

ВЕСТНИК ХИРУРГИИ КАЗАХСТАНА

№2 (30) 2012

Женский коллектив
Национального научного центра
хирургии им. А.Н. Сызганова



Собрание медицинских сестер



Коллектив бухгалтерии



Сотрудницы отдела кадров



Регистратура

- Комплексное лечение вазоренальной гипертензии при неспецифическим аортоартериите
- Непрямые методы реваскуляризации и лазерное облучение в лечении больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей
- Особенности коронарографии у больных ИБС пожилого возраста
- Применение МСКТ ангиографии при синдроме Лериша
Опыт выведения из критического состояния при коронарографии (случай из практики)
- Реконструкция маммарного шунта при его несостоятельности
- Опыт хирургического лечения воронкообразной деформации грудной клетки
- Хирургическое лечение стенозов трахеи
- Новые подходы в хирургическом лечении острого холецистита
- Эндовидеохирургические операции в лечении желчнокаменной болезни
- Влияние программы инфузионной терапии на уровень внутрибрюшного давления у больных с абдоминальным сепсисом
- Результаты клинических наблюдений над больными, подвергшихся лапароскопической холецистэктомии
- Киста поджелудочной железы (ПЖ) осложненная профузным кровотечением в просвет желудка
- Клинико-диагностические особенности и лечение вдавленных переломов костей черепа у детей грудного возраста
- Редкий случай хирургического лечения трехпедсердного сердца у подростка

Вестник хирургии Казахстана

№2 (30) 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)
Апсаров Э.А. (Алматы)
Баймаханов Б.Б. (Астана)
Вишневский В.А. (Москва)
Изимбергенов Н.И. (Актобе)
Мусеев 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

Ангио-, кардиохирургия

Комплексное лечение вазоренальной гипертензии при неспецифическим аортоартериите. *Демеуов Т.Н.* (5)

Непрямые методы реваскуляризации и лазерное облучение в лечении больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. *Косаев Дж.В.* (7)

Особенности коронарографии у больных ИБС пожилого возраста. *Маханов Д.И., Майдыров Е.С., Карибаев К.Р., Селищева Н.В.* (9)

Применение МСКТ ангиографии при синдроме Лериша. *Савран А.А.* (11)

Опыт выведения из критического состояния при коронарографии (случай из практики). *Селищева Н.В.* (12)

Реконструкция маммарного шунта при его несостоятельности. *Сериков Н.С., Туйшиев Б.С., Квашнин А.В.* (13)

Торакальная хирургия

Опыт хирургического лечения воронкообразной деформации грудной клетки. *Лукьянченко П.П.* (14)

Хирургическое лечение стенозов трахеи. *Лукьянченко П.П.* (15)

Абдоминальная хирургия

Новые подходы в хирургическом лечении острого холецистита. *Мамедов А.М., Абдуллаев А.Д.* (18)

Эндовидеохирургические операции в лечении желчнокаменной болезни. *Акылжанов К.Р.* (20)

Влияние программы инфузионной терапии на уровень внутрибрюшного давления у больных с абдоминальным сепсисом. *Шапко И.П.* (21)

Результаты клинических наблюдений над больными, подвергшихся лапароскопической холецистэктомии. *Ширинов З.Т., Идрисов Ф.С.* (23)

Киста поджелудочной железы (ПЖ) осложненная профузным кровотечением в просвет желудка. *Шомиров С.С.* (25)

Детская хирургия

Клинико-диагностические особенности и лечение вдавленных переломов костей черепа у детей грудного возраста. *Мурзагаалиев Г.И.* (27)

Редкий случай хирургического лечения трехпердсердного сердца у подростка. *Абдрахманов Д.Т.* (28)

Случай хирургического лечения аорто-правопредсердного свища. *Абдрахманов Д.Т.* (29)

Опыт применения раствора Куриозина в лечении термических ожогов у детей в амбулаторно-поликлинических условиях. *Шамова С.Ш.* (29)

Онкология

Ранняя диагностика колоректального рака. *Голованёв Г.А.* (31)

Пути раннего выявления рака молочной железы и снижение смертности. *Голованёв Г.А.* (31)

Изучение эффективности монотерапии иматинибом у больных хроническим миелолейкозом: результаты шестилетнего наблюдения. *Бадалова Г.Ч., Рустамов Р.Ш.* (32)

Диагностика предраковых заболеваний шейки матки методом видеокольпоскопии. *Мухаметжанова Н.К.* (35)

Травматология

Применение Гелофузина при эндопротезировании тазобедренного сустава. *Шевченко А.Н.* (37)

Случай из практики. Удовлетворительные результаты оперативного лечения сквозного огнестрельного ранения правой подколенной области с повреждением общего малоберцового нерва. *Марданов Е.Т., Рыскалиев Е.Ж., Джаналиев Р.А., Маруфов А.Я., Ашимов М.А.* (37)

Урология

Особенности раннего послеоперационного периода после выполнения трансуретральной электрорезекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы крупных размеров. *Суранчиев А.Ж.* (39)

Профилактика бактериальных осложнений перед трансуретральной резекцией (ТУР) простаты. *Белоусов С. А.* (40)

Опыт лечения больных с возрастным гипогонадизмом. *Белоусов С. А.* (41)

Клиническая эффективность лечения стриктур уретры с использованием высокоэнергетического Nd-YAG лазера. *Алчинбаев М.К., Малих М.А., Омаров Е.С., Сенгирбаев Д.И., Каимбаев А.И., Сичинава Г.В., Бакиев И.Т., Кожанов К.Ш.* (41)

Особенности техники проведения лазерной уретротомии у больных со стриктурой уретры. *Алчинбаев М.К., Малих М.А., Омаров Е.С., Сенгирбаев Д.И., Каимбаев А.И., Сичинава Г.В., Романова С.А., Бакиев И.Т., Кожанов К.Ш.* (45)

Характеристика больных со стриктурами уретры. *Алчинбаев М.К., Малих М.А., Омаров Е.С., Сенгирбаев Д.И., Каимбаев А.И., Сичинава Г.В., Бакиев И.Т., Кожанов К.Ш., Жанабек А.Ж.* (47)

Проктология

Ректовагинальные свищи - перспективы хирургического лечения. *Бапиев Т.А., Султанов Э.Ш.* (50)

Методы хирургического лечения геморроя. *Осмонов Т.Ж.* (52)

Оптимизация периоперационного лечения больных геморроем 4 стадии. *Шомиров С.С.* (54)

ЛОР

Клинический опыт применения Флоксимеда в местной терапии синуситов в детской практике. *Завацкая Т.А.* (55)

Нозейлин в комплексном лечении аденоидитов у детей младшего возраста. *Завацкая Т.А.* (59)

Опыт применения препарата Поллезин в комплексной терапии при лечении острого гнойного синусита. *Гребнев В.М.* (62)

Опыт лечения пациентов с диагнозом «Смещение носовой перегородки», пролеченных оперативным путем. *Гребнев В.М.* (63)

Эффективность применения карбапенемов при лечении тяжёлых нозокомиальных инфекций у детей. *Штейгервальд Ф.Ф., Невзорова Т.А.* (64)

Применение Нозейлина в лечении риносинуситов. *Абдрахманова А.У.* (66)

Опыт применения раствора Медексол в отоларингологии. *Ким Н.А.* (66)

Офтальмология

Применение препарата Вобилон в лечении возрастной патологии сетчатки. *Вахитова Г.А.* (68)

Акушерство, гинекология

Итраконазол для лечения кандидозного вульвовагинита. *Аблаева Б. А.* (69)

Особенности климактерического периода у женщин с артериальной гипертензией (обзор литературы). *Губайдуллина А.Б.* (70)

К вопросу профилактики непланированной беременности. *Шагидуллина Т.Ш.* (71)

Современные клинико-лабораторные особенности почечной патологии во время беременности. *Кадимова Ш.Г.* (72)

Роль психофизиологической адаптации во время беременности. *Кулиева И.С.* (74)

Анализ причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения ректоцеле и пути их устранения. *Бапиев Т.А., Султанов Э.Ш.* (76)

Организационно-функциональные модели и их значимость в сохранении репродуктивного потенциала в регионе. *Пак В.И.* (77)

Репродуктивное, генетическое здоровье и экология. *Доцанова К.И., Дядик Н.Н., Жирентаева К.А.* (78)

Миома матки. *Кажибекова Г.А.* (79)

Диагностика и терапия плацентарной недостаточности. *Кажибекова Г.А.* (80)

Обезболивание самостоятельных родов регионарными методами обезболивания. *Шиманская О.Ш.* (81)

Спинальная анестезия при операции кесарева сечения: возможные осложнения и их профилактика. *Шиманская О.Ш.* (83)

Осложнения беременности и родов у женщин с анемией. *Ли О.Н.* (84)

Валацикловир в лечении генитального герпеса. *Аблаева Б.А., Адишова Л.А., Умаркулова А.С. Ежова Е.Ю., Бахтибаева К.Э.* (86)

Профилактика гипогалактии. *Пышнограева В.В., Антонова Г.Л., Возная Ю.О., Кененбаева С.М., Жалгасбаева А.Т.* (89)

К вопросу о гипогалактии. *Пышнограева В.В., Альмурзаева К.К., Антонова Г.Л., Возная Ю.О., Кененбаева С.М.* (90)

Эндометриодные кисты яичников (обзор). *Гериева М.М.* (91)

Осложнения при лапароскопических операциях в гинекологической практике. *Байназарова А.А., Гериева М.М., Джардемалиева Н.Ж., Шардарбекова Д.Д., Егай Л.Н., Мирзахметова Д.Д., Селищева Н.В.* (92)

Внематочная беременность. *Кесикбаева З.А.* (93)

Сбалансированная инфузионная терапия препаратами Стерофундин® и Тетраспан®. Обзор литературы. *Войновский Ю.В., Жалгасбаев С.К., Курбанов Р.Р., Морозов А.С., Олжаев С.Т., Шамсутдинов Д.Я.* (96)

Анестезиология, реаниматология

Инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ) критических состояний в детской практике. *Штейгервальд Ф.Ф., Невзорова Т.А.* (98)

Оценка системы кровообращения у больных с хирургическими инфекциями, осложненными сепсисом. *Сачко А.А.* (100)

Влияние повторного оперативного вмешательства при перитоните на летальность. *Сачко А.А.* (101)

Современные подходы к инфузионно-трансфузионной терапии акушерских кровотечений. *Шевченко А.Н.* (103)

Регионарная анестезия при хирургических, урологических и травматологических операциях. *Коразов Б.Б.* (105)

Острая дыхательная недостаточность при респираторных заболеваниях у детей на догоспитальном этапе. *Дядюхин Г.Л.* (107)

Стоматология

Продвинутое лечение и исправление зубов быстрыми методами. *Боранбаев М.А.* (110)

Откуда появляются трещины в зубной эмали и чем это грозит? *Боранбаев М.А.* (110)

Некариозные поражения. Компьютерный некроз. Лечение и профилактика стоматологических заболеваний. *Калмуратов А.О.* (111)

Воспалительные заболевания полости рта: современные подходы к профилактике и лечению. *Калмуратов А.О.* (112)

Отбеливание зубов за 60 минут. *Тулетаев А.А.* (112)

Зубная щетка. *Тулетаев А.А.* (113)

Ретракция десны. *Абраменцева Л.А.* (114)

Прогнозирование рецидива герпетической инфекции на стоматологическом приеме («Синдром напряжения»). *Абраменцева Л.А.* (115)

Анализ причин удаления постоянных зубов у детей. *Сарсенбаева М.С.* (116)

Молочница во рту - профилактика и лечение. *Сарсенбаева М.С.* (117)

Отбеливание зубов. *Абылкаликов Б.Б.* (117)

Факторы и условия, вызывающие раздражение пульпы. *Абылкаликов Б.Б.* (118)

Взаимосвязь иммунологической резистентности организма с заболеваниями зубов. *Бекбатыров О.* (119)

Профилактика аномалий развития зубов и прикуса. *Бекбатыров О.* (120)

Воспалительные заболевания полости рта: современные подходы к профилактике и лечению. *Рахымбеков К.К.* (121)

Уход за зубами. *Рахымбеков К.К.* (122)

Оценка современного состояния ортопедической стоматологической помощи работникам МВД. *Кафаров К.К.* (122)

Использование малоинвазивных методов при имплантации зубов. *Рой С.В.* (124)

Патофизиология

Дифференциальная диагностика акроостеолиза и нервнотрофических заболеваний. *Бекежанов Б.Х.* (126)

Клинико-диагностическая оценка функционального состояния участников боевых действий в плане лечебно-реабилитационных мероприятий. *Шакиров М.М., Куспангалиева Ш.У., Ахатова М.А.* (127)

Оценка качества жизни мужчин с диффузным токсическим зобом. *Чазымов Р.М., Какчекеева Т.Т., Салиева Б.Р., Нуралиев М.А., Бебезов Б.Х.* (128)

Публикации практических хирургов

Осложнения при гемотрансфузии. *Ажханова Т.М.* (130)

Трансфузии концентратов тромбоцитов. *Ажханова Т.М.* (130)

Случай из практики. Осложнение операции - удаление тяжа ладонного апоневроза правой кисти по поводу контрактуры Дюпюитрена в виде нейропатии общих III-IV пальцевых нервов правой кисти, смешанной контрактуры пальцев правой кисти. *Марданов Е.Т., Рыскалиев Е.Ж., Ашимов М.А., Савутов Р.П., Жуловчинов М.М.* (131)

Случай из практики. Опыт применения препарата Детралекс после интерламинарной дискэктомии LIV у больной с грыжей диска LIV и сопутствующим варикозным расширением эпидуральных вен на уровне L4-L5. *Марданов Е.Т., Рыскалиев Е.Ж.*

Маруфов А.Я. Жуловчинов М.М. Савутов Р.П. (132)

Организация амбулаторной хирургии в условиях медицинского центра. *Абзалиев К.Б., Жексембаев Е.А., Бейсенов К.Т., Саурбаев Б.К., Абдуалиев С.А., Верховский А.П. (132)*

Оказание нейрохирургической помощи по линии санавиации в Западно-Казахстанской области. *Мурзагалиев Г.И. (134)*

Комплексное лечение больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами. *Мурзагалиев Г.И. (134)*

Клинико-диагностические особенности и лечение вдавленных переломов костей черепа у детей грудного возраста. *Мурзагалиев Г.И. (135)*

К вопросу сегментирования рынка здравоохранения. *Пак В.И. (136)*

Конкуренция в здравоохранении и медицине (К вопросу разработки теоретических основ и построения модели конкуренции в сфере производства и потребления медицинских услуг) *Пак В.И. (138)*

Опыт применения Ципролета в условиях амбулаторной хирургии. *Бердибаев Д.К., Сейтмуратова О.С., Рахмани Б.Р., Кузин А.Н. (140)*

Тезисы III Конгресса хирургов Казахстана. Дополнение
РЕГИОНАРНЫЕ МЕТОДЫ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ
В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ
СТОПЫ. *Акатаев Н.А., Мукушев М.М., Кабдулов А.Е., Ирзин К.С., Аубакиров Г.Б., Нурманов К.Ж. (141)*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРАВОСТОРОННЕГО
КОЛОНОНЕФРОПТОЗА. *Акатаев Н.А., Кононенко А.Ф., Ирзин К.С., Балшамбаев М.Е. (141)*

АВТОРСКОЕ ПРОМЫВНОЕ УСТРОЙСТВО В ЛЕЧЕНИИ

ГНОЙНЫХ РАН. *Бекишев Б.М., Бекишева А.Н. (142)*

ПИОБАКТЕРИОФАГИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ
РАН. *Бекишев Б.М., Бекишева А.Н. (142)*

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ЭВАКУАЦИИ ПОСЛЕ
РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА. *Есенбаев Д.Б. (143)*

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ
ИХ ПРОФИЛАКТИКА. *Жумабаев М.Н. (143)*

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
АППЕНДЭКТОМИИ. *Жумабаев М.Н. (144)*

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО
ТРОМБОФЛЕБИТА ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ. *Кабдулов А.Е. (145)*

ПРИМЕНЕНИЕ НЕПРЯМЫХ СПОСОБОВ
РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ *Мукушев М.М. (145)*

РОЛЬ МИКОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ
СТОП В РАЗВИТИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ
СТОПЫ. *Мукушев М.М. (146)*

Юбилей

К 50 летию профессора Б.Б. Баймаханова (148)

Комплексное лечение вазоренальной гипертензии при неспецифическим аортоартериите

Демеуов Т.Н.

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова

УДК: 616. 13- 008.331.1-089

Неспецифический аортоартериит (НАА) встречается в различных регионах мира. Чаще заболевание наблюдается в странах Азии (Япония, Индия, Китай) и Латинской Америки. В среднем, частота неспецифического аортоартериита составляет 2,6 на 1 млн населения в год [1]. Относительная редкость патологии становится одним из факторов, определяющих ее неузнаваемость, несвоевременность и неадекватность лечения, раннюю инвалидизацию больных и высокий риск смертельного исхода [2].

При поражении почечных артерий у больных НАА формируется синдром вазоренальной гипертензии (ВРГ). По данным разных авторов, частота вазоренальной гипертензии составляет 40-88% [3]. При НАА преимущественно поражается устье и I сегмент почечных артерий. Окклюзия почечных артерий развивается реже, чем стенозы, однако даже при окклюзии нередко дистальное сосудистое русло остается проходимым. Изолированное поражение почечных артерий при НАА наблюдается редко. Чаще наблюдается множественное поражение интерренального отдела аорты, висцеральных и почечных артерий, а также системный тип поражения с вовлечением почечных и брахиоцефальных артерий [4].

ВРГ встречается у 3-5% больных, страдающих артериальной гипертензией, и особенно часто поражает лиц молодого и среднего возраста [5]. На сегодняшний день, артериальная гипертензия (АГ) занимает первое место в структуре заболеваемости населения и является одной из ведущих причин временной или стойкой потери трудоспособности, преждевременной инвалидности и смерти. Поэтому, проблема лечения вазоренальной гипертензии и неспецифического аортоартериита имеет огромное социально-экономическое значение [6, 7].

Цель исследования

– показать эффективность комплексного подхода в выборе хирургической тактики при лечении больных с ВРГ при НАА.

Материал и методы

С 1999 по 2010 г.г. в отделении сосудистой хирургии ННЦХ им. А.Н. Сызганова наблюдались 161 пациент с НАА, с поражением различных артериальных бассейнов, в сочетании с вазоренальной гипертензией (ВРГ). Среди них женщин было 82 (51,4%), мужчин – 79 (48,6%). Возраст колебался от 7 до 48 лет. Средний возраст составил $27,5 \pm 11,5$ лет.

Все больные прошли полный комплекс обследования, включая УЗИ, УЗДГ, КТ, МРТ, МРА, радиоизотопную сцинтиграфию, панаортографию.

Нами принято различать 3 стадии течения по классификации А.В. Покровского [3]: острую, подострую, хроническую.

По типам НАА больные были распределены следующим образом: I тип – у 67; II тип – 75; III тип – у 19 больных (Рисунок 1).

На рисунке 2 показано возрастное распределение заболевания НАА.

Поражение ветвей дуги аорты (ВДА) при НАА было выявлено у 67 больных, ВДА+синдром хронической абдоминальной ишемии (СХАИ) – у 21; ВДА с поражением почечных артерий у 46; ВДА сочетание висцеральных ветвей и артерий нижних конечностей – у 19. Из них аневризма грудной аорты с ВРГ – у 2; торакоабдоминальная аневризма аорты с ВРГ – у 3 пациентов.

Комплексное лечение вазоренальной гипертензии при неспецифическим аортоартериите

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова

Обобщен опыт хирургического лечения у 161 больных с вазоренальной гипертензией у пациентов с неспецифическим аортоартериитом, имевших стенотически-окклюзионные поражения других артериальных бассейнов и сопутствующие заболевания. Вышеуказанные пациенты находившись на лечении в Национальном научном центре хирургии им. А.Н. Сызганова за период с 1999 по 2010 г.г.

Анализованы результаты прямых хирургических реконструкций у 112 больных, которые включали в себя такие виды реконструкций: аортпочечное шунтирование, чреспочечная тромбэндартерэктомия, трансортальная тромбэндартерэктомия, реплантация почечной артерии, реконструкция ветвей почечной артерии, нефрэктомия и эндоваскулярных методов лечения – баллонную ангиопластику (53 пациентов) и стентирование (4 больной).

Обоснован выбор проведения комбинированного хирургического лечения вазоренальной гипертензии с применением препарата Вазапостан. Даны оценки результатам различных методов хирургического лечения. Изучение результатов операций показала эффективность комбинированного хирургического лечения вазоренальной гипертензии с применением простагландина E (препарат Вазапостан).

The Complete Surgical Treatment Of Vaso-Renal Hypertension

From the year 1999 to 2010 in National Scientific Centre of Surgery n.a. A.N. Syzganov there were 161 patients in admission, who suffer from VRH and those having stenosis-occlusive lesion of other arterial base and who's having other diseases.

The direct surgical reconstruction was done on 112 patients and includes reconstructions of various types as: aorto-renal shunts, trans-renal thrombendarterectomy, trans-aortal thrombendarterectomy, re-plantation of renal artery, reconstruction of the renal artery branch, nephectomy.

The endovascular treatment method includes balloon angioplasty dilatation (53 patients) and stint formation (4 patient).

Therefore, when using vasapostan in combination with multifocal lesion of other arterial bases, quick lowering of the arterial pressure is noted, absence of risk of arterial thrombosis during the post-surgical period, the need for administering anti-hypertensive drugs is over-ruled, the risk of re-stenosis is eliminated.

Изолированное одно- или двухстороннее поражение почечных артерий было выявлено нами у 12 больных. При этом большинство 83 (%) страдают до 20 лет, средний возраст от 20-40 лет 62 больных (%), а более 40 лет 16 (%).

Принимая во внимание множественность поражения аорты и ее ветвей мы тщательно определяли этапность хирургического лечения, а также способы хирургического лечения – прямые реконструктивные вмешательства, эндоваскулярные ангиопластики и способ комбинирования их с лечением простагландином E.

Одномоментная хирургическая или эндоваскулярная реконструкция были выполнены у 26 больных. Из них: рентгенэндо-

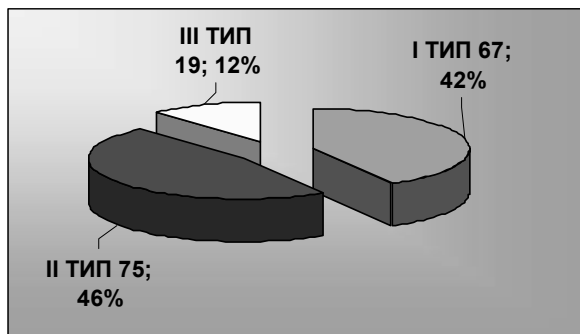


Рисунок 1. Распределение больных по типам поражения

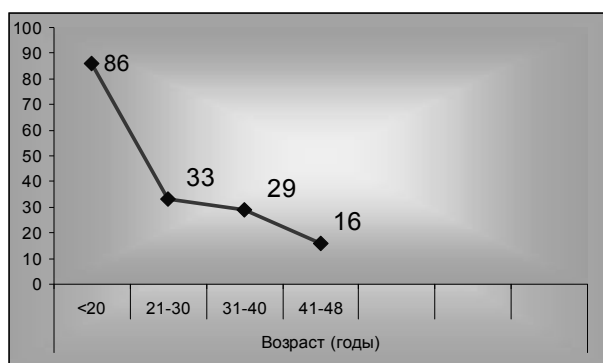


Рисунок 2. Распределение пациентов по этиологии заболевания и возрасту

васкулярная дилатация – у 8 больных; комбинирование прямой реконструкции с РЭД – у 1; поэтапные прямые реконструкции в нескольких артериальных бассейнах – у 20 пациентов; нефрэктомия – у 7 больных.

По нашим данным, НАА по частоте встречаемости в возрасте от 7 до 40 лет находится на втором месте.

Наиболее тяжелую группу больных (в плане хирургического лечения и прогрессирующего течения) с поражением ПА и других артериальных бассейнов составляют пациенты, страдающие неспецифическим аортоартериитом.

Хирургические прямые реконструкции (112 больных) включали в себя такие виды реконструкций: аорто-почечное шунтирование, чреспочечная тромбэндартерэктомия, трансаортальная тромбэндартерэктомия, реимплантация почечной артерии, реконструкция ветвей почечной артерии, нефрэктомия. Эндovasкулярные методы лечения включали в себя баллонную ангиопластику (53 пациентов) и стентирование (4 больной).

Одновременно с хирургическим лечением артериальной гипертензии проводились попытки медикаментозной коррекции повышенного артериального давления, однако обычные гипотензивные препараты не оказывали значительного эффекта при вазоренальной гипертензии. Такое положение вещей наблюдалось до применения простагландина Е.

Эти лечения направлено на улучшение кровотока в почках и уменьшению выброса в кровь гормонов-вазоконстрикторов, между способами имеется существенная разница: при хирургическом лечении отмечается улучшение магистрального кровотока в почках, тогда как простагландин Е, оказывает положительное влияние преимущественно на микроциркуляцию в ишемизированной почке.

Однако известные способы имеют ряд значительных недостатков, а именно первый (эндovasкулярный) оказывает влияние в основном на макроциркуляцию, и требует определенного времени адаптации микроциркуляторного русла почки, длительно существовавшего в условиях повышенного артериального давления, что требует проведения поддерживающего гипотензивного лечения и антикоагулянтной терапии; второй (медикаментозный) влияет только на микроциркуляторный механизм и тромбу образование, но не ведет к восстановлению магистрального кровотока, что в свою очередь отражается на

кратковременном гипотензивном эффекте и требует в дальнейшем проведения многократных курсов лечения (3-4 раза в год на протяжении всей жизни).

Задачей комбинированного способа лечения пациентов, страдающих артериальной гипертензией, обусловленной стенозическими поражениями почечных артерий, является то, что комбинированное лечение позволяет избежать длительной поддерживающей терапии или повторных курсов медикаментозной гипотензивной терапии, а так же снижает риск тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде.

При поражении почечных артерий неспецифическим аортоартериитом лучше всего зарекомендовали шунтирующие операции. В качестве пластического материала использовали аутовену, и синтетические протезы. Особого внимания заслуживают больные с двусторонними поражениями почечных артерий или со стенозом артерии единственной почки двухстороннее поражение почечных артерий встречалось у 52 (28,5%). Тяжелое общее состояние пациентов этой группы, злокачественный характер артериальной гипертензии у большинства из них, возможность развития почечной недостаточности в случае неудачи реконструктивной операции повышают риск оперативного вмешательства весьма высоким, опасность прогрессирования основного заболевания и возникновения тромбоза обеих почечных артерий, которые требуют повторных реконструктивных вмешательств у больных этой группы.

Оценку ближайших и отдаленных результатов оперативного лечения мы проводили путем сравнения уровня АД до и после операции в таблице 1. Кроме этого, мы сочли целесообразным использовать как дополнительный критерий эффективности операции – ее влияние на функциональное состояние почек.

Таблица 1. Ближайшие результаты оперативного лечения

Хорошие		Удовлетворительные		Неудовлетворительные	
abc	%	abc	%	abc	%
38	36%	42	40%	23	24%

В зависимости от эффективности лечения оперированные пациенты были разделены на три группы: 1) хорошие результаты - в эту группу вошли больные, у которых АД после операции нормализовалось и не превышало 140/90 мм рт.ст. без медикаментозной терапии, 2) удовлетворительные результаты - в эту группу были включены больные, у которых АД после операции снизилось до пограничных величин, т.е. не превышало 160/100 мм рт.ст., и исчезла рефрактерность к гипотензивным лекарственным средствам и 3) неудовлетворительные результаты - в этой группе пациенты, у которых АД превышало 160/100 мм рт.ст.

Как видно из данных, представленных, результаты операции оказались положительными (хорошие, удовлетворительные) у 80, что составило 76%, неудовлетворительные результаты наблюдались у 23 больных - 24%.

Уровень АД до операции 280/140 мм рт.ст. – 18 случаев, выше 210/120 мм рт.ст. до 300/150 мм рт.ст. – 14 случаев. (%)

Послеоперационные осложнения наблюдались у 10 (6,8%) больных, чаще всего у 4 больных (40%) отмечены осложнения со стороны плевральной полости, в виде экссудативного плеврита, что, как правило, было связано со вскрытием плевральной полости во время торакофренолюмботомии. Развитию этих осложнений способствовали отсутствие дыхательной гимнастики в послеоперационном периоде, недостаточное дренирование плевральной полости, поздняя активизация больных, а также в послеоперационном периоде у 2 (%) больных развился венозный тромбоз, у 1 (%) больного – послеоперационное кровотечение и гематома, потребовавшие дополнительного оперативного вмешательства для их устранения. Данные осложнения значительно удлинители сроки лечения больных, но во всех случаях отмечается удачный исход и их выздоровление. Послеоперационная летальность составила 3 больных 2,1% от всех больных с ВРГ.

Анализируя результаты оперативного лечения с сочетанными формами ВРГ следует отметить, что проведенные нами вмешательства подтвердили высокую эффективность поэтапной и одномоментной тактики реконструктивных вмешательств на двух и более артериальных бассейнах (эндоваскулярные ангиопластики и способ комбинирования с вазопростаном), у больных с НАА непосредственные результаты лучше, чем у больных с атеросклерозом.

Таким образом, реваскуляризация почечных артерий позволяет добиться стойкого положительного результата у больных вазоренальной гипертензией. Для улучшения результатов необходимы ранняя диагностика, подбор гипотензивной терапии и выполнение реконструкции в период доброкачественного течения

При использовании Вазопростана в комбинированном лечении больных с вазоренальной гипертензией в сочетании с НАА поражением других артериальных бассейнов отмечается быстрое снижение артериального давления, отсутствует опасность тромбоза артерий в ближайшем послеоперационном периоде, отпадает необходимость в приеме гипотензивных препаратов, значительно снижается риск развития рестенозов.

Непрямые методы реваскуляризации и лазерное облучение в лечении больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей

Косаев Дж.В.

НЦХ им. акад. М.А.Топчибашева (директор- акад.Б.А.Агаев)

УДК: 616.137.83/93-007.271:615.849.19.

Введение

Среди больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей в последнее время увеличивается частота поражения бедренно-подколенно-берцевого сегмента (12). Выбор хирургической тактики у таких больных является трудной задачей современной ангиохирургии, особенно при развитии критической ишемии в 40-70% случаев возможно применение методов прямой реваскуляризации. Основной причиной невозможности выполнения и неудачных результатов реконструктивных операций является этажность поражения с преимущественной окклюзией артерий голени (19,12). Единственным выходом в подобных ситуациях является использование различных методов непрямого реваскуляризации, направленных на развитие коллатерального кровообращения. Одним из методов стимуляции периферического кровообращения является поясничная симпатэктомия (ПСЭ) и реваскуляризирующая остеотрпанация (РОТ) (3, 4,7,8,13)

Круг показаний к лазерной терапии в лечении больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей определен еще не окончательно, а механизмы, лежащие в основе ее терапевтических эффектов, остаются до конца неясными, однако накопленные данные свидетельствуют о безусловной перспективности дальнейшего развития экспериментальных и клинических работ в этом направлении. (1,2,5,6,9,11,14,15,16,17)

Целью исследования

явилось изучение эффективности применения не прямых методов реваскуляризации и лазерного облучения у больных с критической ишемией нижних конечностей, развившейся на фоне окклюзии артерий на бедренно-подколенно-берцевом сегменте.

Материал и методы исследования

Исследования проводились у 86 ольных с КИНК(хроническая

Список литературы

1. Сууралиев А.Б., Насонов Е.Л., Арабидзе Г.Г., Домба Г.Ю. «Ревматические проявления» болезни Такаясу // Клиническая медицина. – № 5. – 2002. – С. 102-103.
2. Скрыбина Е.Н., Попова М.А., Александрова О.Л., Логвин Е.В. Особенности течения и диагностики болезни Такаясу // Сборник научных трудов конф. «Современные достижения и перспективы развития терапии». – Саратов, 2002. – С. 115-119.
3. Покровский А.В., Зотиков А.Е., Юдин В.И. Неспецифический аортита (болезнь Такаясу). 1-е изд. – М.: «ИРИСЬ», 2002. – 224с.
4. Покровский А.В. Заболевания аорты и ее ветвей. – М.: Медицина, 1979.
5. Демин В.В с соавт. Эндоваскулярное лечение поражений бедренно-подколенного сегмента: причины неудач, условия успеха. Ангиология и сосудистая хирургия. 2000; 6: 3: 56-64.
6. Бокерия Л.А. с соавт., // Эндоваскулярные методы в лечении больных мультифокальным атеросклерозом. – Анналы хирургии. 2002, - №1, С. 11-17.
7. Петровский Б.В. с соавт., // 40-летний опыт реконструктивных операций при вазоренальной гипертензии. - Ангиология и сосудистая хирургия. – 2003, № 9, С. 8-12.

Цель: изучить эффективность применения не прямых методов реваскуляризации и лазерного облучения у больных с критической ишемией нижних конечностей, развившейся на фоне окклюзии артерий на бедренно-подколенно-берцевом сегменте. Материал и методы исследования: Исследования проводились у 86 больных с КИНК Причиной КИНК у 54 больных являлся атеросклероз артерий , у 32 больных – облитерирующий тромбангит. Для мобилизации коллатерального кровотока применяли операции не прямой реваскуляризации - ПСЭ и РОТ большеберцовой кости у 59 ольных, РОТ - у 27 больных. . У 35 больных одновременно с ПСЭ+ РОТ и РОТ проводили внутривенное и внутрикостное лазерное облучение.). Контрольную группу составили 48 больных, у которых проводилась общепринятое хирургическое и консервативное лечение и не применяли внутривенное и внутрикостное лазерное облучения. Группу сравнения составили 27 практически здоровых лиц. Результаты: применение внутривенного и внутрикостного лазерного облучения одновременно с ПСЭ+РОТ и РОТ приводит к нормализации показателей липидного обмена, гемостаза и медиаторов воспалительной реакции, позволяет сохранить конечность у 94,2% больных.

Ключевые слова: критическая ишемия конечностей, реваскуляризация, лазерное облучение.

ишемия III – IV степени по Фонтейну-Покровскому). Причиной КИНК у 54 больных являлся атеросклероз артерий , у 32 больных – облитерирующий тромбангит. Средний возраст больных – 57 лет. Длительность заболевания составила от 1 до 20 лет. Среди сопутствующей патологии у 47 пациентов был выявлен хронический бронхит, 26 больных страдали ишемической болезнью сердца, 11 – гипертонической болезнью, 38- сахарным диабетом, 2 – нарушением мозгового кровообращения, 9- аденемой предстательной железы. У всех больных была выявлена окклюзия бедренно-подколенного артериального сегмента и артерий голени со слабым развитием коллатерального кровото-

ка. Для мобилизации коллатерального кровотока применяли операции непрямого ревазуляризации - ПСЭ и РОТ большеберцовой кости у 59 ольных, РОТ у 27 больных. Для улучшения реологии крови, стимуляции клеточного и гуморального иммунитета у 51 больного одновременно с ПСЭ + РОТ и РОТ проводились внутривенное и внутрикостное лазерное облучение крови и цитокинотерапия с ронколейкином. У 35 больных одновременно с ПСЭ+ РОТ и РОТ проводили внутривенное и внутрикостное лазерное облучение. 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, биохимическое исследования, в динамике изучено состояние гемостаза. Доплерографическое исследование артерий нижних конечностей проводилось с измерением лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ). В данной работе мы будем приводить в динамике биохимические и геморелогические показатели у 35 больных, у которых внутривенное и внутрикостное лазерное облучение применено в сочетании с непрямыми методами ревазуляризации (основная группа). Контрольную группу составили 48 больных, у которых не применяли внутривенное и внутрикостное лазерное облучение. 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 обследования. 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

Исследования показали, что при поступлении больных в клинику наблюдается нарушение липидного обмена, выражающееся в достоверном повышении содержания общего холестерина, триглицеридов, ЛПОНП и ЛПНП, уменьшении содержания ЛПВП как в контрольной, так и в основной группах больных (табл. 1). Эти биохимические изменения больше выражены у больных атеросклерозом с сахарным диабетом и без нее. Если в контрольной группе к концу комплексного лечения наблюдается лишь тенденция к нормализации биохимических параметров, то в основной группе отмечается достоверная коррекция дислипидемии. Применение внутрисосудистого лазерного облучения в до и послеоперационном периодах и внутрикостного лазерного облучения в послеоперационном периоде приводит к достоверной коррекции липопротеидного обмена.

При исследовании до лечения у больных основной группы отмечались также нарушения свертывающей и антисвертывающей систем крови в виде симптомов диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови: активизации тромбоцитарных и плазменных факторов свертывания, подавления противосвертывающей системы и фибринолиза (табл. 2).

