТБ(за 5 лет)	88 больных – 100%	
Проведено прямых ларингоскопий	65 больных – 73,8%	
Продленная интубация трахеи	54 больных – 61,3%	
Длительность: 3 – 5 дня	54 больных – 62%	
	5 – 7 дней	18 больных – 20,5%
	7 – 10 дней	12 больных – 13,5%
	10 – 15 дней	3 больных – 3,2%
	более 15 дней	1 больной – 1,8%
Детей находящихся на ИВЛ	7 больных – 7,9%	

Из таблицы видно, что 17,5% больных находились на интубации более

7 дней, а 1,8% более 15 дней.

Трахеостомию ни одному из детей в данной категории проведено не было.

Развитие рубцовых стенозов гортани и трахеи ни у одного ребенка не отмечено. За последние 5 лет умерших от стенозирующего ларинготрахеита в ОРИТ не было.

Таким образом, следуя из вышесказанного, можно сделать вывод, что лечение ОСЛТБ должно быть комплексным (этиологическим, патогенетическим и симптоматическим), а так же немаловажное значение имеет адекватный уход за больными, интубационной трубкой и аппаратом ИВЛ и нутритивная (липофундин 10-20% +аминоплазмаль 10% + глюкоза 20-40%) поддержка детей, находящихся в ОРИТ.

И при соблюдении всех этих правил можно ожидать благоприятные исходы в терапии ОСЛТБ.

Литература

1. Богданов М. Б., Чёрненькая Т.В. Алгоритмы и организация антибиотикотерапии, М, Видар-М, 2004.
2. Фомина И.П. Амоксициллин/клавуланат калия (аугментин) - современное значение в лечении инфекций. Антибиотики и химиотерапия, 1997; 42 (9): 36-43.
3. Сидоренко С.В., Яковлев С.В. Инфекции в интенсивной терапии. М., 2000.
4. Феликс, Ростов-на-Дону 2000г. 21. Тактика оказания экстренной помощи в педиатрии / под редакцией В.Н. Чернышова.
5. Сатишур О.Е. Механическая вентиляция лёгких. М., Мед. литература 2006.
6. Современная неотложная помощь при критических состояниях у детей. Практическое руководство, под редакцией К. Макузья-Джонса, Э. Молинеукс, Б. Филлипс. М, «МЕДпресс-информ» 2009.

Использование Ксалакома для лечения больных с глаукомой

Майданова Р.А.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК

Глаукома, являясь тяжелым хроническим заболеванием и причиной необратимого прогрессирующего ухудшения зрительных функций, приводит к снижению качества жизни пациентов. Применение лекарственного препарата должно вести к сохранению зрительных функций глаза, развитию минимального количества побочных эффектов или их отсутствию, сохранению обычной для данного больного жизненной активности. Используя комбинированные препараты, мы получаем удобный режим применения и, следовательно, надлежащее выполнение большим назначенного лечения, что положительно отражается на качестве жизни больных [1].

Кроме того, комбинированные формы обладают более высокой гипотензивной эффективностью, чем раздельное применение действующих веществ. Наиболее востребованной является фиксированная комбинация β-адреноблокатора и препаратов простогландинового ряда. Популярность такой комбинации объясняется рядом естественных факторов: известно, что гипотензивный эффект тимолола в ночное время резко снижен из-за естественного уменьшения продукции внутриглазной жидкости. В свою очередь, простогландины действуют круглосуточно, снижая риск развития побочных эффектов, свойственных β-адреноблокаторам, за счет естественного разбавления. Первые комбинированные препараты, содержащие простогландины и тимолол, появились за рубежом около 6 лет назад [2, 3]. В Казахстане такую комбинацию сегодня представляет препарат ксалаком (латанопрост 0,005% и тимолола малеат 0,5%).

Цель работы

- оценка эффективности и безопасности препарата ксалаком у больных глаукомой.

Материалы и методы

Препарат применяли у 13 больных глаукомой (20 глаз), из них мужчин – 7 (63,8%), женщин – 6 (46,2%). У 10% пациентов при обследовании была диагностирована начальная стадия, у 65% - развитая и у 25% - далекозашедшая стадия глаукомы. Возраст пациентов составлял от 70 до 82 лет. Из сопутствующей офтальмопатологии миопия была зарегистрирована у 3 пациентов, катаракта - у 6, артерия - у 2, ВМД - у 2 пациентов. Показанием к назначению препарата ксалаком являлось некомпенсированное внутриглазное давление (ВГД), при этом 3 пациентам местная гипотензивная терапия была назначена впервые, а остальные переведены на терапию ксалакомом с других препаратов (β-блокаторы - 3, ингибиторы карбоангидра-

зы - 2, другие аналоги простогландинов - 2, комбинированная терапия - 3).

Препарат ксалаком назначали по 1 капле 1 раз в день вечером. С целью оценки эффективности применяемого препарата обследование проводили до лечения и через 1 месяц после. Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, включающее визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, тонометрию, гониоскопию, компьютерную периметрию.

Результаты

На фоне инстилляций ксалакома у 11 (80%) пациентов отмечалось стойкое снижение внутриглазного давления, улучшение остроты зрения, расширение поля зрения. У 1 пациента ВГД одного глаза не компенсировалось, в связи с чем, было произведено хирургическое лечение. У 1 пациентки была отмечена индивидуальная непереносимость препарата.

Таблица 1 Динамика показателей визометрии, тонометрии, периметрии

Сроки	до лечения	через месяц
Острота зрения	0,58	0,60
ВГД мм.рт.ст	23	14
Периметрические индексы MD/ PSD(db)	9,03/4,2	7,00/3,6

Таким образом, результаты лечения показали, что ксалаком является высокоэффективным препаратом, позволяющим контролировать уровень ВГД у пациентов с впервые выявленной глаукомой и ранее находящихся на моно - или комбинированной терапии. Ксалаком хорошо переносится большинством больных, имеет удобный режим закапывания, что повышает приверженность к лечению, его эффективность и качество жизни пациентов с глаукомой.

Список литературы

1. Алексеев В.Н., Малеванная О.А. Исследование качества жизни больных глаукомой // Клиническая офтальмология.-2003.-том 4., №3 - С.113-115.
2. Еричев В.П. Современные принципы гипотензивной терапии глаукомы//Сб. научных ст. Глаукома: реальность и перспективы. - М.-2008.-С.220-223.
3. Куроедов А.В. Перспективы применения комбинированных антиглаукомных препаратов (обзор литературы) // Клини. офтальмология - 2007.-№4.- С.176-181.

Комплексная диагностика и лечение компьютерного зрительного синдрома

Майданова Р.А.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы

Введение

Современная компьютеризация населения привела к появлению так называемого компьютерного зрительного синдрома, проявляющегося астенопическими жалобами у пользователей персональных компьютеров и нередко приводящего к развитию спазма аккомодации и миопии, в том числе у взрослых [1,2]. В патогенезе близорукости значительную роль играет

интенсивная зрительная работа на близком расстоянии, а также недостаточность вертебробазиллярной и, как следствие, регионарной гемодинамики глаза, что обусловлено в основном нарушениями шейного отдела позвоночника [3].

Цель исследования

- изучение влияния длительного пользования персональным

компьютером на развитие миопии и оценка эффективности комплексного лечения спазма аккомодации и поздно приобретенной близорукости.

Материал и методы

В течение года на прием к офтальмологу обратились с различными глазными заболеваниями 95 пациентов - сотрудников банка. Характер труда данного контингента связан преимущественно с ежедневной 6-8 часовой работой за компьютером. Возраст пациентов колебался от 22 до 50 лет. Офтальмологическое обследование включало рефрактометрию, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию. У пациентов выяснялось, каким монитором (жидкокристаллическим или с электронно-лучевой трубкой) они пользовались. Изучалась частота миопии и спазма аккомодации.

Из числа сотрудников с компьютерным зрительным синдромом 28,8% пользовались дисплеями на электронно-лучевых трубках, и 71,2% применяли в работе жидкокристаллические мониторы. Симптомы, характерные для так называемого синдрома сухого глаза (ощущение "песка" под веками, резь, жжение в глазах), у пользователей жидкокристаллическими мониторами наблюдались значительно реже (в 6,7% случаев), чем у пользователей обычными мониторами (83,6% случаев). Остальные признаки (снижение остроты зрения вдаль, нарушение аккомодации, быстрое утомление при чтении, покраснение глаз) также в большей степени были выражены у последних.

Из общего числа обследованного контингента пациенты с миопией и спазмом аккомодации составили 49,5% (47). Среди них миопическая рефракция свыше 6,5дптр отмечена у 8,5% (4) пациентов, от 3,25 до 6.0дптр - у 25,5% (12), до 3.00дптр - у 66% (31). У 8,5% (4) работников с миопией, возникшей в зрелом возрасте, наблюдалась асимметрия в рефракции обоих глаз с разницей, достигающей до 1.00-1.50дптр. Субъективно пациенты отмечали: зрительную утомляемость; снижение остроты зрения во второй половине дня; нарушение резкости изображений при переводе взгляда на предметы, находящиеся на различном расстоянии от глаз; двоение предметов; покраснение глазных яблок; жжение в глазах; ощущение инородного тела в глазах; боли при движении глаз. Данным пациентам проводилось комплексное лечение, включавшее: массаж шейно-воротниковой зоны, упражнения для глаз, инстилляция в конъюнктивальную полость 1% раствора Мезатона на ночь в течение 2 недель, 4% раствора Тауфона по 1 капле 3 раза в день, прием сосудорасширяющих (кавинтон, циннаризин, милдронат) препаратов перорально в соответствующей дозировке.

Результаты и обсуждение

По завершении курса лечения повторная рефрактометрия по-

казала уменьшение миопической рефракции на 0,25-1,0дптр практически у всех пациентов. Благодаря проведенной терапии эмметропическая рефракция была достигнута у 25,5% пациентов со слабой миопической рефракцией до лечения (в пределах -1.0дптр), что позволило сделать заключение о ложной близорукости у этих пациентов. У остальных пользователей персональными компьютерами предпринятые лечебные мероприятия не позволили полностью устранить аметропию, что свидетельствовало о существовании у них истинной миопии. Визометрия показала повышение некоррегированной остроты зрения в результате лечения в среднем на 0,16+0,03 (от 1 до 3 строчек по таблице Сивцева). Субъективно все пациенты, прошедшие лечение, отмечали улучшение зрения, исчезновение усталости, жжения глаз и других дискомфортных явлений. При контрольном обследовании лечившихся ранее больных, выполненном в среднем спустя полгода, обнаружено ухудшение данных рефрактометрии и визометрии до показателей, зарегистрированных перед проведением курса терапии; возобновились также жалобы пациентов на усталость и покраснение глаз и другие дискомфортные явления, что свидетельствует о нестойкости эффекта лечения.

Таким образом, среди обследованных постоянных пользователей персональным компьютером у 70% имелись симптомы компьютерного зрительного синдрома различной выраженности. У 49,5% выявлена миопическая рефракция, из них в 8,5% случаев возникшая впервые в зрелом возрасте. Использование жидкокристаллических мониторов снижает вероятность развития миопии и возникновения «компьютерного зрительного синдрома», но не предотвращает его полностью, что подтверждает ведущую роль негативного воздействия на глаза интенсивной длительной работы на близком расстоянии. Комплекс мероприятий, направленный на стимуляцию и тренировку глазных мышц, включающий применение спазмолитических и сосудорасширяющих средств, позволяет успешно лечить спазм аккомодации и способствует повышению зрительных функций. В то же время, поскольку основной этиологический фактор возникновения спазма аккомодации и миопии, связанный с профессиональными условиями труда, сохраняется, эффект проводимого лечения нестойкий, что обуславливает необходимость проведения повторных курсов комплексной терапии.