Применение внутривенного и внутрикостного лазерного облучения у больных с критической ишемией нижних конечностей, периферическое кровообращение у которых стимулировалось непрямыми методами ревазуляризации (ПСЭ+ РОТ, РОТ),

Таблица 1. Динамика показателей липидного обмена

Показатели липидного обмена	Группа больных	Группа сравн. (n = 27)	Контрольная группа (n = 48)		Основная группа (n = 35)	
			До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Общий холестерин (ммол/л)		4,49±0,32	5,62±0,41	5,42±0,38	5,74±0,43	4,88±0,27
Триглицериды (ммол/л)		1,58±0,31	3,28±0,22	3,08±0,12	3,44±0,21	2,11±0,18
ЛПОНП (ммол/л)		0,52±0,04	1,22±0,06	1,11±0,04	1,18±0,07	0,72±0,06
ЛННП (ммол/л)		2,36±0,28	4,62±0,21	4,41±0,32	4,76±0,42	3,08±0,18
ЛПВП (ммол/л)		1,44±0,12	1,04±0,06	1,14±0,03	0,98±0,09	1,34±0,07

Таблица 2. Динамика показателей коагулограмм

Показатели	Группа Больных	Группа сравнения (n= 27)	Контрольная группа (n= 48)		Основная группа (n= 35)	
			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
Фибринолит. 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 индуцир. агрегация тромбоцитов(сек)		23,4 ± 0,2	21,9 ± 0,3	22,4 ± 0,2	22,1 ± 0,4	24,2 ± 0,3

Таблица 3. Динамика медиаторов системной воспалительной реакции

Показатели	Группа больных	Группа сравнения (n = 27)	Контрольная группа (n = 48)		Основная группа (n=35)	
			до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Циркулирующий иммунный 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 43 б-х Положит.	У 36 б-х Положит.	У 31 б-го Положит.	У 9 б-х положит.

по сравнению с контрольной группой приводит к достоверной коррекции показателей крови, что способствует к улучшению реологии и периферического кровообращения на уровне микроциркуляции.

Учитывая роль асептического воспаления в патогенезе облитерирующих заболеваний артерий нами изучено также содержание медиаторов воспалительной реакции при поступлении больных в клинику и по завершению лечения. При поступлении больных в клинику выявлена значительная активность воспалительного процесса, выражающаяся в увеличении содержания медиаторов острой фазы воспаления (табл. 3).

В контрольной группе больных наблюдали незначительные изменения в содержании медиаторов воспаления. Использование внутрисосудистого лазерного облучения в до и послеоперационном периодах и внутрикостного лазерного облучения в послеоперационном периоде уменьшило активность воспалительного процесса. Так как в основной группе больных достоверно уменьшается содержание воспалительных медиаторов и уменьшается количество больных с положительным С-реактивным белком.

Таким образом, использование внутрисосудистого лазерного облучения в до и послеоперационном периодах и внутрикостного лазерного облучения в послеоперационном периоде способствует нормализации показателей липидного обмена,

свертывающей и антисвертывающей систем крови, активности асептического воспаления. ($P < 0,05$ и $P < 0,01$), а также уровня липидного спектра по сравнению с исходными показателями и традиционным лечением.

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.

Клинические наблюдения показали, что в результате проведенного комплексного лечения у больных основной группы быстро купируется ишемическая боль, ускоряется очищение раны от некротических тканей и скорость эпителизации раны, уменьшается послеоперационные осложнения. По данным реовазографии и доплерографии в нижних конечностях стимулируется регионарное кровообращение (достоверно увеличивается реографический индекс, ЛПИ). Характер и объем непрямым методов реваскуляризации приводятся в табл. 4.

Таблица 4. Характеристика оперативного вмешательства

Характер оперативного вмешательства	Кол-во больных
ПСЭ + РОТ, в том числе	
односторонняя ПСЭ + двухсторонняя РОТ	29
двухсторонняя ПСЭ + двухсторонняя РОТ	11
ПСЭ + РОТ + экзартикуляция пальцев	2
ПСЭ + РОТ + трансметатарсальная ампутация стопы	11
ПСЭ + РОТ + ампутация голени	14
Односторонняя РОТ	5
Односторонняя РОТ + экзартикуляция пальцев	3
Односторонняя РОТ + трансметатарсальная ампутация стопы	7
2-хсторонняя РОТ	6
РОТ бедренной и большеберцовой костей	5
2-х сторонняя РОТ + экзартикуляция пальцев	3
2-х сторонняя РОТ + трансметатарсальная ампутация стопы	2
2-х сторонняя РОТ + трансметатарсальная ампутация стопы	1

Стимуляция периферического кровообращения непрямыми методами реваскуляризации позволила заживлению некротических ран у 40 больных. У 41 больного производили малые ампутации конечности (экзартикуляция пальцев, трансметатарсальная ампутация стопы). Следовательно, у 94,2% больных удалось сохранить конечность и лишь у 5 больных произведена большая ампутация конечности (ампутация голени). А в контрольной группе у 8 больных произведена большая ампутация (ампутация бедра и голени).

Выводы

1. Использование внутривенного и внутрикостного лазерного облучения в комплексном лечении больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей достоверно нормализует показатели липидного обмена, гемостаза и медиаторов воспаления.

2. Непрямые методы реваскуляризации и лазерное облучение позволило сохранить опорную функцию конечности у 94,2% больных с окклюзиями бедренно-подколенно-берцового артериального сегмента.

Литература:

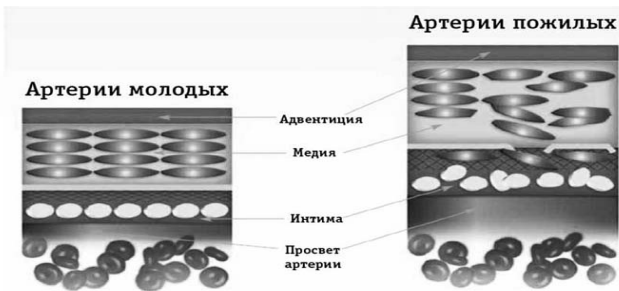
1. Азизов Г.А., Козлов В.И. Внутривенное лазерное облучение крови в комплексном лечении заболеваний сосудов нижних конечностей//Пособие для врачей.-М.:НПЛЦ «Техника»,2003.- 23 с.
2. Васильев А.П. Клинико-профилактические аспекты применения лазерного излучения у больных стенокардией.-Тюмень.: 2 Медведь», 2003.-240 с.
3. Гавриленко А.В.,Скрылов С.И. Хирургическое лечение больных с критической ишемией нижних конечностей.-М.,2005.- 176 с.
4. Зусманович Ф.Н. Остеотреланация – альтернатива ампутации конечности при ее ишемии.//Хирургия.-1992.-№1.- с.93-94.
5. Косаев Д.В. Влияние реваскуляризирующей остеотреланации, цитокинотерапии и лазерного облучения на клиническое течение критической ишемии нижних конечностей// Сердечно-сосудистое заболевание. Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН.Москва.-2009.-том 10.-№ 3.- с. 83.
6. Косаев Дж.В. Влияние непрямого реваскуляризации, длительной эпидуральной блокады и лазерной терапии на результаты лечения критической ишемии у больных облитерирующим тромбангиитом.//Вестник хирургии Казахстана.-2011.-№4.-с. 10-13.
7. Кохан Е.П.,Кохан В.Е.,Пинчук О.В. Поясничная симпатэктомия в лечении заболеваний сосудов(история, проблемы, перспективы).М.: ИПЕ АЕН РФ, 1997.- 190с.
8. Кротовский Г.С.,Зудин А.М. Тактика лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей.-М.: 2005.- 160с.
9. Морозов В.С. Обоснование целесообразности применения низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении больных атеросклеротической гангреной конечностей// Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Саратов, 2006.- 26 с.
10. Покровский А.В. Клиническая ангиология: руководство для врачей.М.: медицина.2004; 2: 184-187.
11. Прокин Ф.Г. Обоснование целесообразности применения низкоинтенсивного лазерного излучения в хирургическом лечении больных атеросклерозом с окклюзией брюшного отдела аорты.// Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Саратов, 2006.- 25 с.
12. Савельев В.С.,Кошкин В.М. Критическая ишемия нижних конечностей.М.: Медицина. 1997; 160 с.
13. Самодай В.Г.,Пархисенко Ю.А.,Иванов А.А. Нестандартная хирургия критической ишемии нижних конечностей- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009.- 240 с.
14. Царев О.А., Морозов В.С.,Прокин Ф.Г. и др. Применение внутривенного лазерного облучения крови в комплексном лечении больных облитерирующим атеросклерозом с критической ишемией конечностей // Актуальные вопросы медицины: Сб. науч.тр., посвященный 85- летию со дня рожд. Проф.Г.Н.Захаровой. – Саратов: Изд-во СГМУ.-2003.С.118-123.
15. Berki T. et al. Biological Effect of Low-power Helium-Neon (He-Ne) Laser Irradiation // Kasers in
16. Medicint Scitnce/-1988.-Vol. 3.- P. 35.
17. Bihari I.,Mester A. The biostimulative effect of low level laser therapy of long-standing crural ulcer using Helium Neon laser, Helium plus randomized double blind comparative study // Laser Therapy.-
18. 1989.-Vol. 1(2).- P.97-98.
19. Fenyo M. et al. Theoretical and experimental basis of biostimulation by laser irradiation // Optics and Laser Technology.-1984.- № 4.- p.209

Особенности коронарографии у больных ИБС пожилого возраста

Маханов Д.И., Майдыров Е.С., Карибаев К.Р., Селищева Н.В.
Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

Демографические изменения в последние десятилетия характеризуются увеличением числа лиц пожилого и старческого возраста. Ежегодно число людей пожилого возраста увеличивается на 2,4%. Европейское региональное бюро ВОЗ (Киев,

1973) приняло решение считать возраст 60-74 года - пожилым, 75-89 лет - старческим, 90 лет и старше - возрастом долгожителей [1]. По классификации Организации Объединенных Наций, общество, в котором доля населения в возрасте 65 лет и старше



- Ригидность стенки, нарушение целостности эндотелия, ↓ NO, простаглиндина.
- Атеросклероз нескольких КА, чаще стеноз ствола ЛКА.

составляет 7% и более, - относится к стареющему. В мире по некоторым прогнозам, к 2020 году число людей пожилого и старческого возраста увеличится до 1 млрд. человек [2]. В РК доля этой категории людей на конец прошлого года составила 6,6%. Прогнозируется, что 7-процентный порог будет превышен уже в 2017 году, и концу 2020 года доля пожилых людей в РК может достигнуть 7,4% [3].

У лиц старших возрастных групп ИБС является основной причиной смерти. Так в США ежегодно у 5-6 млн. человек диагностируют ИБС. Почти 1,5 млн. переносят инфаркт миокарда, а около 500 тыс. из них умирают.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) у лиц пожилого и старческого возраста связана исключительно с развитием атеросклероза, и её клинические проявления зависят от степени поражения венечных артерий. Возраст-зависимые морфологические изменения артерий проявляются утолщением интимы и меди, увеличением содержания коллагена и отношения коллаген/эластин, уменьшением плотности эластина и числа ядер гладкомышечных клеток [4].

В молодом возрасте атеросклеротический процесс чаще всего имеет ограниченную локализацию и в происхождении ишемии миокарда основное место занимают функциональные нарушения в системе коронарного кровообращения, тогда как у лиц пожилого возраста атеросклероз носит распространенный характер, и недостаточность кровоснабжения миокарда определяется органическими изменениями венечных артерий [5].

Ключевым звеном в гуморальных изменениях является снижение чувствительности бета-адренэргических рецепторов сердца. Увеличение конечного диастолического объема, увеличение постнагрузки, снижение сократимости миокарда и ограничение возможности компенсаторного увеличения частоты сердечных сокращений – наиболее характерные проявления функциональных изменений сердечно-сосудистой системы. Перечисленные изменения ведут к тому, что у людей пожилого возраста ИБС протекает тяжелее и чаще ведёт к смертельному исходу, причем в каждом следующем пятилетии возраста показатель смертности на 100 тыс. населения увеличивается в 2-2,5 раза. Если в группе лиц 60—64 лет при ИБС он равен 719, то в группе 70—74 лет — 1556, в группе 80—84 лет — уже 3913 [6].

Поэтому, важно, вовремя диагностировать состояние коронарного русла у лиц старше 60 лет, для определения дальнейшей тактики лечения.

Довольно часто у пациентов пожилого и старческого возраста не представляется возможным провести нагрузочные тесты и не всегда информативны неинвазивные методы диагностики ИБС. Поэтому, в связи с совершенствованием техники катетеризации, улучшением качества изображения, созданием безопасных рентгенконтрастных препаратов, разработкой эффективных методов лечения ИБС (аортокоронарное шунтирование, коронарная ангиопластика и стентирование), диагностическая коронарография (КГ) стала «золотым стандартом» диагностики различных форм ИБС у вышеуказанной категории лиц [7].

Целью проведения

КГ являлось точное определение анатомии артерий сердца,

вплоть до мелких и мельчайших ветвей, а также выявление морфологических особенностей и патологических изменений. Информация, получаемая в ходе исследования, включала определение анатомического типа кровоснабжения, протяженности и диаметра коронарных артерий, оценку степени их сужения, выявление морфологических особенностей сужений (тип атеросклеротической бляшки, наличие пристеночного тромбоза или разрыва бляшки, отложений кальция, спазма артерии в поражённых сегментах), оценку антеградного и коллатерального коронарного кровотока.

Материал и методы исследования

Нами проанализированы 300 историй болезни пациентов пожилого возраста, находившихся на лечении в ЦКБ УДП РК в течение 1,5 лет, которым была проведена коронарография. В 7,3% классической клинической картины стенокардии напряжения не определялось. В 5% больных выявлена клиническая картина стабильной стенокардии напряжения III-IVФК, а в 87,7% случаях нестабильная стенокардия. Средний возраст пациентов составил 69,7% .

КГ проводилась для определения возможности проведения реваскуляризации миокарда методами коронарной ангиопластики и стентирования или аорто-коронарного шунтирования (АКШ) у больных с известным диагнозом ИБС, для оценки отдалённых результатов операций реваскуляризации или результатов медикаментозного лечения (прогрессирования или регресса коронарного атеросклероза). У всех пациентов пожилого и старческого возраста успешная КАГ была выполнена из трансфеморального или трансрадиального доступа. Выбор зависел от избранной врачом тактики и от желания пациента. Методом выбора являлся трансфеморальный доступ, который использовался в 90% случаев. Абсолютным показанием для использования трансрадиального доступа, что особенно актуально для пациентов пожилого и старческого возраста, являлись наличие заболевания аорто-подвздошной области (синдром Лериша, аневризма грудного или брюшного отдела аорты, коарктация аорты и др.), препятствующего катетеризации восходящей аорты. Прочими показаниями для использования трансрадиального доступа являлись: невозможность пациентом соблюдать постельный режим, ожирение, тяжёлая сердечная недостаточность.

Для оценки проходимости коронарной артерии общепринятыми стали критерии, разработанные группой специалистов в рамках проекта TIMI (Trombolysis In Myocardial Infarction): 0 – полная окклюзия, без прохождения контрастного вещества; I – почти полная окклюзия, частичное прохождение контрастного вещества; II – частичная окклюзия, замедление прохождения контрастного вещества; III – полная проходимость артерии [8].

У 152 пациентов диагностировано 3-х сосудистое поражение коронарных артерий, в 104 случаях – 2-х сосудистое поражение, и лишь в 44 случаях – однососудистое. 97 пациентам было проведено стентирование, 64, учитывая сопутствующие заболевания рекомендовано АКШ и 139 консервативное лечение.

У пациентов гериатрической группы ИБС сопровождался значительными изменениями в психологическом статусе, которые учитывались при составлении индивидуальной программы лечения и последующей реабилитации. Инвазивное лечение этой категории пациентов было комплексным, поэтапным, осторожным и дифференцированным в зависимости от стадии заболевания и наличия осложнений. У пациентов отмечалось снижение показателя максимальной частоты сокращений сердца и, следовательно, сердечного выброса при физических нагрузках, почечного кровотока и клиренс креатинина, толерантность к глюкозе и клеточный иммунитет. Кроме того, наблюдалась тенденция к уменьшению жизненной емкости легких и снижению безжировой массы тела. Угасание многих функций являлось результатом, как старения, так и образа жизни, привычек, характера питания и воздействия факторов

окружающей среды.

У исследуемых регистрировалась высокая степень корреляции между величиной, выраженностью, протяженностью, а также множественностью атеросклеротических стенозов венечных артерий и возрастом больных. Такая связь была выявлена для ударного объема и фракции изгнания левого желудочка. При этом тяжесть систолической дисфункции левого желудочка выступала неблагоприятным прогностическим признаком у пациентов пожилого и старческого возраста с дилатационной кардиомиопатией, вызванной ИБС. Большая выраженность атеросклероза венечных артерий и связанной с ним систолической и диастолической дисфункцией левого желудочка повышали риск возникновения летальных исходов при остром инфаркте, нестабильной стенокардии и нарушениях сердечного ритма.

У больных пожилого и старческого возраста ИБС характеризовалась выраженностью коллатерального кровотока в обход пораженных атеросклерозом участков венечных артерий. Есть все основания полагать, что перед инфарктом или нестабильной стенокардией, миокард, у данной категории больных, подвергался воздействию неоднократной ишемией, что существенно снижает вероятность инфаркта миокарда с патологическим зубцом Q, важную роль при этом играет особая выраженность коллатерального кровотока в обход стенозированного участка.

При проведении КГ у пациентов гериатрического возраста особенно важным было соблюдение минимизации инвазии. В частности: при катетеризации артерии доступа пунктировали лишь переднюю стенку, так как дополнительная травма ригидной склерозированной стенки могла привести к формированию псевдоаневризмы артерии, развитию тромботической окклюзии

или обширной гематомы.

Селективная катетеризация устьев коронарных артерий производилась бережно для избегания инверсии атеросклеротических бляшек и острой окклюзии коронарной артерии. Во время КГ проводился постоянным ЭКГ-мониторинг, что позволяло вовремя диагностировать и устранять нарушения сердечного ритма.

Таким образом, наше исследование показало, что КГ у лиц пожилого возраста имеет особенности, которые необходимо учитывать для успешного проведения интервенционных операций.

Литература:

1. Словарь-справочник по социальной геронтологии/под ред.Б. Тукмцева, самара, 2003 г. С. 67-70.
2. Белялов Ф.И. Особенности ИБС пожилых // Материалы 2 конференции «Практическая гериатрия». - Иркутск. - 2011. - С. 33.
3. Казинформ, 6 апреля № 506, С. 10-11.
4. Коркушко О.В., Котко Д.Н., Ярошенко Ю.Т., Мороз Г.З. «Лечение больных хронической ишемической болезнью сердца пожилого и старческого возраста: Методические рекомендации// Киев.-1991. - 27 с.
5. Беркоу Р., Бонди Ф., Дуглас Р. Руководство по медицине: гериатрия. М.: Изд-во «Мир». - 1997. - С. 689-693.
6. Silverman J. Coronary Angiography. - Stenford, 1984. - P. 75-79.
7. Самко А.Н., Буза В.В., Карпов Ю.А. Место коронарного стентирования в лечении ишемической болезни сердца. // Русский медицинский журнал. - 2002. - Т. 10, № 19 - С. 4-6.
8. Араблинский А.В. Степень реваскуляризации миокарда с помощью транслюминальной баллонной ангиопластики у больных с многососудистым поражением коронарного русла // Международный медицинский журнал. - 2000. - № 1. - С. 2-6.

Применение МСКТ ангиографии при синдроме Лериша

Савран А.А.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК

Рост числа сосудистых заболеваний, в частности поражение брюшного отдела аорты, артерий таза и нижних конечностей, наблюдается во всем мире, в том числе и в Казахстане. Одним из наиболее частых окклюзирующих аорто-подвздошных заболеваний артериальной системы является синдром Лериша - совокупность клинических проявлений, обусловленных хронической окклюзией в области бифуркации брюшной части аорты и подвздошных артерий. Чаще встречается у мужчин в возрасте 40-60 лет. Данное заболевание опасно угрожающими для жизни осложнениями, такими как тромбозы, полная или частичная окклюзия артерий нижних конечностей и др., которые нередко приводят к инвалидизации и летальным исходам. В свете указанной проблемы лучевая диагностика приобретает ведущую роль в выявлении поражений аорты и ее ветвей [1].

Мультиспиральная компьютерная ангиография (МСКТ ангиография) заняла лидирующие позиции в диагностике ангиопатий, в том числе и при синдроме Лериша [2]. Преимуществами метода являются высокая скорость, высокое разрешение, неинвазивность, широкая доступность, меньшее число противопоказаний, высокая чувствительность, визуализация не только просвета, но и стенки сосуда и окружающих его мягких тканей, возможность построения 3D-реконструкций, значительное сокращение лучевой нагрузки по сравнению с классической дигитальной субтракционной ангиографией. [3].

Цель работы

- внедрение в клиническую практику больницы применения МСКТ ангиографии у больных с подозрением на синдром Лериша.

Материалы и методы

Был обследован 21 пациент в возрасте от 43 до 85 лет с подо-

зрением на окклюзирующее поражение артерий таза и нижних конечностей. Показаниями к проведению МСКТ ангиографии служили клинические и клинко-инструментальные данные о наличии у пациентов соответствующей патологии (боль в нижних конечностях, перемежающаяся хромота). Исследование проводилось на 64-срезовом мультиспиральном компьютерном томографе SOMATOM Definition AS с использованием автоматического инжектора, посредством которого достигался компактный болюс контрастного вещества в просвете сосуда. Время исследования в среднем занимало 1 минуту. Реконструкцию полученных изображений осуществляли в аксиальной, сагиттальной и коронарной проекции, трехмерную обработку выполняли с помощью программы VRT 3D.

У каждого пациента оценивали состояние инфраренального отдела аорты, общие и наружные подвздошные артерии, бедренные артерии, поверхностные бедренные артерии, глубокие артерии бедра, подколенные артерии. Степень стеноза оценивали по аксиальным и коронарным срезам, по соотношению площадей просвета сосуда в месте максимального сужения и на неизменном участке. При локализации стеноза в области бифуркации сосуда или чуть ниже оценивали неизмененный дистальный его участок.

Результаты

При исследовании было выявлено: преимущественно двухстороннее поражение у 90,5% (19) пациентов, одностороннее поражение - у 9,5% (2). При двухстороннем поражении артериального русла гемодинамически значимый стеноз наблюдался у 11 пациентов (56%), гемодинамически незначимые стенозы - у 8 (44%). У 2-х пациентов с односторонним процессом выявлены гемодинамически значимые стенозы (100%).

Наиболее частыми местами возникновения стенозов были

выявлены: область бифуркации брюшного отдела аорты и подвздошных артерий в 38,1% (8) случаев, наружные подвздошные артерии (6 человек- 28,6%) и поверхностные бедренные артерии на уровне ее средней и нижней трети (6 человек- 28,6%). В нашем исследовании изменения при МСКТ ангиографии визуализировались в виде неравномерности контуров, множественных сужений просвета, дефектов наполнения и отсутствия контрастирования.

Таким образом, МСКТ ангиография позволяет качественно и быстро оценить состояние артериального кровеносного русла на большом протяжении. Данный метод исследования является неинвазивным и высокоинформативным. Позволяет достоверно определить уровень поражения сосудов, его протяженность, степень выраженности стенозов и оценить состояние регионарного кровотока при синдроме Лериша.

Список литературы:

1. Нагорный М.Н., Фоминых Е.В., Артюхина Е.Г. и др. *Возмож-*



ность применения мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей. // Материалы научно-практической конференции «Основные достижения и перспективы развития лучевой диагностики». - 2004. - С. 75-76.

2. Джон Г. Стрэнг, Викрэм Догра *Секреты компьютерной томографии // Под ред. д.м.н., проф. И.И. Семенова. - М. - 2006. - 448с.*
3. Матиас Хофер *Компьютерная томография. Базовое руководство. // Под ред. проф. Г.Е. Труфанова. - М. - 2008. - 208с.*

Опыт выведения из критического состояния при коронарографии (случай из практики)

Селищева Н.В.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы

В современной медицине в плане диагностики ишемической болезни сердца «золотым стандартом» является коронарография. Коронарография - малоинвазивный рентгенконтрастный метод исследования коронарных артерий сердца. Являясь наиболее точным и достоверным, этот метод позволяет точно определить характер и степень поражения сосуда. Как любая инвазивная процедура, коронарография связана с определенным риском, но риск развития этих осложнений – это доли процентов. В опытных руках хирурга и сопровождающего анестезиолога риск осложнений сводится к минимуму. По данным некоторых авторов на долю такого грозного осложнения как фибрилляция желудочков (ФЖ) при коронарографиях приходится 0,38 % от числа общих осложнений. Тем не менее, описано до 80% летальности в случае возникновения ФЖ.

ФЖ - частое, но беспорядочное нерегулярное возбуждение и сокращение отдельных мышечных волокон, ведущее к прекращению систолы желудочков (асистолии желудочков). Механизм: множественные беспорядочные волны *micro-re-entry*, возникающие в результате выраженной электрической неомогенности миокарда желудочков. Принято считать что в обычных условиях срок клинической смерти у человека составляет 4-5 мин, однако уже к концу 1-й минуты развивается кислородное голодание головного мозга, проявляющееся утратой сознания. Далее необратимость изменений наступает достаточно быстро.

Коронарография в нашем стационаре применяется в течение года. За этот период было выполнено 430 исследований и с развитием ФЖ мы столкнулись впервые.

Пациентка Б. 59л. поступила в стационар в плановом порядке для проведения коронарографии по ВСМ с типичными приступами стенокардии. Клинический диагноз: ИБС. Нестабильная стенокардия 2 В класса, высокого риска. ХСН 2А ФК 2. Диагноз сопутствующий: Артериальная гипертензия 3 ст., риск 3. ЦВЗ. Дисциркуляторная энцефалопатия (сосудистая и посттравматическая). ХОБЛ 1 ст, бронхитический тип, неполная ремиссия. ДН2.

Из анамнеза: ИБС и АГ в течение многих лет. Кардиотропные и гипотензивные препараты принимает постоянно. На ЭХОКГ - недостаточность АК 1 ст., без видимых патологий. Нарушение диастолической функции ЛЖ 1 ст., сократительная функция миокарда ЛЖ сохранена.

Из сопутствующих заболеваний: ХОБЛ - бронхитический

тип. ДН1ст.Хр. пиелонефрит .

Пациентке проведена коронарография. Во время манипуляции, а именно, при введении контраста в ПКА возник приступ фибрилляции желудочков. По кардиомонитору типичная картина: частые, но нерегулярные беспорядочные волны, отличающиеся друг от друга формой и амплитудой. Была отмечена утрата сознания, появление цианоза. АД не фиксировалось на экране монитора. Неотложные мероприятия применены немедленно: прекардиальный удар по грудной клетке, после чего последовала однократная дефибрилляция 200 кДж. Эффективность мероприятий проявилась в восстановлении синусового ритма с ЧСС -74 в мин, АД 115/75 мм рт ст., спонтанным адекватным дыханием Sp O2 - 97 %, восстановлением сознания. Коронарография продолжена и успешно завершена. Гемодинамически значимых стенозов не выявлено .

Больная переведена в ОРИТ в удовлетворительном состоянии. На ЭКГ через час после коронарографии: ритм синусовый, частота сокращений желудочков 65 уд. в мин., нормальное положение эл. оси сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка, блокада правой ножки п.Гиса. Изменения в миокарде: без отрицательной динамики.

Находилась в ОРИТ в течение суток, получала терапию по стандарту. На контрольной ЭКГ без отрицательной динамики. Была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на 7-е сутки.

Таким образом, можно еще раз подчеркнуть, что промежуток времени от момента возникновения фибрилляции до применения реанимационных мероприятий должен быть ничтожно мал, что может быть достигнуто наличием надлежащего мониторинга и необходимого оборудования для проведения полноценных реанимационных мероприятий. Несмотря на то, что подобные осложнения приводят к удлинению госпитализации, на долгосрочный прогноз влияние они не оказывают.

Список литературы:

1. Оганов Р.Г., Поздняков Ю.М., Волков В.С.. *Ишемическая болезнь сердца. - М. - 2002. - 137с.*
2. Беленков Ю.Н., Оганов Р.Г. *Кардиология //Национальное руководство. - 2007. -153с.*
3. Ганюков В. И., Протопов А. И. *Чрескожные эндоваскулярные вмешательства при остром коронарном синдроме. М. - 2005. - 115с.*

Реконструкция маммарного шунта при его несостоятельности

Сериков Н.С., Туйшиев Б.С., Квашин А.В.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

Существует большое количество методов оперативного лечения маммарно-коронарного шунта при его несостоятельности. Выполнение маммарного шунта при двухсосудистом поражении коронарной артерии имеет некоторые особенности. По данным ряда авторов, распространенность перекута маммарного шунта при двухсосудистом поражении коронарной артерии среди пациентов, оперированных по поводу маммарокоронарного (МКШ) и аортокоронарного (АКШ) шунтирования сердца, достигает 0,5% [1].

В первую очередь необходимо отметить, что в связи с особенностями строения внутренней грудной артерии, она имеет склонность к спазмированию, ее очень легко повредить любым инструментом. В настоящее время мировым сообществом кардиохирургов данные осложнения по своей частоте, возможным тяжелым проявлениям и опасным последствиям признаны одними из ведущих осложнений кардиохирургических операций. При мультиартериальном коронарном шунтировании передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) и ее ветвей применяют левую внутреннюю грудную артерию (ЛВГА). В некоторых случаях длины ЛВГА оказывается недостаточно для наложения анастомоза в желаемой точке, тогда увеличивают длину ЛВГА при помощи трансплантатов из аутоветны или аутоартерии, как правило, лучевой, которые анастомозируют к ЛВГА «конец в конец» [2].

Более эффективной является хирургическая тактика ретроградного использования ЛВГА, когда она отсекается в устье от а. Subklavia, и выполняется анастомоз проксимального конца ВГА с аутоветной, установленной в аорто-оггибающем анастомозе [3].

Целью

настоящей работы является внедрение в кардиохирургическую практику больницы модифицированного метода оперативного лечения маммарно-коронарного шунта.

Материалы и методы

В кардиохирургическом отделении была разработана и внедрена модифицированная методика реконструкции маммарно-коронарного шунта при его несостоятельности.

Больная А., 63 лет, поступила с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, боли в груди, быструю утомляемость, отеки на нижних конечностях. В анамнезе в 2007 году перенесен инфаркт миокарда. Общее состояние тяжелое за счет основного заболевания. Отмечалось: бледность кожных покровов, цианоз губ, языка, крыльев носа, ортопноэ, пастозность голеней.

Больной было проведено полное клинико-инструментальное обследование и выставлен клинический диагноз: Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения, функциональный класс 3. Постинфарктный кардиосклероз (2007г.). Артериальная гипертензия, 2 стадия, риск 3.

На коронарографии: 80% стеноз оггибающей артерии. Окклюзия ПМЖВ.

Пациентке проведена операция аорто- и маммарно-коронарного шунтирования, а также реконструкция маммарно-коронарного шунта в следствии перекута маммарной артерии по модифицированной методике, разработанной нами.

Наиболее простая и эффективная методика, используемая нами, заключается в создании маммарно-аутоветозного анастомоза в средней трети аорто-оггибающего анастомоза. Техника выполнения: после сшивания дистального конца внутренней грудной артерии (ВГА) к передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) укороченный или перекуренный анастомоз срезается в устье от а. Subklavia и формируется культя. Затем проксимальный конец вшивается по типу конец-бок с/3 аутоветозного анастомоза, соединяющего оггибающую артерию с аортой.

Послеоперационный период протекал без особенностей, не отмечалось ишемических болей. Проведенные контрольные инструментальные исследования в послеоперационном периоде и через 6 месяцев после операции показали, что шунт состоятельный, без признаков тромбоза.

Таким образом, модификация метода реконструкции маммарно-коронарного шунта по поводу перекута или укорочения способствовала предотвращению образования тромбоза и его несостоятельности.

Список литературы:

1. Наумов В.Г., Лупанов В.П. Профилактика рестенозов после ангиопластики, стентирования и коронарного шунтирования // Сердце 2002.- № 1(2).- С.138-143.
2. Белов Ю.В. Сердечно-сосудистая хирургия: руководство с атласом. - М.: Медицина.-2000.- с.545.
3. Мерзляков В.Ю., Ключников И.В., Светлова Н.Ю. и др. Повторная реваскуляризация миокарда на работающем сердце после маммарно-коронарного шунтирования через левостороннюю миниторакотомию // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.- 2010.-№ 6.-С.62-64.
4. Buxton B.F., Ruengsakulrach P., Fuller J. The right internal thoracic artery graft-benefits of grafting the left coronary system and native vessels with a high-grade stenosis. Eur J Cardiothorac Surg 2000; 18:255-261.
5. Marek Gwozdziwicz Left: internal thoracic artery harvesting: measurement of the length required for coronary bypass surgery. Cardio Vascular and Thoracic Surgery 2008 7:1161.

Опыт хирургического лечения воронкообразной деформации грудной клетки

Лукьянченко П.П.

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

Воронкообразная деформация является наиболее частым врожденным заболеванием грудной клетки, многогранным по своему патологическому воздействию, как на органы грудной полости, так и на психоэмоциональное состояние в связи с грубым косметическим дефектом.

Врожденные деформации грудной клетки встречаются у 1 из 100 детей, из них воронкообразная деформация составляет 91% (G.H. Willital, 1977; Н.И. Кондрашин, 1984). Воронкообразной деформацией грудной клетки страдает около 0,6-2,3% жителей земного шара, основная часть которых оперируется в детском возрасте.

На сегодняшний день, имеется более 30 различных гипотез этиологии и патогенеза воронкообразной деформации. Несмотря на множество гипотез, следует отметить два основных момента этиопатогенеза: первый-врожденный характер заболевания, второй- наличие диспластических изменений хрящевой и соединительной ткани скелета грудной клетки. Впервые операцию по поводу ВДГК провел в 1911 году американский хирург Meuer Ludwig. На сегодняшний день разработано более 50 методик хирургической коррекции ВДГК, что указывает на нерешенность этой проблемы и продолжающийся поиск в данном направлении.

За последние 12 лет в клинике оперировано 92 пациента в возрасте от 3 до 18 лет. Мальчиков было 61, девочек-31.

При поступлении всем больным проводили обязательный комплекс обследований, включавший: лабораторное исследование крови и мочи; рентгенографию грудной клетки в прямой и боковой проекциях; компьютерную томографию грудной клетки по показаниям; электрокардиографию, эхокардиографию с измерением центральной гемодинамики, спирографию. При подозрении на сопутствующие заболевания со стороны органов грудной клетки диагностический комплекс исследований расширяли.

Распределение больных ВДГК по возрасту (n-количество пациентов)

Возраст	Всего(n=92)
До 7 лет	37 (40,2%)
8-11 лет	31 (33,7%)
11-15 лет	19 (20,7%)
Старше 15 лет	5 (5,4%)

При анализе клинического материала, помимо внешних признаков, мы придерживались классификации, предложенной Gизуска (1962).

Степень деформации грудной клетки определяли следующим образом. На рентгенограмме (боковой снимок) высчитывали соотношение наименьшего и наибольшего расстояний ретростерального пространства. Полученный при делении индекс Gизуска (ИГ), равный 0,9 – 0,8 соответствует I степени, 0,7 – 0,6 - II степени, менее 0,5 - III степени ВДГК. Пациенты ВДГК по степени деформации грудной клетки представлены в таблице.

Распределение больных по степени деформации грудной клетки

Всего	I степень	II степень	III степень
92 (100%)	7 (7,6%)	50 (54,3%)	35 (38,1%)

Врожденные деформации грудной клетки встречаются у 1 из 100 детей, из них воронкообразная деформация составляет 91% (G.H. Willital, 1977; Н.И. Кондрашин, 1984). В клинике оперировано 92 пациента в возрасте от 3 до 18 лет. Нами применялись 2 метода торакопластики: первый - с использованием для фиксации металлической пластинки (Палтия, Ребейна); второй - без применения тракционных швов и фиксаторов (Кондрашина-Урманоса). Получены следующие результаты: хороший результат – у 59 (64,2%) больных, удовлетворительный – у 28 (30,4%), неудовлетворительный - у 5 (5,4%).