Литература

1. Кузнецова М.В. Причины развития близорукости и ее лечение. - М.-2004. - 235с.
2. Сидоренко Е.И., Маркова Е.Ю., Калинина А.В. Новое в лечении близорукости// Новое в офтальмологии-2006. -№2. -С.34-37
3. Бикбов М.М., Бикбулатова А.А., Фархутдинова А.А. Эффективность лечения спазма аккомодации и поздно приобретенной близорукости //Вестник офтальмологии-2008. -№2. -С33-35.

Клинический случай огнестрельного ранения правого глаза травматическим пистолетом "Оса"

Дьяченко Н.А.

Детская городская клиническая больница №1 г. Алматы

Из сочетанных травм органа зрения огнестрельные орбитокраниальные ранения характеризуются многообразием, сложностью повреждений, и по особенностям течения отличаются наибольшей тяжестью и трагизмом исходов. Поражения органа зрения в структуре травматических повреждений составляет от 2 до 15% от общего числа травм.

Тяжелые осложнения раневого процесса в 73% случаев являются следствием огнестрельной и взрывной травмы глаза, существенно учатившейся в последние годы и в 57,5% случаев происходящей в быту.

Особый интерес и трудности в диагностике и лечении

Из сочетанных травм органа зрения огнестрельные орбитокраниальные ранения в 80-90% характеризуются многообразием, сложностью повреждений, и по особенностям течения отличаются наибольшей тяжестью и трагизмом исходов. Специализированная нейрохирургическая помощь, в первую очередь, должна быть направлена на восстановление анатомо-функциональных соотношений поврежденных структур, и в последующем на профилактику и лечение гнойных осложнений.

представляют ранения резиновыми пулями, вызывающие полиморфные изменения в орбите, глазном яблоке и головном мозге.

Остается открытым вопрос о целесообразности и показаний к удалению пули из орбиты. В ряде случаев отмечается отсутствие в орбите и смежных отделах (пазухи, полость черепа) инородного тела (пули) при наличии входного отверстия и значительных разрушений орбиты и глазного яблока. По данным Lavy T. (2003), на момент обращения пациента к врачу пуля находилась в раневом канале в 21% случаев.

В стационар Детской Городской Клинической Больницы №1 (ДГКБ№1) доставлен в экстренном порядке из города Тараз, мальчик 3 года, с огнестрельной раной глазницы справа и отсутствием движения в левых конечностях. Из анамнеза было установлено, что ребенка самостоятельно выстрелил себе в правый глаз пистолетом типа "ОСА". После чего был доставлен скорой помощью в Областную Детскую Больницу г. Тараз. Ребенок был осмотрен нейрохирургом, травматологом, педиатром и офтальмологом. После проведенного клинично-неврологического и нейровизуального обследования был выставлен предварительный диагноз: Огнестрельное ранение правого глаза. Ушиб головного мозга. Инородное тело (резиновая пуля) правого полушария головного мозга. Ребенку незамедлительно была начата медикаментозная терапия, после чего он был взят на операцию. В ходе операции визуализировалось полностью разорванное глазное яблоко. В полости которого были обнаружены поврежденные части склеры, конъюнктивы, котной ткани, мозговой дендрий смешанный с кровью. После ревизии орбиты справа, комбинированный МПХ в полость орбиты, были иссечены остатки склеры, удалены мелкие и средние костные осколки с раны. Электроотсосом удалены сгустки крови и поврежденный мозговой дендрий с раневого канала. Иссечены остатки п. ортискус справа. На верхней стенке орбиты визуализировался костный дефект округлой формы, диаметром 2,5 см. Через рану удалить инородное тело было невозможно. Был наложен П-образный шов на конъюнктиву. После операции ребенок находился в тяжелом состоянии, в отделении реанимации в течении шести дней, где ему проводилась противошоковая, гемостатическая, дезинтоксикационная терапия, а также переливалась свежезамороженная плазма (СЗП) и эритроцитарная масса, после чего состояние стабилизировалось. Санавиацией был доставлен в ДГКБ№1 г. Алматы.

На момент поступления в ДГКБ№1 г. Алматы, состояние ребенка было очень тяжелое за счет полученной открытой черпно-мозговой травмы, перенесенной операции, а также очаговой симптоматики. Ребенок находился в сознании, правильно отвечал на вопросы. Особенностью клинично-неврологического статуса были парез п. facialis, левосторонний гемипарез и гемиплегия. Гитопония мышц привалировала больше на справа, а рефлексы вызывались больше слева. На момент осмотра судорог не было, менингеальных симптоиой не было выявлено. Ребенок так же был осмотрен офтальмологом и педиатром.

По данным нейровизуальным методами исследования, а именно компьютерной томографии (КТ): визуализировалась картина множественных инородных тел правой гемисферы (костные фрагменты крыши орбиты) в лобной доли справа и (пуля от пистолета ОСА) лобной и теменной долей справа, с формированием внутримозговой гематомы с перифокальными изменениями. Перелом крыши правой орбиты.

Ребенок немедленно был взят на оперативное лечение. Была проведена ревизия полости орбиты правого глаза, с удалением гнойно-некротических масс с дренированием полости орбиты.

Операционные поля обработали трехкратно этиловым спиртом и раствором йодпovidона. При ревизии конъюнктивальной полости верхний свод отсутствовал за счет совместно ушитых тканей века и конъюнктивы глазного яблока. Были расширены швы на верхнем веке. На интрамаргинальный край наложен узловый шов 5,0 нейлон. В средней трети верхнего века имеется сквозная рванная рана дефектом тканей в центре. На сквозную

рану верхнего века наложен восьмиобразный шов по Мицковичу. Лоскуты на коже сопоставлены и ушиты 5,0 нейлоном. Блефаростат. От дифференцировать оболочки глаза невозможно. Полость глазницы очищена от гнойно – некротических масс и сгустков крови. На дне области обнаружены мелкие лоскутки склеры в нижнем и внутреннем сегментах. Ушить видимые остатки склеры не представляет возможности. Раневой канал глазницы санирован, содержимое полости отправлено на патогистологическое исследование, которое в дальнейшем показало наличие в материале правых мелких фрагментов мозговой ткани, сосудов и жировой клетчатки. В полость сухой антибиотик (пенициллин). Резиновый дренаж. Непрерывный шов на конъюнктиву 7,0 нейлон. Под конъюнктиву гентамицин 30 мг. Асептическая давящая повязка.

После оперативного вмешательства особенностями клинично-неврологического статуса были выраженная гипотония мышц в левых конечностях, с отсутствием активных движений и реакции на болевые раздражения. Отмечалось оживление рефлексов на правой стороне, с расширением рефлектогенных зон. Сохранялся парез п. facialis. Зрачок левого глаза был обычной конфигурации, фотореакция живая. Движение левого глазного яблока было в полном объеме. Нистагма нет. Судорог и менингеальных симптомов не было выявлено.

Особенностями офтальмологического статуса правого глаза были: сомкнутая глазная щель за счет анофтальма. Гиперемированная конъюктива сводов и полостей. По дренажу сонировалась сукровичное отделяемое.

Ребенку была проведена антибиотикотерапия гентомицином в дозировке 40 мг/сут и ципромедом, инфузионная терапия полиаризирующей смесью, с целью предотвращения отека мозга была проведена дегидратационная терапия (диакарб и аспаркам по стандартной схеме).

Препаратами выбора комплексной нейропротекторной терапии были актовегин и цераксон, ребенок получил курс витаминотерапии витамином С и группой витаминов В (В1, В2, В12).

После проведенного лечения отмечалось улучшение неврологической симптоматики: появились активные движения и чувствительность в левых конечностях, наблюдалось улучшение сухожильных рефлексов с сохранением расширения рефлекторных зон. Ребенок стал опираться на ногу, ходить с помощью мамы, стал поднимать левую руку и брать предметы.

В динамике на КТ Инородное тело в теменно-затылочной области (пуля). По ходу раневого канала множественные костные осколки правой крыши орбиты. Атрофические изменения головного мозга справа. Многофрагментный перелом стенки правой орбиты. Гематома в полости правой орбиты. Пролабации вещества головного мозга в полость правой орбиты не выявлено.

Ребенок был выписан с улучшением на амбулаторное долечивание под наблюдением невропатолога и педиатра территориальной поликлиники. Показано протезирование конъюнктивальной полости после выписки в Республиканской лаборатории протезирования Каз НИИ глазных болезней.

Мальчик осмотрен в катанезе через 15 месяцев после полученной травмы, дефицита неврологической симптоматики нет.

Литература

1. Бойко Э.В., Чурашов С.В. Организация специализированной офтальмологической помощи с применением витреоретинальной хирургии при лечении боевой открытой травмы глаза. Военно-мед. журнал, 2006, 10, с. 16–21
2. Петров С.В., Богданов А.С., Уточкин А.А., Чечурин Н.С. Тупые непроникающие ранения груди и живота нестандартными ранящими снарядами. Вестн. хир. им. И.И. Грекова. 2004; 163(1): 60–1.
3. Lavy T., Asleh S.A. Ocular rubber bullet injuries. Eye 2003 Oct; 17(7): 821–4.
4. Kataev M. Reconstruction of the lower eyelid in anophthalmos after gunshot injury. Abstracts of the VII International Symposium on Ocular Trauma. 29.06–1.07.2006. Rome. p.86.

Применение комбинированной физиотерапии у больных с плечелопаточным периартериитом

Нысанбаева Г.А.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

Введение

Плечелопаточный периартрит (слипчивый капсулит, «замороженное плечо») – это нейродистрофическое воспалительное внесуставное заболевание мягких тканей, непосредственно окружающих плечевой сустав.

Задачей физиотерапевтического лечения плечелопаточного периартрита является оказание обезболивающего дегидратационного действия, восстановление объема движения в плечевом суставе, микроциркуляции в периферических сосудах, предотвращение рубцово-спаечных процессов.

Ударно-волновая терапия (УВТ) – это новый метод в физиотерапии. Механизм влияния УВТ на мягкотканые структуры вследствие прохождения звуковых волн связан с возможностью побуждать нейрорецепторы индуцировать высокочастотные импульсы, препятствующие передаче болевой информации из зоны патологии. Вместе с тем, образующиеся при УВТ вещества (вследствие эффекта кавитации) и локальная гиперемия интенсифицируют распад медиаторов воспаления и индуцируют регенераторные процессы. При наличии оксификатов и кальциевых отложений под действием ударных волн происходит их дезинтеграция и облегчается рассасывание макрофагами [3].

Альфа-пульс терапия (магнито-волновая и лазеротерапия) – является нетепловым методом, легко проникающим через ткани. Наряду с целенаправленным воздействием на активацию движения потока ионов в больных местах, терапия магнитным полем значительно улучшает общее состояние больного, снижает боли, повышает иммунитет, оказывает противовоспалительное, рассасывающее воздействие, улучшает регенерацию клеток, укрепляет стенки сосудов, снимает спазм сосудов, улучшает кровообращение.

Ультразвук активизирует метаболические реакции, оказывает противовоспалительное, обезболивающее, спазмолитическое действие, усиливает крово-, лимфообращение.

Цель

- оценка эффективности применения комбинированной физиотерапии (ударно-волновой терапии на аппарате «Дуолит» в сочетании с ультразвуком и альфапульс-терапии на аппарате «Альфатрон 4100 S») у больных с плечелопаточным периартериитом.

Материалы и методы

Было пролечено 60 пациентов с диагнозом: Плечелопаточный периартрит. Возраст пациентов варьировал от 40 до 55 лет. Длительность заболевания составляла от 2-х до 6-и месяцев. Клинические проявления заболевания характеризовались стойким болевым синдромом и мышечной контрактурой в области плечевого сустава. Беспокоила постоянная, ноющая, ломящая боль. Как правило, она усиливалась в ночное время. Болевой синдром усугублялся при определенных движениях верхней конечности: при отведении руки в сторону или заведении за спину. У большинства пациентов боль распространялась по руке, а также в шейно-затылочную или лопаточную области. Объективно отмечалось: при пальпации тканей в области пораженного сустава определялось напряжение и болезненность мышц, наличие болезненности в местах прикрепления связок и сухожилий. В ряде случаев у пациентов по переднелатеральной поверхности плеча определялась припухлость плеча.

В ходе исследования использованы следующие методы

диагностики: рентгенография (с целью выявления кальцификатов и периостита в области большого бугорка), компьютерная томография (КТ), магниторезонансная томография (МРТ), ультразвуковое исследование (УЗИ), артрограмма.

В зависимости от применяемой методики лечения пациенты были разделены на 2 контрольные и 1 основную группы по 20 человек, сопоставимые по полу, возрасту, степени тяжести патологического процесса.

Первая группа (основная) получала комплексное лечение ударно- волновой терапии на аппарате «Дуолит» в сочетании с ультразвуком и альфапульс-терапии на аппарате «Альфатрон 4100S». Вторая группа (контрольная) – только ударно-волновую и альфа-пульс терапию. Третья группа (контрольная) – только ударно-волновую терапию и ультразвук.

При этом использовались следующие схемы лечения:

- ударно-волновая терапия – 160 импульсов в минуту, степень энергии 5-7, количество импульсов- 3000, интервал между сеансами - 4-5 дней, по 5-6 процедур на курс.

- ультразвук с гидрокортизоновой мазью – 4 мсек, 0,4 Вт/см в кв продолжительностью 10 мин , ежедневно по 10-12 процедур на курс.

- альфапульс-терапия – интенсивность 30-100%, частота 3-10 Гц, волна прямоугольная R или волны группы B, продолжительность сеанса от 20 до 60 минут, ежедневно, по 10-12 процедур на курс.

В основе проведенного впервые комплексного метода лечения использовалась программа, направленная на быстрое устранение болевого синдрома и причин, провоцирующих ее. Средний курс лечения при данной патологии составил 10-15 сеансов. Критериями оценки эффективности лечения были сроки нивелирования таких симптомов как боль, покалывание и онемение верхних конечностей, улучшение общего самочувствия.

Результаты оценивали в процессе и в конце лечения. У наблюдавшихся нами пациентов в основной группе отмечалось уменьшение онемения, болей в области плечевого сустава в покое, в частности, в ночное время уже после 4-5 сеанса. После 7-8 сеанса купировались боли, связанные с физической нагрузкой, улучшалось общее самочувствие. К концу курса лечения все симптомы исчезали.

Ниже в таблице приведены результаты лечения пациентов различными методами.

Наименование метода	Улучшение	Значительное улучшение	Без эффекта
Комбинация ударно волновой, альфа пульс и ультразвук терапии	5	15	-
Ударно-волновая терапия + альфа пульс	13	5	2
Ударно-волновая терапия + ультразвук	8	8	4

Из таблицы видно, что у 25% больных основной группы отмечалось улучшение, у 75% - значительное улучшение состояния. В то время как при других методиках эффект был менее значительным. При этом, у пациентов основной группы отмечалось улучшение состояния в более ранние сроки.

Таким образом, применение комбинированной физиотерапии (ударно – волновой терапии на аппарате «Дуолит» в

сочетании с ультразвуком и альфапульс-терапии на аппарате «Альфатрон 4100 S») у больных с плечелопаточным периартритом оказалось наиболее эффективным, поскольку позволило добиться значительного улучшения самочувствия пациентов в кратчайшие сроки в сравнении с другими методами.

Список литературы

1. *Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону. Под ред. Э. Фаучи, Ю. Браунвальда и др. – М., Практика. – 2002. – 178с.*
2. *Андрянов Ю.В., Гарилевич Б.А., Олефир Ю.В., Ротов А.Е. Перспективные разработки терапевтического применения ударных*

волн //

Альманах клинической медицины. – 2006. – № 12. – С. 104.

3. *Панаева Ш.Х., Колтунов И.Е. Изучение клинической эффективности и безопасности ударно-волновой терапии у больных стабильной стенокардией // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2010. – Т. 9, № 1. – С. 37-43.*

4. *Yoshida K, Hirayama A, Tanaka N, Yasukawa M, Saka M, Kaneko Y, Maruyama Y, Motomiya Y, Ozono S, Hirao Y, et al. Effect of pulse therapy using 1 alpha(OH)D on secondary hyperparathyroidism in patients on maintenance hemodialysis // Nihon Jinzo Gakkai Shi. 2000; Oct; 32(10):1117-23.*

Клинико-диагностические аспекты функциональных методов лечебно-реабилитационных мероприятий у лиц, подвергшихся ионизирующему излучению

Шакиров М.М., Куспангалеева Ш.У., Ахатова М.А.

Республиканский клинический госпиталь для инвалидов ВОВ г. Алматы, Республика Казахстан

Цель работы

Изучение клинико-диагностических аспектов и методов лечебно-восстановительного лечения в плане медико-социальной реабилитации лиц, пострадавших от воздействия ионизирующего излучения.

Материалы и методы

Республиканский клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны наряду с медицинской помощью ветеранам организует и осуществляет клиническую и медико-социальную реабилитацию лиц, пострадавших от воздействия ионизирующего излучения. По нашим наблюдениям, у них имеется комплекс заболеваний, связанный с воздействием факторов разнообразной природы, вызывающих снижение и истощение компенсаторно-приспособительных защитных механизмов. С течением времени разбалансировка сохраняется, приводя к прогрессированию органических изменений, что в конечном итоге приводит к их инвалидизации. Таким образом, являясь отражением полиэтиологических функциональных расстройств, в отдаленном периоде эти процессы играют существенную роль в снижении качества жизни таких пациентов. В основном преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы, (в частности, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия), нервной системы и их сочетания.

Проведён анализ функционально-диагностических исследований у 4374 пациентов, находившихся на стационарном лечении за период с 2010 по 2011 год, из которых 1732 пациента, участвовавших в ликвидации последствий на Чернобыльской атомной станции в 1986-89 гг. (группа ЛПГИИ-Ч) и 2642 пациента, проживавших ранее на территории бывшего Семипалатинского полигона (группа ЛПГИИ-С). Средний возраст больных составил $58,9 \pm 1,2$ лет. У 751 пациента (17,2%) в анамнезе отмечена ишемическая болезнь сердца (ИБС), у 873 пациентов (20%) - нейроциркуляторная дистония (НЦД), астено-невротический синдром встречается у 956 пациентов (21,8%) и дисциркуляторная энцефалопатия диагностирована у 783 пациентов (17,9%). В анамнезе пациенты отмечали общую слабость (83%), подъёмы артериального давления (48%), одышку при нагрузке (51%), боли сжимающего характера в области сердца (41%), головные боли (72%), боли в позвоночнике (61%), боли в костях и суставах (74%). Частыми жалобами являются также снижение работоспособности, быстрая утомляемость, головокружение, нарушение сна и снижение памяти.

В плане общеклинического обследования анализировались данные спирометрии, электроэнцефалографии, стандартная электрокардиографии и ЭКГ с нагрузкой (велозерография).

С целью повышения эффективности и качества проводимого медикаментозного лечения, получаемого больными в клинических отделениях госпиталя, в план лечебно-реабилитационных мероприятий им была включено индивидуально подобранное лечебно-восстановительное лечение.

Результаты и обсуждение

Патологические изменения, выявляемые по этим группам пациентов, носят разносторонний характер: сосудистые изменения, коронарные нарушения, изменения со стороны лёгких, нарушения центральной нервной системы. Сравнительная оценка состояния мозгового кровообращения, функции внешнего дыхания и функционального состояния сердца показала, что для пациентов группы ЛПГИИ-Ч характерны десинхронизированный характер электроэнцефалографических изменений (44,1%), а для пациентов группы ЛПГИИ-С – изменения общемозгового характера (39,8%). Следует отметить, что в группе ЛПГИИ-Ч в 1,9 раза чаще отмечены дисциркуляторные расстройства по сравнению с группой ЛПГИИ-С. По данным спирометрии отмечены изменения функции внешнего дыхания по обструктивному, рестриктивному и смешанному типу, которые более выражены в группе ЛПГИИ-Ч по сравнению с пациентами группы ЛПГИИ-С.

По данным электрокардиографии больше изменений отмечено у пациентов группы ЛПГИИ-С (гипертрофия левого желудочка, нарушения коронарного кровотока, нарушения ритма сердца, снижение процессов реполяризации в миокарде желудочков), а для пациентов группы ЛПГИИ-Ч – нарушение проводимости и возбудимости. Выявление в 35% в группе ЛПГИИ-Ч и в 27% в группе ЛПГИИ-С «скрытой» коронарной недостаточности свидетельствует о значительной распространённости данной патологии у обследуемых пациентов, не диагностируемой ранее.

Включение в план лечебно-реабилитационных мероприятий пациентам перечисленных групп индивидуально подобранных методов лечебно-восстановительного лечения дало ощутимые результаты. Клинически и субъективно самим пациентом в 51% случаев отмечена положительная динамика в улучшении выявленных изменений по данным функциональных исследований, 44 - клинически положительная динамика и в остальных 5% - без особой динамики.

Выводы

По данным функциональных методов исследований у лиц, пострадавших от воздействия ионизирующего излучения отмечается наличие нарушений как со стороны сердечно-сосудистой системы, так и нервной системы.

Наряду с клиническим улучшением отмечена положительная динамика исходно нарушенных функциональных показателей состояния сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем.

Выявление «скрытой» коронарной недостаточности свидетельствует об ишемической болезни сердца, не диагностируемой ранее.

Включение в план лечебно-реабилитационных мероприятий индивидуально подобранных методов лечебно-восстановительного лечения дало положительную динамику улучшения общего состояния лиц, пострадавших от воздействия ионизирующего излучения.

Литература

А.Н.Ожороков «Диагностика болезней внутренних органов», Москва, 2002г.

Ю.Н.Беленков, С.К.Терновой «Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний», Москва, 2007г.

В.Н.Орлов «Руководство по электрокардиографии»

Д.М.Аронов, В.П.Лупанов «Функциональные пробы в кардиологии», 2003г.

Л.Р.Зенков «Клиническая электроэнцефалография», Москва, 2002г.

В.А.Елифанов «Лечебная физическая культура», Москва, 2001г.

Б.Н.Семёнов и др. «Об организации службы медицинской реабилитации», в ж. «Вопросы курортологии физиотерапии и лечебной физической культуры» Москва «Медицина», с.44-47, №2, 1998 г.

Причины врачебных ошибок при диагностике туберкулезных спондилитов

Джайшева К.Т., Узбекова А.А., Нсанова Б.К., Каймаков К., Умралиева А.М., Баймолдина Л.М., Калдыбаева К.К. ЗКГМУ им. М.Оспанова, КДП №4, КДП №2 г.Атырау, клиника «Сенім», ОПТД г. Актобе

Туберкулезный спондилит занимает первое место среди всех локализаций костно-суставного туберкулеза, составляя 50-60 % от общего числа костно-туберкулезных больных. За последние годы увеличилась частота двойных и тройных локализаций у взрослых, составляющая около 10 % [1]. В Республике Казахстан среди зарегистрированных больных с внелегочным туберкулезом до 30-40% отмечаются осложненные формы в виде нарушения функции спинного мозга, деформации скелета, развития хронической почечной недостаточности, микроцистиса, нарушения репродуктивной функции у женщин. В республике выявляются осложненные и запущенные формы туберкулеза (г.Алматы – 2 случая; Алматинская – 2случая; ЮКО – 2 случая, Кызылординской, Акмолинской, Восточно-Казахстанской, Павлодарской областях по одному случаю). В 2009г выявлено-28 случаев, в 2010г.- 10 случаев. Не снижается уровень инвалидизации больных с внелегочным туберкулезом [2]. Важнейшую роль в своевременной диагностике внелегочных форм туберкулеза играет уровень профессиональной подготовки врачей общей лечебной сети, которые часто допускают ошибки. В результате этого до 60 % внелегочных форм туберкулеза выявляется в запущенной стадии, имеет запущенный и осложненный характер, что приводит к высокому уровню инвалидности – до 56 % случаев [3, 4]. К этой группе относятся больные с костно-суставным туберкулезом, обратившиеся к врачам общей лечебной сети к хирургам, нейрохирургам, ортопедам, травматологам, невропатологам, ревматологам и другим специалистам, состоящих у них на учете по поводу нетуберкулезных заболеваний с частыми обострениями и низкой эффективность проводимого лечения [5].