Кеуде қуысының тумыстан бар деформациялары 1інде 100 балалардың, олардың ішінен май құйғыш тәрізді деформациялармен кездеседі G.Нды 91% құрайды. Willital, 1977 Н.И.Кондрашин, 1984. Клиникада жыл жас шамасындағы 92 емделуші 3пен 18бен аралығындағы операция жасаған. Торакопластиканың 2 әдістерін біздікі қолданылды: бірінші - (Палтия, Ребейн) металлдық пластинканың бекітулері үшін қолданумен; екінші - тракция жіктері және (Кондрашина-Урманоса) фиксаторлар қолдануларсыз. Келесі нәтиже алған: жақсы нәтиже - (64, 2%) 59 ауруларда, қанағатты - қасында (30, 4%) 28, қанағаттанарлықсыз - қасында (5, 4%) 5.

Congenital deformities of the chest occur in 1 in 100 children, of which funnel is 91% (GH Willital, 1977; Kondrashin NI, 1984). The clinic operated on 92 patients aged 3 to 18 years. We used two methods thoracoplasty: the first - to use for fixing a metal plate (Palto, Rebeyna), the second - without the use of traction sutures and clamps (Kondrashin-Urmanosa). We obtained the following results: a good result - in 59 (64.2%) patients, satisfactory - in 28 (30.4%), unsatisfactory - in 5 patients (5.4%).

При решении вопроса о показаниях к оперативному лечению имело значение не только влияние деформации на вентиляцию легких и гемодинамику, но и косметические аспекты.

Показанием к оперативному лечению считали воронкообразную деформацию 1 степени (плосковороночная форма), 2 степени (с суб- и декомпенсированной стадией заболевания) и 3 степени. Пациентам с 1 и 2 степенью (с компенсированной стадией) назначали ЛФК, массаж, дыхательную гимнастику, занятия плаванием. Эти мероприятия были направлены на предупреждение прогрессирования заболевания, а в случае увеличения степени деформации и функциональных нарушений, являлись предоперационной подготовкой, с целью формирования мышечного корсета и улучшения резервов вентиляции легких. Так как последние имеют большое влияние на эффект операции и профилактику послеоперационных осложнений. Хирургическую коррекцию проводили с 5 летнего возраста, когда еще не развились функциональные нарушения со стороны внутренних органов и становится возможным адекватный контакт с ребенком.

При оперативной коррекции нами применялись 2 метода торакопластики: первый - с использованием для фиксации металлической пластинки (Палтия, Ребейна) был выполнен у 40 пациентов; второй - без применения тракционных швов и фиксаторов (Кондрашина-Урманоса) у 52.

Следует отметить, что все операции проводились в условиях тотальной внутривенной анестезии и ИВЛ через ларингеальную

маску, применение которой позволило избежать послеоперационных осложнений со стороны верхних дыхательных путей.

Для оценки отдаленных результатов хирургической коррекции мы использовали предложенные В.К. Урмонасом, Н.И. Кондрашиным (1983) следующие характеристики: хорошие – у больного нет жалоб, антропометрические данные в пределах возрастной нормы, полностью устранена деформация грудной клетки, нет функциональных нарушений со стороны легких и сердечно-сосудистой системы; удовлетворительные – незначительное западение грудной клетки или её гиперкоррекция, возможные функциональные нарушения при отсутствии жалоб больного; неудовлетворительные – рецидив ВДГК, отсутствие улучшения субъективных показателей.

В раннем послеоперационном периоде у 5 пациентов наблюдался ряд осложнений: пневмоторакс выявлен у 3 (3,3%) больных, в двух случаях пневмоторакс разрешен путем плевральной пункции, в одном случае потребовалось дренирование плевральной полости по Бюлау. Гидроторакс наблюдали у 2 (2,2%) пациентов – им было выполнено от 2 до 5 пункций плевральной полости, в результате которых эти явления были купированы.

В отдаленном послеоперационном периоде хирургической коррекции ВДГК были получены следующие результаты: хороший результат – у 59 (64,2%) больных, удовлетворительный – у 28 (30,4%), неудовлетворительный – у 5 (5,4%).

Список литературы

1. Абдрахманов А.Ж. Об оперативном лечении воронкообразной груди // Комплексное лечение больных с повреждениями и заболеваниями костей, суставов и полостных органов. Сборник научных трудов -Алма -Ата, 1987, С. 164 - 166.
2. Баиров Г. А. Врожденные деформации грудной клетки //Костно-

пластические операции у детей - Киев, 1974, С. 216 - 246.

3. Баиров Г. А., Фокин А. А. Принципы хирургического лечения воронкообразной и килевидной груди. Возможные ошибки и осложнения. // Ошибки и осложнения, диагностика и лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей - Л., 1986, С. 142 - 146.

4. Рудаков С. С. Изолированные и синдромальные дефекты развития грудной клетки и их лечение /Автореф. дис.... д-ра мед. наук -М., 1988, С. 22 С.

5. Тихая Л.Н. Управляемая коррекция воронкообразной деформации грудной клетки //Автореф. дис. ... канд. мед. наук -Днепропетровск, 1990, 19 С.

6. Урмонас В. К. Этиология и патогенез воронкообразной деформации грудной клетки //Педиатрия, 1982, N:7. С. 63-66, 158.

7. Hebra A, Swoveland B, Egbert M, Tagge EP, Georgeson K, Othersen NB Jr, Nuss D. Outcome analysis of minimally invasive repair of pectus excavatum: review of 251 cases. J Pediatr Surg 2000 Feb;35(2):252-7.

8. Малахов О.А., С.С. Рудаков, К.А. Лихотай. Дефекты развития грудной клетки и их лечение: Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, № 4, 2002, с. 63-67.

9. Wu P.C., Krauer E.M., McGowan. et. al. Repair of pectus excavatum deformities in children: a new perspective of treatment using minimal access surgical technique. Arch. Surg. 2001; 136:419-242.

10. Ravitch M.M: Disorders of the sternum and thoracic wall, in Sabiston DC, Spencer FC (eds): Gibson's Surgery of the Chest, 4th ed. Philadelphia, Saunders, 1983.

11. Шамик В.Б. Оптимизация реконструктивной торакопластики при врожденных деформациях грудной клетки у детей и подростков: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ростов-н/Д., 2003.

12. Губа А.Д. Способ торакопластики воронкообразной деформации грудной клетки. Детская хирургия № 5, 2005. С 16-18.

13. Разумовский А.Ю., Павлов А.А. Хирургические методы лечения воронкообразной деформации грудной клетки. Детская Хирургия № 3, 2005. С. 44-47.

Хирургическое лечение стенозов трахеи

Лукьянченко П.П.

АО «ННЦХ им. А.Н.Сызганова» г.Алматы

Самые различные заболевания трахеобронхиального дерева (травмы, длительная ИВЛ, трахеостомия, инородные тела органической и неорганической природы, доброкачественные и злокачественные новообразования и др.) впервые проявляются симптомами стеноза трахеобронхиального дерева (одышка и удушье). Нередко приходится срочно купировать эти симптомы без диагноза заболевания, вызвавшего симптомы стеноза.

В связи с развитием медицинских технологий (компьютерная томография, магнитнорезонансная томография, видеозендоскопия, эндостенты и др.) расширяется арсенал и возможности лечебных мероприятий, проводимых при стенозах трахеобронхиального дерева.

С ростом дорожно-транспортного травматизма, природных и техногенных катастроф увеличилось число больных, нуждающихся в интубации трахеи. Длительная интубация трахеи и трахеостомия наиболее часто являются причиной стенозирования трахеи (Перельман М.И., 1999; Харченко В.П., 1999; Кассиль В.Л. и др., 2004; Кичинин В.В. и др., 2006; Grace R.F., 2002).

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности и социальной значимости лечения рубцовых стенозов трахеобронхиального дерева.

Основной целью современной этапной эндоскопической хирургии рубцовых стенозов трахеи является восстановление просвета дыхательных путей как механическими способами (скусывание грануляций биопсийными щипцами, бужирование), так и путем воздействия на рубцовую ткань различными физическими агентами (электрокоагуляция, лазерная деструкция) (Гудовский Л.М. и др., 1999; Зенгер В.Г., 1999; Козлов К.К. и др., 2002). Предупредить повторное сужение можно введением в дыхательные пути различных каркасных конструкций, поддерживающих их просвет. Для этой цели в последнее время

Тыртқы стеноздары бар 89 емделушілер және гортаноның бұзылуларымен тексерген - кеңірдек бөлік тыныс бекітуірек. Операция жасаған 57 емделушілер болды. 42 емделушілерде сыртқы рұқсат кеңірдекте батыл операциялар іске асырған, трахеофиссуру арқылы. 37 емделушілердің операцияларында ашық мойын рұқсаттарымен орындалды. Қалпына келтірілген саңылаудың сақтаулары үшін кеңірдектің алдыңғы қабырғасының мінінің келесі пластикасы бар ұзақ мерзіміне т сияқты тұрбасын кеңірдектің протез жасауы өндіріп алды. Ерте операциядан кейінгі кезеңде келесі кедергілер болды: (8, 7%) 5 емделушілерде, шеміршектің тарауы аяқ - бұлшық еттік құрақтағы бейшаралықтың дамытуы бар сүрігі және жіктердің тіс шығуын өлкелік некроз тері асты - тері асты қоя - май іркілген клетчаткасына (3, 5%) 2 емделушілерде хряшасы (5, 3%) 3 емделушілерде, түсіп қалу май іркілген клетчаткасы. (1, 8%) 1 емделушіде кеңірдектің стенозының қайталанатынын дамытты. Өліммен аяқталу интраоперациялық болды, тыныс жолдарда интраоперациялық қан кетуді пайда болумен байланысты және асфиксиялар дамытумен.

Обследовано 89 пациентов с рубцовыми стенозами и повреждениями гортано-трахеальной части дыхательных путей. Оперировано было 57 пациентов. У 42 пациентов были осуществлены радикальные операции на трахее наружным доступом, через трахеофиссуру. У 37 пациентов операции выполнялись открытым щейным доступом. Для сохранения восстановленного просвета производилось протезирование трахеи Т-образной трубкой на длительный срок с последующей пластикой дефекта передней стенки трахеи. В раннем послеоперационном периоде были следующие осложнения: краевой некроз кожи с развитием несостоятельности и

используют специальные стенты: Т-образные или линейные (Русаков М.А., 2009; Dumon J.F., 2007; Ducic Y. et al., 2008).

В настоящее время циркулярная резекция трахеи с наложением анастомоза «конец в конец» - наиболее эффективный вид лечения, позволяющий удалить пораженный сегмент и восстановить проходимость воздухопроводящих путей в короткие сроки (Русаков М.А., 2009; Norppen M. et al., 1997; Grillo H.C., 2004; Яицкий Н.А. и др., 2008). Безопасность операции так же остается актуальной проблемой. Послеоперационные осложнения резекции трахеи составляют 6,2-28%, а послеоперационная летальность по некоторым данным может достигать 10% (Паршин В.Д. и др., 2001, 2002; Courand L. et al., 1995; Bonnette P. et al., 1998).

При обследовании пациентов использовались лабораторные методы, лучевые методы (рентгенография, компьютерная и магнитно-резонансная томография), эндоскопические и патоморфологические исследования.

Обследовано 89 пациентов с рубцовыми стенозами и повреждениями гортано-трахеальной части дыхательных путей. Среди них было 41 женщина и 48 мужчин в возрасте от 5 до 65 лет. Патологические изменения трахеи были связаны с длительной интубацией, трахеостомией или возникли в результате бытовых и транспортных травм.

Хирургическое устранение рубцовых стриктур гортани и трахеи проводилось двумя доступами: через естественные пути - эндотрахеально и открытым наружным способом в условиях трахеотомии.

Хирургическое лечение стенозов трахеи является многоэтапным и длительным. Большинство пациентов обращаются за медицинской помощью уже при наличии трахеостомы. Около 10% больных поступают в клинику с наличием стеноза трахеи без трахеостомы. Этим пациентам в экстренном порядке, по жизненным показаниям выполняется трахеостомия. Затем они получают многоэтапную хирургическую коррекцию.

Оперировано было 57 пациентов, при этом эндоскопические вмешательства в качестве самостоятельного способа лечения рубцовых стенозов верхних дыхательных путей были применены в 15 случаях. Эндоскопическое удаление из дыхательных путей рубцовых тканей, грануляций выполнялось эндоскопическими электрохирургическими инструментами.

У 42 пациентов были осуществлены радикальные операции на трахее наружным доступом, через трахеофиссуру.

Среди методов хирургической коррекции стенозов и повреждений средней и нижней трети трахеи определенное место получила циркулярная резекция пораженного участка с анастомозом «конец в конец». Эта операция была проведена 5 пациентам, у которых стенозы были непротяженными, не более 3-4 см. или 7-8 колец. Однако такая операция, особенно при наличии хондроперихондрита или гнойного трахеобронхита, являлась технически сложной и опасной. В отдаленном послеоперационном периоде у 2 пациентов развился стеноз зоны анастомоза. В последующем эти пациенты были оперированы через формирование трахеостомы и трахеофиссуры.

У 37 пациентов операции выполнялись открытым шейным доступом. Производилась трахеотомия на уровне выявленного ранее стеноза с учетом оптимальных хирургических манипуляций и возможных при этом осложнений. Реканализация трахеи осуществлялась путем электроэксцизии рубцовых стриктур и диатермокоагуляции грануляций или мягких тканей, перекрывающих просвет. Как правило эту манипуляцию приходилось выполнять от двух до пяти раз, в зависимости от темпов роста грануляций. Для сохранения восстановленного просвета производилось протезирование трахеи Т-образной трубкой на длительный срок с последующей пластикой дефекта передней стенки трахеи. У трех пациентов протезирование трахеи осуществлено установкой эндотрахеального стента. В связи с прогрессирующим ростом эндотрахеальных грануляций выше и ниже краев установленного стента двум пациентам пришлось удалить эндопротезы примерно через два месяца и продолжать восстановление просвета трахеи путем выполнения комплекса

прорезывания швов на кожно-мышечном лоскуте у 5 (8,7%) пациентов, рассасывание гомохряща в подкожно-жировой клетчатке у 3 (5,3%) пациентов, выпадение хряща из ложа в подкожно-жировой клетчатке у 2 (3,5%) пациентов. У 1 (1,8%) пациента развился рецидив стеноза трахеи. Интраоперационно было 2 (3,5%) летальных исхода, в связи с возникновением интраоперационного кровотечения в дыхательные пути и развитием асфиксии.

A total of 89 patients with scar stenosis and tracheal lesions of the laryngo-respiratory tract. 57 patients were operated on. In 42 patients have been carried out radical surgery on the trachea outside access through traheofissuru. In 37 patients the operation performed scheynym open access. To save the reconstructed lumen tracheal prosthesis made of T-tube for a long period, followed by grafting of the defect front wall of the trachea. In the early postoperative period were the following complications: marginal necrosis of the skin with the development of insolvency and the eruption of seams on the musculocutaneous flap in 5 patients (8.7%) patients, resorption gomohryascha in adipose kletkchatke in 3 (5.3%) patients, loss of cartilage of the bed in the subcutaneous fat in 2 (3.5%) patients. In 1 (1.8%) patients relapsed stenosis of the trachea. Intraoperatively there were 2 (3.5%) deaths in connection with the occurrence of intraoperative bleeding in the airways and the development of asphyxia.

хирургических мероприятий (трахеофиссура, эндоскопическое иссечение грануляций). При эндопротезировании были использованы трахеальные и бронхиальные стенты фирмы Micro-Tech (Nanjing) Co., Ltd.

После получения достаточного просвета трахеи, а также полного прекращения роста грануляций проводили следующий этап оперативного вмешательства на трахее – восстановление ее анатомической целостности (герметичности). Закрытие дефекта передней стенки трахеи производили двумя методами. Выбор способа восстановления целостности трахеи зависел от размеров трахеофиссуры, а также просвета трахеи.

Первый способ трахеопластики заключается в ушивании дефекта передней стенки трахеи местными тканями, кожно-мышечным лоскутом, такой способ использован у 11 (19%) пациентов, причем одному пациенту закрытие дефекта пришлось устранять при помощи микрохирурга, путем пересадки кожно-мышечного лоскута на питающей ножке.

Второй способ закрытия дефекта передней стенки трахеи двухэтапный. Первым этапом выполнялась подсадка гомохряща в подкожную клетчатку по одному из краев трахеофиссуры. Через три месяца после этой процедуры выполнялось закрытие дефекта трахеи путем перемещения кожного лоскута с подсаженным ранее гомохрящем.

После операций на трахее в нашей практике было 2 (3,5%) летальных исхода, в связи с возникновением интраоперационного кровотечения в дыхательные пути и развитием асфиксии. У одного пациента интраоперационно была перфорация трахеи с развитием подкожной эмфиземы. В раннем послеоперационном периоде были следующие осложнения: краевой некроз кожи с развитием несостоятельности и прорезывания швов на кожно-мышечном лоскуте у 5 (8,7%) пациентов, рассасывание гомохряща в подкожно-жировой клетчатке у 3 (5,3%) пациентов, выпадение хряща из ложа в подкожно-жировой клетчатке у 2 (3,5%) пациентов. У 1 (1,8%) пациента развился рецидив стеноза трахеи.

Таким образом, пациенты со стенозами трахеи неопухолевой этиологии должны лечиться в клиниках, оказывающих высокоспециализированную медицинскую помощь, имеющих большой практический опыт, а также соответствующее материально-техническое обеспечение (фибробронхоскоп, компьютерную томографию, бактериологическую лабораторию и т.д.) радикальное хирургическое лечение рубцовых стенозов трахеи производилось при неэффективности эндоскопического лечения (наличие очевидных повреждений структуры трахеаль-

ной стенки, циркулярного протяженного стеноза), циркулярные резекции трахеи выполняются при стенозах, протяженность которых не более 3-4 см., но широкого применения циркулярные резекции не находят в связи с наличием хондроперихондрита или гнойного трахеобронхита, применение трахеальных эндопротезов ограничено из-за выраженного и неконтролируемого роста грануляций.

Литература

1. Зингер В.Г., Наседкина А.Н. Повреждения гортани и трахеи. -М.; Медицина. -1991. -221 с.
2. Светышева Ж.А., Иоффе Л.Ц., Рехтман А.Г. Диагностическая и оперативная эндоскопия при органических стенозах трахеи и крупных бронхов // Грудная хирургия. -1987. -№ 6. -С.47-52.
3. Чирешкин Д.Г., Дунаевская А.М., Тимен Г.Э. Лазерная эндоскопическая хирургия верхних дыхательных путей. -М., Медицина. -1990. -192 с.
4. Charnsagavej C., Carrasco C.H., Wright K.C. et al. A new Expandable metallic Stent for Dilatation of Stenotic Luburas Structures: Experimental and Clinical Evaluation // Houston Med. J. -1987. -v. 13. -p. 41-51.
5. Astrachan D.J., Kirchner J.C., Goodwin W.J. Prolonged intubation vs tracheotomy: Complications, practical and psychological considerations // Laryngoscope. -1988. vol. 68. -P.1160-1169.
6. Gerhardt H.J. Ursachen schwerer intubations bedingter schaden an laryngs und Trachea und Moglichkeiten und Grenzenlines alloplastischen Tracheaersatzen // HNO Prax. -1988. -v. 3. -№ 4. -p.229-235.
7. Чернеховская Н.Е., Федченко Г.Г., Андреев В.Г., Поваляев А.В. Рентгено-эндоскопическая диагностика заболеваний органов дыхания. М.:Медпресс-информ. 2007. 237 С.
8. Русаков М.А. Эндоскопическая хирургия опухолей и рубцовых стенозов трахеи и бронхов. М.: РНЦА РАМН 1999; 92 С.

Новые подходы в хирургическом лечении острого холецистита

Мамедов А.М., Абдуллаев А.Д.

Кафедра хирургических болезней №3 АМУ, Азербайджан

Актуальность проблемы

Проблема желчнокаменной болезни и заболеваний желчного пузыря, имеющая многовековую историю, несмотря на достигнутые успехи клинической медицины, до настоящего времени является одной из актуальнейших проблем современной клинической медицины и хирургии, в частности (1.6.8.13.14.15.17.19). По мнению (8) успехи современной хирургии в основном связаны с совершенствованием хирургической и медицинской техники, а успехи по пересадке жизненно важных органов свидетельствует не только о великих достижениях, но и о недостаточности наших знаний, что не дает возможности предотвратить гибель пораженного болезнью органа и заставить идти патологический процесс вспять - добиться обратного развития. Автор, (8), с мнением которого трудно не согласиться, считает, что результаты лечения при чаще всего встречающихся заболеваниях, имеющих большое социальное значение, заметно не улучшается.

Наличие признаков деструктивного холецистита является показанием к оперативному вмешательству с предварительным проведением детоксикационной терапии. Возникающие при остром остром холецистите эндогенная интоксикация и окислительный стресс, часто прогрессирующие даже после операции, заставляет хирургов искать новые возможности предупреждения этих тяжелых последствий(9).

Вследствие этого, актуальным является поиск новых методов лечения больных с острым холециститом в том числе малоинвазивных вмешательств (1,3,4,5,7,9,11,16,18,20), одним из которых являются лазеры.

Проблема использования низкоинтенсивных лазеров в лечении острого холецистита в настоящее время актуальна. Появились работы об эффективности одновременного применения внутривенного низкоэнергетического лазерного излучения вначале в эксперименте, а затем в клинике в которых авторами(6,7,8,9,10,12), было доказано, что биостимулирующее действие лазерного излучения с антиоксидантами более активно выражено при одновременном воздействии на биологический объект, чем при раздельном использовании указанных физических факторов. Снижение общей интоксикации на фоне магнито-лазерной терапии, улучшение органной и периферической гемоперфузии и быстрое купирование клинических проявлений заболевания, доказывают эффективность применяемой схемы МИЛ терапии, путем воздействия на патогенетические звенья острого холецистита.

Всё вышеизложенное послужило основанием для проведения научно-клинического исследования с применением внутривенного лазерного облучения крови(ВЛОК) в сочетании с современными антиоксидантами в комплексном лечении острого холецистита, путем регуляции в организме синдрома эндогенной интоксикации, который имеет немаловажное значение в патогенезе острого холецистита(ОХ).

Целью исследования

явилось использование внутривенного низкоинтенсивного лазерного излучения в сочетании с антиоксидантом мексидолом, в комплексном лечении больных острым холециститом.

Материалы и методы исследования

На стационарном лечении находились 64 больных с различными формами острого холецистита, в возрасте от 32 до 68

лет, которые были разделены на две группы:

I-В контрольной группе 13 пациентам, проводилась стандартная традиционная предоперационная подготовка и выполнена традиционная холецистэктомия, из них у 9(6 женщин, 3 мужчин) у этих больных была изучена динамика показателей ЭИ, ПОЛ и СРР.

II-В основной группе, больные были подразделены на две подгруппы(А.Б.): В первой основной подгруппе А- 22 больным, которым была выполнена традиционная предоперационная подготовка, дополняли проведением курса терапии антиоксидантом мексидолом (0,1 мг/сутки), из них у 10(10 женщин, 2 мужчин) проведено изучение динамики показателей эндогенной интоксикации(ЭИ), перекисного окисления липидов(ПОЛ) и свободнорадикальные реакции(СРР).

Во второй основной подгруппе Б-29-больным у которых предоперационную подготовку основывали на проведении сеансов НИЛИ(ВЛОК) в сочетании с фармакологической коррекцией антиоксидантом мексидолом (0,1 мг/сутки), из них у 8 (6 женщин, 2 мужчин) было проведено изучение динамики показателей ЭИ, ПОЛ и СРР. Для проведения сеансов внутривенного лазерного излучения крови (ВЛОК), мы использовали отечественную гелий-неоновую установку АФЛ - 1 Терапевтический гелий-неоновый лазерный аппарат «АФЛ - 1 » позволяет получать излучение в непрерывном режиме длиной волны 632,8 нм. В работе мы использовали мощность лазерного излучения на конце световода 6 мВт . Одноразовый стерильный кварцевый, моноволоконный, оптический световод вводили через установленный периферический венозный катетер на глубину, превышающую длину катетера на 1 мм. Исходя из известных литературных данных об эффективности мощности (Р) лазерного излучения (5-10 мВт и длительности 20-40 мин), мы проводили сеансы ВЛОК, используя Р = 5-10 мВт в течение 30 мин. Сеансы предоперационного ВЛОК проводили ежедневно. Первый сеанс осуществляли в 1 день пребывания больного в стационаре, после оценки клинической тяжести состояния и получения результатов УЗИ- исследования. В среднем пациентам проводили 3 сеанса ВЛОК до операции. Доза лазерного излучения за время одного сеанса составляла 7,2 Дж, курсовая доза составляла 36 Дж.

Все пациенты были обследованы по стандартной схеме: клинический осмотр, инструментальные исследования (R-скопия грудной клетки, ультразвуковая диагностика органов брюшной полости, электрокардиография, функция внешнего дыхания), лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови: уровень билирубина, АлАТ, АсАТ, глюкоза, общий белок). У части пациентов, выделенных в Ш группы, определяли степень эндогенной интоксикации (определение уровня содержания малонового диальдегида, карбониллов, антиоксидантной активности SH-групп и средних молекул [СМ]).

Клинический осмотр осуществляли в день поступления больного в клинику, перед назначением курса терапии, операцией, после ее выполнения и перед выпиской из стационара. Группа пациентов, предоперационная подготовка у которых состояла в проведении сеансов НИЛИ (ВЛОК) + мексидол (0,1 г/сутки) (Ш-группа), состояла из 44 больных, 12 из которых (10 женщин, 2 мужчин) были проведены всесторонние лабораторные исследования.

Анализ полученных в данной группе результатов,

свидетельствует о том, что проведение комбинированного (НИЛИ + мексидол) лечения и подготовки пациентов к выполнению холецистэктомии, позволило в 84 % случаев перевести ее выполнение в лучших условиях не ургентно, а в плановом порядке. В среднем, пациентам этой группы, на фоне традиционной подготовительной терапии, до операции, было проведено 3 сеансов ВЛОК в сочетании с назначением курса мексидола в дозе, использованной у пациентов П-группы (0,1 г/сутки).

При контрольном УЗИ у 2 больных этой группы (4,5%), на фоне проводимой терапии были обнаружены признаки расщепления и явления деструкции стенки желчного пузыря, в связи с чем, пациенты были оперированы в срочном порядке.

Среднее время подготовки к выполнению холецистэктомии в плановом порядке у пациентов этой группы составляло 3 суток.

Среди наблюдаемых пациентов этой группы, в 2 случаях, на фоне существенного улучшения состояния вследствие проведенной комбинированной фармако-лазеротерапии больные от оперативного вмешательства отказались.

Результаты исследования

Для иллюстрации приводим клинический пример:

Б-ая П-ва, 67 лет, и/б № 15096, поступила в хирургическое отделение с диагнозом: острый холецистит. При поступлении состояние средней тяжести. Жалобы: на тошноту и рвоту, боли в области правого подреберья, вздутие живота, горечь во рту. Данные клинического обследования: б-ная умеренного питания. Кожа чистая, обычной окраски. Желтухи нет. Видимые слизистые бледно-розового цвета. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится во всех отделах хрипов нет, несколько ослаблено в задне-нижних отделах. Тоны сердца ясные ритмичные, пульс 7 8 уд в мин», удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 180/85 мм рт ст. Живот несколько вздут, при пальпации болезненность в области правого подреберья усиливается, желчный пузырь не пальпируется. Данные УЗИ: желчный пузырь - объем до 10,0 см³, стенка до 0,7 см, без расщепления; в просвете единичные конкременты до 2-3 см в диаметре. Исходные клинические и биохимические анализы: (общий белок - 78,2 г/л, общий билирубин - 4 4,7 мкмоль/л, глюкоза - 6,9 ммоль /л, креатинин - 171 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, АлАТ - 50,1 МЕ/л, АсАТ - 71,8 МЕ/л). Показатели эндогенной интоксикации: СМ280 ~ 0,501 Ед. опт. плотн., СМ₂₅ - 0,421 Ед. опт. плотн., МДА - 7,21 мкМ, SH-группы плазмы - 0,11 мМ, карбонильные группы плазмы 4,2 нмоль/мг. Предоперационная подготовка: традиционная терапия + мексидол (по 0,1 г в/м в день - 3 суток) + сеансы ВЛОК (НИЛИ) ежедневно в течение 3 суток. Клинические и биохимические анализы (на 3 сутки) : (общий белок - 75,2 г/л, общий билирубин - 34,5 мкмоль/л, глюкоза - 6,0 ммоль /л, креатинин - 126 мкмоль/л, мочевины - 6,9 ммоль/л, АлАТ - 42 МЕ/л, АсАТ - 29,9 МЕ/л). Показатели эндогенной интоксикации: СМгвс ~ 0,39 Ед. опт. плотн., СМ255 ~ 0,29 Ед. опт. плотн., МДА - 6,01 мкМ, SH-группы плазмы - 0,42 мМ, карбонильные группы плазмы 3,0 нмоль/мг. На фоне существенно улучшенного состояния б-ой, выполнена холецистэктомия. Выписана в удовлетворительном состоянии через 4 дня.

Лабораторный контроль динамики уровней ряда биохимических показателей организма (общий белок, билирубин, глюкоза, креатинин, мочевины, АлАТ, АсАТ) и показателей эндогенной интоксикации и ПОЛ (СМ D280; СМD255> сульфгидрильных SH-групп, МДА, и карбонильных) осуществляли также, как и у больных в контрольной и II группах.

По полученным данным, динамика основных биохимических показателей у пациентов III группы, свидетельствовала о позитивности проводимой терапии. Уровень общего белка, находясь в пределах физиологической нормы, в отличие от результатов, полученных при анализе данных во II группе снижался, статистически недостоверно с 70,8±1,8 до 60,0±8,1 г/л (t= 1,302). При изучении уровня общего билирубина у пациен-

тов этой группы, исходные данные также характеризовались умеренным увеличением показателя до 42,6±2,61 мкмоль/л), однако в процессе лечения, содержание общего билирубина статистически достоверно (p<0,001; t=3,95) снижалось до среднего значения 24,6±3,7 мкмоль/л.

Уровень глюкозы плазмы у ряда пациентов несколько превышал нормальные значения и составлял в исходе 6,65±0,28 ммоль/л, но в результате проводимой терапии, к моменту выписки больных, ее уровень статистически достоверно, снижался до нормальных границ и составлял 4,63±0,66 ммоль/л (p< 0,005; t=2,818). Динамика содержания креатинина у пациентов III группы, при исходно повышенном уровне (170±5,8 мкмоль/л) характеризовалась постепенным статистически достоверным снижением (p<0,001). При осуществлении традиционной терапии с включением мексидола и сеансов ВЛОК (НИЛИ), его уровень к моменту выписки в среднем достигал значений 116,33± 14,1 мкмоль/л (t=3,53).

Исходно умеренно повышенный уровень мочевины у пациентов данной группы составлял в среднем 7,4±0,5 ммоль/л, но практически нормализовался статистически достоверно к моменту выписки, составляя 6,1 ±0,3 ммоль/л (p<0,001; t=4,154).

Динамика содержания фермента сыворотки - аланин-трансаминазы (АлАТ) имела ту же тенденцию, что у рассмотренных ранее биохимических показателей крови. Уровень АлАТ у пациентов III группы, в среднем составлял исходно — 50,7±4,6 МЕ/л и статистически достоверно снижался к моменту выписки до 3 1,0±4,8 МЕ/л (p<0,005; t=2,96).

Сдвиги аспартаттрансаминазы (АсАТ) изменялись статистически достоверно в пределах от 55,2±3,9 МЕ/л (исход) до 33,3± 4,81 МЕ/л (выписка) (p<0,001; t=4,62).

Результаты изучения сдвигов показателей эндогенной интоксикации и окислительного дистресса в III группе, свидетельствуют о том, что у пациентов этой группы, по ряду показателей были зафиксированы более существенные сдвиги в сторону их нормализации.

Исходные, средние значения показателя СМ_D280 (0,39±0,04 Ед. опт.плотн.) у больных ОХ практически соответствовали верхней границе нормы, и не претерпевали существенных изменений в процессе лечения, составляя в среднем перед выпиской, уровень 0,305±0,04 Ед. опт.плотн. (t=0,243).

Изменения значений показателя СМ_D255 в этой группе больных были статистически достоверны и снижались к моменту завершения лечения до уровней, находящихся в верхних пределах нормы: 0,213±0,03 Ед. опт. плотн. (p<0,005; t=0,707).

При анализе динамики малонового диальдегида (МДА) в III группе больных, нами было обнаружено, что средние значения показателя в исходе (4,45±0,5 мкМ) превышали физиологическую норму (N=1,888± 0,4 мкМ) больше чем вдвое и, в отличие от данных полученных у пациентов II группы, статистически достоверно (p<0,01) снижались, составляя к моменту выписки 2,62± 0,62 мкМ (t=2,667).

Показатель SH-групп, у пациентов этой группы в исходе не превышал значений физиологической нормы (N=0,374±0,05 мМ) и практически сохранялся таковым во время лечения, что мы связываем с неспецифичностью этого показателя для рассматриваемой категории больных.

В отличие от характера изменений показателя карбонильных групп белка у больных II группы, дополнение терапии сеансами ВЛОК (III группа), по полученным данным, при исходно повышенном его содержании в исходе (2,54±0,34 нмоль/мг), обеспечивало более существенное, статистически достоверное (p<0,003), снижение этого показателя (в среднем к моменту выписки - 1,32± 0,2 нмоль/мг (t=3,093).

Выводы

Таким образом, обобщая результаты, полученные у пациентов III группы можно заключить, что традиционное лечение, дополненное терапией мексидолом в сочетании сеансами ВЛОК

(НИЛИ), приводит к более быстрому чем у пациентов II группы, купированию острых клинических проявлений воспаления желчного пузыря, демонстративной нормализации биохимических показателей и снижению эндогенной интоксикации организма.

Литература

1. Ағәев В.А., Ағәев Р.М., Мәтмәдов Р.М., Новрузова Ғ.А. *Qaraciyürdән öd yollarının yatrogen тәнәәли зәдәләтмәләрдән вә сәриқ стриктурлары // Azərbaycan tibb jurnali*, 2006, № 4, с. 18-20
2. Бебуришвили А.Г. Желчная гипертензия и острый холецистит / В кн.: 50 лекций по хирургии. Под ред. В.С. Савельева. М.: Медиа Медика, 2003, с. 198-206
3. Бобров О.Е., Хмелиницкий С.И., Мендель Н.А. *Очерки хирургии острого холецистита // Полиум*, 2008, с.25-45
4. Бударин В.Н. *Экстренная лапароскопическая холецистэктомия // Эндоскопическая хирургия*, 2001, № 3, с. 11-12
5. Винокуров М.М. *Острый холецистит: пути улучшения результатов хирургического лечения: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1999, 136с.*
6. Винник Ю.С., Миллер С.В., Мухин С.П. и др. *Возможности лапароскопической холецистэктомии при деструктивном холецистите // Эндоскопическая хирургия*, 2000, №2, с. 17
7. Воробьев П.А. *Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии. М., 2000, 48с.*
8. Гальперин Е.И., Ветшева П.С. *Руководство по хирургии желчных путей. М.: Видар, 2006, 468-470с.*
9. 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
10. Дадавани С.А., Ветшев П.С., Шулуто А.М., Прудков М.И. *Желчно-*

каменная болезнь. М.: Видар, 2000, 165с.

11. Евсеев М.А. *Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Хирургия*, 2001, № 9, с. 30
12. Иванов В.А., Сундушникова Н.В. *Ультразвуковая диагностика проксимальной блокады билиарного тракта / Материалы 10 международной конф. хирургов-гепатологов России и стран СНГ. М., 2003, с.93-94*
13. Кнышова В.В., Шейкина А.И. *Функциональное состояние печени и метаболические нарушения печени при хроническом некалькулезном холецистите / Здоровье. Медицинская экология. М.: Наука, 2009, с. 39-40*
14. Лейшнер У.В. *Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. М.: ГЭОТАР Медицина, 2001, 26 с.*
15. Малярчук В.И., Климов А.Е., Русанов В.П. и др. *Особенности хирургии калькулезного холецистита у лиц старших возрастных групп с сопутствующей патологией // Эндоскопическая хирургия*, 2002, №2, с. 59
16. Малярчук В.И., Пауткин Ю.Ф. *Хирургия доброкачественных заболеваний внепеченочных желчных протоков // М.: Светонон, 2002, с. 200-201*
17. Мамедов А.А., Мамедов М.М. *Магнито-Иклазерное излучение. Реальность и перспективы // Здоровье*, 2004, №5, с. 26-31
18. Маслагин А.С., Комаров Н.В., Комаров Р.Н. *Дренажное брюшной полости после холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия*, 2005, № 4, с. 59-63
19. Прудков М.И., Столин А.В., Кармацких А.Ю. *Экспресс-диагностика гнойно-деструктивных форм острого калькулезного холецистита // Хирургия*, 2005, № 5, с.32-34
20. Смолина Е.Н., Васильев В.В., Ребров А.А. *Выбор тактики лечения острого холецистита у больных с повышением операционным риском // Вестник хирургии им. И.И. Грекова*, 2009, №4, с. 72-761.