Цель исследования

- рассмотреть причины, приводящие к ошибкам диагностики туберкулезных спондилитов.

Материалы и методы

Для анализа были взяты истории болезни больных, находившихся на лечении во внелегочном отделении Актюбинского областного противотуберкулезного диспансера за период 2007-2010 гг.

Результаты и обсуждение

Данные свидетельствуют, что по Актюбинской области за период с 2007 по 2010 гг туберкулезный спондилит без сопутствующего легочного специфического процесса был выявлено впервые у 39 (47,6 %) больных из 82 находившихся на лечении. Несмотря на определенную симптоматику туберкулезного спондилита, подкрепленную анамнестическими данными, встречается значительное количество диагностических ошибок. Одной из

Причины врачебных ошибок при диагностике туберкулезных спондилитов. К.Т. Джайшева, А.А. Узбекова, К.Каймаков, Б.К. Нсанова, А.М.Умралиева, Л.М.Баймолдина, К.К. Калдыбаева. ЗКГМУ им. М.Оспанова, КДП №4, КДП №2 г.Атырау, клиника «Сенім», ОПТД г. Актобе. В статье показаны основные диагностические ошибки, допускаемые врачами общей лечебной сети при выявлении туберкулезного спондилита: отсутствие настороженности у врачей по внелегочному туберкулезу даже при наличии контакта с больными активной формой туберкулеза, недостаточное знание клиники туберкулезного спондилита и частое запоздалое применение лучевых методов исследования.

Туберкулездік спондилиттің анықтау кезіндегі дәрігерлік қателіктер себептері. К.Т. Джайшева, А.А. Узбекова, К.Каймаков, Б.К. Нсанова, А.М.Умралиева, Л.М.Баймолдина, К.К. Калдыбаева. М.Оспанов атындағы БҚММУ, КДП №4, КДП №2 Атырау қ., «Сенім» клиникасы, Актобе қ. ОТҚҚД. Мақалада туберкулезді спондилитті анықтау кезіндегі жалпы емдеу желісінде қызмет ететін дәрігерлердің жіберген негізгі қателіктер себептері көрсетілген: екпеден тыс туберкулез түрлерінің клиникасына, ауру тархында туберкулездің белсенді түрлерімен қатынасы болған жағдай да мәң бермеу, туберкулезді спондилиттің клиникалық белгілерін анық білмеу және сәулелік тексеру тәсілдерін кеш қолдану жатады

основных причин ошибочного диагноза туберкулезного спондилита является укрепившееся представление о спондилите туберкулезной этиологии как о болезни детского возраста, что отвлекает мысль врача от предположения о возможности заболевания позвоночника туберкулезом у взрослого. По данным нашего исследования среди впервые выявленных больных дети и подростки составили 10,3 % (четверо, из них 1- 8 лет, 1- 14 лет и 2 – 17 лет). Взрослые больные составили – 89,7 %, в основном, лица в возрасте 30-39 лет - 21 (53,8 %), 18-29 лет – 9 (23,1 %) и 40-49 лет – 5 (12,8 %) больных. Контакт с больными туберкулезом на момент первичного осмотра отмечали лишь 12,3 % больных.

Клинические проявления туберкулезного спондилита у впервые выявленных больных, проиллюстрированы на таблице № 1. Как показано в таблице №1, классическая сочетанная триада, характерная для туберкулезного спондилита: горб, натечный абсцесс и паралич мышц ног, имел место не у всех исследуемых больных. Так, самый яркий симптом спондилита – гиббус, отсутствовавший у всех взрослых пациентов, был диагностирован только у ребенка 8 лет, т.е. имел место в 2,3 % случаев.

Таблица №1. Клинические симптомы туберкулезного спондилита у впервые выявленных больных

Клинические симптомы	Годы								Всего	
	2007		2008		2009		2010			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Горб	-	-	-	-	1	10,0	-	-	1	2,3
Натечный абсцесс	6	60,0	12	75,0	5	50,0	5	62,5	28	63,6
Парезы и параличи	2	20,0	2	12,5	3	30,0	2	25,0	9	20,4
Нарушения функции тазовых органов	2	20,0	2	12,5	1	10,0	1	12,5	6	13,7
Итого:	10	100	16	100	10	100	8	100	44	100

Медленное, постепенное развитие заболевания, чрезвычайная скудность симптомов в начале процессов заставляют врачей особенно внимательно относиться к анамнестическим данным больных с подозрением на туберкулезный спондилит, главным образом взрослых. Такие симптомы как утомляемость, изменение походки, иррадирующие, беспричинные боли в животе у детей могут быть признаками туберкулезного спондилита. У взрослых необходимо выяснить профессию, установить наличие в анамнезе таких заболеваний, как ревматизм, радикулит, инфекционные процессы, а также туберкулез других органов.

В наших исследованиях в большей степени были выявлены натечный абсцесс у 63,6 %, парезы и параличи у 20,4 % и нарушения функции тазовых органов отмечались у 13,7 % лиц. Таким образом, важной причиной ошибочных диагнозов, особенно в начале заболевания, могло быть отсутствие у взрослых больных характерного симптома спондилита – гиббуса. Но у взрослых нередко и при большой давности заболевания все же встречаются затруднения при распознавании спондилита, обусловленные отсутствием одного, двух, а иногда и всех трех симптомов. Следует подчеркнуть, что начало спондилита у взрослых часто проявляется как бы мало характерным, типичным для этой болезни симптомокомплексом. В связи с этим правильный диагноз нередко ставится поздно, когда налицо уже имеются значительные разрушения в позвонках и другие симптомы этой тяжелой болезни, т.е. появляются локальные боли в определенном отделе позвоночника, что указывает на уже далеко зашедший активный процесс, разрушение кортикального слоя тела позвонка и достигший мягких тканей. Ощупыванием позвоночника (проведение рукой по остистым отросткам) удается обнаружить выступание остистых отростков; при проведении рукой снизу вверх по остистым отросткам улавливается выступающий отросток нижнего пораженного тела (ступенька Менара). Наличие этого симптома подтверждает диагноз туберкулеза позвоночника, который становится несомненным при обнаружении пугочатого кифоза. При ощупывании длинных мышц спины, легко проводя пальцами по обеим сторонам остистых отростков, удается уловить их напряжение. Надавливание на остистые отростки при туберкулезном спондилите обычно боли не вызывает, но постукивание по остистым отросткам, вызывая волнообразное сотрясение, идущее через дужки до тела, при поражении тела позвонков дает ощущение боли. В самых ранних стадиях проявления туберкулезного спондилита ригидность мышц спины легко обнаруживается у больных, особенно у детей, в лежачем положении. Больного укладывают на стол животом вниз с вытянутыми по бокам руками; врач одной рукой берет согнутые в коленных суставах ноги и приподнимает их вверх; при этом поднимается и нижний сегмент спины, затем он опускает ноги. В это время другой рукой проверяется подвижность остистых отростков. В верхнегрудном отделе ригидность мышц проверяется активным отклонением кзади верхнего отдела туловища или симптомом «вожжей» П.Г.Корнева. Исследование коленных рефлексов, клонусов стоп и надколенника должно обязательно проверяться у больных с подозрением на туберкулезный спондилит, также как исследование всех типичных мест для натечного абсцесса, в которых он может быть обнаружен.

В наших исследованиях болевой симптом отмечали 68,2 % больных. Наличие же болей – неперемного спутника спондилита – зачастую приводит к ошибочным диагнозам, ибо боли при спондилите весьма схожи с неврологическими корешковыми болями или болями при спондилоартрите. Поэтому, больные обращались к различным специалистам. Так у терапевта наблюдались 4 (10,2 %), у ВОП – 3 (7,7 %), у невропатолога – 29 (74,4 %), не наблюдались – 3 (7,7 %) впервые выявленных больных. Как видно из выше приведенных данных, 74,4 % больных наблюдались у невропатолога, так как диа-

гноз неврологического заболевания, чаще всего остеохондроза какого-либо отдела позвоночника нередко ставился, главным образом, только по одному болевому симптому. Кроме того, ошибочно устанавливались диагнозы ишиаса, люмбаго, радикулита и т.д. Сроки наблюдения больных у различных специалистов, до установления диагноза туберкулезного спондилита



Рисунок 1. Сроки наблюдения больных у различных специалистов до установления диагноза туберкулезного спондилита

были следующими, как проиллюстрировано на рисунке 1.

Как следует из данных рисунка №1 у невропатолога до установления диагноза туберкулезного спондилита наблюдались сроки до 1-1,5 мес 10,3 %, до 6 мес – 15,4 %, от 1 года до 3 лет 61,5 % и сроком 5 лет и более 12,8 % больных. Все больные получили лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, витаминотерапию, массаж и другие физиотерапевтические процедуры. У 29,8 % отмечали кратковременное улучшение состояния. Только после лучевых методов исследования (рентгенография и КТ позвоночника), которые были назначены сразу после первого посещения 5 (12,8 %), через 1 год наблюдения и лечения – 21 (53,9 %), через 2 года – 6 (15,4 %), через 3 года – 4 (10,3 %) и через 5 лет – 3 (7,7 %) больных. Диагноз туберкулезного спондилита был выставлен в основном после рентгенологического обследования сразу 15 38,5 % больным, уточнен после исследования компьютерной томографией у 27 (69,2 %) больных.

Таким образом, основными причинами диагностических ошибок при выявлении туберкулезного спондилита явились отсутствие настороженности у врачей ПМСП по внелегочному туберкулезу, даже при наличии контакта с больными активной формой туберкулеза, недостаточное знание клиники туберкулезного спондилита и частое запоздалое применение лучевых методов исследования после неоднократной неэффективной терапии остеохондрозов, ишиасов, люмбаго и т.д.

Литература

1. Левашев Ю.Н., Репин Ю.М. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу. – СПб. ЭЛБИ-СПб. -2006. – С.262-273.
2. Справка по внелегочному туберкулезу на селекторном совещании 14.06.2011 г.
3. Аксенова В.А., Шилова В.М., Хрулева Т.С. Пособие для специалистов общей лечебной сети по своевременному выявлению туберкулеза. – М., 1996
4. Исмаилов Ш.Ш., Дюсембаев А.К. Своевременная диагностика, комплексный мониторинг на уровне ПМСП, рациональное хирургическое лечение туберкулеза костей и суставов. // Фтизиопульмонология. – 2007. - №1 (11). С.40-42.
5. Иванов В.М., Кучинский К.В., Кутулуцкая Т.В. Дифференциальная диагностика туберкулеза позвоночника. //Фтизиопульмонология. - 2010. - №1(16). – С.36-38.

Диагностика туберкулезных спондилитов у больных с заболеваниями позвоночника

Джайшева К.Т., Нсанова Б.К., Сулейменова У., Сахипова К.К., Умралиева А.М., Дмитриенко В.В., Юсупова Ж.К. ЗКГМУ им.М.Оспанова, КДП №4, КДП № 2, ОПТД, ОНД г.Актобе, ЦРБ г.Кандыгааш

Эпидемиологические показатели по туберкулезу определяются, в основном показателями заболеваемости и смертности от легочных форм туберкулеза. Тем не менее, актуальными являются и проблемы распространенности и эффективности проводимых лечебно-диагностических мероприятий внелегочного туберкулеза. Недостаточное внимание к этой категории больных обусловлено их невысокой эпидемиологической опасностью при контакте с окружающими. Но, последствия несвоевременно выявленного внелегочного туберкулеза бывают чрезвычайно серьезными с развитием необратимых процессов, приводящих к инвалидизации больных, бесплодию, ухудшению качества жизни и т.д. Лечение этой категории больных преимущественно хирургическое и поэтому высокочастотное. [1]. Среди впервые выявленных больных с туберкулезом внелегочной локализации только 8-10 % были выявлены при профилактических осмотрах, 90-92 % случаев диагностируются обычно по обращаемости [2]. Костно-суставной туберкулез, как и другие локализации внелегочного туберкулеза, возникает в результате гематогенной диссеминации микобактерий туберкулеза в результате первичного инфицирования организма, либо в более поздние сроки в результате эндогенной реактивации посттуберкулезных очагов в любом органе. При туберкулезе позвоночника патологический процесс локализуется преимущественно в губчатом веществе тела позвонка «первичного» костного фокуса, представляющая собой, туберкулезную гранулему. В процессе эволюции она разрушает замыкательные пластины позвонка и распространяется через некротизированный межпозвоночный диск в тело соседнего позвонка, а также в паравертебральную клетчатку или позвоночный канал, где вызывает некроз и абсцесс [3,4,5].

Цель исследования

Исследование распространенности поражения туберкулезом различных отделов позвоночника среди больных, находившихся на стационарном лечении во внелегочном отделении противотуберкулезного диспансера г.Актобе.

Материалы и методы

Для анализа были взяты истории болезни больных, находившихся на лечении во внелегочном отделении Актюбинского областного противотуберкулезного диспансера за период 2007-2010 гг.

Результаты и обсуждение

По Актюбинской области за период с 2007 по 2010 гг с туберкулезным спондилитом было выявлено 82 больных, из них туберкулезный спондилит был впервые диагностирован 39 (47,6 %) больных. Возрастной состав больных варьировал от 8 лет до 74 лет. Детей было 1 (1,2 %), подростков (14-17 лет) – 3 (3,8 %).

Женщины составили – 31 (37,8%), мужчины - 51 (62,2 %) человек. По возрастному составу они были они распределены следующим образом, как показано на таблице №1.

Из данных таблицы №1 видно, что больший удельный вес имели больные в возрасте 30-39 лет -32,9 %, 18-29 лет – 23,2 % и 40-49 лет – 17,1% лица зрелого и пожилого возраста составили по 10,9 % в возрасте 50-59, 60 лет и старше.

Наблюдались у специалистов 64 (78,0 %), не наблюдались и не обращались за медицинской помощью 18 (22,0 %) больных проиллюстрировано на таблице №2.

Автор в статье поднимает вопросы несвоевременного выявления туберкулезного спондилита, который чрезвычайно опасен серьезными необратимыми процессами, приводящими к инвалидизации больных, ухудшению качества жизни. Лечение этой категории больных преимущественно хирургическое и поэтому высокочастотное. Обращает внимание на то, что туберкулезный спондилит может быть выявлен как без легочного туберкулезного процесса, так и среди лиц, у которых в анамнезе имеются данные о когда-либо перенесенном специфическом процессе.

Омыртқа ауруларымен ауыратын науқастар арасынан туберкулезді спондилиттің анықтау. Джайшева К.Т., Нсанова Б.К., Сулейменова У., Сахипова К.К., Дмитриенко В.В., Юсупова Ж.К. М.Оспанов атындағы БҚММУ, КДП №4, КДП № 2, ОНД Актобе қ., ОАА. Кандыгааш қ. Автор мақаласында туберкулезді спондилит ауруын дер кезінде білінбеуі науқасты мұғдектікке апаруына, өмір сапасын нашарлатуына, қайтымсыз өзгерістер тудырыуына назар аударады. Бұл санаттағы науқастар емдеу көбінесе хирургиялық, яғни, көп қаржы жұмсалғанын талап етеді. Сонымен қатар, туберкулезді спондилит өкпе туберкулезімен қосарлануына және де бұрын спецификалық үдіріспен ауырған адамдарда кездесуіне де көз жеткізеді.

Таблица №1. Возрастной состав больных туберкулезным спондилитом.

Возраст больных	Годы								Всего	
	2007		2008		2009		2010			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
8 лет	1	5,9	-	-	-	-	-	-	1	1,2
14-17 лет	-	-	1	3,8	1	4,5	1	5,9	3	3,8
18-29 лет	5	29,4	3	11,5	7	31,8	4	23,4	19	23,2
30-39 лет	4	23,5	11	42,3	4	18,2	8	47,1	27	32,9
40-49 лет	2	11,8	6	23,1	4	18,2	2	11,8	14	17,1
50-59 лет	3	17,6	3	11,5	2	9,1	1	5,9	9	10,9
60 лет и >	2	11,8	2	7,8	4	18,2	1	5,9	9	10,9
Итого:	17	100	26	100	22	100	17	100	82	100

Как видно из данных таблицы №2, наибольшее количество пациентов наблюдались и состояли на учете у невропатолога с диагнозом остеохондроза какого-либо отдела позвоночника 42,7 %, не наблюдались ни у кого-либо – 20,8 %, в основном жители села, у терапевта – 11,0 %, у врача общей практики и специалистов хирургического профиля по 8,5 % больных. Также наблюдались у врача в пенитенциарной системе 8,5 % больных.

Диагноз туберкулезного спондилита устанавливается на основании клинических данных, которые характеризуются постепенным началом почти у 92,1 %, нарастанием ригидности мышц спины у 82,3 %, корешковых болей у 76,9 % больных. Изменение конфигурации спины наблюдались у 56,4 %, деформация позвоночника в виде образования кифоза у 3,3 %, натечного абсцесса у 52,7 % и спинномозговых расстройств у 28,9 % больных. Отмечается увеличение удельного веса осложненных форм туберкулезного спондилита у 52 (63,4 %) пациентов. Из них абсцессы диагностированы у 29 (55,7 %), свищи у 8 (15,4 %), парепарезы и параличи отмечены у 9 (17,3 %), нарушение функции тазовых органов у 6 (11,6 %) больных.

Туберкулез с лабораторно подтвержденной множествен-

Таблица №2. Наблюдение больных туберкулезным спондилитом

	2007		2008		2009		2010			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
терапевт	3	17,6	2	7,7	2	9,1	2	11,7	9	11,0
невропат.	7	41,4	11	42,3	10	45,5	7	41,4	35	42,7
ВОП	2	11,7	2	7,7	1	4,5	2	11,7	7	8,5
хирург	1	5,9	2	7,7	2	9,1	2	11,7	7	8,5
Не на- блю.	2	11,7	7	26,9	5	22,7	3	17,6	17	20,8
Наблюд. в пениценц. системе	2	11,7	2	7,7	2	9,1	1	5,9	7	8,5
Итого:	17	100	26	100	22	100	17	100	82	100

Таблица №3. Выявление туберкулезного спондилита в зависимости от легочного процесса

	2007		2008		2009		2010			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Впервые без легочного туберкулеза	7	41,2	13	50,0	11	50,0	8	47,1	39	47,6
Вместе с легочным туберкулезом	5	29,4	4	15,4	4	18,2	3	17,6	16	19,5
Легочный процесс предшествовал туберкулезному спондилиту	3	17,6	5	19,2	4	18,2	4	23,5	16	19,5
Туберкулезный спондилит предшествовал легочному процессу	2	11,8	4	15,4	3	13,6	2	11,8	11	13,4
Итого:	17	100	26	100	22	100	17	100	82	100

ной лекарственной устойчивостью с микробиологически доказанным фактом устойчивости микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам первого ряда был выявлен у 8 (53,3 %) пациентов. Выявлены туберкулезного спондилита в зависимости от легочного процесса указаны в таблице №3. У 16 (19,5 %) больных помимо туберкулезного спондилита выявлен сопутствующий туберкулез органов дыхания, как показано на таблице №3

Из них у 6 (37,5 %) выявлена инфильтративная форма, у 4 (25 %) – очаговая форма туберкулеза легких, у 3 (18,7 %) – экссудативный плеврит туберкулезной этиологии, у 2 (12,5 %) – диссеминированный туберкулез легких и 1 у одного больного фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

Клинический диагноз подтверждается рентгенологическими

данными: сужением межпозвонковой щели, туберкулезным оститом в теле позвонка, натечными абсцессами и разрушением тел позвонков, но, к сожалению, лицам, наблюдавшимся у специалистов. Отмечено несвоевременное рентгенологическое исследование позвоночника, так у 22, 7 % больным рентгенологическое исследование было назначено только после неоднократной неэффективной терапии, в основном, по поводу остеохондроза какого-либо отдела позвоночника. С внедрением новых лучевых методов (КТ, МРТ) диагностики возможности своевременной диагностики туберкулезного спондилита увеличились, у 53,7 % больных, диагноз туберкулезного спондилита был подтвержден и они были направлены к фтизиологу.

Выводы:

- важность своевременной диагностики туберкулезных спондилитов обоснована тем, что туберкулез, выявленный своевременно, излечим клинически, и не заканчивается присвоением больным группы инвалидности;

- у врачей общей лечебной сети должна быть настоятельность к туберкулезу при диагностике заболеваний позвоночника;

- ввести регулярные плановые семинары, лекции с врачами общей лечебной сети по диагностике внелегочных форм туберкулеза, в том числе и туберкулеза позвоночника.

Литература

1. Аманжолова Л.К., Мукушев Н.Р., Дуйсенова Р.Б. с соавт. Эпидемиологическая и клиничко-рентгенологическая характеристика внелегочной локализации туберкулеза в г. Алматы. // Фтизиопульмонология. – 2006. - № 1 (9). – С. 9-10.
2. Аззамов Н.А., Дильмагамбетов Д.С., Калмаков Н.К. с соавт. Состояние внелегочной службы туберкулеза в Актюбинской области в 2007-2009 гг. и перспективы ее развития // Фтизиопульмонология. – 2010. - № 1(16). – С.9-12.
3. Брунова А.В., Эрғешов А.Н. // Пробл. туб. – 2002. - №4. – С.13-15.
4. Иванов В.М., Кучинский К.В., Кутулуцкая Т.В. Дифференциальная диагностика туберкулеза позвоночника. // Фтизиопульмонология. - 2010. - №1(16). – С.36-38.
5. Туткышбаев С.О., Аманжолова Л.К., Мауленов Ж.О. и др. Современное выявление и диагностика костно-суставного туберкулеза и туберкулеза периферических лимфатических узлов в сети ПМСП: Методические рекомендации. – Астана, 2008. – 16 С.

Применение Кортексина в лечении дисциркуляторной энцефалопатии

Омирзак И. Ж., Сатыбекова Ж. А.
ГП №4, ГБ №2, г. Тараз

Под дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП) понимают хроническую прогрессирующую форму цереброваскулярной патологии, характеризующуюся развитием многоочагового или диффузного ишемического поражения головного мозга. Термин «энцефалопатия» предполагает наличие не только субъективных жалоб, но и объективных признаков органического поражения мозга, которые могут быть обнаружены при неврологическом или нейропсихологическом исследовании.

Хотя в жалобах больные с ДЭП предпочитают акцентировать внимание на таких субъективных проявлениях, как головная боль, головокружение, шум в ушах, быстрая утомляемость, ядром клинической картины ДЭП является нарастающее ограничение нейропсихологических и двигательных функций, зависящее от разобщения между лобной корой и подкорково-стволовыми структурами. Когнитивный дефицит

при ДЭП проявляется замедленностью психической деятельности, ослаблением внимания, снижением речевой активности. Нарушение памяти, бывает умеренным и носит вторичный характер. Характерно сочетание когнитивного дефицита с аффективными изменениями (депрессий, апатией, абулией, тревогой, раздражительностью, эмоциональной лабильностью, расторможенностью и т.д.). Итогом прогрессирования нейропсихологических нарушений при ДЭП является развитие сосудистой деменции. Двигательный дефект полиморфен, он включает нарушения ходьбы и постуральной устойчивости, пирамидные, экстрапирамидные, псевдобульбарные, мозжечковые расстройства. Важнейший фактор развития ДЭП – затруднение венозного оттока. Атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий и артериальная гипертензия, снижая амплитуду пульсации артерий, способствует венозному застою

в голове, развитию гидроцефалии и клинической картине ДЭП, а увеличение минутного головного кровотока нарушает артериовенозное взаимодействие.