Эндовидеохирургические операции в лечении желчнокаменной болезни

Акылжанов К.Р.

КГКП «Аксуская центральная больница» г.Аксу, Павлодарской обл., РК

В связи с очень высоким ростом заболеваемости желчнокаменной болезни среди населения, на сегодняшний день оно составляет 10-12% населения в странах Запада и 3-4% Азиатского населения, вопрос о малоинвазивной хирургии в лечении желчнокаменной болезни остается весьма актуальным [1]. В КГКП «Аксуская центральная больница» г.Аксу, Павлодарской области эндовидеохирургические операции при лечении желчнокаменной болезни применяется с 2003года.

Цель

Обобщить, проанализировать и поделить 8-летним опытом выполнения видеолaparоскопических операции при лечении желчнокаменной болезни и холециститах.

Материалы и методы

За период с 2003 по 2010 год в хирургическом отделении Аксуской центральной больницы г. Аксу, Павлодарской области произведено всего 906 холецистэктомии. Из них 348 или 38,4% - лапароскопических холецистэктомии, 297 или 32,7% - холецистэктомия из минидоступа, 261 или 28,8% - традиционным способом. Из них женщин ЛХЭ – 257или 73,8%, мужчин – ЛХЭ – 91 или 26,2% в возрастной категории от 18 лет до 81лет. При проведении операции использовалось оборудование и инструменты фирмы «АЗИМУТ» страна производства Россия, г. Санкт- Петербург. Все операции выполнялись под общим интубационным наркозом с применением миорелаксантов.

Результаты

Из 348 лапароскопических холецистэктомии 181 или 52,1% выполнены в плановом порядке и 167 или 47,9% выполнены в

Өт тас ауруының еміндегі эндовидеохирургиялық операциялар

Ақылжанов Қ.Р.

Бұл мақлада Ақсу қаласының орталық ауруханасындағы соңғы 8 жыл ішінде 2003-2010жылдары өт тас ауруын эндовидеохирургиялық тәсілмен емдеу қортындысын талдау болды. Осында 348 лапароскопиялық тәсілмен холецистэктомия операциясы жасалынды. Оның ішінде 181 немесе 52,1% науқасқа жоспарлы түрде операция жасалынды, 167 немесе 47,9% науқасқа шұғыл түрде операция жасалынды. 17 науқасқа операцияда конверсия-ашық әдіспен аяқталынды. 14 науқаста операциядан кейін асқынулар болды.

Laparoscopic operations in treatment of cholelithiasis

Akyzhanov K.R.

In article it is summed up 8 summer experiences laparoscopic operations treatments of cholelithiasis from 2003-2010year. In total operated laparoscopic cholecystectomy there were 348 patients. From them of 181 or 52,1% of patients it is operated in a planned order, and 167 or 47,9% are operated in an emergency order. With conversion has ended at 17 patients. Postoperative complications has developed at 14 patients.

экстренном порядке по поводу различных форм острого, деструктивного холецистита. Среди экстренных больных до операционное пребывание в стационаре до 12 часов было у 112 больных, до 24часов у 140 больных и у 96 больных после 24часов.

Всем пациентам которые потупили в экстренном порядке проводилась обследование: ЭКГ, осмотр терапевта, осмотр анестезиолога, развернутый анализ крови, общий анализ мочи,

биохимические анализы, глюкоза в крови, определение билирубина, амилазы крови, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, определение группы крови и резус-фактора.

Всем пациентам с деструктивными формами холецистита в обязательном порядке назначалась интраоперационная внутривенная инфузия антибиотика (цефалоспорины) при отсутствии противопоказаний, аллергической реакции.

После выполнения лапароскопической холецистэктомии во всех случаях оставляется контрольный дренаж у ложа желчного пузыря.

Конверсией закончились 17 лапароскопических холецистэктомий. Причиной перехода на лапаротомию был выраженный перивезикальный инфильтрат с плотным воспалительным процессом, из-за кровотечения из ложа желчного пузыря и сосудов, которые не удалось устранить лапароскопически.

Осложнения после лапароскопических холецистэктомий составил 14 или 4,0 % случаев: кровотечение из троакарных ран – 3, послеоперационная грыжа – 2, повреждение холедоха – 3, релапаротомия по поводу холедохолитиаза – 1, повреждение пузырного протока – 1, желчный перитонит – 3, повреждение толстого кишечника электрокоагулятором – 1. Летальных исходов не было.

Среди групп больных с до операционным пребыванием в стационаре до 12 часов п/о осложнении было у 2 больных или 1,8%, до 24 часов у 4 больных или 2,8% и оперированных после 24 часов у 8 больных или 8,3%.

Большой процент осложнения отмечалось у больных оперированных после 24 часов пребывания в стационаре.

Выводы

1.Современные оперативные методы лечения желчнокаменной болезни имеет тенденцию к использованию малоинвазивных технологии, т.е эндовидеохирургических методов оперативного лечения.

2.Наилучшие результаты оперативного лечения лапароскопическим способом получены у больных оперированных в первые 12 часов от момента поступления. В этой группе больных число конверсии и количество интра – и послеоперационных осложнений было значительно меньше, чем у больных, оперированных после 12 часов и после 24 часов экстренном порядке.

3.Лапароскопическая технология операции имеет значительные преимущества перед традиционным способом, что позволяет получать хорошие ближайшие и отдаленные результаты лечения.

4.Лапароскопическая холецистэктомия является эффективным хирургическим методом лечения больных не только хроническим калькулезным холециститом но и у больных с острым холециститом.

5.Обеспечивает хороший косметический эффект и в связи с её малой травматичностью дает возможность быстрого восстановления активной трудовой и физической деятельности.

Литература:

- 1) «Руководство по хирургии желчных путей» Под редакцией Гальперина Э.И., Ветшева П.С. М.: Видар – М, 2006г , Стр.- 163-183.
- 2) Токпанов С.И., Габбасов Е.М., Айгараев Р.Д., Кайкенов Б.Т., Уразов Т.Д. «Лапароскопическая холецистэктомия из трех троакаров», Вестник хирургии Казахстана (материалы 1-го съезда Казахстанской ассоциации эндоскопических хирургов 4-5 ноября 2011г , г. Астана), Стр. -40.

Влияние программы инфузионной терапии на уровень внутрибрюшного давления у больных с абдоминальным сепсисом

Шапко И.П.

КГП «Костанайская областная больница»

Актуальность

Согласно современным представлениям абдоминальный сепсис является системной воспалительной реакцией организма в ответ на развитие деструктивного воспалительного и инфекционного процесса в органах с различной локализацией в брюшной полости и забрюшинном пространстве (1). Основную роль в прогрессировании абдоминального сепсиса играет развивающийся в 85 – 100 % случаев синдром энтеральной недостаточности, когда кишечник и его содержимое становятся преобладающим источником инфекции (3). Нарушение микроциркуляции в кишечной стенке с резким ее отеком ведет к функциональной неполноценности, нарушению энтерального всасывания, развивающейся диспротеинемии, напряжению иммунной защиты вследствие снижения синтеза ряда белковых структур, дисрегуляции в системе комплемента, перитонеальных макрофагов, повышенному расходу альбумина для связывания экзо- и эндотоксинов (2). Повышенная проницаемость сосудов ведет к усилению транссудации жидкости в первую очередь в просвет растянутых петель, повышенной плазмопотере и интерстициальному отеку, который в свою очередь, ухудшает транспортировку воды, электролитов питательных веществ из энтеральной во внутреннюю среду. Перерастяжение газом и жидкостью кишечника ведет к повышению внутриполостного давления, и, как следствие, к исчезновению пульсирующих колебаний, необходимых для нормального пассажа кишечного содержимого. При абдоминальном сепсисе происходит

Ключевые слова: инфузионная терапия, сепсис.

значительное повышение внутрибрюшного давления у 30 % пациентов, из них у 5,5 % развивается синдром внутрибрюшной гипертензии (4). Среди причин внутрибрюшной гипертензии у хирургических больных ведущую роль играет массивная инфузионная терапия (77,5 %), острая кишечная непроходимость (57,8 %) и абдоминальная инфекция (16,9 %) (5). По данным некоторых авторов, положительный баланс жидкости и низкое абдоминальное перфузионное давление являются предикторами низкой выживаемости больных в отделениях интенсивной терапии. Резкое снижение коллоидно-осмотического давления при септических состояниях приводит к задержке жидкости, периферическим отекам, асцитам, но не к отеку легких (7). Ведущей целью инфузионной терапии у больных с абдоминальным сепсисом является обеспечение доставки кислорода к тканям, остро в них нуждающимся. Это достигается путем поддержания адекватного сердечного выброса для обеспечения перфузии тканей при минимальном гидростатическом давлении в капиллярах, чтобы предупредить утечку жидкости в интерстиций. Кроме того, после восстановления кровотока в ишемизированных тканях возникает эффект реперфузии, массивное поступление в общий кровоток продуктов деградации белка и эндотоксинов, и, как следствие, усугубляется повреждение сосудистой стенки, нарастает сердечно-сосудистая недостаточность. Если при этом больной получает антибиотики цитолитического действия,

выброс эндотоксинов сочетается с поступлением экзотоксинов вследствие разрушения бактериальных клеток, а процесс повреждения эндотелия сосудов становится труднообратимым. Таким образом, механизм отрицательного влияния положительного жидкостного баланса достаточно сложен.

Для коррекции гиповолемии при абдоминальном сепсисе с одинаковым результатом применяют и коллоиды и кристаллоиды (9). Каждый из препаратов имеет свои достоинства и недостатки, однако коллоиды предпочтительны у больных с поврежденным с поврежденным эндотелием, так как обладают «запечатывающим» эффектом (8). Поскольку при абдоминальном сепсисе объем переливаемых сред отражается на степени выраженности внутрибрюшной гипертензии, а последняя является предиктором высокой летальности при гастроинтестинальной недостаточности (6), то определение влияния характера переливаемых сред на уровень внутрибрюшного давления является актуальным.

Материалы и методы

В исследовании участвовали 58 больных с абдоминальным сепсисом, причиной которого послужил распространенный перитонит, госпитализированных и оперированных в ГККП «Костанайская областная больница» за период 2010-2011 г.г.

Исследование является проспективным рандомизированным контролируемым. При рандомизации применялся метод адаптивной рандомизации. Различия между показателями оценивались с помощью коэффициента Стьюдента.

Цель исследования

- оценить влияние различных программ инфузионной терапии на уровень внутрибрюшного давления при абдоминальном сепсисе.

Критерии включения:

- наличие у больного распространенного перитонита, верифицированного интраоперационно;
- соответствие состояния диагностическим критериям тяжелого абдоминального сепсиса (8);
- возраст 20-60 лет;
- оценка тяжести по шкале APACHE II более 15 баллов;
- отсутствие в анализе тяжелых заболеваний сердечно-сосудистой системы и системы дыхания, эндокринных расстройств;
- отсутствие клиники септического шока;
- отсутствие беременности;

Материалы и методы

Все пациенты были оперированы в экстренном порядке. Причиной абдоминального сепсиса послужили в большинстве случаев панкреатит, перфорация полых органов с излитием содержимого в брюшную полость, кишечная непроходимость с некрозом кишки. Релапаротомии проведены у 8 (14 %) больных с закрытием брюшной полости и оставлением контрольных дренажей.

Все больные разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, характеру основной и сопутствующей патологии, объему операции. Обе группы получали общепринятую программу интенсивной терапии раннего послеоперационного периода при абдоминальном сепсисе, включая общий объем инфузии (1,5 л/м²; минус 500 мл, начиная со вторых суток). Исходная гиповолемия корригировалась в пред- и интраоперационном периоде у учетом рекомендованных целевых параметров (10). В основной группе в состав инфузионной терапии включались коллоиды ГЭК 200/0,5 6% и ГЭК200/0,5 10% в соотношении с кристаллоидами 1:4, если общий белок превышал 60 гр./л, и 1:3, если общий белок был менее 60 гр./л. В контрольной группе инфузия проводилась исключительно кристаллоидами. В случае успешного начала энтерального питания соответствующий объем жидкости исключался из внутривенной гидратации.

Определение внутрибрюшного давления (ВБД) осуществля-

лось в мочевом пузыре по методу, описанному J.Kron (1984). Среднее артериальное давление (АДср) рассчитывалось монитором в режиме on line. Перфузионное давление оценивалось как разница между средним артериальным и внутрибрюшным давлением. Исследование проводилось в конце 1-х, на 3-и и 5-е сутки послеоперационного периода.

Результаты и обсуждение

В первые часы раннего послеоперационного периода повышенное ВБД - >12 мм рт.ст. – отмечалось у небольшого количества больных: 14 больных основной и 12 больных контрольной группы. Это объясняется, по-видимому, влиянием лапаротомии и интраоперационной эвакуации кишечного и желудочного содержимого. В дальнейшем динамика внутрибрюшного давления различна в группах (табл.1).

Таблица 1. Динамика внутрибрюшного давления при различных программах инфузионной терапии (мм рт. ст.)

Группа	1-е сутки	3-и сутки	5-е сутки
Основная (n=29)	17,8±5,46	17,2±6,7	13,7±4,5*
Контрольная (n=29)	14,5±4,5	14,5±4,8	12,4±3,6**

* - различия в группе статистически недостоверны (p>0,05);

** - различия в группе статистически достоверны (p<0,05).

Темп снижения ВБД в основной группе превышает тот же показатель в контрольной группе, что, по-видимому, связано с уменьшением отека кишечной стенки и пропотевания жидкости в просвет кишки.

При оценке динамики перфузионного давления увеличение его более существенно в основной группе (табл.2), что, вероятно, связано с общей стабилизацией гемодинамики.

Таблица 2. Динамика перфузионного давления при различных программах инфузионной терапии.

Группа	1-е сутки	3-и сутки	5-е сутки
Основная (n=29)	79,1±17,7	82,2±15,6	87±12,8*
Контрольная (n=29)	75,3±16,3	76,7±14,8	77,1±13,3*#

* - различия в группе статистически недостоверны (p>0,05);

- различия в между группами статистически достоверны (0,01<p<0,05).

Статистически значимых различий динамических показателей внутри групп не обнаружено, однако между группами имеется достоверное различие в уровне перфузионного абдоминального давления на 5-е сутки исследования. Это может быть связано как с общей стабилизацией гемодинамики, так и с более быстрым темпом снижения ВБД на фоне коррекции коллоидно-осмотического давления. При этом скорость восстановления перистальтики, пассажа по желудочно-кишечному тракту, самостоятельного стула была близкой по времени в обеих группах (основная группа – 4,1 сутки, контрольная группа – 3,8 суток).

Вывод

Включение в программу инфузионной терапии коллоидных сред при общем уменьшении объема гидратации (1,25-1,35 л/м²) не отражается на динамике внутрибрюшного давления, однако способствует более быстрому нарастанию перфузионного абдоминального давления.

Литература:

1. *Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия.// Практическое руководство. Под ред. В.С.Савельева, Б.Р.Гельфанда. – М., Литтерра, 2006. – 166 с.*
2. *Андреевский И.А. Клиническая оценка ретикулоэндотелиальной системы во врачебной практике. – Челябинск, 2010 -2014 с.*
3. *Гаин Ю.М., Леонович С.И., Алексеев С.А. Энтеральная недостаточность при перитоните: теоретические и практические аспекты, диагностика и лечение. – Молодечно, 2001. – 265 с.*
4. *Гринев М.В., Громов М.И., Комраков В.Е.. Хирургический сепсис. – СПб. – М., 2001. – 315 с.*
5. *Губайдуллин Р.Р. Внутрибрюшная гипертензия / Р.Р. Губайдуллин*

// Новости науки и техники. Сер. Медицина. Реаниматология. Интенс. терапия. Анестезиология. / ВИНТИ. 2002. - №4. - С. 8-12.
 6. Мальцева Л.А., Мосинцев Н.Ф., Анисеева Л.Ф. и др. Шкала оценки гастроинтестинальной недостаточности у пациентов с критическим состоянием. // Вестник интенс. терапии, 2010. - №1. - С. 18-20.
 7. Мусаева Т.С., Заболотских И.Б. Ранняя инфузионно-трансфузионная терапия тяжелого сепсиса и септического шока (аналитический обзор литературы) // Вестник интенс. терапии, 2009. - №2. - С. 28-36.
 8. Плоткин Л.А., Подкорытов И.Л., Габбасова Л.А. и др. Абдоминальный сепсис / Под ред. профессора Бордуновского В.Н. - Челябинск, 2001. - 127 с.

9. Руднов В.А. Базисный комплекс интенсивной терапии тяжелого сепсиса и септического шока с учетом современных рекомендаций (сообщение второе) // Вестник анест. и реан., 2010. - Т.7, №3. - С. 42-51.
 10. Современные клинические рекомендации по антимикробной терапии. Рекомендации по ведению пациентов с тяжелым сепсисом и септическим шоком. / Р.Ф. Деллинжер, Ж.М. Карле, Г. Мазур и др. Выпуск 2. - Смоленск: МАКМАХ, 2007. - С. 6-48.
 Ertel W. Incidence and clinical pattern of the abdominal patients with severe abdominal and/or pelvis trauma / W. Ertel, A. Oberholzer, A. Platz et.al. // Crit. Care Med. - 2000. - Vol.28, №3. - P.1747-1753.

Результаты клинических наблюдений над больными, подвергшимся лапароскопической холецистэктомии

Ширинов З.Т., Идрисов Ф.С.

Научно-хирургический центр им. акад. М.А. Топчибашева. Баку. Азербайджан

Актуальность проблемы

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) широко распространена во всём мире, в том числе и в Азербайджане. В среднем 10% населения страдают этим заболеванием [1,3,4].

Операции холецистэктомии обычно выполняются двумя методами: открытым, классическим, и лапароскопическим. Во всём мире 90% всех операций выполняются лапароскопическим методом, 10% открытым, классическим методом. В Азербайджанской Республике, в том числе и в нашей клинике, всего 20% всех операций выполняются лапароскопическим методом [1,6,8].

Впервые в 1985 году немецкий хирург Erich Muche выполнил лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ)[2]. Не зная друг о друге в 1987 году французский хирург Phillipe Mouret со своими сотрудниками и в 1988 году в США Eddic Reddik и Douglas Oulsen выполнили ЛХЭ [4]. В России впервые ЛХЭ была произведена Ю.И. Галлингером, а в Азербайджане Г.А.Рустамовым [5,7].

Материалы и методы исследования

Для сравнительного анализа открытых - классических и лапароскопических методов в Научном Центре Хирургии им. Акад. М.А. Топчибашева в отделении хирургии печени, желчевыводящей путей и поджелудочной железы были изучены результаты 500 больных подвергшихся холецистэктомии. Эти больные были разделены на 3 группы. I группа -200 (40%) больных подвергшихся холецистэктомии открытым - классическим способом, II группа -200 (40%) больных подвергшихся холецистэктомии лапароскопическим способом и III группа -100(20%) больных подвергшихся холецистэктомии открытым «мини» разрезом.

Мы хотим ознакомить вас с результатами II группы 200 больных подвергшихся холецистэктомии лапароскопическим методом. В таблице №1 представлено разделение больных по полу и возрасту.

Табл. №1

Пол \ Возраст	Возраст					Всего
	<20	21-40	41-60	61-75	>75	
Мужчины		8	13	1	1	24
Женщины	4	63	84	24	1	176
Всего	4 (2%)	71 (35,5%)	97 (48,5%)	25 (12,5%)	2 (1%)	200

В этом клиническом материале встречаемость ЖКБ между женщинами и мужчинами составило 1:8. Их них трудоспособного населения в возрасте 20-60 лет составило 176 больных

(86%).

В результате изучения поступления больных были выявлены, что 26% поступили по направлениям из поликлиник, 74% поступили самообращением. При ретроспективном анализе историй болезни было изучено продолжительность заболевания. В таблице №2 эти данные нашли своё отражение.

Табл. 2.

Время заболевания	до 1 года		от 2 до 5 лет		больше 5 лет		Всего
	n	%	n	%	n	%	
Число больных	53	26,5	114	57	43	21,5	200

Как видно из таблицы №2, 53 больных (26,5%) до 1 года, 114 больных 57% от 1 до 5 лет, 43 больных (21,5%) больше 5 лет страдали ЖКБ. В этой же группе так же отмечены больные, страдающие ЖКБ больше 20 лет.

Следуя анамнестическим данным 95 больных (47,5%) находились под наблюдением у врача, 105 больных не находились под наблюдением.

Всем больным (100%) проводилась ультрасонография (УЗИ). 3 больным (1,5%) для более полной информации о желчном протоке проводилась компьютерная томография (КТ), а 200 больным (100%) были произведены исследования с помощью рентген-телевизионной установки Рентгеноскопические исследования органов грудной полости, были произведены исследования органов в 100% случаях электрокардиографические исследования (ЭКГ), 64(32%), рентген-контрастные исследования желудочно-кишечного тракта, 120 (60%) больным эндоскопическое исследование и Ph-метрия желудка с помощью аппарата «АГМ-03-Ацидогастрометр» российского производства.

Всем больным в Научном центре хирургии им. Акад. М.А.Топчибашева, в лаборатории с помощью новейших анализаторов проводились лабораторные исследования: общий и биохимический анализ крови, RW, СПИД, HCVAg и HBsAg.

В таблице № 3 указана частота сопутствующих заболеваний. Судя из таблицы, выявлены 83 различных осложнений и сопутствующих заболеваний. В этой группе также встречались больные, у которых в одно и то же время было 3-4 сопутствующих заболевания.

Только 94 больных (47%) из этой группы в предоперационном периоде совместно с исследованиями, проводилась консервативная (медикаментозная) и антибактериальная терапия. 106 больных без всякой медикаментозной терапии были подвержены оперативному вмешательству.

Табл. №3.

№	Название заболевания	Число	%
---	----------------------	-------	---

1	Хроническая ишемическая болезнь миокарда	6	3
2	Атеросклеротический кардиосклероз	3	1,5
3	Гипертоническая болезнь II В.	3	1,5
4	Миокардиодистрофия	1	0,5
5	Атерокардиосклероз-аритмия	2	1
6	Нейроциркуляторная дистония	1	0,5
7	Сахарный диабет	7	3,5
8	Хр. бронхит	2	1
9	Носитель вируса Гепатита С	2	1
10	Носитель вируса Гепатита В	1	0,5
11	Хронический гепатит	4	2
12	ГПОД, Рефлюкс-эзофагит	16	8
13	Эрозивный гастродуоденит	5	2,5
14	Язва желудка	2	1
15	Язва 12 п. кишки, бульбодеформация	4	2
16	Дивертикул 12 п. кишки	1	0,5
17	Биллиарный панкреатит	1	0,5
18	Полипоз желчного пузыря	3	1,5
19	Хронический колит	1	0,5
20	Пупочная грыжа	7	3,5
21	Фибромиома матки	3	1,5
22	Фиброз правого лёгкого	1	0,5
23	Состояние после правосторонней нефрэктомии	1	0,5
24	Медикаментозная аллергия	1	0,5
25	Спаечная болезнь	2	1
26	Эпилепсия	1	0,5
27	Полиартрит (остеохондроз)	2	1
	Всего	83	41,5

Учитывая результаты исследования и ревизию при операции 147 больных (73,5%) был выставлен диагноз хронический калькулёзный холецистит, 3 больным (1,5%) хронический калькулёзный холецистит совместно полипозом желчного пузыря и 50 больным (25%) острый калькулёзный холецистит.

Всем больным подвергшиеся ЛХЭ за сутки до операции и за 2 суток после операции проводилась антибактериальная терапия, антибиотиками широкого спектра действия цефалоспорины нового поколения, Цефтриаксон 1,0 один раз в день в/м.

Все операции проводились под интубационным – эндотрахеальным наркозом, на многофункциональном операционном столе по Американской методике, с помощью немецкого оборудования Karl Shtors.

Положение больного с приподнятым головным концом (Трендленбург) с наклоном налево. Только 3 больным было использовано 3 троакара, 192 больным 4 троакара и только 5 больным 5 троакаров. Пневмоперитонеум проводился с помощью разреза ниже пупка длиной 1- 1,5 см. Пупок с помощью зажима поднимался в вертикальное положение и с помощью иглы Veressa проникали в брюшную полость и после водной пробы производилась инсуффляция CO₂ до 12-14 мм Нд.ст. По литературным данным использование иглы Veress приводит к различным осложнениям и поэтому только 30 больным (15%) применялась эта методика, 170 больным (85%) применялась открытая методика по Hassan, погружения 10 мм троакара в брюшную полость с последующей инсуффляцией газа. В нашей клинике при погружении троакара в брюшную полость осложнений не наблюдалось.

122 больным (61%) эвакуация желчного пузыря проводилась из разреза ниже пупка, 78 больным (39%) из места разреза

Табл.№4

Время минуты	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	180	200
Больные N	19	20	45	24	20	20	7	6	14	5	3	3	4	74,8
Всего	760	2000	2700	1680	1600	1800	700	660	1680	650	420	450	720	14820

второго 10мм. троакара. При удалении из места разреза второго 10мм троакара в 8 случаях желчный пузырь удалялся с помощью контейнера. 70 больным (35%) контейнер для удаления не понадобился.

В последующем этапе из места третьего 5 мм троакара подпеченочная область дренировалась 8-10 мм дренажом. Больные в течение суток находились в отделении интенсивной терапии и реанимации, на следующий день переводились в отделение, дренаж удалялся. Больной активизировался. Соблюдая диету, выписывался в этот или на следующий день на амбулаторное наблюдение по месту жительства.

При анализе наркозных карт больных было изучено время и продолжительность операции. В таблице №4 были указаны результаты этих наблюдений.

Как видно из таблицы 4, большинство больных оперированы в течение 1,5-2 часов, только в некоторых случаях наблюдалась продолжительность операций от 3 до 4 часов.

По нашим данным, средняя продолжительность операции после ЛХЭ у 200 больных, в среднем длится 74,1 мин. ≈ 1 час 14 мин.

В таблице №5 показаны осложнения возникшие во время операции и переход на открытый метод (конверсия).

Табл.№5

№	Осложнения	Число	%
1	Отрыв пузырной артерии, кровотечение	1	0,5
2	Кровотечение из ложа пузыря	1	0,5
3	Отрыв пузырного протока	1	0,5
4	Использование 5-го троакара	4	2
5	Расширение раны ниже пупка	3	1,5
6	Конверсия	4	2

Как видно из таблицы № 5 при погружении троакара в брюшную полость осложнений не наблюдалось. Осложнения обычно наблюдались при манипуляции в области шейки желчного пузыря и отслойки желчного пузыря от печени. У 2 больных с проффузным кровотечением, из них у одного в следствие отрыва артерии во время клипирования, у другого из ложа желчного пузыря и у одного отрыв пузырного протока, в результате невозможного клипирования. Всем 3 больным проведена конверсия с последующим перевязыванием артерий и пузырного протока. В следствие невозможности манипуляции у другого больного с острым калькулёзным холециститом и инфильтрацией пузыря был произведен переход на открытый метод (конверсия) с последующим удалением желчного пузыря.

Табл.№6

№	Осложнения	Число больных	%
1	Нагноение раны ниже пупка	6	3
2	Образование лигатурной фистулы в ране ниже пупка	2	1
3	Острая тонкокишечная непроходимость	1	0,5
4	Желчный перитонит	1	0,5
5	Релапароскопия, лапаротомия	2	1

У 4 больных вследствие технических трудностей использовался пятый 5 мм троакар. У 3 больных, в следствие невозможности раздавливания больших камней, наблюдалась расширение раны ниже пупка. При ретроспективном анализе наших клинических материалов нужно отметить, что ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоках не наблюдалось.

В раннем послеоперационном периоде возникшие осложнения указаны в таблице №6. Как видно из таблицы, у 6 больных (3%) наблюдалось нагноение раны ниже пупка и у 2 больных образование лигатурной фистулы. Эти осложнения наблюдались при удалении

Табл. №7

Число койко-дней	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	19	20	24	25	254
Число больных	8	17	43	22	36	22	14	5	6	12	1	3	3	3	1	1	1	1	1	200
Всего	24	68	215	132	252	176	126	50	66	144	13	42	45	48	17	19	20	24	25	

желчного пузыря из места раны 1–го троакара. Поэтому мы, в большинстве случаев предпочитаем удаление желчного пузыря из места 2-го 10 мм троакара.

У одного больного на 3 сутки в следствие острой тонкокишечной непроходимости и у одного больного на 4 сутки в следствии желчного перитонита была произведена релапаротомия.

В таблице №7 представлено число койко-дней больных.

Как видно из таблицы № 7 большинство больных были выписаны домой в течении одной недели. Однако наблюдались случаи нахождения на стационарном лечении в течении 2-3 дней.

В этой группе больных, среднее койко-дней составило $7,53 \approx 7 \pm 1$ день.

Таким образом: Из 200 больных подвергшиеся ЛХЭ, 24 больных 12%-мужчины, 176 больных 88%- женщины, соотношение встречаемости ЖКБ между мужчинами и женщинами составили 1:8.

26% больных обращались по направлению из поликлиник, 74% самообращением. 53 больных (26,5%) до 1 года, 114 больных (57%) от 1 до 5 лет, 43 больных (21,5%) больше 5 лет страдали ЖКБ. Из них 95 больных (47,5%) находились под наблюдением у врача, а 105 больных (52,5%) не находились под наблюдением. В этой группе наблюдалось 83 случая различных осложнений и сопутствующих заболеваний. 94 больных (47%) в предоперационном периоде совместно с обследованиями получали консервативное лечение, 106 больных были подвержены операции без консервативного лечения.

147 больным (73,5%) был выставлен диагноз хронический калькулёзный холецистит, 3 больным (1,5%) хронический калькулёзный холецистит совместно с полипозом желчного пузыря и 50 больных 25% острый калькулёзный холецистит.

3 больным использовалось 3 троакара, 192 больным 4 троакара и 5 больным 5 троакаров 5 мм. Из них второй обязательно должен быть 10 мм.

30 больным 15% пневмоперитонеум создавался с помощью иглы Veress, 170 больным 85% открытым способом. В нашей клинической практике в результате постановки

троакаров осложнений не наблюдалось. У 122 больных (61%) желчный пузырь удалялся из раны ниже пупка, у 78 больных (39%) из места раны второго троакара. Из места раны второго троакара только у 8 больных желчный пузырь удалялся с помощью контейнера. У 70 больных (35%) при удалении желчного пузыря контейнер не использовался.

Средняя продолжительность операции при ЛХЭ составило $74,1 \text{ мин.} \approx 1 \text{ час} 14 \text{ мин.}$ У 10 больных наблюдалось интраоперационное осложнение, у 4 больных (2%) переход на открытый метод (конверсия).

В раннем послеоперационном периоде у 6 больных (3%) наблюдалось нагноение раны ниже пупка, у 2 больных 1 % в следствие острого перитонита производилась релапаротомия. Среднее койко-дней составило $7,53 \approx 7 \pm 1$ день. Летальность не наблюдалась.

Список литературы:

1. В.А.Агаев "Cərrahi xəstəliklər"2008
2. Coşqun Polad "Laparoskopik cərrahi". Nobel tip kitabəvləri-2008.407 səh.
3. Ветшев П.С., Шулутко А.М. и др./Хирургическое лечение холелитиаза: незывлемые принципы, щадящие технологии/ Хирургия, 8, 2005.
4. Гальперин Э.И., Ветшев П.С./Руководство по хирургии желчных путей/2006.
5. Галлингер Ю.И., Пшошин А.Д./Лапароскопическая холецистэктомия.М.: Медицина.1994.
6. Нестеренко Ю.А., Михайлузов С.В., Бузова В.А., Хоконов М.А., Балкизов З.З./ Лечение калькулёзного холецистита и его осложнений/Хирургия, 10, 2003
7. Рустамов Г.А./Минимальная инвазивная терапия. Баку. Гусмет. 200г. 104 стр.
8. AfdhalN/ Diseases of the gallbladder and bile ducts. In: Goldman L, Ausiello D, eds.Cecil Medicine. 23 rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 159.

Киста поджелудочной железы (ПЖ) осложненная профузным кровотечением в просвет желудка

Шомиров С.С.

Главный хирург УЗ Атырауской области, зав.хирургическим отделением обл.больницы

Киста поджелудочной железы (от греч. kýstis — пузырь) — патологическая полость, возникшая в ткани поджелудочной железы (ПЖ), содержащие панкреатический секрет и тканевой детрит.

Кисты ПЖ разделяют на врожденные — истинные и приобретенные — ложные, псевдокисты. Истинные кисты имеют внутреннюю эпителиальную выстилку. Стенки ложных (псевдокист) лишены такой выстилки и состоят из фиброзной ткани.

Причины приобретенных (псевдокист) кист — острый и хронический панкреатит, травма ПЖ и ее протоков, кровоизлияния в паренхиму ПЖ. При остром панкреатите кисты образуются на месте очагов некроза паренхимы железы и в парапанкреатической клетчатке.

Кисты ПЖ в клинической практике встречаются относительно редко, но последние годы число их значительно возросло.

В своей статье мы не будем останавливаться на клинической картине кисты поджелудочной железы, которая подробно описана в многих литературных источниках. В своей статье хотел подробнее остановиться на редком осложнении кисты ПЖ, как кровотечение.

Кровотечение является главным и грозным осложнением,

которое требует экстренного вмешательства. Частота кровотечений при кистах составляет от 1.9 (П.В.Лыс, 1978) до 11% (Mercadir, 1976). По данным Атырауской областной больницы за последнее 3 года было пролечено 541 больных с кровотечением из ЖКТ. Только у 2-х пациентов причиной кровотечения была киста ПЖ, что составляет 0,3%. Основным источником кровотечения являлась селезеночная артерия, а именно ложная аневризма в следствие острого или хронического воспалительного процесса. Ложная аневризма селезеночной артерии является нечастым (от 1,2 до 7,5%), но крайне опасным осложнением. Ложную аневризму у больного можно заподозрить при появлении кровотечения из верхних отделов ЖКТ без явной причины.

Впервые аневризма селезеночной артерии (АСА) была описана М. Beaussier в 1770 г.

Различают несколько видов кровотечения в кисты ПЖ: 1) ограниченные полостью кисты; 2)с последующим прорывом в просвет полого органа и возникновением желудочно-кишечного кровотечения; 3)в кисту и из нее - в протоки ПЖ и в двенадцатиперстную кишку и 4)в кисту с последующим ее разрывом и возникновением внутрибрюшного кровотечения.

Острые массивные кровотечения часто осложняются клинической картиной геморрагического шока. Нередко среди полного благополучия у больного появляется слабость, головокружение, звон в ушах, кожные покровы бледнеют, покрываются холодным липким потом. Пульс становится частым и нитевидным, дыхание поверхностным. Систолическое артериальное давление падает на некоторый срок ниже 80 мм рт. ст. Общая слабость бывает выражена настолько резко, что больной с трудом отвечает на вопросы. Причина необычайной слабости и обморока становится очевидной только после появления кровавой рвоты и дегтеобразного стула.

Кровавая рвота в большинстве случаев возникает вскоре после начала профузного кровотечения. Цвет рвотных масс зависит от скорости кровотечения, как правило кровотечение бывает профузным, в следствие чего рвота с кровью алого цвета. Особенностью кровотечения при ложных аневризмах селезеночной артерии с опорожнением в желудок является именно рвота полным ртом, массивное, которое часто самостоятельно и быстро останавливается даже без каких либо вмешательств. Еще одной особенностью этого вида кровотечения является отсутствие явного эндоскопического источника кровотечения. Кровотечение при аневризмах СА имеет тенденцию к рецидиву с интервалом 3-4 дня. Это связано тампонадой полости кисты сгустками крови, а по мере гемолиза сгустка крови возобновление кровотечения. Именно такую картину мы наблюдали в своих клинических случаях, у обоих больных.

В экстренной хирургии, когда кровотечение требует неотложных вмешательств, из-за трудности диагностики допускаются разного рода тактические и технические ошибки. Как правило, эндоскопия не дает полноценной информации об источнике, а возобновляющееся кровотечение вынуждает хирурга идти на оперативное вмешательство на основе обще принятых тактических установок. Некоторые из описанных выше заболеваний настолько редко встречаются, что вероятность обнаружения их у больного меньше, чем вероятность пропуска более прозаического повреждения. Такие осложнения до того редки, что некоторые хирурги упорно не верят в вероятность таких осложнений. Вследствие чего больные подвергаются релапаротомиям и даже неоднократно.

Ниже приведенные случаи являются примером неосведомленности и отсутствие настороженности у хирургов в отношении таких осложнений.

Оба больных поступили с явлениями состоявшегося кровотечения и острой постгеморрагической анемии. Эндоскопическая картина верхних отделов ЖКТ скудная, и не указывает на какие либо четкие источники кровотечения. В одном случае указывают на эрозию-язву субкардиального отдела желудка. У обоих пациентов нет язвенного анамнеза.