Лечение ДЭП включает меры по предупреждению дальнейшего повреждения сосудов и вещества мозга, улучшению когнитивных функций, коррекцию других клинических проявлений заболевания.

Несмотря на широкую популярность так называемых «вазоактивных средств», их роль в лечении ДЭП окончательно не определена. Способность вазоактивных препаратов в долгосрочном плане улучшать перфузию мозга не доказана. Более того, учитывая раннее снижение реактивности мелких сосудов в пораженных зонах мозга, на фоне применения вазоактивных средств возможен эффект обкрадывания в пользу интактных участков мозга с сохранной системой регуляции кровотока.

Для улучшения когнитивных функций применяется широкий спектр ноотропных препаратов. Существенная проблема заключается в том, что в отношении большинства из них отсутствуют данные плацебо - контролируемых исследований, которые бы убедительно подтверждали их эффективность. На сегодняшний день у контролируемых больных с сосудистой деменцией

доказана возможность улучшения когнитивных функций под влиянием двух классов препаратов: ингибиторов холинэстеразы (галантамин, ривастигмин) и модулятора глутаматных рецепторов. Между тем, эффективность терапии ДЭП на более ранней стадии, когда когнитивный дефект еще не достиг степени деменции (так называемое «умеренное когнитивное расстройство»), может быть более высокой и предупреждать или (по крайней мере) отдалять развитие деменции. Одним из наиболее перспективных направлений лечения пациентов, особенно на ранней стадии процесса, является применение средств с нейротрофической активностью, к числу которых относится препарат кортексин.

Литература

1. Шелухин И. К. *Кортексин в поликлинической практике/Terra Medica nova. 2003. № 1(29). С. 45-46.*
2. Дьяконов М. М. *Большие возможности кортексина при цереброваскулярной патологии/Медлайн экспресс. 2002. №12(156). С9-10.*
3. Гусев Е. И., Бурд Г.С., Никифоров А. С. *Неврологические симптомы, синдромы, симптомо- комплексы и болезни. М: Медицина, 1999. 890 с.*

Применение Кортексина при лечении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей и подростков

Шиц Е.К.

Городская детская больница № 1 г. Тараз

В 70-х годах XX века ученые начали обращать более пристальное внимание на детей, испытывающих явные трудности в школьной и социальной адаптации, обучении новым навыкам и правилам поведения, овладении новыми знаниями. В те годы было осознано и научно доказано, что во многих случаях мы сталкиваемся не с недостатками воспитания, а с заболеванием мозга. Уже тогда большая часть нарушения поведения у детей была объединена под единым названием синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Дети и подростки, страдающие СДВГ, отличаются неусидчивостью, отвлекаемостью, гиперактивностью, импульсивностью и низкой успеваемостью. Ранее, данное заболевание было принято называть минимальной мозговой дисфункцией (ММД). В происхождении заболевания ведущую роль играют генетические факторы и органические повреждение головного мозга в перинатальном развитии. Важную роль в возникновении СДВГ играют внутриутробная гипоксия плода и гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. Ишемическая энцефалопатия вызывает повреждение стриатума и нарушение кортико - стриато- таламо- кортикальных связей, что приводит к функциональной незрелости мозга. Клинические проявления заболевания определяются тремя симптомокомплексами:

- А) Невнимательность
- Б) Гиперактивность
- Г) Импульсивность

А) Невнимательность, имеется ввиду, повышенная отвлекаемость, снижение концентрации внимания, невозможность выполнить неинтересное задание. При этом чем-то интересным для них (компьютерные игры) они могут заниматься часами. Дети с СДВГ как правило плохо успевают в школе, от 30 до 50% не могут закончить среднюю школу. Они не подчиняются общим принятым правилам поведения, не слушаются родителей и учителей, отвлекаются от решаемых задач, не доводя ни одну из них до конца. Вовлекаются в буйные игры в школе и дома, теряют вещи, чаще попадают в различные несчастные случаи. В отличие от просто энергичных детей, активность у детей с СДВГ носит бесцельный характер. Импульсивные дети не могут дождаться своей очереди в игре, они выкрикивают ответы на уроке, не отвечая на них полностью, прерывая других учеников

или учителя. Импульсивность часто сочетается с агрессивным и оппозиционным поведением. Появление основных жалоб при СДВГ относится к младшему школьному возрасту. Данные проявления обуславливают низкую успеваемость детей с СДВГ, несмотря на достаточно высокий интеллект. Все это приводит к тому, что такие дети находятся в состоянии «хронической неуспешности». Кроме этого у детей с СДВГ отмечаются тики, головные боли, энурез, дислексия и дисграфия. В 50-80 % случаев клинические проявления СДВГ переходят в подростковый возраст. В подростковом возрасте на первое место выходит импульсивность, иногда сочетающаяся с агрессивностью. Подростки страдающие СДВГ входят в группу риска аддитивных расстройств: алкоголизма и наркомании. Лечение СДВГ представляет собой совокупность методов коррекции поведения, медикаментозной терапии и других методик. При лечении СДВГ чаще используются психостимуляторы, но при их приеме могут наблюдаться ряд побочных эффектов: головные боли, тики, бессонница. В лечении СДВГ применяют ноотропные средства, которые влияют на высшие интегративные функции.

Ноотропным действием обладает пептидный препарат – биорегулятор Кортексин, регулирующий процессы метаболизма в головном мозге и обладающий избирательным действием на его клетки. Кортексин показал высокую эффективность и клиническое улучшение у детей с СДВГ. Дети стали усидчивыми во время занятий в школе, меньше отвлекались на уроках, быстрее справлялись с заданиями, улучшились школьные отметки. После лечения отмечалось улучшение показателей тонкой моторики, нейропсихологических проб. Особенно эффективно применение кортексина у детей с сопутствующими речевыми нарушениями. Большинство детей стали охотней использовать речь для общения, повторять за взрослыми, отмечалось увеличение активного словаря у детей. Дети могли повторить более длинные фразы, улучшалось понимание обращенной речи, снижение количества грамматических ошибок. Родители детей отмечали снижение астенических проявлений, таких как, повышение эмоционального внимания, усидчивости.

Заключение

Применение кортексина в комплексной терапии СДВГ способ-

ствует более полному восстановлению психофизиологических функций, биоэлектрической активности головного мозга, укреплению мембран нервных клеток мозга и улучшению аксональной проводимости. Показано, что эффективным является применение кортексина у больных детей с массой тела до 20 кг в дозе 0,5 мг/кг, с массой тела более 20 кг – в дозе 10 мг, внутримышечно, ежедневно, однократно в течение 10 дней в виде монотерапии или в комплексе с любыми средствами симптоматической и патогенетической терапии заболеваний центральной нервной системы.

При применении кортексина у детей побочных эффектов, осложнений и лекарственной зависимости не выявлено.

Применение Кортексина при лечении последствий травм головного мозга.

Шиц Е.К.

Городская детская больница № 1, г. Тараз

Последствия травматического повреждения головного мозга является актуальной проблемой современной медицины. Это объясняется устойчивой тенденцией к увеличению количества черепно - мозговых травм (ЧМТ) как по частоте, так и по тяжести, достигающего от 30 до 50 % всех видов травм в мирное время. Не менее актуальна проблема реабилитации пациентов, перенесших ЧМТ, требующая разработки новых методов лечения с учетом специфики и тяжести поражения индивидуальных психо-физиологических особенностей пострадавшего. Актуальность проблемы еще и в том, что отдаленный период травматической болезни представляет собой динамический процесс, сопровождающийся при неблагоприятных условиях наступлением декомпенсации состояния больных. Длительность периода декомпенсации и степень нарушения тех или иных функций связывают с воздействием большого количества факторов, среди которых важнейшее значение имеет степень тяжести перенесенной травмы и качество проводимого восстановительного лечения. Определенные надежды возлагаются на использование полипептидных неотропных препаратов, влияющих на метаболизм и интегративные функции мозга.

Одним из наиболее эффективных препаратов данной группы является кортексин, который оказывает церебропротективное действие на кору головного мозга.

Результаты и их обсуждения

Группа больных детей, с последствиями травм головного мозга жаловалась на головные боли, периодические головокружения, снижения памяти, повышенная утомляемость и раздражительность. Были выделены следующие, наиболее часто встречающиеся, посттравматические неврологические синдромы:

- сосудистый, вегетативно - дистонический
- астенический
- церебрально-очаговый
- психоорганический
- посттравматической эпилепсии

Обычно у больного отмечалось несколько синдромов, они изменялись по характеру и степени выраженности, поэтому ведущим считали тот синдром, клинические проявления которого были наиболее выражены и доминировали в данный момент. Клинический хороший результат был получен у 50 % пациентов, получавших кортексин. После лечения больные жалоб не предъявляли или отмечали значительное снижение выраженности субъективных проявлений.

Удовлетворительный результат получен у 33% человек. При этом у обследованных жалобы сохранялись, но степень их вы-

Литература

1. Шабалов Н. П., Скоромец А. А., Шумилина А. П., Середа Ю. В., Платонова Г. Н., Федоров О. А. Неотропные и нейропротекторные препараты в детской неврологической практике. // Вестник Военно-медицинской академии: 2000 г. – Выпуск 2 – с. 37
2. Чутко Л. С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. С. 1-5
3. Студеникин В. М. Применение препарата кортексин в невропедиатрии // Мед. Вестник 2006 г. № 37 (380) с. 14

раженности уменьшилась. Неудовлетворительный результат имел место у 15 % пациентов. У них сохранялись жалобы, степень выраженности которых практически не изменилась. Уже к 10 дню лечения при лечении кортексином больные отмечали значительное улучшение общего самочувствия, отмечался регресс неврологической симптоматики больных с астеническим синдромом, нарушением когнитивных функций и мнестическими расстройствами. Это объясняется, по-видимому, тем, что кортексин улучшает энергетический обмен, стимулирует окислительно-восстановительные процессы мозга, способствует нормализации метаболизма нейромедиаторов.

Таким образом, применение кортексина позволило улучшить функцию внимания, стабилизацию эмоционального состояния, улучшение ночного сна уменьшение головных болей, восстановление памяти, снижение депрессии, реактивной тревожности, повышение активности и настроения.

Фармакологическое действие препарата объясняется активацией серотонинэргической системы, сопровождающейся антистрессорным и умеренным антидепрессивным эффектом. По мнению Чутко Л. С. Кортексин влияет на функциональное состояние ЦНС, за счет повышения дофаминэргической активности, а так же кортексин поддерживает процесс ремиелинизации – за счет компонентов участвующих в синтезе миелина. Механизм действия кортексина включает в себя механизм действия входящих в состав его пептидов, имеющих корковое происхождение.

Вывод

Проведенное исследование показало церебропротекторную эффективность кортексина у пациентов с тяжелой ЧМТ

Дозировка кортексина при восстановительном лечении ЧМТ до 20 кг – 0,5 мг на кг массы тела, внутримышечно в течение 7-10 дней, с выше 20 кг – 10 мг, внутримышечно 7-10 дней.