Типичной картиной в обоих случаях являлись повторные и профузные кровотечения через 3-4 дня от момента поступления в стационар, которые вынуждали хирургов идти на экстренную операцию. Типичный ход операции гастротомия, ревизия желудка и 12 перстной кишки не дает четких источников кровотечения и операция заканчивается ушиванием эрозии-язв по данным

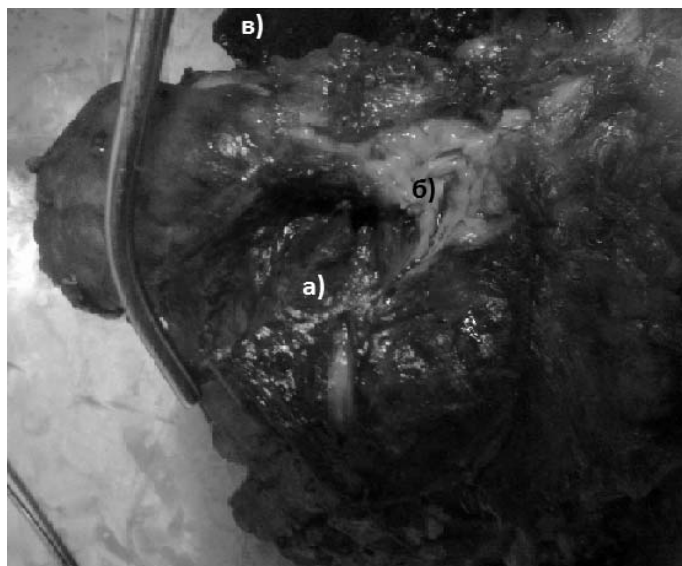


Рис.1. Макропрепарат: а) киста ПЖ; б) аневризма селезеночной артерии; в) селезенка.

эндоскопии сделанной перед операцией. В послеоперационном периоде кровотечение возобновилось на 3-4 сутки, причем профузное, которое остановилось быстро. Неоднократный рецидив кровотечения вынуждал на релапаротомию. В одном случае двукратно, в другом однократно. Только тщательный сбор анамнеза, дополнительные методы обследования между эпизодами кровотечения и интраоперационная тщательная и полноценная ревизия помогает найти истинный источник кровотечения. В обоих случаях источниками кровотечения являлись кисты ПЖ, осложненные аневризмой селезеночной артерии с фистулой в просвет желудка, которая была не замечена во время первых операции. В первом случае операция закончилась ушиванием стенки сосуда, а в другом резекцией хвоста ПЖ вместе с селезенкой. На рисунке видна аневризма селезеночной артерии (б), интимно спаянная со стенкой кисты.

В обоих случаях пациенты выписаны с благоприятным исходом.

Выводы:

- 1) кровотечение из кисты ПЖ в просвет ЖКТ является очень редкой патологией, по нашим данным 0,3% в связи с чем диагностика крайне сложна;
- 2) характеризуется отсутствием четких эндоскопических признаков источника кровотечения;
- 3) высокой массивностью;
- 4) имеет тенденцию к самостоятельной остановке, даже без применения гемостатиков;
- 5) межрецидивный период обычно составляет 3-4 дня;
- 6) наиболее приемлемой операцией является радикальное удаление кисты ПЖ с источником кровотечения.

Клинико-диагностические особенности и лечение вдавленных переломов костей черепа у детей грудного возраста

Мурзагалиев Г.И.

ЗКО, г. Уральск, ГКП ПХВ «Областная клиническая больница»

Вдавленные переломы костей черепа у детей грудного возраста возникают в основном в бытовых условиях, при выпадении с различных высот по неосторожности родителей. Кости черепа у них отличаются своими особенностями. Они бывают тонкими и эластичными и состоят из наружной и внутренней пластинки. Пока еще у них не восстановлены губчатое вещество и сосудистые русла между двумя пластинками. Одновременно не сформированы воздушные пазухи, содержащиеся в отдельных костях черепа. Питание костей черепа у них осуществляется за счет надкостницы и твердой мозговой оболочки. При черепно-мозговой травме возникающие вдавленные переломы у детей грудного возраста также отличаются своими особенностями. При падении дети чаще ударяются головой о твердые предметы. В зависимости от силы и внешнего вида ударяющего предмета на голове в месте соударения наблюдаются характерные импрессионные или депрессионные вдавленные переломы костей черепа. Эти переломы независимо от обширности и глубины погружения в мозговую ткань также фрагментируются с сохранением интимной связи между костными отломками. Одновременно такие же связи сохраняются с окружающими и нормально сохраненными костями черепа в окружности вдавленного перелома. Этими особенностями они отличаются от оскольчато-вдавленных переломов костей черепа, которые наблюдаются у детей старшего возраста и подростков. Такие характерные особенности вдавленных переломов костей черепа, наблюдаемые у детей грудного возраста имеют значение еще в сохранении собственных деформированных костных тканей во время оперативного вмешательства.

Цель исследования

Клинико-неврологическими и параклиническими методами исследования определить особенности вдавленных переломов костей черепа и своевременно проводить хирургическое лечение детей грудного возраста.

Материалы и методы

В условиях клиники нами наблюдались и проводились комплексное лечение 62 детей с вдавленными переломами костей черепа разных возрастов. Из них 12 были дети грудного возраста, что составляет 19,4%.

В настоящем сообщении анализированы данные детей грудного возраста. Из них мальчиков было 8, остальные 4 детей - девочки. Все дети поступили в клинику в сознании, большинство из них были беспокойными, плаксивыми с запрокинутой назад головой. Другие дети были загруженными и сонливыми.

Со слов матерей все дети получали черепно-мозговые травмы в домашних условиях, при падении с различных высот. По неосторожности родителей, старших братьев и сестер, которые случайно выронили из рук 6 детей, остальные дети упали из коляски, каталки, со стола и стула. При этом они ударялись головой о твердые предметы. В момент получения травмы у 9 детей наблюдались кратковременная утрата сознания, и повторялась рвота, а у остальных 3 детей была рвота без потери сознания. Из анамнеза выяснилось, что во время беременности у 5 матерей были различные патологические состояния. Такие как токсикозы, артериальная гипертония,

анемия и пиелонефриты. Во время родов у 3 детей отмечалась гипоксия, обусловленная родовой травмой головного мозга и обвитием пуповины вокруг шеи. В дальнейшем у 3 детей отмечалась вялость, а при подъеме температуры тела простудного характера возникали судорожные приступы. Дети внезапно теряли сознание, останавливалось дыхание с запрокидыванием головы назад, западением языка и наблюдались тонические судороги в конечностях. Такое состояние детей продолжалось кратковременно, и проявлялись признаки гипоксии. Такие больные дети находились на учете в условиях поликлиники под наблюдением невропатолога и педиатра с диагнозом: Последствия перенесенной перинатальной энцефалопатии или энцефалита.

При объективном осмотре в условиях клиники у всех детей была закрытая черепно-мозговая травма. На голове у них определялись ушибы мягких тканей с наличием подкожных гематом различных размеров от 3х2х1см до 10х6х2см. При пальпации определялась флюктуация гематомы и края вдавленного перелома костей черепа, что усиливало беспокойство и плаксивость детей. Кожные покровы в области большого родничка были слегка натянуты с вялой передачей пульсации мозга. У 5 детей была легкая ригидность мышц затылка, горизонтальный нистагм отмечен у 2 детей, а у 5 детей сходящееся косоглазие. Активные движения в конечностях были сохранены, у части из них мышечный тонус был снижен с наличием легкого одностороннего преобладания сухожильных рефлексов. У 5 детей был слабо положительный симптом Кернига. Чувствительную сферу не удалось проверить из-за неадекватности детей. На рентгенограммах черепа у 10 детей были выявлены депрессионные, у остальных 2 – отмечены импрессионные вдавленные переломы костей черепа. Из них у 7 детей вдавленные переломы располагались справа в теменной и теменно-височной, у остальных 5 детей вдавленные переломы были слева в лобно-височной областях с различными размерами. У 10 детей произведена спинно-мозговая пункция. Из них у 7 детей ликвор был слегка окрашен кровью с умеренным повышением ликворного давления. На глазном дне у 7 детей была ангиопатия сосудов сетчатки с наличием венозного застоя.

После постановки топического диагноза все дети оперированы под общим интубационным наркозом. После соответствующей обработки операционного поля производился небольшой разрез кожи, подкожной клетчатки овальной формы и обнажался вдавленный перелом костей черепа. Наложено фрезевое отверстие у края вдавленного перелома. Через фрезевое отверстие вводился металлический подъемник, конец которого находился под вдавленным переломом. Путем плавного нажатия на второй конец подъемника вправлялся участок вдавления до нормального состояния с окружающими костями черепа. Этим способом вправление вдавленного перелома осуществлялось у 10 детей. Более широкие вдавленные переломы у остальных; детей вправлялись через 2 фрезевых отверстия, наложенных на противоположной стороне перелома. Концы выведенных металлических подъемников находились под вдавленным переломом костей черепа. Путем плавного нажатия на оба рычага подъемника плавно вправлялся вдавленный участок перелома до нормального состояния с окружающими костями черепа. После вправления вдавленных переломов

костей черепа во всех случаях твердая мозговая оболочка не была повреждена и передавалась четкая пульсация мозга, что свидетельствовало о ликвидации признаков сдавления головного мозга. В послеоперационном периоде проводилось медикаментозное лечение, направленное на первичное заживление раны и восстановление функциональной деятельности сдавленных долей головного мозга. В результате проведенного комплексного лечения общее состояние детей улучшилось. Послеоперационные раны заживали первичным натяжением. Больные дети были выписаны с улучшением. Рекомендовано

продолжать прием противосудорожных препаратов в малых дозах в течение 1-2 месяцев под наблюдением невропатолога и педиатра в условиях поликлиники.

Таким образом, устранение вдавленных переломов костей черепа с сохранением собственной костной ткани осуществлялось через наложение фрезевых отверстий и тем самым ликвидированы признаки сдавления головного мозга. Одновременно созданы условия для нормального функционального развития головного мозга у растущего и развивающегося ребенка грудного возраста.

Редкий случай хирургического лечения трехпредсердного сердца у подростка

Абдрахманов Д. Т.

КГП ПХВ «Областной кардиохирургический центр» г. Караганда

Трехпредсердное сердце — очень редкий врожденный порок сердца, при котором левое предсердие разделено фибромышечной мембраной на две камеры. В большинстве случаев левое предсердие разделяется на проксимальную и дистальную части диафрагмой, которая имеет одно или несколько небольших (рестриктивных) отверстий. Легочные вены впадают в проксимальную камеру, дистальная камера сообщается с митральным отверстием и ушком левого предсердия.

Borst первым описал случай трехпредсердного сердца в 1905 году. Vineberg в 1956 году первым провел успешную операцию на трехпредсердном сердце. Трехпредсердное сердце является очень редкой врожденной аномалией и наблюдается примерно в 0,1-0,4% среди всех врожденных пороков сердца.

Обычно порок выявляется в периоде новорожденности. Более позднее выявление порока возможно только у детей и в очень редких случаях у подростков.

В КГП ПХВ «Областной кардиохирургический центр» г. Караганда поступила пациентка А. 13 лет с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, быструю утомляемость. Из анамнеза: ребенок от 3 беременности, 3 роды в срок, родилась с весом 4100 грамм, росла и развивалась соответственно возрасту, отмечались частые простудные заболевания. С 12 лет стала отмечать одышку при физической нагрузке, прогрессирующее снижение толерантности к физической нагрузке. Пациентка в возрасте 13 лет поступает в стационар по месту жительства с признаками дыхательной недостаточности, при обследовании пациентки выявлен врожденный порок сердца, сердечная недостаточность, в связи с чем направлена в КГП ПХВ «Областной кардиохирургический центр» г. Караганда. При осмотре: общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, нормостенический тип конституции, умеренного питания, кожные покровы физиологической окраски, чистые, периферических отеков нет, ЧДД 22 в минуту, усиливающееся при незначительной физической нагрузке до 34-36 в минуту, при перкуссии легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, область сердца визуальна не изменена, АД 105/60 мм.рт.ст., ЧСС 88 в минуту в покое, тоны сердца ясные, ритм правильный, выслушивается систолический шум над всей областью сердца.

При проведении комплексного обследования, на трансторакальной эхокардиографии выявлено: ВПС. Аномалия развития левого предсердия — мембрана в полости левого предсердия, разделяющая полость левого предсердия на две камеры (трехпредсердное сердце), с узким отверстием, с наличием обструкции венозного кровотока. Диаметр отверстия 6 мм, отверстие расположено латерально, ближе к боковой стенке ЛП. PG на уровне отверстия в мембране 21 мм.рт.ст. Линейные размеры венозного синуса (верхней камеры) 32x39 мм, собственно поло-

сти левого предсердия (нижней камеры) 26x36 мм. Все легочные вены впадают в полость верхней камеры, устья расширены до 13-14 мм. Ушко левого предсердия (20x36 мм.) прилежит к полости нижней камеры. Легочная гипертензия. СДПЖ 45-50 мм.рт.ст. Дилатация ствола, ветвей легочной артерии.

На обзорной рентгенографии органов грудной клетки: легочный рисунок обогащен, корневой рисунок усилен, корни расширены, синусы свободны, сердечно-сосудистая тень сердца расположена горизонтально, увеличена в поперечнике.

Пациентка в плановом порядке взята в операционную. Интраоперационно: продольная стернотомия, послонно обнажено сердце, сердце увеличено в размерах за счет правых отделов сердца, канюляция по общей принятой методике, вскрыто правое предсердие, ревизия — имеется центральный дефект межпредсердной перегородки 1,5x1,0 см., дефект расширен, в полости левого предсердия визуализируется дополнительная фибромышечная мембрана, преимущественно из мышечной ткани, с одним небольшим рестриктивным отверстием, размером 0,8 см, митральный клапан не визуализируется. Визуализированы устья правых легочных вен, визуализация устьев левых легочных вен затруднена. Фибромышечная ткань иссечена. Место иссечения ушито проленом 5.0 с целью профилактики тромбоза левого предсердия. Митральный клапан двухстворчатый не изменен. Пластика межпредсердной перегородки аутоперикардом. Дальнейший ход операции без особенностей. Время искусственного кровообращения 38 минут.

В раннем послеоперационном периоде показатели гемодинамики стабильные. Послеоперационный период протекал без осложнений. На контрольной трансторакальной эхокардиографии признаков дисфункции клапанов сердца нет, полости не расширены, СДПЖ=20-25мм.рт.ст. Пациентка выписана на 14 сутки из стационара в удовлетворительном состоянии.

Вывод: редкость данного случая обусловлена: редкостью данной врожденной аномалии, развитие признаков сердечной недостаточности в подростковом возрасте (примерно 75 % погибает в период новорожденности). Развитие признаков сердечной недостаточности в более позднем периоде по видимому было связано с наличием дефекта межпредсердной перегородки, через который проходила декомпрессия левого предсердия.

Литература:

1. Aldo R. Castaneda. *Cardiac surgery of the neonate and infant*. Boston, 1994
2. Richard A Jonas. *Comprehensive surgical management of congenital heart disease*. Boston, 2004
3. Белозеров Ю.М. *Детская кардиология*. Москва. 2004

Случай хирургического лечения аорто-правопредсердного свища

Абдрахманов Д. Т.

КГП ПХВ «Областной кардиохирургический центр» г. Караганда

В КГП ПХВ «Областной кардиохирургический центр» г. Караганда поступила пациентка С. 17 лет с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке, общая слабость, быструю утомляемость. Из анамнеза выявлено: Жалобы на одышку при физической нагрузке, быструю утомляемость стали беспокоить в течении последних 2-х лет. При проведении комплексного обследования, выявлено на ЭХОКС признаки коронаро-правопредсердного шунтирующего потока, в связи с чем госпитализирована в кардиохирургическое отделение. При поступлении состояние пациентки относительно удовлетворительное, стабильное, кожные покровы обычной окраски, чистые, периферических отеков нет, ЧДД 20 в мин, грудная клетка обычной формы, при перкуссии – легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, область сердца визуально не изменена, АД 120/60 мм.рт.ст, ЧСС 89 в мин, тоны сердца ясные, ритм правильный, над всей областью сердца выслушивается грубый систолический шум, печень у края реберной дуги.

В клинике были проведены следующие виды обследования: обзорная рентгенография органов грудной клетки: легочный рисунок обогащен диффузно за счет увеличения числа видимых сосудистых теней, корневой рисунок сгущен, корни малоструктурны, расширены, синусы свободны, сердечно-сосудистая тень сердца расположена горизонтально, увеличена в поперечнике, больше влево. Трансторакальная эхокардиоскопия: признаки коронаро-правопредсердной фистулы?, дилатация левого коронарного синуса; ствола левой коронарной артерии до 19 мм.; от устья левой коронарной артерии визуализируется структура, идущая по задней поверхности аорты кпереди от левого предсердия вдоль межпредсердной перегородки, выходное отверстие фистулы в верхнезадних отделах полости правого предсердия. Коронарография: правый тип коронарного кровотока, коронарные артерии без особенностей, аневризма-

тическое расширение левого коронарного синуса, от задней части левого коронарного синуса в правое предсердие идет сосуд диаметром 1 см длиной 3 см со сбросом контраста из аорты в правое предсердие. Общие клинические анализы без особенностей и патологии.

Пациентка в плановом порядке взята в операционную. Интрооперационно: продольная стернотомия, послойно обнажено сердце, сердце несколько увеличено в размерах за счет правых отделов сердца, канюляция по общей принятой методике, вскрыто правое предсердие, ревизия – в верхней трети межпредсердной перегородки в области тибезиевой ямки визуализируется свищ, аортотомия, при ревизии свища зондом, из правого предсердия зонд выходит из отверстия в аорте в области устья левой коронарной артерии, произведено ушивание аортального отверстия свища в области левой коронарной артерии атравматической нитью пролен 5/0, ушивание выходного отверстия свища в области тибезиевой ямки атравматической нитью пролен 5/0, шов на аорту. Дальнейший ход операции без особенностей.

В раннем послеоперационном периоде показатели гемодинамики стабильные. Послеоперационный период протекал с явлениями экссудативного перикардита, сепарации листков перикарда 2,5 см, на фоне проведенной консервативной терапии гидроперикард регрессировал. На контрольной трансторакальной эхокардиоскопии патологических шунтирующих потоков в полость правого предсердия не зарегистрировано, отмечается уменьшение полости правого предсердия и правого желудочка. Пациентка выписана на 20 сутки из стационара в удовлетворительном состоянии. Контрольный осмотр через 3 месяца – состояние стабильное удовлетворительное, жалоб нет, отмечается повышение толерантности к физическим нагрузкам.

Опыт применения раствора Куриозина в лечении термических ожогов у детей в амбулаторно-поликлинических условиях

Шамова С.Ш

КГП на ПХВ Городская поликлиника №3 г. Петропавловск

Количество больных у детей с ожоговыми травмами ежегодно возрастает. Если в 2009 г. удельный вес таких больных в поликлинике составил 3,8%, то к концу 2011 г. их количество возросло до 6,2% от общего числа хирургических больных. Значительно возрастает количество пострадавших от так называемых взрывных ранений в результате игры с петардами, самодельными взрывными устройствами.

Резкое сокращение коечного фонда, ограничение доступности в получении специализированной помощи приводят к тому, что значительное количество детей, получивших ожоги, лечатся дома. К сожалению, рубцовые образования после получения ожогов определяют инвалидность ребенка.

До настоящего времени не имеется общепринятой и нормативно закрепленной системы профилактики и реабилитации рубцовых осложнений после ожогов у детей. В связи с этим было проведено лечение термических ожогов с использованием стерильного раствора куриозина.

Материал и методы

Под наблюдением с 2009-2011 гг. находился 81 ребенок, получившие термические ожоги. Группу сравнения составили 40 детей, у которых лечение ожоговой раны проводилось по традиционной методике, (обработка препаратами левомеколь, алозол и т.д.). Из 81 ребенка, получившего лечение раствором куриозина, до 3 лет - 9 детей, от 4-7 лет-32 ребенка, от 8-14 лет – 40 детей. В исследуемой группе было проведено лечение ран с площадью ожога от 12,5 см². Ожоги I степени составили 18 случаев, ожоги II степени - 38 случаев, ожоги III степени составили 25 случаев.

Давность ожогов составила в среднем 4-5 дней. Все больные разделены на 3 группы в зависимости от степени ожога. Для оценки эффективности использования раствора куриозина учитывались: сроки появления эпителизации раны, купирование болевого синдрома, уменьшение отделяемого из раны, формирования рубца.

Использование раствора куриозина для лечения ожогов проводилось следующим образом. После предварительной обработки ожоговой поверхности раствором диоксида 0,5% с последующей обработкой физиологическим раствором на раневую поверхность наносили куриозин из расчета 1 капля на 1 см², и через три минуты накладывали асептическую повязку. Процедура проводилась один раз в сутки. В контрольной группе после обработки ожоговой поверхности накладывались повязки с мазью пантенол, олазол, левомиколь.

Результаты и их обсуждение

Эффективность использования раствора куриозина приведена в таблице:

Степень ожогов	Сроки появления эпителизации	Сроки купирования болевого синдрома	Уменьшение отделяемого из раны	Формирование рубцов
I ст.-18 чел.	3 день	2 день	-	Отсутствие рубца
II ст.-38 чел.	5 день	3 день	3 день	Отсутствие рубца
III ст.- 25 чел.	7 день	5 день	5 день	депигментация

Больные хорошо переносили лечение, побочных явлений не было. Отмечалось быстрое купирование болевого синдрома

на 2-5-й день, больные спокойно реагировали на процедуру перевязки раны.

Количество отделяемого из раны уменьшается на 3-5-й день, процесс эпителизации наступает в 2-3 раза быстрее, чем при назначении традиционной терапии, формирования рубца не происходит.

Проведенное исследование позволяет прийти к заключению о хорошем терапевтическом эффекте раствора куриозина и рекомендовать его применение в амбулаторно-поликлинических условиях.

Литература

1. Солистый П.В. с соавт. Методика консервативной терапии

послеожоговых рубцов // *Международный мед. Форум «Человек и травма» - Нижний Новгород*, июль, 2001.- Часть 2.-С. 270-271.

2. Шейнберг А.Б. Пути совершенствования при лечении инвалидизирующих послеожоговых рубцов у детей // *Международный мед. Форум «Человек и травма» - Нижний Новгород*, июнь 2001. Часть 2.- С. 277-279.

3. Ормантаев К.С. с соавт. Консервативная реабилитация больных с инвалидизирующей ожоговой травмой // *Педиатрия и детская хирургия Казахстана*, -2002.- №1.

Ранняя диагностика колоректального рака

Голованёв Г.А.

ГККП «Областной онкологический диспансер г.Талдыкорган»

В мире отмечается неуклонный рост заболеваемости и смертности от рака толстой и прямой кишки, увеличение количества запущенных случаев. Колоректальный рак (КРР) – широко распространенная во всем мире патология, которой каждый год заболевает 1 млн. человек, а ежегодно количество смертей превышает 500 тыс. По прогнозам экспертов, в следующие два десятилетия абсолютное число случаев КРР в мире увеличится в результате роста населения в целом и его старения как в развитых, так и в развивающихся странах. Сегодня в большинстве стран Европы, Азии, США КРР занимает первое место среди злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта. Показатели заболеваемости КРР сегодня достигают 85-90 на 100 тыс. населения, возрастая с 24,9 на 100 тыс. населения в возрастной группе до 50 лет, до 249,7 на 100 тыс. населения среди пациентов старше 60 лет.

В структуре смертности от злокачественных новообразований лиц обоего пола КРР занимает второе место.

Задолго до появления клинических симптомов заболевания в каловых массах могут быть выявлены кровь и другие компоненты, поэтому такие анализы могут помочь раннему выявлению и проведению скрининга КРР у бессимптомных пациентов. В рамках скрининговой программы показанием к колоноскопии является положительный IFOB тест у подлежащей скринингу группы населения.

Казахстан – первая страна СНГ, где с 2011 вводится скрининговая программа колоректального рака. Целью данной программы является обнаружение рака до клинического проявления и снижение смертности. Проведение скрининга позволяет выявить ранние формы колоректального рака, что приведет к увеличению продолжительности жизни больных, прошедших лечение.

В регионе проведен гемокульт – тест на раннее выявление предопухолевых и злокачественных новообразований толстой

и прямой кишки 40879 (70,5 % к запланированному количеству) мужчинам и женщинам в возрасте 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68 и 70 лет. Исследование проведено путем использования бензидиновой пробы, что не соответствует требованиям приказа МЗ РК от 16.03.2011г. №145 по проведению скрининговых осмотров. Согласно данного приказа, определение скрытой крови в кале должно проводиться иммунохимическим методом (IFOBТ-тест). Выявлен положительный тест у 265 пациентов (0,65 %), которым проведена колоноскопия. Морфологически рак подтвержден у 16 больных.

Несмотря на большой выбор имеющихся и разрабатываемых неинвазивных скрининговых методов, до настоящего времени «золотым стандартом» ранней диагностики КРР является колоноскопия. Это исследование позволяет получить информацию о локализации новообразования, установить протяженность поражения, определить форму роста опухоли, оценить ее подвижность, а иногда судить о ее взаимосвязи с другими органами.

Результат:

Опыт проведения скрининговых программ в европейских странах позволяет ожидать выявления ранних форм КРР и снижения смертности на 25-30 %.

Литература:

1. *Практическое руководство Всемирного гастроэнтерологического общества и Международного союза по профилактике рака пищеварительной системы*
2. *Национальная скрининговая программа: реализации скрининговых осмотров по раннему выявлению колоректального рака. Нургазиев К.Ш. и соавторы.*
3. *Материалы годового статистического отчета ГККП «Областной онкологический диспансер г.Талдыкорган»*

Пути раннего выявления рака молочной железы и снижение смертности

Голованёв Г.А.

ГККП «Областной онкологический диспансер» г.Талдыкорган

Рак молочной железы (РМЖ) - наиболее распространенное раковое заболевание и ведущая причина смертности среди женщин. Начало повышения роста заболеваемости РМЖ стало наблюдаться с 40-х годов прошлого века. РМЖ наиболее распространен в США - (90,7 % 000), развивается у каждой восьмой женщины, в странах Европы заболевает каждая десятая женщина. Низкие показатели (12-20 % 000) характерны для стран Азии: Китая, Индии, Вьетнама, Японии.

Доля РМЖ в структуре онкозаболеваемости среди женщин: в странах СНГ – от 16,7 % до 23,3 %, в Казахстане – 19,3 %, во Франции – 28 %, в США – 29 %.

Для ранней диагностики РМЖ применяются скрининговые программы. Скрининг – это первый отборочный этап профилактического обследования практически здорового населения с целью выявления лиц, имеющих скрыто протекающее заболевание или его доклинические стадии. Ключевая концепция скрининга РМЖ – это обнаружение настолько раннего заболевания, что проводимое далее лечение изменяет его прогноз и дальнейшее «естественное» клиническое течение.

Использование маммографии в качестве скринингового

метода диагностики РМЖ приводит к снижению смертности от РМЖ не менее, чем на 30 %. Маммография - наиболее эффективный метод ранней диагностики патологии молочных желез, позволяющий выявить очаги опухоли от 0,3 см и косвенные признаки начинающегося патологического процесса.

Цель исследования

- определить эффективность маммографии как основного метода ранней диагностики рака молочной железы.

Материалы и методы

Анализ годовых статистических отчетов 2008-2011 гг. по ГККП «Областной онкологический диспансер» г.Талдыкорган

Результаты исследований

В регионе имеются 4 маммографические установки, одна из них в областном онкологическом диспансере и 3 установки в центральных районных больницах. Маммографические скрининговые обследования женщин в регионе проводятся с

2008 года в возрастной группе от 50 до 60 лет с интервалом 1 раз в 2 года. Обследования осуществляются на маммографах «Alpha –ST» (Финляндия). С 2008 по 2011 года запланировано 60 090, проведено 54 302 (90,4%) маммографических исследований. Из числа обследованных выявлено подозрение на РМЖ у 150 женщин (0,3 %), из них у 66 женщин (0,1 %) подтверждены морфологически. С I-II стадией выявлено 49 человек (74,2 %), III стадия – 17 человек (25,8 %).

Отмечается стабилизация смертности.

Вышеуказанные данные убедительно подтверждают основную концепцию скрининга – обнаружение РМЖ на самых ранних стадиях, что позволяет менять прогноз заболевания и влиять на течение и основные результаты лечения заболевания.

Таким образом, данная программа дает возможность выявления РМЖ на ранних стадиях, что в свою очередь увеличивает процент выздоровления и достоверное снижение смертности на 24 – 30 %.

Конечно же делать выводы еще рано, однако уже сейчас видно, что выявляемость на ранних стадиях РМЖ стала больше.

Литература

1. Национальная скрининговая программа «Реализация скрининговых осмотров по раннему выявлению рака молочной железы, шейки матки, колоректального рака». Нургазиев К.Ш. с соавторами (Онкология и радиология Казахстана №3 2011г.)
2. Результаты маммографического скрининга по данным ГККП «Областной онкологический диспансер» г.Талдыкорган. Бектурсынов С.М. с соавторами (Онкология и радиология Казахстана №3 2011г.)
3. Аналитический обзор годовых статистических отчетов 2008-2011 гг. ГККП «Областной онкологический диспансер» г.Талдыкорган

Изучение эффективности монотерапии иматинибом у больных хроническим миелолейкозом: результаты шестилетнего наблюдения

Бадалова Г.Ч., Рустамов Р.Ш.

Азербайджанский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии, Баку

Появление в последние годы патогенетически направленной терапии иматинибом - ингибитором BCR-ABL-тирозинкиназы для лечения ХМЛ, существенно изменило прогноз заболевания. Результаты многоцентровых исследований терапии иматинибом больных ХМЛ в хронической фазе показали высокую эффективность и низкую токсичность препарата (1,2). Показано, что часть больных с хронической фазой болезни и большинство пациентов в фазах акселерации и бластного криза, на фоне продолжающейся терапии утрачивают достигнутый полный гематологический и цитогенетический ответ. (3,4). Кроме того, у значительного количества больных наблюдается исходная нечувствительность к иматинибу (5).

Интенсивное изучение механизмов как первичной, так и вторичной резистентности к иматинибу привели к разработке новых ингибиторов BCR-ABL – тирозинкиназы (нилотиниб, дасатиниб), характеризующихся высокой эффективностью у резистентных к иматинибу больных. Несмотря на высокую эффективность nilotinib и dasatinib по сравнению с иматинибом, часть больных ХМЛ также остаются резистентными к этим препаратам или утрачивают достигнутый ранее ответ (6).

В настоящее время единственным методом, позволяющим получить полную элиминацию лейкоэмических клеток, и соответственно, полное выздоровление, является аллотрансплантация гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК). Однако в течение первых месяцев терапии у больных наблюдаются фатальные осложнения. При сравнительной оценке результатов лечения ХМЛ консервативной терапией (почти 100% вероятность с 5-летней общей выживаемостью) с алло-ТГСК (вероятность фатальных осложнений в посттрансплантационном периоде), терапия иматинибом у больных с хронической фазой ХМЛ была признана «золотым стандартом». В случае развития резистентности или непереносимости препарата было рекомендовано применение алло-ТГСК (7).

В настоящем исследовании была поставлена задача изучить эффективность иматиниба по частоте и стабильности гематологического и цитологического ответов у больных ХМЛ, находящихся в различных стадиях болезни. Проведение данного исследования стало возможным при поддержке фармацевтической компании «Novartis Pharma». Иमतиниб был получен по линии международной гуманитарной помощи по программе GIPAP гуманитарной организации «Max Foundation» США.

Цель исследования- изучение частоты, стабильности и длительности клинико-гематологических и цитогенетических ответов на терапию иматинибом в зависимости от стадии хронического миелолейкоза. Материалом для данной работы являлись результаты клинических и лабораторных исследований, проведенных у 146 больных (94 больных с хронической фазой болезни, 40- с фазой акселерации и 12- бластным кризом) Ph-положительным и BCR-ABL – положительным хроническим миелолейкозом (ХМЛ). Наиболее высокая эффективность терапии отмечена у больных ХМЛ в хронической фазе, у которых показатель 6-летней общей выживаемости составила 81,9%. У больных с фазой акселерации ХМЛ показатель 6-летней общей выживаемости составила 52,5%. У больных с бластным кризом ХМЛ терапия иматинибом не позволяет получить полного клинико-гематологического и цитогенетического ответов. Полученные данные подтверждают эффективность иматиниба в лечении хронической фазы и фазы акселерации ХМЛ.

Ключевые слова: хронический миелолейкоз, иматиниб, лечение, выживаемость

Материалы и методы

Материалом для данной работы являлись результаты клинических и лабораторных исследований, проведенных у 146 больных (94 больных с хронической фазой болезни, 40 – с фазой акселерации и 12- с бластным кризом) с Ph-положительным и BCR-ABL- положительным ХМЛ. Из них 70 женщин и 76 мужчин в возрасте от 18 до 75 лет, средний возраст составил 45,9±1,0 лет. Среди них 18 (12,3%) больных были в возрасте старше 60 лет. Включение больных в исследование производилось с января 2003г до января 2010г. Длительность наблюдения за больными к моменту окончания исследования составила 80 месяцев (3,1 – 80,4) в среднем 39,5±1,8 месяцев. Включение больных в исследование, определение резистентности к проводимой терапии, а также оценка эффективности терапии (получение гематологической ремиссии и цитогенетического ответа) проводились в соответствии с международными критериями (8).

Гематологические и биохимические показатели определяли еженедельно в течение первого месяца терапии. В дальнейшем

частота исследований определялась стабильностью клинико-гематологических показателей. При развитии цитопении общий анализ крови выполнялся 2-3 раза в месяц. При появлении признаков негематологической токсичности терапии проводились биохимические анализы крови с исследованием печеночных и почечных показателей и концентрации электролитов, один раз в неделю до купирования признаков. После нормализации этих показателей анализы проводились один раз в месяц. Цитогенетический анализ костного мозга выполняли прямым методом и методом культивирования клеток с равномерной и G – дифференциальной окраской хромосом.

Для вычисления относительного риска мы использовали калькулятор, представленный на <http://www/icsg.unibo.it/rccalc.asp>. Все факторы учитывались до лечения иматинибом. Были выделены следующие прогностически значимые факторы: а) возраст в годах; б) размеры селезенки в см; в) процент бластных клеток в крови; г) процент эозинофилов в крови; д) число тромбоцитов.

Начальная доза иматиниба определялась в зависимости от стадии ХМЛ, которая для больных в хронической фазе составляла 400мг в день, а для больных в фазе акселерации – 600мг в день. Изменение дозы препарата проводилось в зависимости от выраженности гематологических и негематологических осложнений. Оценка токсичности терапии оценивали по шкале NCI/NIH, разработанный сотрудниками Центра клинических исследований национального института Канады.

Расчет эффективности терапии проводился по методу Каплан-Майера с вычислением показателей общей выживаемости. В качестве цензурированных событий рассматривались смерть от любой причины и выход больного из-под наблюдения. В анализе бессобытийной выживаемости в качестве цензурированных событий рассматривались потеря полного клинико-гематологического ответа, потеря цитогенетического ответа, диагностика прогрессии заболевания в фазу акселерации или бластного криза и смерть от любой причины. Сравнительный анализ кривых выживаемости проводился с использованием long-rank теста.

Результаты и обсуждение

В таблице 1 представлена сравнительная характеристика клинико-гематологических показателей обследованных больных ХМЛ до начала терапии иматинибом. У больных с хронической фазой ХМЛ наблюдался выраженный лейкоцитоз с миелоцитарным сдвигом в лейкоцитарной формуле и склонностью к тромбоцитозу. У них также наблюдалось повышение числа метамиелоцитов и миелоцитов, гиперклеточность костного мозга и увеличение размеров селезенки. Значительное повышение числа лейкоцитов (более 100,0x10⁹/л) отмечено у больных с фазой акселерации и бластным кризом. У больных с высоким содержанием лейкоцитов выявлены выраженные симптомы общей интоксикации и в большинстве случаев наблюдались анемия и спленомегалия. На основании результатов исследования был вычислен степень риска. Распределение больных по группам риска показана в таблице 2. Как видно из данных таблицы 2, среди обследованных больных ХМЛ группу низкого риска составляли 64 больных (43,8%). К группе промежуточного риска было отнесено 60 пациентов (41,1%), а в группе высокого риска 22 больных (15,1%).

Таблица 1. Сравнительная характеристика клинико-гематологических данных обследованных больных в различных фазах ХМЛ до начала терапии Ииматинибом

Показатели	Больные ХМЛ		
	Хроническая фаза (n=94)	Фаза акселерации (n=40)	Фаза бластного криза (n=12)
Средний возраст	41,9±1,4 (18 – 68)	44,1±1,9 (18 – 75)	45,2±2,4 (18 – 69)
Пол: м/ж	46:48	22:18	8 : 4

Давность заболевания, мес	8,7±1,1 (0 – 84)	31,6±6,1 (0 – 168)	57,3±18,3 (1 – 288)
Кол-во лейкоцитов, x10 ⁹ /л	12,8±4,0 (14,06 – 167,5)	22,3±3,6 (13,5 – 298,1)	22,4±3,7 (3,0 – 45,1)
Кол-во тромбоцитов, x10 ⁹ /л	215,0±11,2 (101,0 – 515,8)	390,7±33,4 (83 – 1265,0)	65,1±4,8 (44, – 178,2)
Уровень гемоглобина, г/л	116,5±2,9 (90,2 – 154,6)	103,2±4,1 (55,0 – 124,7)	78,6±5,9 (52,0 – 117,5)
Увеличение размеров селезенки, см	3,2±0,4 (0 – 20)	5,9±0,6 (0 – 20)	4,3±1,1 (0 – 20)
Наличие симптомов интоксикации	66 (70,2±4,7%)	35 (87,5±5,2%)	10 (83,3±10,8%)

Результаты исследований показали, что к концу первого месяца лечения гематологический ответ был достигнут почти у всех больных с хронической фазой болезни. Из них полный клинико-гематологический ответ наблюдался у 67,0±4,8%, а частичный – у 33,0±4,8% больных. К третьему месяцу терапии полная клинико-гематологическая ремиссия достигнута у 92,6±2,7% больных. Через 12 месяцев после начала терапии такая стабильная ремиссия наблюдалась еще у 2 больных (95,7±2,1%). У больных с фазой акселерации ХМЛ 34 больных из 40 (87,2%) достигли полной клинико-гематологической ремиссии.

Таблица 2. Распределение обследованных больных по группам риска

Показатели	Больные ХМЛ			Всего (n=146)
	Хроническая фаза (n=94)	Фаза акселерации (n=40)	Фаза бластного криза (n=12)	
Низкий	53 56,4%	11 27,5%	–	64 43,8±4,1%
Промежуточный	39 41,5%	21 52,5%	–	60 41,1±4,1%
Высокий	2 2,1%	8 20,0%	12 100,0%	22 15,1±3,0%

У больных с бластным кризом ХМЛ только у 1 (8,3±8,0%) пациента наблюдался кратковременный полный клинико-гематологический ответ, у 7 больных (58,3±14,2%) выявлялся частичный гематологический ответ, а у 4 (33,3±13,6%) гематологический ответ полностью отсутствовал. Таким образом, у наблюдаемых больных полная клинико-гематологическая ремиссия была достигнута в различные сроки терапии. Минимальный срок получения ремиссии составлял 1 мес, максимальный 18 месяцев.

В группе больных с хронической фазой ХМЛ у 77 пациентов полученная полная клинико-гематологическая ремиссия была стабильна и сохранялась до конца наблюдения. В группе больных с фазой акселерации число пациентов со стабильной клинико-гематологической ремиссией была равна 21. В группе больных с бластным кризом не было ни одного больного со стабильной клинико-гематологической ремиссией и последний больной из 12, умер в 4-ом году наблюдения.

Причина потери полной клинико-гематологической ремиссии обследованных больных была связана либо с развитием гематологических и не гематологических побочных явлений 3-4 степени, либо с самовольным уменьшением принимаемой дозы препарата.

В настоящее время установлено, что степень цитогенети-

ческого ответа является основным критерием эффективности терапии иматинибом у больных ХМЛ. В группе больных с хронической фазой ХМЛ полный цитогенетический ответ был получен у 46 (48,9±5,2%) больных через 6 месяцев после начала терапии. Через 12 месяцев этот ответ был констатирован еще у 14, через 24 месяцев, а через 36 месяцев-у 1 больного. Таким образом, в группе больных с хронической фазой полный цитогенетический ответ в целом достигнут у 73 (83,0±4,0%) больных.

У больных с фазой акселерации ХМЛ, у 15 больных полный цитогенетический ответ получен в первых 6 месяцев (37,5±7,7%) лечения, а у остальных такой ответ был получен в более поздние сроки лечения. Максимальный срок достижения полного цитогенетического ответа в этой группе больных составил 49 месяцев. У больных с бластным кризом ХМЛ кратковременный полный цитогенетический ответ получен только у 1 больного (10,0±9,5%) к концу 1 года лечения. Полученные результаты позволяют прийти к заключению, что терапия иматинибом позволяет получить полный цитогенетический ответ к концу 36 месяца лечения в 83,0±4,0% случаев у пациентов с хронической фазой болезни и 51,7±9,3% случаев у больных с фазой акселерации ХМЛ.

Одной из задач, поставленных в работе, было определение факторов, влияющих на общую выживаемость больных ХМЛ при терапии иматинибом. К концу 6-летнего наблюдения, показатель общей выживаемости больных в группе с хронической фазой ХМЛ, составляет 81,9%. Однако, аналогичные показатели в группе больных с фазой акселерации ХМЛ, значительно меньше, чем в группе больных с хронической фазой болезни и к концу наблюдения составляет 52,5%. Разница в показателях выживаемости, между этими группами обследованных больных, статистически достоверна. ($P < 0,001$).

Анализ показателей выживаемости больных ХМЛ в зависимости от достижения полной клинико-гематологической ремиссии, показал что, сроки ее достижения прямо влияют на общую выживаемость. Так, у больных со сроком достижения полной клинико-гематологической ремиссии до 3 мес общая выживаемость достоверно выше, чем у больных со сроком достижения клинико-гематологической ремиссии более 3 мес ($P < 0,001$). Эти данные свидетельствуют о том, что при раннем достижении полной клинико-гематологической ремиссии (до 3 мес) риск прогрессирования ХМЛ в фазу акселерации и бластного криза достоверно ниже, чем при более позднем (6 и более мес) ее достижении.

Результаты исследования показали, что наиболее значимым фактором, влияющим на выживаемость больных ХМЛ является получение полного цитогенетического ответа. При анализе выживаемости в зависимости от получения полного цитогенетического ответа выявлены статистически достоверные различия, указывающие на большую прогностическую значимость этого показателя ($P < 0,001$). Через 6 мес терапии иматинибом у 61 больного был достигнут полный цитогенетический ответ. 6-летняя выживаемость у этих больных составила 88,5%. У остальных больных с частичным или без цитогенетическим ответом 6-летняя выживаемость была значительно ниже и составила 51,8%. Прогностически неблагоприятную группу составили больные, у которых цитогенетический ответ не был получен к 6 мес терапии иматинибом. В этой группе больных вероятность перехода болезни к фазам акселерации или бластного криза очень высокая.

Было проанализировано также влияние клинико-лабораторных признаков, определяемых на начало терапии иматинибом, на получение цитогенетического ответа и показатели выживаемости больных. К этим признакам относятся размер селезенки, процент бластных клеток в крови, число тромбоцитов (< 50 и < 450 тыс), лейкоцитов (< 50 тыс), уровень гемоглобина (< 100 г/л), процент эозинофилов в крови и возраст больного. Выявлено, что спленомегалия, лейкоцитоз, тромбоцитоз или тромбоцитопения и анемия отрицательно влияют на получение полного цитогенетического ответа и выживаемость больных.

Показатель общей выживаемости больных с увеличением размеров селезенки (58,3%) значительно меньше ($P < 0,001$), чем у больных, у которых увеличение размеров селезенки не наблюдалось (84,0%). Такая же картина наблюдалась у больных, у которых до начала терапии наблюдалась анемия ($P < 0,01$), тромбоцитопения или тромбоцитоз ($P < 0,001$) и лейкоцитоз ($P < 0,001$). Возраст больного не оказывает существенного влияния на показатель выживаемости больных ($P > 0,05$). Анализ показателей общей выживаемости больных в зависимости от степени риска показал, что показатели выживаемости в группе низкого риска значительно больше, чем в группе промежуточного и высокого риска ($P < 0,001$).

Мы проанализировали проявления гематологической и не гематологической токсичности терапии иматинибом у больных ХМЛ. У больных с хронической фазой ХМЛ частоты анемии, нейтропении и тромбоцитопении на фоне терапии иматинибом были минимальными и дополнительной терапии не требовали. Однако у больных с фазой акселерации частота анемического синдрома и тромбоцитопении была больше, чем у больных хронической фазы. Нами изучено частота и степень достижения цитогенетического ответа у 14 больных с наиболее частыми и длительными перерывами в лечении из-за гематологической токсичности иматиниба. Выявлено, что у больных данной группы полный цитогенетический ответ не выявляется, а срок получения частичного ответа и его стабильность существенно ниже, чем у остальных больных. Повидимому, это связано со снижением дозы препарата и перерывами в лечении.

Среди не гематологических побочных эффектов наиболее часто встречались отеки лица, в частности периорбитальные отеки (16,4±3,1% оссалгия, миалгия и судорожный синдром (12,2±2,7%), различные проявления со стороны желудочно-кишечного тракта (10,3±5,5%), кожная сыпь (6,2±2,0%), повышение уровня трансаминаз, билирубина и щелочной фосфотазы (6,2±2,0%). В большинстве случаев для устранения не гематологических побочных эффектов специфическое лечение не требовалось.

Таким образом, результаты 6-летнего наблюдения за больными показали, что в группе больных с хронической фазой ХМЛ полная клинико-гематологическая ремиссия достигается у 95,7%, а полная цитогенетическая ремиссия у 83,0% больных. После 72 мес наблюдения общая выживаемость у них составляет 81,9%. У больных с фазой акселерации ХМЛ 87,2% пациентов достигли полной клинико-гематологической ремиссии, у 48,7% получен полный цитогенетический ответ, а выживаемость составила 52,5%. Полученные данные позволяют прийти к заключению, что монотерапия иматинибом больных с хронической фазой и фазой акселерации ХМЛ, является эффективным методом, позволяющим увеличить общую выживаемость больных. У больных с бластным кризом ХМЛ, монотерапия иматинибом не позволяет получить полного клинико-гематологического и полного цитогенетического ответов.

С момента внедрения иматиниба в широкую клиническую практику его эффективность была многократно показана в ряде международных многоцентровых исследованиях. Полученные нами данные подтверждают эффективность иматиниба в лечении хронической фазы ХМЛ. Однако сделать такое заключение в отношении больных с фазой акселерации ХМЛ не представляется возможным. Количество больных со стабильным цитогенетическим ответом на иматиниб в фазе акселерации ХМЛ, остается недостаточным. Кроме того, у части больных развивается устойчивость к препарату, и некоторые пациенты вынуждены прерывать лечения из-за гематологической токсичности препарата. Кратковременное прекращение приема иматиниба приводит к ухудшению течения ХМЛ и в итоге к прогрессированию болезни.

Литература

1. Зарицкий А.Ю., Ломаи Э.Г., Виноградова Ш.Ю. и др. результаты многоцентрового исследования терапии гливеком больных хроническим миелолейкозом в хронической фазе миелолей-

- коза // Тер. Архив – 2003. – Т.75, No. 8 – С. 62-67
2. Туркина А.Г., Хорошко Р.Д., дружкова Г.А. и др. Эффективность терапии иматиниба мезилатом (Гливеком) в хронической фазе// Гематолог. и онкогематолог. -2007. – No. 2. -С.13-17
 3. Druker B. J, Guilhot F, O brien S. J. et al. Five-year follow up of patients receiving imatinib for chronic myeloid leukemia// N. Engl. J. Med. -2006. -Vol. 355/-P. 2408-2417.
 4. Apperley J.F. Part I: mechanisms of resistance to imatinib in chronic myeloid leukaemia// lancet Oncol. -2007. –Vol. 8. –P.1018-1029
 5. Jabbour E, Kantarjian H, Jones D, et al. Characteristics and outcomes of patients with chronic myeloid leukemia and T3151 mutation following failure imatinib mesylate therapy//Blood/. – 2008. Vol. 112. – P.53-55.
 6. Mauro m.J., maziarz R.T. stem cell transplantation in patients with chronic myelogenous leukemia: When should it be used//Mayo Clin Proc. – 2006. –Vol. 81, #3. – P.404-416
 7. Baccarani M., Rosti G, Castagnetti F. et al. Acomparision of imatinib 400mg and 800mg daily in the first linetreatment of patients with higt risk, philadelphia-positive chronic myeloid leukemia: an European Leukemia Net Study//Blod. -2009.-P.4497-4504

Диагностика предраковых заболеваний шейки матки методом видеокольпоскопии

Мухаметжанова Н.К.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК

Предраковые заболевания шейки матки являются видимыми при осмотре патологическими процессами, при своевременной диагностике и лечении которых можно предотвратить развитие рака шейки матки (РШМ), тем самым защитить женщин от развития грозных онкологических заболеваний с высокой смертностью [1].

Появление жалоб у пациентки с РШМ чаще всего бывает при запущенном процессе, на поздних стадиях заболевания. Реальной профилактикой РШМ является ранняя диагностика и своевременное выявление цервикальных интраэпителиальных неоплазий (CIN), которые являются предраковыми процессами шейки матки [2].

Важную роль в постановке диагноза играет проведение анализов на онкоцитологию и, при необходимости, биопсии тканей с подозрительных участков, а также обследование на вирус папилломы человека (ВПЧ). В настоящее время очень важным шагом в вопросах понимания этиопатогенеза патологии шейки матки явилось признание ВПЧ как этиологического фактора развития рака [3].

Новые знания об этиологии и патогенезе РШМ привели к тому, что диагностические и лечебные возможности расширились, и тактика ведения женщин с патологией шейки матки стала более щадящей. Многие вопросы, касающиеся интерпретации результатов обследования и проведения метода терапии, до сих пор остаются дискуссионными. Практическому врачу необходимо постоянно пополнять знания современных технологий и индивидуализировать подходы к ведению пациенток с патологией шейки матки. Кольпоскопия стала незаменимым методом клинического обследования, а применение современного оптического прибора цифрового видеокольпоскопа помогает врачу в раннем распознавании патологических процессов шейки матки, влагаллица и вульвы [4].

Целью настоящей работы

является оценка диагностической ценности метода цифровой видеокольпоскопии в диагностике рака и предраковых заболеваний шейки матки.

Материалы и методы

Было проведено обследование 215 пациенток в возрасте от 25 до 67 лет с помощью цифрового видеокольпоскопа МК-300 с цифровой видеокамерой (USB 2.0-Digital), обеспечивающей высокое качество видеоизображения в режиме трансляции 960x720 (15 кадр/сек) или 640x480 (30 кадр/сек), и получение снимков с разрешением до 2 млн. пикселей; принтером и монитором, программным обеспечением «MEDVisog» для видеосистемы кольпоскопа. Показаниями к обследованию шейки матки явились профилактические осмотры и наличие предраковых заболеваний шейки матки.

Прибор позволила проводить стереоскопическое наблюдение за состоянием шейки матки неконтактным способом,

а видеосистема кольпоскопа транслировать изображение на экран компьютера, полностью совпадающее по резкости и размеру с изображением, наблюдаемым через окуляры кольпоскопа. Кроме того, применение данного прибора позволило демонстрировать сам процесс осмотра пациентке в режиме реального времени на мониторе компьютера, сохранять и распечатывать изображения, оформлять кольпоскопическую диагностику, создавать базу данных для сравнения развития заболевания в динамике, использовать сохраненные кольпоскопические снимки, применять метод повторно для контроля за процессом лечения. Всем пациенткам было проведено обследование мазков на микрофлору, на онкоцитологию и скрининг на ВПЧ и половые инфекции.

Результаты

Патология шейки матки была выявлена у 105 (48,8%) пациенток. Все пациентки разделены на 3 возрастные категории: до 25 лет, от 26 до 45 лет и старше 46 лет, наиболее высокая выявляемость патологических изменений наблюдалась в средней возрастной группе – 47 женщин, что составило 51%, в первой и третьей группе 23 (45%) и 35 (48,6%). Среди выявленных заболеваний: эрозии шейки матки составили 37 (35,2 %) случаев от всей выявленной патологии, эктопии шейки матки – 15 (14,3%), ретенционные кисты – 18 (17,1%), атрофия эпителия - 19 (18%), лейкоплакии (кератоз) - 8 (7,6%), полипы – 3 (2,9%). Произведено хирургическое лечение шейки матки 28 пациенткам, что составило 26,5%, в том числе диатермокоагуляция - 10, аргонно-плазменная абляция - 10, радиоволновая хирургия - 3, биопсия шейки матки - 5. Все хирургические процедуры проводились под контролем видеокольпоскопии, что позволяло провести их щадяще, при этом быть уверенным в адекватности объема.

В возрастной категории до 25 лет среди выявленной патологии преобладали эктопии и эрозии шейки матки, а при обследовании мазков отмечалась высокая выявляемость вагинитов в 42% и половых инфекций в 36% пациенток, а ВПЧ оказался положительным в 18 % случаев, в мазках на онкоцитологию CIN не обнаружено. Среди этой возрастной группы основное внимание в лечении уделялось лечению половых инфекций и папиллома-вирусной инфекции, санации неспецифических вагинитов и условно-патогенной флоры, с последующим контролем анализов в динамике.

В группе пациенток от 26 до 45 лет наблюдалась высокая выявляемость эрозий, эктопии, ретенционных кист шейки матки, атипических зон трансформации, в анализах мазков наблюдалось большое количество вагинитов в 33% случаев и половых инфекций в 38%, ВПЧ обнаружен у 11 % женщин, онкоцитология показала наличие дисплазии различной степени тяжести у 6 пациенток. В данной возрастной категории после лечения половых инфекций, ВПЧ-инфекции, санации вагинитов, производилось хирургическое лечение выявленной патологии шейки матки.

В третьей группе пациенток преобладали атрофические вагиниты и ретенционные кисты шейки матки, выявлены дисплазии шейки матки у 5 пациенток. При лечении данных пациенток основное внимание уделялось санации вагинитов, лечению атрофии вагинального эпителия и хирургическое лечение у небольшой части пациенток.

В результате проведенного полного обследования с применением видеокольпоскопии осуществлены профилактические мероприятия и соответствующее лечение предраковых заболеваний и состояний шейки матки: оперативной кольпоскопией у 26,5% пациенток, консервативное лечение у 42% пациенток с контролем анализов после лечения. Часть пациенток (31,5%) находится в стадии незаконченного лечения и наблюдения. Сочетание цитологических методов с цифровой видеокольпоскопией повышает их диагностическую точность, позволяет индивидуально подходить к лечению каждой пациентки.

Таким, образом, цифровая видеокольпоскопия во много раз повышает значимость кольпоскопии ввиду возможности документирования обследования, совместного обсуждения

консилиумом врачей, сравнения в динамике, сохранения снимков, наглядной демонстрации пациентам, что также повышает ответственность у пациента за проведение своевременного лечения и заинтересованность в его результатах. Проведение обследования данным высокоинформативным, неинвазивным методом позволяет своевременно выявлять и санировать предраковые процессы на шейке матки в целях снижения заболеваемости раком шейки матки.

Список литературы

1. Козаченко В.П. Рак шейки матки// Современная онкология -2000.-№2.- С. 134.
2. Новик В.И. Эпидемиология рака шейки матки, факторы риска, скрининг// Практическая онкология -2002.- №3 -С.156-165.
3. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы- М.-2000.- 150 с.
4. Rogovskaya S.N. Практическая кольпоскопия – М.:ГЭОТАР-Медиа.-2011-228с.

Применение Гелофузина при эндопротезировании тазобедренного сустава

Шевченко А.Н.

КГП «Костанайская областная больница»

Эндопротезирование тазобедренного сустава относится к наиболее травматичным вмешательствам современной травматологии и ортопедии, особенно при использовании для фиксации компонентов эндопротеза костного цемента. Одним из серьезных осложнений введения костного цемента является развитие синдрома имплантации костного цемента, проявляющегося острой недостаточностью сердечно-сосудистой и дыхательной систем вплоть до остановки сердца и смерти больного.

Известно, что плазмозаменитель гелофузин (B.Braun, Germani) по сравнению с другими обладает выраженным и продолжительным волемическим эффектом, а кроме того, положительным влиянием на состояние гемодинамики (его введение при кровопотере достоверно повышает сердечный выброс), что сохраняет потребление O₂ в организме даже у больных с ИБС. Существенным моментом является отсутствие влияния гелофузина на систему гемостаза. Показана также эффективность препарата в плане предупреждения нарушений легочной оксигенации.

Целью исследования

стало изучение с учетом указанных свойств препарата эффективности применения гелофузина при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава.

Материалы и методы

У 53 пациентов контрольной группы (в качестве плазмозаменителя у них был применен полиглюкин в дозе 400 мл) и 27 больных опытной группы (получивших 500 мл гелофузина) оценены признаки синдрома имплантации костного цемента, объем операционной и дренажной кровопотери, а также состояние оксигенации в легких в первые сутки после операции.

Существенных различий между группами по демографическим признакам и сопутствующей патологии выявлено не было.

Признаки синдрома имплантации костного цемента зарегистрированы у 27,3% пациентов опытной группы и у 56,3% контрольной группы, что было достоверно ($P < 0,05$) выше. Средняя интраоперационная и дренажная кровопотеря в сопоставляемых группах существенно не отличались. Величина PO₂ в контрольной группе достоверно ($P < 0,01$) снижалась, а шунтирование нарастало ($P < 0,05$), что свидетельствовало о нарушении процессов легочной оксигенации, вероятнее всего, связанном с эмболизацией в микроциркуляторном русле. В то же время в основной группе существенных изменений этих показателей выявлено не было.

Выводы:

Препарат обладает выраженной волемической активностью, позволяет устранять отрицательные гемодинамические реакции, вызванные гиповолемией, в том числе при использовании регионарных методов анестезии.

Гемодинамическая активность препарата снижается после двух часов с момента введения, что позволяет проводить управляемую инфузионную терапию, добиваясь необходимых гемодинамических сдвигов.

Препарат не оказывает прямого отрицательного влияния на систему гемостаза.

Результаты проведенного исследования позволяют полагать, что применение гелофузина при эндопротезировании тазобедренного сустава в качестве интраоперационного плазмозаменителя может снизить риск осложнений данного травматичного вмешательства.

Случай из практики. Удовлетворительные результаты оперативного лечения сквозного огнестрельного ранения правой подколенной области с повреждением общего малоберцового нерва

Марданов Е.Т. Рыскалиев Е.Ж. Джаналиев Р.А. Маруфов А.Я. Ашимов М.А.

Военный клинический госпиталь Министерства Обороны Республики Казахстан.

В Военный клинический госпиталь Министерства обороны Республики Казахстан госпитализирован военнослужащий И. 1989 г.р. с диагнозом: Состояние после первичной хирургической обработки сквозного огнестрельного ранения правой подколенной области с повреждением правого общего малоберцового нерва. Из анамнеза известно, что за 2 месяца до поступления в стационар больной перенес сквозное огнестрельное ранение правой подколенной области, пулей выпущенной из пистолета системы Макарова. В городской больнице г.Актобе выполнена первичная хирургическая обработка огнестрельного ранения правой подколенной области. В дальнейшем четко проявились симптомы полного выпадения функции правого общего малоберцового нерва, раны зажили вторичным натяжением с

В данной статье рассмотрен случай удовлетворительного результата, полученного после оперативного лечения сквозного огнестрельного ранения правой подколенной области с повреждением общего малоберцового нерва. Ключевые слова: огнестрельное ранение, общий малоберцовый нерв, оперативное лечение.

Бұл мақалада он жақ тізеасты аймағын тесіп өтумен болған оқ жарақатынан кейінгі тобық нервсінің жалпы зақымдалуын оперативті емдеудің оң нәтижесі туралы жағыдай қарастырылады. Негізгі сөздер: оқ жарақаты, жалпы тобық нервсі, оперативті ем.



формированием грубых рубцов. При поступлении в нейрохирургическое отделение ВКГ МО РК у больного отмечались нарушения чувствительности в области иннервации правого общего малоберцового нерва, паралич передней группы мышц правой голени, ступняж, положительный симптом Тиннеля – Гофмана при пальпации в области посттравматического рубца в правой подколенной ямке. Больному выполнена операция – ревизия, невролиз, эпинеуральный шов правого общего малоберцового нерва, учитывая огнестрельный характер ранения, выраженный рубцово-спаечный процесс с нарушением нормальных анатомических взаимоотношений в области посттравматического рубца на операции участвовали – нейрохирург, травматолог и хирург. Во время операции выявлена сохранность общего малоберцового нерва, при этом имелось истончение нервного ствола, с формированием нескольких внутристволовых концевых невром на уровне посттравматического рубца.

Общий малоберцовый нерв был рассечен острой бритвой, на срезе отмечалось полное замещение нервных волокон соединительной тканью. Для получения характерной “зернистости” среза нерва пришлось срезать участки проксимального и дистального концов нерва до 15 мм в обе стороны, после удаления концевых невром сформировался дефект нерва до 30 мм.

Для сведения и сопоставления концов общего малоберцового нерва произведена мобилизация нерва до 3 см проксимально и дистально, правая нижняя конечность была согнута в коленном суставе под углом 100°. После наложения швов за эпинеурий, общий малоберцовый нерв был уложен в новое сформированное ложе.

После операции правая нижняя конечность иммобилизирована под углом 100° задней гипсовой лонгетой в течении 3 недель. Послеоперационный период протекал гладко, угол фиксации правого коленного сустава постепенно был увеличен с 100° до 180°, неврологическая симптоматика полного выпадения функции правого общего малоберцового нерва на момент выписки больного сохранялась. При наблюдении в течении 4 месяцев отмечалась положительная динамика в виде значительного восстановления чувствительности кожи

Summary: in this issue the satisfactory result of transparent firearm wound of popliteal area injuring the right common fibular nerve surgical treatment. Key words: firearm wound, common fibular nerve, surgical treatment.

переднеаружной поверхности правой голени, тыльной поверхности правой стопы, появления тонуса, силы передней группы мышц правой голени до 4 баллов.

Выводы: Согласно статистике [2], после наложения эпинеурального шва по поводу огнестрельного ранения, восстановление функции общего малоберцового нерва до 3 баллов отмечается в 59 %, до 4 баллов в 32 %. Авторы [1],[2] указывают на значительно меньший процент удовлетворительных результатов оперативного лечения огнестрельных ранений периферических нервов в сравнении с ранениями мирного времени. Это обусловлено часто встречаемым при огнестрельных ранениях внутристволовым повреждением нерва, требующего большого иссечения дегенеративно измененных концов нерва с формированием большого диастаза; вовлечением нерва в выраженный посттравматический рубцово-спаечный процесс, затрудняющим оперативное пособие. Несмотря на огнестрельный характер ранения правого общего малоберцового нерва с выраженным рубцово-спаечным процессом в области ранения, с наличием внутристволового повреждения нерва, диастазом нерва после удаления внутристволовых концевых невром, получен удовлетворительный результат со значительным восстановлением функции поврежденного нерва.

Литература:

1. Берснев В.П., Кондаков Е.Н., Давыдов Е.А. Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов. Руководство для врачей. “Специальная литература” г. Санкт-Петербург, 1998 г. Стр. 310-312.
2. Говенько Ф.С. Хирургия повреждений периферических нервов. Руководство для врачей. г. Санкт-Петербург, ООО “Феникс”, 2010 г. Стр. 321-335.

Особенности раннего послеоперационного периода после выполнения трансуретральной электрорезекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы крупных размеров

Суранчиев А.Ж.

АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», г.Алматы
УДК 616.65-007.61

Актуальность

При лечении ДГПЖ крупных размеров после ТУР возникают вопросы, требующие решения, кроме усиления эффекта местного гемостаза, как ранняя реабилитация больных с учетом имеющейся сопутствующей патологии [1].

Известно, что операция ТУР, как общепринятый «золотой стандарт», наряду с аденомэктомией относится к радикальным лечебным вмешательствам при ДГПЖ [2]. Литературные данные ряда авторов и практика показывает, что существенное число пациентов после этой операции не испытывают желаемого симптоматического улучшения. Как хирургический метод, ТУР в большей степени уменьшает obstructивные симптомы ДГПЖ (на 60-77%) по сравнению с irritативными (на 28-49%). В то же время применение α_1 -адреноблокаторов в равной степени уменьшает (на 39-43%) симптоматику как фазы наполнения, так и опорожнения мочевого пузыря. Кроме того, эффективность этих препаратов по снижению суммарных баллов симптомов ДГПЖ (40-60%) приближается к таковому после ТУР (60-80%).

Указанные обстоятельства послужили обоснованием для сочетанного применения ТУР и α_1 -адреноблокаторов при ДГПЖ крупных размеров. При этом из группы α_1 -адреноблокаторов выбраны селективный препарат – зоксон и суперселективный – тамсулозин.

Цель исследования

– анализ эффективности применения комбинированных методов лечения ДГПЖ крупных размеров в раннем послеоперационном периоде у больных пожилого и старческого возраста с учетом имеющейся сопутствующей патологии.

Материал и методы

Для реализации поставленной задачи были выбраны три группы больных с ДГПЖ крупных размеров (таблица). Больные 1 группы (20 пациентов) после ТУР не получали α_1 -адреноблокаторы (контроль). Во 2 группе 20 пациентов принимали зоксон (доксазозин) и в 3 группе 15 пациентов получали тамсулозин (омник).

Таблица – Основные показатели до и после лечения у больных ДГПЖ, прооперированных методом ТУР и получивших α_1 -адреноблокаторы

Показатели	ТУР (контроль)		ТУР + зоксон		ТУР + тамсулозин	
	до операции	через 30 дн. после операции	до операции	через 30 дн. после операции	до операции	через 30 дн. после операции
IPSS, баллы	21,5±5,2	12,2±1,9	23,6±4,8	8,0±2,2	23,5±4,2	8,1±2,4
Q_{max} , мл/сек	8,2±3,8	13,1±3,2	7,7±3,1	16,5±2,7	7,5±3,3	16,2±2,9
Количество остаточной мочи, мл	130,5±40,2	31,2±7,5	121,7±30,1	18,4±5,7	129,5±36,5	16,1±6,0

Зоксон (доксазозин) назначали с первого дня после удаления уретрального катетера (у больных, не имевших эпицисто-

В раннем послеоперационном периоде применение препаратов группы α_1 -адреноблокаторов улучшает процесс реабилитации больных пожилого и старческого возраста после ТУР ДГПЖ крупных размеров и повышает эффективность проведенного лечения.

«Академик Б.О. Жарбусынов атындағы урология ғылыми орталығы» АҚ, Алматы қ.

А.Ж. Суранчиев

Үлкен көлемді ҚАБҚГ ТУР әдісімен жасаған операциядан кейінгі ерте кезеңнің ерекшеліктері.

тому) в дозе 1,0 мг под контролем артериального давления, учитывая влияние препарата на его значение, с последующим подбором дозы в зависимости от клинической ситуации до достижения максимальной лечебной эффективности его действия. Окончательная суточная доза зоксона составила 2,0 мг у 15 (75%), 4,0 мг – у 5 (25%) больных. Тамсулозин (омник) назначали в полной терапевтической дозировке, равной 0,4 мг, однократно в сутки после завтрака, так как высокая аффинность к α_1 -адренорецепторам позволяла значительно уменьшить терапевтическую дозу препарата. В связи с этим при назначении препарата не требовалось подбор и титрование дозы, в отличие от зоксона. С первого дня лечения назначали оптимальную терапевтическую дозу.

Данные таблицы 1 показывают, что суммарный балл симптоматики ДГПЖ больных всех трех групп был примерно одинаковым. Несколько больше были показатели максимального объема скорости потока мочи у больных 1 группы (ТУР), чем у двух других групп (ТУР+зоксон и ТУР+тамсулозин). В связи с этим и были значения количества остаточной мочи у больных трех групп. Объемы ДГПЖ во всех трех группах больных были оценены как крупные, т.е. они были более 70 см³ по данным УЗИ.

Установлено, что показатели ближайших послеоперационных результатов ТУР ДГПЖ крупных размеров по таким данным, как сроки удаления уретрального катетера после операции (от 3 до 4,5 суток), длительность гематурии (от 2 до 5 суток) после операции во всех сравниваемых группах оказались примерно идентичными.

Установлено заметное увеличение максимальной объемной

скорости потока мочи во всех сравниваемых группах по истечении 30 дней после ТУР и от начала приема α_1 -адреноблокаторов. Между тем, у больных 1 группы, где они были подвергнуты только ТУР, увеличение Q_{max} (с 8,2 до 13,1 мл/сек) было хотя и заметным, но статистически недостоверным. Препараты – зоксон и тамсулозин после ТУР ДГПЖ крупных размеров способствовали статистически существенному увеличению максимальной объемной скорости потока мочи (с 7,7 до 16,5 мл/сек и с 7,5 до 16,2 мл/сек соответственно) в условиях

45-дневного приема непосредственно после оперативного лечения.

Оперативное лечение ДГПЖ крупных размеров методом ТУР способствовало заметному снижению (с 21,5 до 12,2 баллов) (статистически недостоверному) шкалы общей симптоматики заболевания. Сочетание метода ТУР с применением в послеоперационном периоде препаратов группы α_1 -адреноблокаторов способствовало статистически существенному ($p < 0,001$) снижению суммарных баллов симптоматики ДГПЖ при оценке через 30 дней после ТУР и начала приема лекарственных препаратов (с 23,6 до 8,0 баллов при ТУР+зоксон и с 23,5 до 8,1 баллов при ТУР+тамсулозин).

Во всех трех группах наблюдений отмечали существенное уменьшение количества остаточной мочи. Хотя уровень достоверности в 1 группе был меньшим (с 130,5 до 31,2 мл, $p < 0,05$), чем в двух других группах (от 121,7 до 18,4 мл при ТУР+зоксон и от 129,5 до 16,1 мл при ТУР+тамсулозин) ($p < 0,001$). Более того, при незначительной разнице количества остаточной мочи в дооперационном периоде у больных трех сравниваемых групп, и ее объем через 30 дней после ТУР и начала лекарственной терапии был несколько отличительным. Так, зоксон и тамсу-

лозин способствовали более заметному снижению остаточной мочи в мочевом пузыре, чем самостоятельное оперативное вмешательство методом ТУР.

Выводы

В раннем послеоперационном периоде при ДГПЖ крупных размеров у больных пожилого и старческого возраста с учетом имеющейся сопутствующей патологии, сочетанное применение малоинвазивного метода ТУР и препаратов группы α_1 -адреноблокаторов значительно уменьшает симптоматику ДГПЖ, повышая эффективность проведенного лечения.

Список использованных источников:

1. Мартюв А.Г., Лопаткин Н.А. Руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии простаты. – М., 1997. – С. 144.
2. Лопаткина Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. – М., 1999. – С. 52-53.
3. Под редакцией Н.А. Лопаткина, А.Г. Мартова. Избранные лекции по урологии. - М., 2008. – С. 406-408.

Профилактика бактериальных осложнений перед трансуретральной резекцией (ТУР) простаты

Белоусов С. А.

КГП «Костанайская областная больница»

Внутрибольничная инфекция мочевых путей занимает одно из первых мест среди всех видов внутрибольничных инфекций (ВБИ). Одним из путей снижения ВБИ в урологическом стационаре является использование антибактериальной профилактики перед оперативными вмешательствами. Главной целью подобной профилактики является не борьба с инфекцией, имеющейся у пациента, а профилактика инфекции, связанной с оперативным вмешательством. Существует 2 принципа профилактики:

первичная профилактика, целью которой является предотвращение продвижения инфекции из источника вне мочевых путей (инструментарий, катетер, ирригационная жидкость);

вторичная профилактика, направленная на снижение инфицирования из очагов инфекции в мочевых путях.

Инфицирование при трансуретральных операциях возможно как во время операции (инфицированные протоки простаты), так и после оперативного вмешательства (уретральный катетер и др.) Поэтому, предоперационная профилактика играет значительную роль в предотвращении таких инфекционных осложнений, как уретрит, орхоэпидидимит, простатит, восходящий пиелонефрит.

Проанализированы истории болезни 40 пациентов, мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), перенесших ТУР простаты. Все пациенты были разделены на две группы:

1 группа больных – 20 человек, которым проводилась предоперационная профилактика бактериальных осложнений, путем введения препарата ципрофлоксацина в дозе 400 мг в/в за 2 часа до операции, затем препарат вводился в течение 3 суток в дозе 400 мг 2 раза в сутки, затем переходили на пероральный прием по 500 мг 2 раза в сутки 5 дней;

2 группа больных, которым проводилась только антибактериальная терапия в послеоперационном периоде по показаниям.

Цель

- оценка эффективности и безопасности ципрофлоксацина для профилактики инфекционно-воспалительных осложнений

после ТУР простаты.

Всем больным проводилось общеклиническое обследование, которое показало наличие лейкоцитурии по общему анализу мочи у 8 больных в первой группе (40%), у 7 больных во второй группе (35%). Все больные получали в послеоперационном периоде инфузионную, антибактериальную, гемостатическую терапию.