Литература

1. Пептидные препараты – препараты XXI века – д. м. н. профессор академии НАПРК директор фармакологического центра Кузденбаева Р. С.
2. Студеникин В. М., Пак Л. А., Шелковский В. И. и др. Об опыте и перспективах применения отечественного нейропептидного препарата в детской неврологии // Лег. Врач. 2009 № 5 с. 42-45
3. Студеникин В. М., Пак Л. А., Шелковский В. И. Шелковский В. И., Балканская С. В. Применение кортексина детской неврологии: опыт и перспектива (часть II) ГУ НЦЗД РАМН с. – 9

Множественная миелома. Эффективность применения препарата Велкейд

Козиева Р.К.

ГКП ПХВ «Областная клиническая больница», г. Уральск

Множественная миелома (ММ) – это часто встречающаяся опухоль из зрелых, слабо пролиферируемых плазматических клеток, которые преимущественно располагаются в костном мозге. Они ответственны за выработку моноклональных иммуноглобулинов, остеопароз и деструкцию костей.

В настоящее время ММ рассматривают как своеобразную иммуноглобулинсекретирующую лимфому с первоначальной локализацией в костном мозге. Продуцируемые миеломными клетками парапротеины идентифицируются при электрофорезе белков сыворотки крови и мочи.

Множественная миелома является самой частой опухолью костей у взрослых. На долю ММ приходится 1% всех опухолей, и 10% заболеваний крови опухолевой природы.

Заболеваемость миеломной болезнью составляет от 4 до 6, 7 новых случаев на 100.000 населения в год.

Распространенность ММ-до 15,6 на 100.000 населения.

Миеломная болезнь пожилого возраста. Средний возраст-62 года, однако в последние годы наблюдается тенденция к «омоложению» (30-40 лет).

Точная причина ММ пока не ясна. Наследственная природа заболевания сомнительна, хотя изредка она встречается у членов одной и той же семьи. Определенная роль принадлежит ионизирующей радиации, выбросами химических производств, а так же воздействиям других вредных факторов окружающей среды. Убедительно доказано, что у лиц, переживших атомную бомбардировку, у работников атомной промышленности наблюдаются достоверные увеличения уровня заболеваемости миеломной болезнью, также доказано увеличение риска заболевания среди лиц, имеющих длительный профессиональный контакт с бензолом, дизельным топливом, летучими органическими растворителями (водители, рабочие обувной, кожевнной промышленности, а также работники сельского хозяйства и рыбной промышленности). Загрязнение окружающей среды пестицидами, бензолом, которые относятся к веществам мутагенного и канцерогенного характера.

В последние годы установлена большая роль цитокинов в пролиферации миеломных клеток.

Плазматические клетки синтезируют наряду с иммуноглобулинами также остеокластактивирующий фактор (интерлейкины 1-5-6), интерферон, фактор некроза опухоли. В настоящее время большое внимание уделяется цитокину – интерлекин 6, который продуцируется фибробластами макрофагами и остеобластами, является фактором роста плазматических клеток и тормозит их апоптоз.

Патологическая пролиферация плазматических клеток обуславливает важнейшие патофизиологические сдвиги при миеломной болезни - деструкцию костей и поражение костного мозга, нарушение кроветворения (анемия, тромбоцитопения, лейкопения).

Иммунный дефицит и повышенную предрасположенность к инфекциям, воспалительным процессам в связи с подавлением нормальной функции иммунной системы продуктами жизнедеятельности миеломных клеток.

Развитие манифестных клинических проявлений, связанных с секрецией парапротеинов – синдрома повышенной вязкости крови, криоглобулинемия, амилоидоза вторичного, нарушение гемостаза, миеломной нефропатии.

Клиника: Многообразные клинико-лабораторных особенностей ММ и значительный полиморфизм симптомов, особенно на начальных стадиях, заставляют больных обращаться к

различным специалистам (терапевтам, неврологам, урологам, онкологам и др.).

Основные клинические признаки ММ связаны с прогрессией остеолитического процесса (боли в костях 70% случаев, патологические переломы, гиперкальциемия).

Клинически проявляемые синдромы:

- с-м костной патологии;
- поражение системы кроветворения;
- с-м белковой патологии;
- с-м поражения почек (миеломная нефропатия);
- с-м висцеральной патологии;
- с-м вторичного иммунодефицита;
- с-м повышенной вязкости крови;
- неврологический с-м;
- гиперкальциемический с-м.

Характеристика костных болей- усиление болей в положении на спине, ночные боли, которые заставляют просыпаться и ощущение давления обручем. Боль не проходит при отдыхе и приеме обезболивающих таблеток, инъекции, мази- противовоспалительных, и часто сопровождается повышением температуры тела, снижением массы тела и обезвоживанием.

Внезапное появление острых болей может быть признаком переломов костей. Переломы возникают под влиянием даже небольшого физического воздействия, неловкого движения, надавливание на кости.

Поражение скелета при множественной-очаговой форме характеризуется множественностью и преимущественной локализацией в плоских костях (череп, ребра, грудина, позвоночник).

На R-р. Черепа выявляются очаги лизиса, которые зачастую описываются как дефекты («выбитых пробойником» или «изъеденных молью», дырявый череп или пчелиные соты).

В плоских костях скелета R-графически нередко определяется генерализованный остеопороз, очаги деструкции костной ткани, которые часто сопровождаются патологическими переломами ребер, компрессией тел позвонков, с уменьшением их высоты. Форма позвонков выглядит весьма характерно: уплощаясь, она принимает форму рыбьих, что подтверждают и результаты КТ. Наблюдается укорочение и искривление межпозвоночных дисков.

Со стороны показателей периферической крови: анемия-снижение гемоглобина, тромбоцитопения- снижение кол-во тромбоцитов, повышение СОЭ до 80 мм/ч. Анемия, тромбоцитопения, лейкопения обусловлены вытеснением соответствующих ростков кроветворения в костном мозге плазматическими клетками.

Часто выявляются признаки нейропатии (нарушение чувствительности, жжения и покалывания в пальцах рук и ног, боли). Причинами нейропатии считаются:

Токсическое воздействие моноклонального парапротеина на нервные клетки

Гиперпротеинемия- содержание общего белка – 90-100 г/л, достигает иногда 150-180 г/л, который обусловлен гиперглобулинемией, количество альбуминов снижено.

Гиперпротеинемия – клинически у больного отмечается сухость кожи и слизистых оболочек, резкое увеличение СОЭ, спонтанная агглютинация эритроцитов (образование монетных столбиков в мазке крови).

С-м повышенной вязкости: неврологические симптомы (головная боль, головокружение, пошатывание при ходьбе,

ощущение онемения и слабости в руках и ногах), нарушение зрения (снижение остроты зрения), появление мушек и пятен перед глазами, выявление при офтальмоскопии расширения вен, нарушение периферического кровотока в руках и ногах с трофическими изменениями кожи вплоть до акрогангрии вследствие нарушения микроциркуляции и высокой гиперпротеинемии.

У 8-13% больных ММ встречается гиперкальциемия и гиперфосфатемия или гиперкальциурия, гиперфосфатурия, в результате локальной деструкции костной ткани, так и генерализованного остолитизиса.

Клинически гиперкальциемия проявляется слабостью, депрессией, психическими расстройствами, атаксией, анорексией, тошнотой, рвотой, запорами, гипотонией, полиурией, нарушением ритма сердца. В норме у взрослых уровень содержания кальция в плазме крови колеблется от 2,14 до 2,9 ммоль/л. При ММ 3,0 ммоль/л. разрушение костной ткани, усиливается повышенной мобилизацией Са и фосфора из костей и выделением из с мочой.

Гиперкальциемия существенно ухудшает прогноз ММ и сопровождается не только неврологическими и кардиологическими симптомами, но (что особенно опасно) и поражением почек с развитием хр.ПН.

Миеломная нефропатия. Патогенез. Белок –Бенс-Джонса проникает в канальцы почек, вызывает повреждение канальцевого эпителия, инфильтрирует интерстициальную ткань почек, что приводит к их склерозированию и развитию ХПН.

Необходимо обратить внимание на следующие клинические особенности миеломной нефропатии, облегчающие ее диагностику:

- Миеломная нефропатия практически никогда не сопровождается развитием нефротического синдрома, несмотря на значительную протеинурию, т.е. для миеломной нефропатии не характерны: отеки, асцит, гидроторакс, гиперхолестеринемия.
- Содержание общего белка в сыворотке крови высокое, альб.-нормальное, несмотря на выраженную протинурию.
- Поражение почек, не сопровождающееся артериальной гипертензией,
- Тяжелая антиретинопатия при миеломной нефропатии обычно не развивается ММ базируется на двух основных критериях:
- Наличие в пунктате костного мозга более 10% плазматических клеток.

Выраженная моноклоновая иммуноглобулинопатия (сывороточный М-компонент или Белок Бенс Джонса в моче), доказанная иммуноцитохимического анализа сывороточных и мочевых иммуноглобулинов с использованием метода иммунофиксации при иммуноэлектрофорезе (в сыворотке содержание JqD более 35 г/л; JqA-более 26 г/л, в моче декие цепи более 0,05 г/сут. Диагноз: ММ считается неоспоримым только при сочетании обоих признаков + повреждения органов. Сюда включается гиперкальциемия > 3,0 ммоль/л, почечная недостаточность, анемия или повреждение костей (акроним CRAB)

Лечение: Последние 10 лет надежды на значительные успехи в лечении больных ММ связывают с «велкейдом»-новым противоопухолевым препаратом, проявившим высокую активность в продвинутых стадиях ММ.

Установлен он способен ингибировать активность протеазом – своеобразных энзиматических комплексов, ответственных за расщипление многих белков, в том числе контролирующих клеточный цикл и апоптоз. Вызывая деградацию белков в клетке,

велкейд нарушает их функционирование, блокирует ключевые факторы роста опухолевых клеток, оказывает влияние на их апоптоз и в конечном итоге восстанавливает чувствительность миеломных клеток к основным химиотерапевтическим препаратам (мелфалану, доксорубину и др.)

В отделении гематологии Областной клинической больницы г Уральска Велкейд был применен у 10 пациентов с рефрактерной формой в сочетании с дексаметазоном и у 5 –х пациентов Велкейд применен в качестве монотерапии у впервые выявленных больных. Результаты показали, что у 10больных рефрактерных к терапии и рецидивных больных получен положительный ответ на применение велкейда в сочетании с дексаметазоном. У 3 пациентов была зарегистрирована – ремиссия, у 2 пациентов была констатирована стабилизация опухолевого процесса.

Клинический уникальный случай применения препарата велкейд у пожилой больной К.

Больная К. 1935 г.р. (75лет) 07.11. Впервые диагноз миеломная болезнь установлен в феврале 2009 года на основании данных миелограммы – 40% плазматических клеток, определения М-градиента-50%, белка Бенс-Джонса в моче, повышении СОЭ -60 мм/час и дополнительно костных редукций.

В отделении гематологии проведены по 8 курсов химиотерапии по схеме «VD»

Препарат Велкейд вводился (учитывая рост больной -140см, вес-40кг) в дозе 1,6мг. в/в медленно в 1, 4, 8, 11-й дни под контролем числа тромбоцитов, в сочетании с дексаметазоном 20мг. Внутрь. Химиотерапию перенесла без осложнений. В контрольных анализах в динамике нормальные показатели, заместительная гематрансфузионная терапия не проводилась. Количество плазматических клеток в костном мозге после 8 курсов химиотерапии составило 2,5%.

Достигнута костно-мозговая ремиссия.

Амбулаторно больная принимает бонифос 1600мг

В июле 2011г. Констатирован рецидив. Начат курс х/т по протоколу «VMP». Велкейд вводят путем 3-5 секундной в/в болюсной инъекции в сочетании с оральным приемом мелфалана и с оральным приемом преднизолона в течении 6-недельных циклов лечения.

В циклах 1-4 препарат ВЕЛКЕЙД вводился 2 раза в неделю (день 1, 4, 8, 11, 22, 25, 29 и 32).

В циклах 5-9 препарат ВЕЛКЕЙД вводился один раз в неделю (день 1, 8, 22 и 29).