Результаты

Развитие инфекционно-воспалительных осложнений в первой группе наблюдалось у 1 (5%) пациента – развился острый уретрит, сопровождавшийся гипертермией до 38°C, и купированный после удаления катетера. Лейкоцитурия при выписке отмечалась у 5 (25%) больных; во второй группе больных инфекционно-воспалительные осложнения наблюдались у 5 больных (25%) – 4 случая острого уретрита и 1 случай острого эпидидимита, что потребовало назначения второго антибиотика; лейкоцитурия у пациентов 2 группы при выписке отмечалась у 12 пациентов (60%).

Выводы

Предоперационная антибактериальная профилактика путем введения препарата ципрофлоксацина в дозе 400 мг в/в является эффективной для предотвращения развития инфекционно-воспалительных осложнений (уретритов, эпидидимитов) в послеоперационном периоде у больных после ТУР простаты. Случаев побочных действий препарата и аллергических реакций не отмечено, что говорит о безопасности применения препарата.

Литература:

1. Дабуров К. Н. и соавт. Эпидемиология внутрибольничной инфекции в урологическом стационаре./Сборник «Инфекция мочевыделительной системы». - Алматы, 2010.
2. Перепанова Т. С. С соавт. Антибактериальная профилактика перед эндоурологическими операциями./ Сборник «Инфекция мочевыделительной системы». - Алматы, 2010.

Опыт лечения больных с возрастным гипогонадизмом

Белоусов С. А.

КГП «Костанайская областная больница»

Конец XX века был отмечен значительным повышением внимания к проблемам старения у мужчин, однако единого подхода к диагностике и лечению андрогендефицитных состояний не разработано до сих пор.

Проблемы, касающиеся мужского здоровья, на сегодняшний день получили широкое распространение. Игнорирование проблем мужского здоровья привело к тому, что средняя продолжительность жизни мужчин за последние 20 лет сократилась в странах СНГ на 4-5 лет (в зависимости от региона).

По данным Массачусетского исследования, у мужчин ежегодное снижение общего тестостерона, начиная с третьей декады жизни, составляет 1,6% в год, снижение свободного тестостерона (активной фракции) еще больше – 2,8% в год. В ряде исследований доказано сочетание между андрогендефицитными состояниями и такими хроническими заболеваниями, как артериальная гипертензия – 35%, сахарный диабет – до 40%, метаболический синдром и ожирение сочетаются с андрогендефицитными состояниями в 65-70% случаев. Это показывает актуальность изучения андрогендефицитных состояний и их влияние на продолжительность и качество жизни мужчин.

Обследовано 40 мужчин в возрасте от 60 до 80 лет, обратившихся на прием к урологу. Применялся опросник качества жизни (AMS), как клинически выявляющий андрогендефицит, и лабораторное исследование тестостерона в плазме крови. Выявлена прямая корреляционная связь андрогенного дефицита и расстройства эректильной функции. В возрасте 60 лет и старше клинические проявления андрогендефицита (эректильная дисфункция, депрессия, быстрая утомляемость) выявлялись у 70% мужчин, лабораторно подтвержденное снижение тестостерона выявлено у 55%. Средний уровень тестостерона составил 8,5 нмоль/л. После проведения урологического обследования (в т.ч. ректального пальцевого), исследования уровня простатического специфического антигена (ПСА) (и только при нормальном уровне ПСА) таким больным - 24 пациента- предлагалось проведение гормонозаместительной терапии пролонгированным препаратом тестостерона «НЕБИДО». Препарат вводился по общепринятой методике глубоко внутримышечно в течение 1 минуты, первые 2 инъекции препарата вводились с интервалом 6 недель, в последующем - вводился с интервалом в 12 недель, Уровень тестостерона у всех больных стабилизировался в пределах нормальных значений (12-28 нмоль/л) к концу 2 недели после введения. Клинические эффекты тестостерона

проявлялись постепенно и вариабельно у различных пациентов. Усиление полового влечения наступало к 8-10 неделе лечения у 9 больных (40%), у остальных больных этот эффект наступал к 12-14 неделе лечения. Улучшение настроения и снижение симптомов депрессии, начиная с 6 недели лечения, отмечалось у 6 больных (25%) и к 22-24 неделе этот эффект отмечали 22 больных (90%). Снижение веса, уменьшение абдоминального ожирения отметили 10 больных (40%) к концу 36-38 неделе лечения. Появление и усиление спонтанных эрекции к 24-26 неделе лечения отметили 18 больных (75%), у 4 больных этот эффект появился к 36-38 неделе. Улучшение половой жизни отметили 10 пациентов (40%) к 24-26 неделе. Остальным 14 пациентам к гормонозаместительной терапии были добавлены ингибиторы ФДЭ-5 (силденафил), что дало положительный эффект у еще 40% пациентов. Примерно 40% пациентов отметили к 48-50 неделе лечения снижение уровня АД, а также уровня глюкозы крови.

Выводы:

1. Андрогендефицитные состояния в старшей возрастной группе встречаются достаточно часто, нередко являются причиной эректильной дисфункции.
2. Эта группа больных требует назначения соответствующей заместительной терапии препаратами тестостерона.
3. Препарат «Небидо» показал себя как достаточно эффективное, безопасное и удобное в применении (1 раз в 12 недель) лекарственное средство для лечения возрастного гипогонадизма.
4. Эффекты гормонозаместительной терапии наступают вариабельно и поэтапно, приближаясь к максимальному после года применения.
5. В ряде случаев (40-50%) для лечения эректильной дисфункции требуется назначение ингибиторов ФДЭ-5.

Литература:

1. Гамидов С. И. и соав. Заместительная гормональная терапия препаратами тестостерона. // Материалы пленума российского общества урологов. - Н-Новгород, 2009.
2. Гамидов С. И. и соав. Особенности эректильной дисфункции у пожилых мужчин. // Материалы пленума российского общества урологов. - Н-Новгород, 2009.

Клиническая эффективность лечения стриктур уретры с использованием высокоэнергетического Nd-YAG лазера

Алчинбаев М.К., Малих М.А., Омаров Е.С., Сенгирбаев Д.И., Каимбаев А.И., Сичинава Г.В., Бакиев И.Т., Кожанов К.Ш.

АО «НЦ урологии им. Б.У. Джарбусынова» г. Алматы

Нами обследовано 85 больных со стриктурами уретры, которые находились на стационарном лечении в НЦ урологии с 2008 по 2012 гг.

Результаты восстановления проходимости уретры после лечения ее стриктуры высокоэнергетическим лазером оценивались нами по трехбальной шкале - хорошо, удовлетворительно и неудовлетворительно. Оценка проводилась в ранние (через 1,5 мес.) и отдаленные (через 12 мес.) сроки после операции. Критерий оценки включал в себя показатели урофлоуметрии в совокупности с субъективным самочувствием больных.

За хороший результат лечения считалось стойкое вос-

становление просвета уретры с урофлоуметрическими показателями МОСПМ не менее 15 мл/сек. Удовлетворительным считался результат при показателях МОСПМ 8-15 мл/сек. и удовлетворительным самочувствием больного, который не нуждался в повторном вмешательстве или бужировании уретры. Неудовлетворительным - при плохом самочувствии больного, у которого на урофлоуметрии МОСПМ была менее 8 мл/сек.

Задачей-минимумом при любых эндоскопических уретротомиях было достижение удовлетворительных результатов лечения. В отдаленном периоде результаты восстановления проходимости уретры оценивались в основном на основании

данных урофлоуметрии и цистографии. Для проведения сравнительного анализа результатов лечения стриктур уретры с помощью высокоэнергетического Nd-YAG лазера была взята контрольная группа пациентов, которым проводилась ТУР стриктуры. В эту группу объединялись однотипные больные в соответствии с принятыми критериями отбора.

В контрольную группу не случайно были взяты пациенты, которым проведена эндоскопическая уретротомия с помощью электроножа (ТУР), т.к. этот метод лечения предполагает также воздействие на ткань термического фактора, как и лазерное излучение. Поэтому для сравнения не брались пациенты, которым в этот же период проводилась внутренняя оптическая уретротомия ножом Коллинза.

Всего в анализ включены данные 85 эндоскопических уретротомий, из которых 45 при помощи высокоэнергетического Nd-YAG лазера (основная группа) и 40 - при помощи электроножа - ТУР (контрольная группа).

Как было отмечено, лазерная уретротомия выполнялась контактными и бесконтактными способами при мощности 40 Вт. В первом случае достигался эффект вапоризации, во втором - абляции рубцовой ткани. По этиологическому фактору выделены 4 основных группы. В общей выборке основную часть пациентов составили больные с послеоперационными стриктурами. Локализация стриктур уретры была различной, но преобладали в основном, расположенные в простатическом отделе. Вариабельной была и протяжённость рубцового процесса. Однако, больше всего было стриктур средней протяжённости (0,8-1,5 см).

С целью изучения влияния высокоэнергетического Nd-YAG лазера на гемостаз всем больным до и после операции проведено определение некоторых показателей общего анализа крови и коагулограммы (таблица 1).

Таблица 1. Динамика изменения некоторых показателей крови у больных после лазерной уретротомии

Показатели крови	Вид уретротомии	Сроки до операции		
		до операции	1-е сутки после операции	7-е сутки после операции
Эритроциты, $1 \times 10^{12}/л$	Лазерный	4,0±0,37	3,9±0,36	4,0±0,38
	Контроль	4,1±0,39	3,9±0,38	4,0±0,37
Гемоглобин, г/л	Лазерный	139±5,04	138±4,76	138±5,60
	Контроль	138±6,03	135±5,18	136±5,32
Общий фибриноген, г/л	Лазерный	4,2±0,40	4,3±0,37	4,1±0,34
	Контроль	4,2±0,39	4,4±0,41	4,3±0,37

Полученные данные свидетельствуют о том, что после эндоскопической лазерной уретротомии не происходит значительных сдвигов в показателях крови по сравнению с исходными. Вероятно, это связано со сравнительно малой интраоперационной травматизацией и отсутствием кровопотери. В контрольной группе больных, перенесших ТУР-уретротомию, изменения показателей крови по сравнению с исходными были также незначительными, хотя отмечена умеренная гиперфибриногенемия, сохранившаяся до 7 суток после операции.

При исследовании результатов лечения стриктур уретры в раннем послеоперационном периоде оценивалась, в основном, структура осложнений, связанных с самим эндоскопическим вмешательством. Показатели урофлоуметрии, полученные непосредственно после восстановления самостоятельного мочеиспускания (удаления уретрального катетера), мы считаем не окончательными. Это связано с тем, что процесс эпителизации уретры после операции длится в среднем около двух месяцев. Поэтому для получения истинных результатов контрольная урофлоуметрия должна проводиться не ранее вышеуказанных сроков. К такому выводу нас подтолкнули результаты собственных наблюдений. Так, у 15 пациентов урофлоуметрия была проведена сразу после восстановления мочеиспускания. При

этом показатель МОСПМ у всех превысил 20 мл/сек. Однако, при контрольном обследовании через 1,5-2 месяца у 10 из них максимальная скорость мочеиспускания снизилась до 17-18 мл/сек., и лишь у 5 осталась на уровне 18-20 мл/сек. Это наблюдение наглядно демонстрирует необъективность урофлоуметрических показателей, полученных сразу после удаления уретрального катетера.

С учетом вышеуказанных обстоятельств окончательная оценка показателей МОСПМ проведена нами через год после операции. Из 45 больных, которым осуществлялись эндоскопические уретротомии с применением Nd-YAG лазера, 7 пациентов отказались от повторного обследования через 12 месяцев, мотивируя это своим хорошим самочувствием и нормальным мочеиспусканием. При оценке отдалённых результатов у оставшихся под наблюдением 38 больных получены следующие данные (таблица 2).

Таблица 2. Отдалённые результаты лечения после эндоскопической лазерной уретротомии

Результат лечения	Количество больных	
	абс.	%
Хороший	26	68,4
Удовлетворительный	7	18,4
Неудовлетворительный	5	13,2
ВСЕГО	38	100

Как видно из таблицы 2, положительные (т.е. хорошие и удовлетворительные) результаты лечения стриктур уретры с использованием Nd-YAG лазера отмечены в 33 (86,8 %) случаях с преобладанием среди них хороших.

Из 40 больных со стриктурами уретры, пролеченных методом ТУР, через 12 месяцев на контрольное обследование явились 31. Критерии оценки остались такими же, как и у пациентов основной группы. Неудовлетворительный результат отмечен в 7 (22,5%) случаях. Все эти пациенты были не удовлетворены своим самочувствием, а показатели МОСПМ по данным урофлоуметрии у них не превышал 8 мл/сек. Во всех случаях возникновение рецидивов происходило в сроки до 6 месяцев после операции.

В контрольной группе положительные результаты лечения стриктур уретры зафиксированы у 24 (77,5%) больных.

Рецидив стриктуры у 5 пациентов возник в сроки от 3-х до 8 месяцев после операции. Это позволяет утверждать, что наблюдение за больными следует проводить не менее 1 года.

В ходе изучения результатов лечения с применением Nd-YAG лазера была проверена их зависимость от сроков дренирования уретры катетером. Для этого пациенты основной группы были условно разделены на 2 подгруппы: в 1-й дренирование катетером не превышало 7 дней, во 2-й - 14 дней (таблица 3).

Таблица 3. Зависимость результатов эндоскопических лазерных уретротомий от сроков дренирования уретры

Сроки дренирования уретры	Всего больных	Из них результаты лечения		
		хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные
До 7 дней	18	13 (72,2 %)	4 (22,2 %)	1 (5,6 %)
До 14 дней	20	7 (35,0 %)	9 (45,0 %)	4 (20,0 %)

Из таблицы 3 видно, что общее число положительных (хороших и удовлетворительных) результатов было выше (94,4%) в группе больных, у которых сроки дренирования уретры составили не более 7 дней, чем при 14-дневном дренировании (80%).

Интересной оказалась зависимость результатов лечения от протяжённости стриктуры (таблица 31). Было отмечено,

что лучше лазерному лечению поддаются стриктуры с протяжённостью до 1,5 см. При более протяженных стриктурах удельный вес положительных результатов лазерной уретротомии заметно уменьшился.

Таблица 4. Зависимость результатов эндоскопических лазерных уретротомий от протяжённости стриктуры

Протяжённость стриктуры, см	Всего больных	Из них результат лечения			
		положительный		отрицательный	
		абс.	%	абс.	%
0,3 - 0,7	8	8	100,0	-	-
0,8 - 1,5	30	28	93,3	2	6,7
свыше 1,5	7	4	57,1	3	42,9

При анализе отрицательных результатов было отмечено, что худшему лазерному лечению поддаются поствоспалительные и посттравматические стриктуры уретры.

Из 5 рецидивов стриктур после лазерной уретротомии два случая были поствоспалительными и 3 - посттравматическими. Причём отмечалось, что травма сопровождалась переломом костей таза. Во всех 5 случаях протяжённость стриктур была свыше 1,0 см (1,3-2,2 см).

Локализация стриктуры также оказывала влияние на окончательный результат операции. Стриктуры висячего (пенильного) отдела хуже других в плане отдалённых результатов поддаются лазерному лечению. Из трех стриктур, расположенных в петельном отделе, в двух случаях после лазерной уретротомии отмечен рецидив уже через 2,5-3 месяца. Однако, следует отметить, что число наблюдений со стриктурами висячей части уретры было слишком мало. Поэтому утверждать в этой ситуации, что рецидив был обусловлен именно этой локализацией мы посчитали преждевременным.

Зависимость результатов эндоскопических лазерных уретротомий от локализации стриктур отражены в таблице 5.

Таблица 5. Зависимость результатов лазерных уретротомий от локализации рубцового процесса

Локализация стриктуры	Всего больных	Из них результат лечения			
		положительный		отрицательный	
		абс.	%	абс.	%
уретры					
Пенильный отдел	2	-	-	2	100,0
Бульбозный отдел	3	2	66,7	1	33,3
Мембранозный отдел	10	9	90,0	1	10,0
Простатический отдел	30	29	96,6	1	3,4

Обобщая данные таблицы 5, можно отметить, что лучшими оказались результаты лечения лазерных операций при локализации стриктур в задних отделах уретры.

Мы не выявили выраженной зависимости результатов эндоскопических лазерных уретротомий от возраста пациентов. Так, большая часть (25) больных находилась в 6 и 7-й возрастных декадах. Даже в возрасте свыше 75 лет лазерная уретротомия имела положительные отдалённые результаты.

Таким образом, при анализе отдалённых результатов лечения стриктур уретры с применением высокоэнергетического лазера выявлена их зависимость от сроков послеоперационного дренирования, этиологии, протяжённости и локализации рубцового процесса.

В качестве примера хороших результатов лазерных уретротомий приводим несколько собственных клинических наблюдений.

Больной Ш. 74 года, история болезни № 1467/232, поступил в отделение андрологии 28.04.10 г. с жалобами на затруднённое вялой струёй мочеиспускание.

Из анамнеза: болен в течение 9-10 месяцев, когда впервые стал отмечать вышеуказанные жалобы. В декабре 2008 г. перенёс одномоментную чрезпузырную аденомэктомию. Спустя 3-4 мес. после операции стал отмечать плохое мочеиспускание. Не

обследовался, не лечился.

При поступлении: общий анализ крови - лейкоциты 2,6 x 10⁹/л., СОЭ - 26 мм/ч., красная кровь - без особенностей. Биохимический анализ крови - в пределах нормы. Общий анализ мочи - лейкоциты 7-10, бакпосев мочи - роста нет.

На УЗИ - умеренная гипотония чашечно-лоханочной системы обеих почек. Мочевой пузырь без особенностей, объем остаточной мочи - 70 мл. По данным урофлоуметрии - МОСПМ = 3,8 мл/сек. На обзорно-экскреторной урограмме - функция почек с обеих сторон сохранена. На нисходящей цистоуретрограмме - стриктура простатического отдела уретры до 1-1,2 см., склероз шейки мочевого пузыря. Сопутствующие заболевания: ИБС, диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, хронический холецистит, катаракта.

Стриктура простатического отдела уретры явилась показанием к лазерной уретротомии, выполненной 05.05.2010 г. Во время операции проведена лазерная абляция рубцовой ткани по периметру с контактным рассечением лазером склероза шейки мочевого пузыря на 6 часах. Катетер Фолея удалён после операции на 6-е сутки. В послеоперационном периоде проведена антибактериальная терапия, инстилляции уретры раствором мирамистина, рассасывающая терапия. Выписан 11.05.10 г. с хорошим самочувствием.

При повторном осмотре через 3 месяца жалоб нет, мочеиспускание хорошей струёй. Через 1 год после операции проведено контрольное обследование: на урофлоуметрии - МОСПМ - 20,3 мл/сек., на уретроцистограмме - стриктура отсутствует. Со слов больного он чувствует себя хорошо.

Как видно из истории болезни данного больного, причиной образования стриктуры в простатическом отделе уретры послужила чрезпузырная аденомэктомия. Причём, стриктура сочеталась со склерозом шейки мочевого пузыря, поэтому проведено дополнительное рассечение шейки на 6 часах. Получен хороший отдалённый результат лечения.

В качестве примера хорошего отдалённого результата лечения рецидивной послеоперационной стриктуры приводим следующую выписку из истории болезни.

Больной С., 68 лет, история болезни № 2829/535 поступил в отделение андрологии в плановом порядке с жалобами на наличие эпицистостомы, отсутствие самостоятельного мочеиспускания.

Болен в течение двух лет, когда через 3 месяца после одномоментной чрезпузырной аденомэктомии диагностированы 2 стриктуры заднего отдела уретры, склероз шейки мочевого пузыря. Больной неоднократно бужировался, однако, самостоятельное мочеиспускание не восстанавливалось, в связи с чем установлена троакарная цистостома. В 2010 г. проводилась внутренняя оптическая уретротомия электропетлём (ТУР). Тем не менее, операция не принесла успеха.

При поступлении: общий анализ крови - без особенностей, общий анализ мочи - плотность 1012, реакция нейтральная, лейкоциты - 25-27-25 в п/з., эритроциты - 5-6 в п/з.; биохимический анализ крови, коагулограмма - в пределах нормы; бакпосев мочи - 100 000 мкб. тел/мл. E.coli. На УЗИ - умеренная гипотония чашечно-лоханочной системы обеих почек. На восходящей уретроцистограмме - 2 стриктуры бульбозного и мембранозного отделов уретры, склероз шейки мочевого пузыря. Урофлоуметрия не проводилась в связи с наличием эпицистостомы. Наличие двух стриктур задней уретры длиной 1,0 и 1,2 см. и отсутствие самостоятельного мочеиспускания явились показанием к эндоскопической операции с применением Nd-YAG лазера. 08.07.09 г. выполнена лазерная уретротомия с абляцией рубцовых тканей и контактным рассечением склероза шейки мочевого пузыря на 6; 9 и 3 часах. Катетер Фолея № 22 по Shar установлен на 7 суток. Послеоперационный период - без особенностей. Проводилась местная инстилляция терапия 0,1% раствором мирамистина, назначалась антибактериальная и рассасывающая терапия.

После удаления уретрального катетера на 7-е сутки восстановлено самостоятельное мочеиспускание. Эпицистома

удалена на 12 суток. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

При контрольном обследовании через 1 год на урофлоуметрии - МОСПМ = 26,8 мл/сек., на восходящей уретроцистограмме - стриктуры и склероз шейки мочевого пузыря отсутствуют. Пациент доволен своим самочувствием и мочеиспусканием.

Из представленных выше историй болезни видно, что стриктура уретры сочеталась со склерозом шейки мочевого пузыря. Оба этих заболевания явились результатом ранее выполненной аденомэктомии. Рубцовая ткань шейки мочевого пузыря подвергалась также лазерному иссечению. Такая тактика, на наш взгляд, является оправданной, так как стриктура уретры и склероз шейки мочевого пузыря являются звеньями одного патологического процесса. Поэтому лечение только одного из заболеваний, по нашему мнению, неминуемо приведёт к рецидиву. Для подтверждения сказанного приводим один из примеров отрицательного результата лечения аналогичного сочетания патологий, когда из-за технических сложностей иссечение склерозированной ткани шейки мочевого пузыря было выполнено в очень ограниченном объёме.

Больной Е., история болезни № 1092\226, 20 лет, поступил 18.04.10 г. в плановом порядке с жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания, наличие эпидидостомы.

Из анамнеза: в 1997 г. получил автодорожную травму с переломом костей таза и повреждением уретры. После чего резко нарушилось мочеиспускание. В связи с этим больному была наложена троакарная цистостома. В 2008 и 2009 г. выполнялись эндоскопические уретротомии с электрорезекцией рубцовой ткани, которые не избавили больного от эпидидостомы. Обратился повторно для оперативного лечения.

При обследовании: общий анализ крови - СОЭ 26 мм/ч. (остальные показатели в норме); биохимический анализ крови: мочевины - 8,6 ммоль/л., общий билирубин - 18,2 ммоль/л., тимоловая проба - 3,7 ед., сахар - 4,8 ммоль/л. Общий анализ мочи: уд.вес - 1010, реакция - слабощелочная, лейкоциты - 40-45 в п./зр., соли - фосфаты ++.

На УЗИ - почки с гипотонией чашечно-лоханочной системой с обеих сторон, с наличием мелких конкрементов в нижних группах чашек (до 3-5 мм). Урофлоуметрия не выполнена ввиду наличия цистостомы. На уретроцистограмме - стриктура простатического отдела уретры.

23.04.10 г. больному выполнена лазерная уретротомия с абляцией рубцовой ткани и частичным иссечением рубцовой ткани шейки мочевого пузыря. Последняя выполнялась сочетанным доступом - через цистостому и трансуретралью. Катетер Фолея № 22 установлен на 14 суток. Проведена антибактериальная терапия, инстилляции уретры, рассасывающая терапия. После удаления уретрального катетера восстановлено самостоятельное мочеиспускание. Цистостома удалена на 17 суток. Больной выписан на амбулаторное лечение. Однако, через 3 месяца обратился повторно с затруднённым мочеиспусканием вялой струёй. При контрольном обследовании - показатели МОСПМ по данным урофлоуметрии = 8,2 мл/сек. На уретроцистограмме - простатический отдел резко сужен, склероз шейки мочевого пузыря.

Данный пример ярко демонстрирует отсутствие эффекта после лазерной уретротомии из-за того, что в полном объёме не было проведено удаление склеротической ткани в области шейки мочевого пузыря и, хотя больному удалось избавиться от цистостомы, показатели урофлоуметрии остались неудовлетворительными. Данные рентгенообследования и урофлоуметрии больного Е. до и через 3 месяца после операции отражены на рисунках 26 и 27.

В октябре 2010 г. больной Е. поступил повторно (история болезни № 3305\619) и ему успешно проведена лазерная уретротомия с абляцией рубцов в области шейки мочевого пузыря с хорошим результатом в ближайшем послеоперационном периоде.

В своей работе мы также столкнулись с ситуациями, когда стриктура сочеталась с "ложным" ходом уретры. В этих случаях

выполнение лазерной уретротомии было возможным только после распознавания истинного хода. В остальном техника операции не отличалась от вышеописанной.

Нами также встречен один больной со стриктурой неясной этиологии. Ему проведена лазерная уретротомия с хорошим отдалённым результатом. Приводим в качестве примера выписку из истории болезни данного больного.

Больной К., 14 лет, история болезни № 337\48, поступил с жалобами на затруднённое вялой струёй мочеиспускание, которое беспокоит его уже длительное время. Связь с травмой, воспалением и другими факторами отрицает и сам больной, и его родители. Ранее не обследовался и не лечился.

При обследовании: показатели общего и биохимического анализов крови - без патологии. Общий анализ мочи: уд.вес - 1018, реакция кислая, лейкоциты - 12-15 в п/зр.

На УЗИ - почки с умеренной гипотонией чашечно-лоханочной системой с обеих сторон, мочевого пузыря и ПЖ - без особенностей. На урофлоуметрии - МОСПМ = 3,1 мл/сек., на уретроцистограмме - стриктура бульбозного отдела уретры, которая явилась показанием для эндоскопической операции. 02.02.10 г. выполнена лазерная уретротомия с абляцией рубцовой ткани. Послеоперационный период протекал гладко, катетер Фолея удалён на 6-е сутки. Восстановлено адекватное мочеиспускание.

При контрольном обследовании через год результат хороший: на урофлоуметрии - МОСПМ = 31,2 мл/сек., на микционной цистограмме - стриктура отсутствует.

При анализе литературы мы установили, что при эндоскопическом лечении стриктур уретры встречаются три основных вида ранних осложнений - уретроррагия, перфорация уретры, отёк полового члена и мошонки. При выполнении лазерных уретротомий мы не столкнулись ни с одним из вышеперечисленных осложнений. Кроме того, в ходе выполнения лазерных операций мы не наблюдали даже малейшего кровотечения из зоны воздействия, что говорит о хорошем первичном гемостазе при этих операциях.

Этого нельзя сказать о хирургических эндоскопических вмешательствах на уретре с применением электроножа (ТУР). Так, например, в контрольной группе больных при выполнении им электрорезекции рубцовой ткани уретры, в 4-х случаях были отмечены значительные кровотечения, которые увеличили время операций. Необходимо также отметить, что умеренная кровоточивость имела место почти при каждой операции с применением электроножа. Кроме вышеотмеченных, у одного больного контрольной группы был отмечен отёк наружных половых органов, который сохранялся в течение трех суток.

Из данных литературы было также известно, что среди поздних осложнений при эндоскопических операциях на уретре могут быть недержание мочи, нарушение эректильной функции, образование камней в уретре или мочевого пузыря. После лазерной уретротомии мы наблюдали только в одном случае недержание мочи, которое было купировано в течение 12 дней после назначения консервативной терапии. В контрольной группе больных в двух случаях отмечено нарушение потенции в послеоперационном периоде, и в одном наблюдении - недержание мочи, ликвидированное медикаментозно. Еще у одного больного - развился эпидидимит.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют в пользу применения лазера при эндоскопическом лечении стриктур уретры.

Для выяснения причин преимуществ лазерных уретротомий по сравнению с операциями, выполненными электроножом, нами было проведено морфологическое исследование рубцовой ткани, полученной у больных с рецидивами. Для этой цели во время повторных операций проводили резекцию вновь образовавшейся рубцовой ткани. Полученные образцы фиксировали в 10-ти процентном растворе формалина, заливали парафином и окрашивали гематоксилином и эозином по Ван Гизону.

При микроскопическом исследовании рецидивной рубцо-

вой ткани после лазерной уретротомии эпителий уретры был переходно-клеточный с наличием небольшого количества коллагеновых волокон и низкой активностью фибробластов, имелись сосуды мелкого и среднего калибров.

В препаратах вновь образовавшейся рубцовой ткани после уретротомии электроножом (ТУР) микроскопически определялась метаплазия переходно-клеточного эпителия в многослойный плоский. Субэпителиально отмечалась выраженная лимфоплазмоцитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой, за которой отмечалось массивное разрастание грубой соединительной ткани с очагами склероза, гиалиноза и отека.

Вышеприведенные данные морфологического исследования убедительно доказывают преимущество высокоэнергетического лазера перед электрорезекцией при уретротомиях. Хотя, после воздействия лазера и образуется рубцовая ткань, она является более эластичной, о чём свидетельствует низкая активность фибробластов при эпителизации. Вероятно, это является следствием более щадящего по сравнению с ТУР термического воздействия лазера на перистриктуральные ткани.

Таким образом, на основании анализа результатов лечения двух видов операций при стриктуре уретры, мы убедились в преимуществе вмешательств с применением высокоэнергетического лазера. Однако, во избежание дискредитации этого метода необходимы четкие показания для его использования. В связи с указанными на основании результатов собственных исследований мы разработали показания и противопоказания (относительные и абсолютные) к выполнению лазерной уретротомии у мужчин при стриктуре.

Показания к выполнению лазерной уретротомии:

- короткой и средней длины стриктуры уретры независимо от этиологического фактора ее образования;
- первичные стриктуры простатического, мембранозного и бульбозного отделов уретры.

Относительные противопоказания к лазерной уретротомии:

- протяженные (свыше 1,5 см, но не более 2,0 см) стриктуры уретры независимо от этиологии;
- стриктуры с наличием ложных ходов уретры;
- облитерации уретры;
- стриктуры петельного отдела уретры независимо от этиологии;
- рецидивные стриктуры уретры.

Абсолютные противопоказания к лазерной уретротомии:

- протяженные (свыше 2,0 см) стриктуры уретры вне зависимости от этиологии и локализации.

Литература:

1. Altwejn J.E. *Benign prostatic hyperplasia: a diagnosis and treatment primer*. – Oxford. - 1992. - 37p.
2. Карпенко В.С., Стаховский Э.А. *Трансуретральная резекция при аденоме, раке и склерозе предстательной железы // Новые методы эндоскопической диагностики и лечения. Матер. симп. - Курск, 1991. – С.12-14.*
3. Мартов А.Г., Кильчуков З.И. *Интерстициальная лазерная коагуляция у больных с аденомой предстательной железы // Урол. и нефрол. - 1996. – С.19-32.*
4. Неймарк А.И. *Трансуретральная термотерапия в лечении ДГПЖ. - Барнаул, 1995 - 51с.*
5. Горюновский Л.М. *Эндоскопическая хирургия в оперативной урологии больных пожилого и старческого возраста // Новые методы эндоскопической диагностики и лечения. Матер. симп. – Курск, 1991. – С.14-15.*
6. Русаков В.И. *Хирургия мочеиспускательного канала. - М., 1991.*
7. Лопаткин Н.А., Горюнов В.Г. *Актуальные проблемы современной клинической урологии // Клин. мед. – 1986. - Т.64. - № 4. - С.5-9.*
8. Алчинбаев М.К., Миланов Н.О., Макажанов М.А., Сарсебеков Е.К., Мамбеталин Е.С., Баймагамбетов Ж.К. *Диагностика, микрохирургическая коррекция уретры и диспансеризация больных (методические рекомендации). - Алматы, 1997. - 12с.*

Особенности техники проведения лазерной уретротомии у больных со стриктурой уретры

Алчинбаев М.К., Малих М.А., Омаров Е.С., Сенгирбаев Д.И., Каимбаев А.И., Сичинава Г.В., Романова С.А., Бакиев И.Т., Кожанов К.Ш.

АО «НЦ урологии им. Б.У. Джарбусынова» г. Алматы

Нами обследовано 85 больных со стриктурами уретры, которые находились на стационарном лечении в НЦ урологии с 2008 по 2010 гг. Для выполнения лазерной уретротомии нами использован комплект эндоскопического инструментария фирмы “Karl Storz” и хирургическая высокоэнергетическая лазерная установка “Sharplan”. Мы решили целесообразным остановиться на принципиальных отличиях, имеющих место при выполнении лазерной уретротомии. Так, например, в набор инструментов обязательно должны входить уретроцистоскопы малых диаметров (12-14 по Shar), струны – проводники и дополнительный источник света. Последний необходим в тех случаях, когда требуется сочетанный доступ к стриктуре уретры через эпицистостому и трансуретрально.

Для выполнения лазерной уретротомии необходимо правильно подобрать мощность излучения. Используя свой предыдущий опыт, полученный во время эксперимента на аденоматозных узлах, мы пришли к выводу, что для выполнения лазерной уретротомии предпочтением нужно отдать мощности излучения 40 Вт. Наше предположение основывалось на том, что при данных показателях глубина проникновения лазерного излучения в ткани меньше, чем при 60 Вт. Поэтому становится ясным, что с уменьшением глубины проникновения его побочное термическое воздействие на окружающие ткани минимально. Это обстоятельство является важным при работе на таком органе, как уретра. Ведь слишком глубокое проникновение лазерного луча в данном случае чревато перфорацией

и повреждением кавернозных тел полового члена.

После анализа литературы мы установили, что лазерная уретротомия может выполняться как контактным, так и бесконтактным способом. В своей работе мы пользовались сочетанием двух указанных способов.

Лазерная уретротомия выполнялась с соблюдением медицинским персоналом стандартных мер предосторожности, описанных выше. После спинномозговой анестезии пациента укладывали на операционном столе, как при цистоскопии. После трехразовой обработки наружных половых органов спиртовым раствором йодоната и спирта укрывали больного стерильным бельем. Через наружное отверстие уретры вводили несколько миллилитров препарата “Катеджел” для лучшего продвижения инструментов. При слишком узком наружном отверстии уретры выполняли сначала меатотомию. Затем под визуальным контролем проводили по уретре уретроцистоскоп №12 по Shar с оптикой 0°.

Следует особо обратить внимание на то, что первичный осмотр уретры нужно осуществлять инструментом с минимальным диаметром. Как показал наш опыт, такое начало операции является оправданным, т.к. позволяет хирургу без дополнительной травматизации стенок уретры определить локализацию стриктуры и выявить наличие ложных ходов. Применение уретроцистоскопов с большим диаметром в самом начале операции может привести к возникновению уретроррагии, что значительно удлиняет время манипуляции.

В качестве омывающего раствора мы использовали 5% раствор глюкозы. Необходимо, чтобы ирригационная жидкость была тёплой, поскольку холодная вызывает спазм уретры и затрудняет продвижение инструментов.

Итак, уретроцистоскоп №12 по Shaq вводится под визуальным контролем до суженного участка и оценивается его диаметр. При наличии ложного хода для более чёткой ориентации по ходу уретры предпосылали струну – проводник, являющуюся ориентиром. После этого меняли уретроцистоскоп на больший по диаметру (14 или 16). На лазерной установке “Sharplan” набирали нужную программу и после появления световой индикации на дистальном конце световода, последний вводили через инструментальный канал уретроцистоскопа. Дистальный конец световода устанавливали в прямом контакте с тканью и проводили лазерную уретротомию, начиная от центра уретры к периферии. Таким способом добивались расширения просвета уретры для того, чтобы в последующем выполнить абляцию рубцовой ткани по периметру. Во всех случаях мощность излучения была 40 Вт, а время воздействия колебалась от 100 до 575 сек. Суммарное количество энергии на одну процедуру варьировало от 4000 до 23000 Дж. В данном случае общее количество энергии напрямую зависело от выраженности рубцового процесса в уретре (таблица 1).

Таблица 1. Зависимость расхода лазерной энергии и времени воздействия от выраженности рубцового процесса в уретре

Длина стриктур, см	Диапазон энергии, Дж.	Диапазон времени воздействия, сек
0,3 – 0,7 (короткие)	4000 – 8400	100 – 210
0,8 – 1,5 (средние)	9000 – 19600	225 – 490
свыше 1,5	20000 – 23000	500 – 575

Из таблицы 1 видно, что энергия больше расходовалась при длинных стриктурах. Лазерное иссечение рубцов проводилось до формирования чёткого просвета уретры, которая могла бы пропускать инструменты, соответствующие её физиологическому диаметру. Как и при лазерной деструкции ДГПЖ, весь ход операции передавался посредством видеокамеры на монитор, что облегчало работу хирурга и давало возможность советовать с присутствующими коллегами.