Терапию перенесла удовлетворительно, без осложнений. В контрольных анализах после курса химиотерапии- нормализовался уровень СОЭ-15мм/час, который был высоким (исх_60мм/час), исчезновение М-градиента при электрофорезе сыворотке крови. Также не было отмечено появление новых очаговых деструкций.

Для профилактики остеодеструкций больная амбулаторно принимает бонифос в дозе 1 в сутки внутрь. 1600мг. В настоящее время больная находится под наблюдением гематологов. Один раз в квартал проводится общий анализ крови, общ. анализ мочи, моча на белок Бенс-Джонса, биохимический анализ крови, электрофорез белков сыворотки. Анализ пунктата костного мозга 1 раз в год, Р-графия черепа, ребер, тазовых костей 1 раз в год. Длительность ремиссии будет оценена позже.

Опираясь на мировые данные и местный опыт применения Велкейд, можно судить об эффективности и хорошей переносимости при всех формах множественной миеломы.

Применение препарата Сорбифер Дурулес при лечении железодефицитных анемий

Кабасова К.К.

СВА № 5 г. Усть-Каменогорск

Железодефицитная анемия (ЖДА) характеризуется снижением содержания гемоглобина из-за дефицита железа в организме в результате нарушения поступления железа либо повышенной потери или повышенного расходования.

Повышенные кровопотери железа бывают при повторных длительных кровопотерях, у женщин при беременности, родах (особенно повторных), менструальные кровопотери, хронические воспалительные заболевания, гипотиреоз, злокачественные новообразования.

Для ЖДА характерно:

Гипоксические симптомы – бледность кожных покровов, слабость, одышка, головокружение, анемические сердечные шумы, сердцебиение.

Сидеропенические симптомы – выпадение волос, ломкость ногтей, извращение вкуса, дисфагии, глоссит.

Изменение крови характеризуются гипохромной анемией (микроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз)

- снижением уровня гемоглобина у мужчин ниже 120 г/л, у женщин 116 г/л, у детей 110 г/л..

- снижение цветного показателя (ниже 0,86)

- снижение уровня железа сыворотки (менее 11,6 мкмоль/л)

Лечение. Прежде всего, необходимо устранить причину заболевания, определить дефицит железа и подобрать дозу препарата железа.

При выборе терапевтической дозы препарата железа расчет лечебной дозы проводится по содержанию элементарного (активного) железа.

Наибольшее количество элементарного (двухвалентного железа) содержится в препарате Сорбифере Дурулес (100 мг в таблетке).

Сорбифер Дурулес – препарат венгерской фармацевтической компании ЭГИС. Содержит сульфат железа 320мг, эквивалентное 100мг Fe₂₊, аскорбиновой кислоты 60 мг. При приеме внутрь происходит постепенное высвобождение ионов железа. Железо всасывается в двенадцатиперстной кишке и проксимальном отделе тощей кишки. Аскорбиновая кислота улучшает всасывания железа в кишечнике, прием по 100 мг, два раза в день обеспечивает на 30% больше всасывания по сравнению с другими препаратами железа. Связь с белками плазмы до 90%. Железо депонируется в виде ферритина и гемосидерина в гепатоцитах. Период полувыведения 6 часов. Действующее вещество содержится в индифферентной пластиковой матрице губчатой структуры.

При прохождении через желудочно-кишечный тракт из пористого матрикса таблетки в течение 6 часов происходит непрерывное постепенное выделение ионов двухвалентного железа. Особое покрытие таблетки предотвращает растворение таблетки в желудке.

В начале лечения «купируем анемию» назначением Сорбифера Дурулес по 1х2раза. Назначаем препарат до нормализации показателей гемоглобина. После восстановления показателей периферической крови (гемоглобин, сывороточное железо) назначаем Сорбифер Дурулес для насыщения (восстанавливаем депо железа в организме) по 1таблетке в день в течение 2-3 месяцев.

Я вела наблюдение за 24 больными железодефицитной анемией, в возрасте от 19 до 50 лет. Все женщины, из них 20

женщин в период беременности.

Таблица по распределению больных по тяжести течения.

Степень тяжести	Кол-во гемогл.	Кол-во больн.	Причина заболевания
Легкая степень	110-90г/л	6	Беременность II – III триместр
Средняя степень	90-70 г/л	17	12 беременных, 2 с ВМС, 1 с миомой матки, 2 с нарушением менструального цикла)
Тяжелая степень	65-50 г/л	1	1 - узловая миома матки.

Лечение:

Устранение причины анемии

А) Лечение у гинеколога – удаление ВМС, оперативное лечение по поводу миомы матки, нормализация менструального цикла.

Б) Диетотерапия

– улучшение факторов способствующих всасыванию железа (прием мясных продуктов, морепродуктов, витаминов С, овощи, фрукты)

– устранить причины препятствующие всасыванию железа

– ограничение приема чая, кофе.

2. Терапия препаратом железа.

Так как ни у одной больной не было нарушения всасывания в кишечнике, Был выбран для терапии пероральный препарат Сорбифер Дурулес. При легкой форме Сорбифер Дурулес назначался по 1т.х1р., при средней степени по 1т.х2р., при тяжелой форме по 1 т.х3р в день. Одна больная с тяжелой степенью анемии исключена из исследования в связи с продолжением лечения в стационаре по поводу основного заболевания. Побочные эффекты выявлены у двух больных с анемией средней степени тяжести в виде тошноты. Больным рекомендован прием препарата после еды. У каждой пациентки до начала приема Сорбифера Дурулес а также после 2 и 4 недели лечения проводили оценку общего состояния и определение следующих гематологических показателей: содержания гемоглобина, количества эритроцитов, цветного показателя. На второй неделе наблюдения все женщины указывали на улучшение общего самочувствия, уменьшение слабости, головокружения, одышки. Через 2 недели лечения в среднем гемоглобин повысился на 8 г/л у подавляющего большинства женщин как с легкой, так и со средней степенью анемии. Через 4 недели лечения гематологические показатели нормализовались у 100% пациенток. Но прием Сорбифера Дурулес было рекомендовано продолжать еще в течение 3 недель в дозировке 1 таблетка в сутки с целью восполнения депо железа в организме.

Выводы

Сорбифер-Дурулес является эффективным препаратом при лечении ЖДА, в том числе у беременных женщин. Он быстро устраняет клинические симптомы, нормализует гемоглобин и в основном хорошо переносится пациентами.

Список литературы

1. Е.Б. Ужегова «Анемии» АГИУВ 2002г.
2. З.С. Баргакан «Медицина» 1988г.
3. Л.И. Идельсон «Гипохромная анемия» 1990г.

Нурмаков Аман Жамелович 70-летию со дня рождения

В марте 2012 года исполняется 70 лет со дня рождения и 47 лет врачебной, научной и общественной деятельности заведующего кафедрой хирургических болезней №1 Казахского национального медицинского университета (КазНМУ) им. С.Д.Асфендиярова, доктора медицинских наук, профессора, академика Академии профилактической медицины РК, действительного члена Ассоциации хирургов СНГ им Н.И.Пирогова, Нурмакова Амана Жамеловича.

Нурмаков А.Ж. родился 13 марта 1942 года в Егиндыбулакском (ныне Каркаралинском) районе Карагандинской области в семье рабочего. После окончания казахской средней школы №2 г. Караганды (в настоящее время школа им. Н.Н.Нурмакова), с 1959 по 1965 гг. обучался на лечебном факультете Карагандинского государственного медицинского института.

Свою трудовую деятельность Нурмаков А.Ж. начал в качестве сельского врача в участковой больнице совхоза им. Абая Карагандинской области. В октябре 1967 г. поступает в аспирантуру при кафедре хирургических болезней Алма-Атинского государственного медицинского института. Под руководством заведующего кафедрой, заслуженного врача КазССР, доктора медицинских наук, профессора А.А.Сулейменова в 1971 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Клинико-экспериментальная оценка нового отечественного местного анестетика ринокаина», после чего был принят на должность ассистента, а в 1976 году избран доцентом данной кафедры. За период с 1976 по 1986 гг. он проходит факультеты повышения квалификации в центральных вузах Москвы, Ленинграда, Киева и достигает высокой квалификации по своей специальности.

С 1986 по 1989 гг. Нурмаков А.Ж. является докторантом кафедры общей хирургии 1-го Ленинградского медицинского института (ныне Санкт-Петербургский медицинский университет) им. акад. И.П.Павлова. Научным консультантом был назначен заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор Л.В. Поташов. В 1989 г., после защиты докторской диссертации на тему: «Пути совершенствования диагностики и лечения желчнокаменной болезни и её осложнений», Нурмаков А.Ж. возвращается на родную кафедру, которую возглавил в 1995 г. после избирания по конкурсу.

Сегодня профессор Нурмаков А.Ж. является известным в стране ученым, автором более 145 научно-методических работ, из которых 5 монографий и 4 учебника для студентов. Его монографии «От қуығында тас пайда болу ауруы» (2003) и «Хирургиялық аурулардың симптомдары мен синдромдары» (2005) являются первыми в стране монографиями по хирургии, изданными на государственном языке. Под его руководством были выполнены одни из первых диссертаций, защищенных на государственном языке.

Диапазон научных исследований профессора Нурмакова А.Ж. и его учеников охватывает разные области хирургии. Под его руководством были проведены разносторонние и углублен-



ные исследования по проблемам язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменной болезни, разлитого гнойного перитонита, хирургической инфекции, гиперпаратиреоза, травматических повреждений селезенки, применения иглорефлексотерапии в хирургии и др. Впервые в стране было проведено комплексное исследование особенностей иммунопатогенеза, клиники, диагностики и лечения гнойной хирургической инфекции у больных наркоманией. По результатам научных исследований изданы монографии и методические рекомендации, получены официальные охранные документы Национального патентного ведомства РК, защищены докторские (2) и кандидатские (3) диссертации. В практическое здравоохранение с успехом внедрены разработанные оригинальные методы лечения, прежде всего это способы аутоотрансплантации ткани селезенки; управляемой лапароскопии; местного лечения гнойных ран; профилактики и лечения хирургической инфекции с применением нейтрального анолита и системной энзимотерапии.

За 45 лет (1967-2012 гг.) непрерывной работы в КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова профессором Нурмаковым А.Ж. проводилась и проводится большая общественная работа. Он неоднократно избирался заместителем секретаря партийной организации факультета, был членом Ученого Совета института и факультетов, заместителем декана педиатрического факультета, деканом подготовительного отделения, председателем УМК и НППК по хирургическим дисциплинам. В настоящее время является постоянным членом терминологического комитета при МЗ РК и университете, консультантом по разделу «медицина» энциклопедии «Казахстан», почетным членом Общества хирургов г. Алматы и т.д.

Много сил и душевной теплоты Нурмаков А.Ж. уделяет воспитанию молодых кадров и студентов. В процессе обучения студентов особое внимание он уделяет деонтологическому, нравственно-этическому и профессиональному воспитанию будущих врачей. Его ученики успешно трудятся в различных уголках страны и за рубежом (Индия, Непал, Россия).

Многолетняя плодотворная деятельность профессора Нурмакова А.Ж. отмечена значками «Отличнику здравоохранения СССР» и «Отличнику здравоохранения РК», почетными грамотами, дипломами МЗ СССР, МЗ КазССР, партии «Отан», медалями, грамотами, благодарностями университета и ценными подарками. Исключительное трудолюбие, скромность и доброжелательность, а также позитивная принципиальность снискали ему заслуженное уважение и авторитет среди друзей, коллег, студентов и пациентов.

Свой юбилей Аман Жамелович встречает с большими планами по совершенствованию педагогической, лечебной, научной и общественной деятельности. Многочисленные коллеги, друзья и ученики поздравляют Амана Жамеловича со славной датой и желают доброго здоровья, дальнейших успехов и творческого долголетия.

Друзья, коллеги, коллектив кафедры