При выполнении лазерной уретротомии в нескольких случаях мы столкнулись с неординарными ситуациями. Здесь имеются варианты стриктур с полной облитерацией просвета уретры и случаи, когда не удалось чётко отифференцировать истинный ход уретры. Такие операции выполнялись сочетанным доступом – через эпицистостому и трансуретралью. Приводим одно из таких наблюдений:

Больной Е., 20 л., история болезни № 1092/226 в клинику поступил 19.04.2010 г. с жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания, наличие эпицистостомы. В анамнезе 2 года назад автодорожная травма с переломом костей таза.

В 2008 и 2009 гг. выполнялись операции ТУР-стриктуры. Самостоятельное мочеиспускание не восстановилось, наложена троакарная эпицистостома. При уретроскопии – облитерация мембранозного отдела уретры с деформацией хода. Больной взят на лазерную уретротомию. В связи с наличием эпицистостомы решено провести чрезфистульный доступ к заднему отделу уретры. При осмотре простатический отдел склерозирован. Параллельно через уретру к мембранозному отделу подведен уретроцистоскоп и, ориентируясь на световое пятно, проведена лазерная уретротомия до образования чёткого просвета уретры. Аналогичной была тактика операции в случае наличия множественности ложных ходов. Отличие состояло в том, чрезфистульным доступом антеградно проводилась струна–проводник, а затем по ней трансуретралью выполнялась лазерная уретротомия по вышеописанной методике.

Все операции завершали дренированием уретры катетером на различные сроки.

Анализируя литературные данные по ведению послеоперационного периода у больных со стриктурой уретры прооперированных с помощью высокоэнергетического лазера, мы отметили разноречивость мнений по этому вопросу. Общими оказались направления, в которых проводились исследования – предотвращение адгезии стенок уретры и предотвращение рецидивов рубцевания. Этим же принципам придерживались также и мы по ведению больных в послеоперационном периоде.

Для решения этого вопроса были изучены значение и сроки послеоперационного дренирования уретры и роль местной инстилляционной терапии.

Как было указано выше, все лазерные уретротомии завершались установкой уретрального катетера Фолея на различные сроки. Учитывая разноречивость литературных данных о сроках дренирования уретры, мы разделили обследованных нами больных на 2 группы. Каждая группа больных отличалась длительностью дренирования уретры. Так, сроки дренирования у больных 1-группы составили 7 дней, во 2-группе – 14 дней.

С целью предотвращения рецидивного рубцевания всем больным после выполнения лазерной уретротомии проводилась антибактериальная, рассасывающая терапия и инстилляция уретры. Назначение антибиотиков было обязательным для всех больных, т.к. инфицированность мочи у них была доказана результатами бакпосева. Наличие микробной флоры в большинстве случаев было обусловлено предшествующими катетеризациями или бужированием стриктуры.

Следует отметить, что предварительная антибактериальная терапия полностью не избавила больных от инфекции. Это дало нам основание предположить, что рубцовая ткань уретры является резервуаром микробной флоры. Поэтому проведение местной инстилляционной терапии мы считаем важным компонентом в комплексе послеоперационной реабилитации больных, перенёвших лазерную уретротомию. Для инстилляции уретры применялся раствор мирамистина, который вводился мимо уретрального катетера ежедневно после предварительной обработки наружного отверстия уретры раствором фурациллина. Параллельно назначалось внутримышечное введение 64 Ед. лидазы. Все эти мероприятия проводились, как во время нахождения в уретре катетера, так и после его удаления.

Таким образом, лазерная уретротомия результативна в условиях вапоризации и абляции при коротких и средней длины стриктурах простатического и мембранозного отделов уретры и независит от этиологического фактора.

Литература:

1. Altwein J.E. *Benign prostatic hyperplasia: a diagnosis and treatment primer.* – Oxford. - 1992. - 37p.
2. Карпенко В.С., Стаховский Э.А. Трансуретральная резекция при аденоме, раке и склерозе предстательной железы // *Новые методы эндоскопической диагностики и лечения. Матер. симп. - Курск, 1991.* – С.12-14.
3. Мартов А.Г., Кильчуков З.И. Интерстициальная лазерная коагуляция у больных с аденомой предстательной железы // *Урол. и нефрол.* - 1996. – С.19-32.
4. Неймарк А.И. Трансуретральная термотерапия в лечении ДГПЖ. - Барнаул, 1995 - 51с.
5. Горюловский Л.М. Эндоскопическая хирургия в оперативной урологии больных пожилого и старческого возраста // *Новые методы эндоскопической диагностики и лечения. Матер. симп. – Курск, 1991.* – С.14-15.
6. Costello A., Bolton D., Ellis D., Crowe H. *Histopathological changes in human prostatic adenoma following neodymium: YAG laser ablation therapy* // *J. Urol.* - 1994. - Nov. - 152 (5 pt 1). - P.1526-9.
7. Gottfried H.M., Krautschick A., Hefty R., Weber H.W., Frohneberg O., Hautmann R.E. *Transurethral laser ablation of prostate (TVLAP). Initial results with 188 patients* // *Urol. A.* - 1995. - Mar. - 34(2). - P.132-7.
8. Kabalin J., Butler E. *Costs of minimally invasive laser surgery compared with transurethral electrocautery resection of the prostate* // *West J. Med.* - 1995. - 162(5). - P.426-9.
9. Mauer Mayer W. *Transurethral Surgery.* - Berlin: Springer - Verlag, 1983. - 454p. – References. - P.455-464.

Характеристика больных со стриктурами уретры

Алчинбаев М.К., Малих М.А., Омаров Е.С., Сенгирбаев Д.И., Каимбаев А.И., Сичинава Г.В., Бакиев И.Т., Кожанов К.Ш., Жанабек А.Ж.

АО «НЦ урологии им. Б.У. Джарбусынова» г. Алматы

Проблема лечения стриктур уретры у мужчин является на сегодняшний день одной из актуальных и до конца не решенных. Об этом говорит достаточно высокий процент рецидивов, который составляет 10-50% [1, 2, 3], а длительное лечение и многочисленные повторные операции на уретре приводят больных с этой патологией к социальной дезадаптации. По наблюдениям В.Г.Гнилорыбова и др. [4, 5] до 72,4% пациентов нуждаются в надлобковых мочепузырных свищах, и лишь у 27,6% сохранено самостоятельное, но нарушенное мочеиспускание.

По данным ряда авторов, ежегодно в крупных урологических стационарах проходят лечение от 3,75% до 6% мужчин по поводу стриктур уретры [6, 7].

Нами обследовано 85 больных со стриктурами уретры, которые находились на стационарном лечении в НЦ урологии с 2008 по 2012 гг.

Как видно из таблицы 1, основная масса больных представлена пожилым контингентом и находится в возрасте от 60 до 75 лет.

Таблица 1. Распределение больных со стриктурами уретры по возрасту в зависимости от метода лечения

Возраст, лет	Число больных, прооперированных применением лазера		Число больных, прооперированных методом ТУР (контрольная группа)	
	абс.	%	абс.	%
20-29*	8	17,78	8	20,0
30-44	6	13,33	5	12,50
45-59	6	13,33	7	17,50
60-74	20	44,45	16	40,0
75 и выше	5	11,11	4	10,0
Всего	45	100,0	40	100,0

Примечание: * - один больной был в возрасте 14 лет.

Нами выявлено, что длительность заболевания у подавляющего числа больных была свыше одного года. Многие пациенты также отмечали ранее безуспешную терапию своего заболевания.

Из 85 мужчин со стриктурами уретры у 12 (14,1%) при поступлении были эпицистостомы.

При оценке полученных в процессе работы данных использовались показатели и результаты различных исследований. Однако с опытом работы, мы убедились в том, что некоторые показатели являются специальными для точной диагностики стриктур. Для этой цели были выбраны параметры, которые можно применить для любого больного вне зависимости от его возраста и этиологии стриктуры.

Оценка результатов эндоскопических операций включала в себя учет как субъективных, так и объективных данных. К ним можно отнести жалобы, самочувствие больного, показатели уродинамического обследования. Суммируя эти данные, нами было условно выделено 3 основных критерия оценки результатов оперативного эндоскопического лечения стриктур:

1) хороший результат – пациент чувствует себя хорошо, мочеиспускание свободное безболезненное, по данным урофлоуметрии, показатели МОСПМ составляют больше 15 мл/сек;

2) удовлетворительный результат – пациент чувствует себя хорошо, но мочеиспускание не такое хорошее, как до возникновения заболевания. Однако, нет необходимости в повторном эндоскопическом вмешательстве, показатели МОСПМ составляют 15-8 мл/сек;

3) Неудовлетворительный результат – пациент чувствует

себя неудовлетворительно, мочеиспускание такое же как и до операции или хуже; нуждается в периодическом бужировании (или повторной операции), показатели МОСПМ составляют меньше 8 мл/сек.

Анализируя литературные данные, касающиеся классификации стриктур уретры, можно отметить, что основными критериями в их характеристике являются этнология, локализация и протяженность. Исходя из этого мы составили рабочую схему деления стриктур, не ставя перед собой задачу разработки новой классификации. Наш вариант предлагается для обеспечения удобства при выполнении работы и он представлен на рисунке 5.

Следует отметить относительную условность в делении некоторых видов стриктур. Так, например, в группе деления по этиологии нет отдельно ятрогенных стриктур. Они в нашем случае отнесены к травматическим (после инстилляций, катетеризаций и т.д.). Хотя, все послеоперационные стриктуры являются, в свою очередь, ятрогенными, мы выделили их в отдельную группу.

Рабочая схема деления стриктур уретры у мужчин

По этиологическому фактору:

- воспалительные,
- травматические,
- послеоперационные
- неясной этнологии.

По клиническому течению:

- первичные,
- рецидивные.

По локализации:

- пенильного отдела,
- бульбозного отдела,
- мембранозного отдела,
- простатического отдела.

По протяженности:

- короткие (0,3-0,7 см),
- средней длины (0,8-1,5 см),
- длинные (свыше 1,5 см).

При делении уретры на отделы мы ограничились четырьмя, в то время как некоторые авторы предлагают выделять 6 отделов с указанием расположенных промежуточно.

Длина стриктур – это также понятие относительное. Это деление основано на результатах только нашего клинического материала.

При анализе этиологических факторов образования стриктур, мы обнаружили, что подавляющее их число принадлежит послеоперационным. Данные по каждой из групп представлены в таблице 2.

Таблица 2. Распределение больных по группам наблюдения в зависимости от этиологии стриктур

Этиология стриктуры	Количество больных			
	Лазерная уретротомия		ТУР	
	абс.	%	абс.	%
Воспалительные	3	6,67	4	10,0
Посттравматические	13	28,89	14	35,0
Послеоперационные	28	62,22	22	55,0
Неясной этиологии	1	2,22	–	–
ВСЕГО	45	100,0	40	100,0

Большой процент послеоперационных стриктур (55,0-62,22%), на наш взгляд, является следствием погрешности в

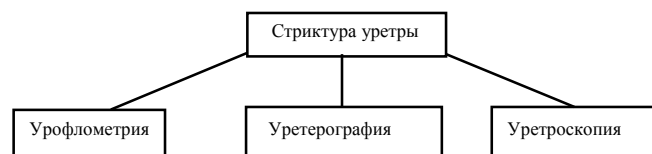
технике оперативного вмешательства, неадекватным послеоперационным ведением больных.

Любое клиническое обследование при поступлении в стационар начинается с проведения клинико-лабораторных анализов крови (общий и биохимический анализы крови и анализы мочи). Нет необходимости говорить отдельно о значении каждого из них. Остановимся лишь на тех показателях, которые нами были взяты для последующего динамического наблюдения больных. Данные представлены в таблице 3.

Таблица 3. Показатели крови в группах больных со стриктурами уретры

Показатели крови	Группы наблюдения	Исходные данные (до операции)
Эритроциты, $10^{12}/л$	Лазерная уретротомия	$4,0 \pm 0,37$
	ТУР стриктуры	$4,1 \pm 0,39$
Гемоглобин, г/л	Лазерная уретротомия	$139 \pm 6,05$
	ТУР стриктуры	$140 \pm 7,10$
Фибриноген, г/л	Лазерная уретротомия	$4,1 \pm 0,40$
	ТУР стриктуры	$4,1 \pm 0,39$

Определение вышеуказанных параметров является вспомогательным методом обследования. Для непосредственной диагностики стриктур уретры нами выделены основные инструментальные методы, которые схематически представлены на рисунке.



Сочетанное использование этих методов исследования позволяет в 100% случаев диагностировать стриктуру уретры. Остановимся подробнее на каждом из них.

Урофлометрия выполнялась нами как с целью предоперационной диагностики стриктур, так и для послеоперационного мониторинга за больными. Обследование проводилось при помощи уродинамической установки "Dantex 5500" (Дания) которая позволяет получить результат, как в цифровом, так и в графическом изображениях.

Данное обследование выполнено у 73 пациентов (85,88%), с сохранившимся самостоятельным мочеиспусканием. Результат учитывался, если общее количество выделенной мочи было не менее 150 мл.

К такому критерию отбора подошли только 60 человек, которые в последующем были взяты под динамическое наблюдение. Оставшиеся 25 больных либо имели цистостому (12 чел.), либо не смогли при повторных попытках выделить достаточное для объективной оценки количество мочи (13 чел.). За основной показатель была взята величина МОСПМ. Детальный анализ результатов показал, что ее показатели у всех 60 пациентов до операции колебались от 1 мл/сек до 10 мл/сек (таблица 4).

Таблица 4. Распределение больных со стриктурами уретры по показателям МОСПМ до операции

Показатели МОСПМ, мл/сек	Группы наблюдения		Всего больных
	Лазер	ТУР	
1	1	1	2
2	3	2	5
3	2	2	4
4	8	7	15
5	6	4	10
6	6	5	11
7	1	2	3
8	3	2	5

9	1	1	2
10	1	2	3
ВСЕГО	32	28	60

Следует отметить, что некоторые больные с показателями МОСПМ, равными 8-10 мл/сек, были недовольны своим самочувствием и поэтому нуждались в оперативном вмешательстве. Поэтому мы считаем, что показатели МОСПМ должны учитываться параллельно с субъективным состоянием пациента.

Определение локализации и протяженности стриктуры уретры было обязательным условием для проведения оперативного вмешательства. Эти сведения были получены при рентгенологическом исследовании и уретроскопии.

Выполнение уретрографии являлось вторым обязательным этапом в диагностике стриктур уретры.

Различают три способа проведения уретрографии: восходящая, нисходящая (микционная) и встречная (с использованием бужей). Целью каждого из вышеуказанных методов является установление правильной локализации рубцового стеноза и получение дополнительной информации об особенностях уретры (наличие "ложных" ходов, инородных тел и т.п.). К использованию бужей для рентгенологической диагностики стриктур уретры мы умышленно не прибегали, т.к. на наш взгляд такое исследование создает дополнительную травматизацию и без того поврежденного мочеиспускательного канала. Кроме того, данная методика чревата осложнениями (уретроррагия, острый уретрит и т.д.). Поэтому в своей работе мы ограничились использованием первых 2-х методов. Восходящая уретрография выполнена у 70, микционная – у 15 больных. Техника выполнения данных исследований общеизвестна, поэтому описывать ее подробно не было смысла. При интерпретации рентгеновских снимков мы руководствовались рабочей схемой деления уретры (она была представлена выше), выделяя 4 основных отдела: 1 - простатический отдел, 2 - мембранозный отдел, 3 - луковичный отдел, 4 - пенильный отдел.

Данные уретрографии позволили диагностировать стриктуру у 78 пациентов. В остальных 7 случаях дополнительно пришлось прибегнуть к уретроскопии, которая позволила окончательно установить диагноз.

Уретроскопия является заключительным этапом в диагностике стриктур уретры. По своей информативности, данный метод, пожалуй, не уступает рентгенологическому обследованию, а в некоторых случаях даже превосходит его. Уретроскопия позволяет не только констатировать сам факт наличия стриктуры, но и дает информацию о ее длине и локализации.

Как правило, уретроскопия проводится под местной анестезией 10 % раствором лидокаина или в условиях внутривенного наркоза. Для осмотра используются уретроскопы с оптикой 0 и 5. Во время процедуры инструмент должен следовать всем изгибам уретры во избежании дополнительной ее травматизации. Уретроскопия выполнялась нами у всех пациентов, завершая весь процесс обследования и в то же время в большинстве случаев являлась началом эндоскопической операции. Таким образом, на основании комплексного обследования пациентов была получена четкая информация о локализации стриктур (таблица 5) и их протяженности (таблица 6).

Таблица 5. Распределение больных по локализации стриктур уретры и по группам наблюдения

Локализация стриктуры уретры (отделы)	Количество больных по группам наблюдения		Всего
	Основн. группа (лазерная уретротомия)	Контр. группа (ТУР стриктуры)	
Пенильный	2	4	6
Бульбозный	3	6	9
Мембранозный	10	6	16
Простатический	30	24	54
ВСЕГО	45	40	85

Из таблицы 5 видно, что наибольшее количество больных имели стриктуру в простатическом отделе. У подавляющего большинства больных протяженность стриктуры не превышала 1,5 см, которые в основной группе составили 38, а в контрольной – 35 человек.

Таблица 6. Распределение больных по протяженности стриктуры уретры и по группам наблюдения

Протяженность стриктуры уретры, см	Количество больных по группам			
	Основная группа (лазерная уретротомия)		Контрольная группа (ТУР стриктуры)	
	абс.	%	абс.	%
0,3-0,7 (короткий)	8	17,78	10	25,0
0,8-1,5 (средней длины)	30	66,67	25	62,5
свыше 1,5 (длинные)	7	15,55	5	12,5
ВСЕГО	45	100,0	40	100,0

Рецидивные стриктуры уретры диагностированы нами в основной группе у 8 (17,8%), в контрольной – у 6 (15%) больных.

Литература:

1. Русаков В.И. Хирургия мочеиспускательного канала. - М., 1991.
2. Лопаткин Н.А., Горюнов В.Г. Актуальные проблемы современной клинической урологии // *Клин. мед.* – 1986. - Т.64. - № 4. - С.5-9.
3. Алчинбаев М.К., Миланов Н.О., Макажанов М.А., Сарсебеков Е.К., Мамбеталин Е.С., Баймагамбетов Ж.К. Диагностика, микрохирургическая коррекция уретры и диспансеризация больных (методические рекомендации). - Алматы, 1997. - 12с.
4. Гнилорыбов В.Г., Сергиенко Н.Ф., Калеко В.Г. Способ пластики задней уретры при стриктурах большой протяженности // *VIII Всеросс. съезд урол. Тез. докл.* - М., 1988. - С.199-200.
5. Горюновский Л.М. Эндоскопическая хирургия в оперативной урологии больных пожилого и старческого возраста // *Новые методы эндоскопической диагностики и лечения. Матер. симп.* – Курск, 1991. – С.14-15.
6. Макажанов М.А. Микрохирургия в лечении врожденной и приобретенной патологии уретры. Дисс. ... д-ра мед.наук. – Алматы, 1998.
7. Алчинбаев М.К., Миланов Н.О., Макажанов М.А., Адамьян Р.Т. Микрохирургическое лечение патологии уретры (монография). - Алматы, 1997. - 132с.

Ректовагинальные свищи - перспективы хирургического лечения

Бапиев Т.А., Султанов Э.Ш.

Национальный научный центр хирургии им.А.Н. Сызганова

Введение

До настоящего времени хирургическое лечение ректовагинальных свищей остается сложнейшей и нерешенной задачей в хирургической колоректологии. Вопросы лечения этой патологии все еще находятся на этапах научной разработки. Мнения исследователей, занимающихся этой проблемой, об эффективности различных лечебных мероприятий достаточно противоречивы. Одни авторы указывают на заметное улучшение отдаленных результатов, другие отмечают только тенденцию к улучшению результатов лечения при значительном повышении количества послеоперационных осложнений и летальности. Кроме того, не до конца выясненными остаются вопросы оценки эффективности различных хирургических вмешательств. (1,4,7,8,10,13)

В настоящее время известно более 30 методов и модификаций хирургического лечения ректовагинальных свищей (2,3,5,6,9,12,15,17), это говорит об актуальности данной патологии.

Основным условием для выполнения операции иссечения свища с ушиванием свищевых отверстий в стенках прямой кишки и влагалища является, адекватная мобилизация передней стенки прямой кишки и задней стенки влагалища, несущих свищ (3,11,16). Это позволяет без натяжения сшить дефекты в стенках органов и сместить линии швов по отношению друг к другу (11,13,14,16,18,19,20). Эти условия, по мнению многих авторов, легко достижимы при использовании различных модификаций «лоскутного» метода операции по (5).

В хирургическом лечении ректовагинальных свищей очень широко применяется трансвагинальный доступ. Он имеет ряд преимуществ, основным является сравнительно свободный оперативный простор. Трансвагинальный доступ позволяет оперировать и свищи, расположенные в верхней трети влагалища, при использовании вспомогательных технических приемов (13,17).

Общая оценка приведенных литературных данных (3,8,11,14,17), позволяет говорить о существовании целого ряда трудностей и не решенных задач в хирургической реабилитации женщин с заболеваниями промежности неопухолевой этиологии.

Фундаментальные работы по этой проблеме практически отсутствуют, нет единого взгляда на анатомические и функциональные изменения, не разработаны единые показания к хирургическому лечению, не приведен анализ причин послеоперационных неудач и отдаленных результатов. Отсутствует единый взгляд на методы послеоперационного ведения больных с целью их медицинской реабилитации.

Целью исследования

является улучшить результаты хирургического лечения больных с ректовагинальными свищами

Материалы и методы исследования

В ННЦХ им АН Сызганова и НИИ гинекологии и акушерства с 1998 по 2011г на стационарном лечении под нашим наблюдением находились 104 пациенток с ректовагинальными свищами, в возрасте 22-62 лет.

Образование патологического сообщения между кишкой и влагалищем было вызвано разными причинами (табл.1). Как свидетельствуют приведенные данные, около половины

больных приобрели свищи после разрывов промежности III степени в родах.

Таблица 1. Распределение больных по этиологии заболевания

Этиология*	Число больных	
	Абс. число	%
Травмы ректо-вагинальной перегородки	90	86,5
Из них:		
Травматические роды	54	60
оперативные вмешательства	16	17,7
Бытовые травмы	3	3,3
Воспалительные заболевания ободочной и прямой кишки	24	23,0
Из них:		
острый парапроктит	21	87,5
гранулематозный колит	1	4,2
Врожденные соустья	2	8,3
Всего:	104	100

*Далее, для краткости, свищи условно именуется как послеродовые, послеоперационные, посттравматические, воспалительные, врожденные.

Нами использовалась традиционная классификация разрывов промежности в родах различающая три степени:

I ст. - нарушение задней спайки влагалища (небольшой участок кожи промежности и стенки влагалища), мышцы промежности остаются неповрежденными;

II ст. - нарушение кожи промежности, стенки влагалища и мышц промежности, кроме наружного сфинктера прямой кишки;

III ст.- кроме указанных выше тканей, разрываются и наружный сфинктер прямой кишки, а иногда и стенка прямой кишки.

Наиболее частой причиной разрывов промежности III степени в родах был крупный плод (46,9%). Далее по частоте следуют родовспомогательные операции (акушерские щипцы, вакуум-экстрактор), которые применялись в большинстве случаев у первородящих рожениц, возраст которых превышал 30 лет (25%). Разрыв промежности при тазовых предлежаниях плода и стремительных родах отмечен соответственно в 15,6% и 12,5%.

До поступления в клинику, на разных этапах заболевания, 51,6% больных перенесли от одной до нескольких неудачных операций (табл.2).

Таблица 2. Количество операций по ликвидации свища до поступления в клинику

Вид свища	Количество операций			Число больных
	1	2	3 и более	
Послеродовый	18	6	3	27
Послеоперационный	10	7	1	18
Посттравматический	3	-	-	3
Воспалительный	9	5	-	14
Врожденный	1	1	-	2
Итого:	41	19	4	64

Около половины больных были оперированы в гинекологических стационарах. Чаще выполнялись вмешательства по поводу послеродовых свищей или после операций на гениталиях. Более чем в 2/3 наблюдений послеродовых свищей, первые попытки по их ликвидации предпринимались в раннем периоде - от недели до 3 месяцев с момента формирования соустья. В лечении 37,8% пациенток, в те же ранние сроки, производились повторные вмешательства после первой неудачи.

Обследование больных включало общеклинические (анамнестические данные, обследование органов и систем организма, лабораторные исследования), микробиологические, функциональные, рентгенологические, эндоскопические и другие методы исследования.

Клиническая картина при кишечно-влагалищных соустьях состояла из характерных признаков наличия патологического сообщения, а также проявлений воспалительных процессов и сопутствующих заболеваний (табл.3). Приведенные в таблице симптомы встречались в самых разных сочетаниях.

Таблица 3. Частота симптомов при кишечно-влагалищных свищах

Симптомы	Частота в %
Выделение газов из влагалища	100
Выделение каловых масс из влагалища	93
Выделения гноя и слизи из влагалища	88
Мацерация и зуд кожи промежности	85
Недержание кишечного содержимого	50
Выделения слизи из прямой кишки	21
Нарушения мочеиспускания	19
Боли при половом акте	14
Расстройства менструального цикла	8

Интенсивность выделения кишечных газов из влагалища зависела от размеров соустья, характера питания, моторно-эвакуаторной деятельности толстой кишки. Выделения газов усиливались в горизонтальном положении тела и физической нагрузке.

Выделение каловых масс из влагалища (93%) прямо зависело от размеров соустья. При большом диаметре соустьев выделения происходили аналогично промежностной колостоме. При меньших размерах свищей выраженность выделений каловых масс определялась характером стула, локализацией соустья, функциональным состоянием ЗАПК. Отсутствие кала во влагалище у 7% больных, связано с наличием узкого длинного свищевого хода и точечными размерами свищевых отверстий. У них выделение газов сопровождалось гнойным и сукровичным отделяемым.

Обследования проводили в гинекологическом кресле по обычной методике, начинали с осмотра промежности, наружных половых органов и области заднего прохода. Кроме оценки состояния кожных покровов и наружных органов, определяли анальный рефлекс - штриховым методом, что позволяет предварительно оценить состояние нервно-рефлекторной деятельности наружного сфинктера.

Каловые массы, выявляемые при осмотре влагалища, указывали на наличие соустья. Обязательно проводили осмотр зеркалами, что позволяло оценить выраженность рубцового процесса в области задней стенки влагалища и выявить сопутствующие заболевания. Основной целью влагалищного осмотра являлось установление локализации свищевого отверстия, удаленность от входа во влагалище, размеры, наличие и распространенность воспалительных и рубцовых изменений. В большей части случаев дефект стенки влагалища отчетливо определялся на глаз или пальпаторно. В остальных случаях применяли дополнительные методы диагностики.

С помощью пальцевого осмотра прямой кишки определяли длину анального канала, предварительно оценивали функциональное состояние ЗАПК, истончение ректо-вагинальной перегородки, локализацию внутреннего свищевого отверстия, наличие рубцового процесса и степень его распространенно-

сти, сопутствующие заболевания прямой кишки. При данном исследовании внутреннее отверстие фистулы выявлено в 83% случаев, у остальных больных сложности были связаны с точечным свищевым отверстием или расположением его выше суженного коло-анального анастомоза.

При ректальном исследовании выявлены сопутствующие заболевания: ректоцеле - 21 (14,6%), хронический геморрой - 18 (12,5%), хроническая анальная трещина 6 (4,2%), экстрасфинктерный свищ прямой кишки - 1 (0,7%).

При пальцевом исследовании прямой кишки, зондировании свищевого хода и фистулографии у 24 (16,7%) больных обнаружены воспалительные инфильтраты, а у 11 (7,6%) - гнойные полости в параректальной и паравагинальной клетчатке.

Не менее выражена зависимость от этиологических признаков локализации свищевых отверстий. Более чем у половины больных внутреннее свищевое отверстие имело низкую локализацию, причем это характерно для большей части послеродовых и воспалительных соустьев (табл.6).

Таблица 6. Распределение свищей по локализации внутреннего отверстия

Вид свища	Высота от края заднего прохода			Всего больных
	до 3 см.	3-6 см.	выше 6 см.	
Послеродовый	36	10	1	47
Послеоперационный	1	24	6	31
Воспалительный	17	4	-	21
Посттравматический	-	2	1	3
Врожденный	-	1	1	2
Всего	64	41	9	104
	(61,5%)	(33,1%)		(100%)

При анализе расположения наружных свищевых отверстий определялись аналогичные пропорции. Приведенные данные показывают, что 59,6% больных были с «низкими» ректо-вагинальными свищами, 33,1% со «средними», а 7,3% с «высокими» уровнями соустьев.

Из 101 пациентки интрасфинктерный ход свища выявлен у 9 (8,9%), трансфинктерный у 73 (72,3%) и экстрасфинктерный в 19 (18,8%) случаях.

Жалобы на недержание кишечного содержимого предъявляли 71 (57,3%) пациентки. Недержание газов отмечали 14 (19,7%) из них, 41 (57,8%) не удерживали жидкий кал, полное недержание кишечного содержимого было у 16 (22,5%).

Результаты исследования

В выборе метода оперативного лечения важным является вопрос отношения свищевого хода к анальному сфинктеру. Оперативный доступ выбирали в зависимости от степени деформации промежности. Применяли как промежностный (у 85%), так и влагалищный (у 15%) доступы.

Операцией выбора у всех больных считали полулунное иссечение свищевого хода с низведением слизистой оболочки (так называемая «пластика тканевым лоскутом»). В послеоперационном периоде для обработки раны нами использовались низко-интенсивное лазерное излучение и озонирование раны для профилактики гнойных осложнений и рубцовой стриктуры анального отверстия и проводили комплекс мероприятий, направленный на восстановление функции сфинктера. С этой целью проводили лечебную физкультуру, направленную на укрепление запирающего аппарата ПК и - медикаментозную стимуляцию анального сфинктера.

Выводы

Таким образом, следует подчеркнуть, что столь подробное описание топографо-анатомических нарушений и целого ряда других патологических изменений, позволило показать связь причинного фактора заболевания с характерными функцио-

нальными проявлениями при различных видах соустьев.

Дифференцированный выбор объема и метода хирургического вмешательства, совершенствование способов оперативной коррекции ректовагинальных свищей и оптимизация ведения послеоперационного периода позволяют улучшить результаты лечения больных с ректовагинальными свищами.

Литература

1. Литвиненко Л.Я., Соколова Н.И. Опыт трансвагинальных леваторопластик в Новоалтайской городской больнице // Сб. тез.: Актуальные проблемы современной хирургии. – Новосибирск, 2005. – С. 53-55
2. Смирнов А.Б., Чеканов М.Н. Выбор метода лечения ректоцеле и объективная оценка послеоперационного результата // Пробл. колопроктол. – 2006. – №19. – С. 209-212.
3. В.В. Хворов, Чеканов М.Н. Опыт применения шкалы запоров Векснера у больных ректоцеле // Сб. раб. XII науч.-практ. конф.: Актуальные проблемы неотложной помощи в практическом здравоохранении, 2 июня 2006 г. - Мытищи, 2006. - С. 146-148.
4. Смирнов А.Б. Применение дефекопроктографии для оценки состояния аноректального угла и тела промежности при хирургическом лечении ректоцеле // Матер. науч.-практ. конф., посв. 140-летию гор. клин. больн. №23: Современные проблемы медицины. – М., 2006. – С. 223-225
5. Смирнов А.Б. Сравнительная оценка методов хирургической коррекции ректоцеле // Хирургия. – 2006. – №10. – С. 22-26
6. Прогностическая значимость дооперационной дефекографии в оценке обструктивной дефекации у больных ректоцеле // Научные труды ГИУВ МО РФ. 2007. (№6) / М.: Государственный институт усовершенствования врачей Министерства обороны Российской Федерации, 2007. - С. 47-48
7. Олейник Н.В., Куликовский В.Ф., Федоров Г.И. Анализ причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения ректоцеле и пути их устранения. Хирургия 2004; 4: 27-29.

8. Agachan F., Chen T., Pfeifer J. et al. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 6: 681-685.
9. Altman D., Meilgren A., Blomgren B. et al. Clinical and histological safety assessment of rectocele repair using collagen mesh. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 10: 995-1000.
10. Glavind K., Madsen H. A prospective study of the discrete fascial defect rectocele repair. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 2: 145-147.
11. Handa V.L., Garrett E., Hendrix S. et al. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 1: 27-32.
12. Kohli N., Miklos J.R. Dermal graft-augmented rectocele repair. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003; 14: 2: 146-149. Pfeifer J, Reissman P.
13. Lamah M., Ho J., Leicester R.J. Results of anterior levatorplasty for rectocele. *Colorectal Dis* 2001; 3: 6: 412-416.
14. Lechoux J.P., Lechoux D., Bataille P., Bars I. Transperineal repair of rectocele with prosthetic mesh. A prospective study. *Ann Chir* 2004; 129: 4: 211-217.
15. Lehur P.A., Kahn X., Hamy A. Surgical treatment of anterior rectoceles in women. The perineal-vaginal approach. *Ann Chir* 2000; 125: 8: 782-786.
16. Lukacz E.S., Luber K.M. Rectocele repair: when and how? *Curr Urol Rep* 2002; 3: 5: 418-422.
17. Mercer-Jones M.A., Sprowson A., Varma J.S. Outcome after transperineal mesh repair of rectocele: a case series. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 6: 864-868.
18. Nieminen K., Hiltunen K.M., Laitinen J. et al. Transanal or vaginal approach to rectocele repair: a prospective, randomized pilot study. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 10: 1636-1642.
19. Segal J.L., Karram M.M. Evaluation and management of rectoceles. *Curr Opin Urol* 2002; 12: 4: 345-352.
20. Singh K., Cortes E., Reid W.M. Evaluation of the fascial technique for surgical repair of isolated posterior vaginal wall prolapse. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 2: 320-324.

Методы хирургического лечения геморроя

Осмонов Т.Ж.

ОшГУ, Кыргызстан

Геморрой всё ещё остается наиболее частым заболеванием человека. Его распространенность достаточно высока и составляет 118-120 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34% до 41% (Г.И. Воробьев и соавт., 2002).

В основе геморроя лежит патология кавернозных образований подслизистого слоя дистальной части прямой кишки, заложенных в процессе нормального эмбриогенеза Л.Л. Капуллер, В.Л. Ривкин, 1976; И.Г. Дацун и Е.П. Мельман, 1992; W.Thomson, 1975). Ведущими в патогенезе геморроя являются гемодинамический и мышечно-дистрофический факторы. В основе первого лежит дисфункция сосудов, приводящая к усиленному притоку артериальной крови и уменьшению оттока по кавернозным венам, что приводит к увеличению размеров кавернозных телец и развитию геморроидальных узлов.

Вторым ведущим фактором является развитие дистрофических процессов в продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса, расположенной в межсфинктерном пространстве анального канала. Эти структуры образуют фиброно-мышечный каркас внутренних геморроидальных узлов и удерживают их в анальном канале выше аноректальной линии. (Г.И. Воробьев и соавт., 2002). Под действием неблагоприятных факторов происходит увеличение размеров геморроидальных узлов, их смещение в дистальном направлении и в конечном итоге выпадение из анального канала. В основном эти нарушения происходят в группе высокого риска, к которым относятся люди, занимающиеся тяжелым физическим трудом страдающие запорами, сидячих профессий (В.Л. Ривкин и соавт., 1994). В зависимости от степени увеличения геморроидальных узлов и развития дистрофических процессов в удерживающем фиброз-

но-мышечном каркасе выделяют четыре стадии заболевания (В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев, 1984).

При 1–2 стадиях геморроя проводят консервативную терапию малоинвазивные методы лечения, а при 3–4 стадии – хирургическое вмешательство (геморроидэктомия). В большинстве стран Америки и Европы типичную геморроидэктомию в настоящее время выполняют лишь у 17 – 21% пациентов, а у остальных применяют малоинвазивные способы лечения (А. Neiger, 1992, М. Cormann, 1994; Н. Abcarion et al., 1994). В то же время в России наиболее распространенным способом лечения геморроя является геморроидэктомия, выполняемая у 75% пациентов, а малоинвазивные способы применяют лишь у 3% больных (Г.И. Воробьев и соавт., 2002). В настоящее время большая часть колопроктологов при геморрое выполняют операцию, направленную на иссечение трёх геморроидальных узлов (А.Н. Рыжих, 1968; В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев, 1984; В.Л. Ривкин и соавт., 1994; А. Naiger, 1990; М. Cormann, 1994). Эта операция, предложенная Миллиганом и Морганом в 1937 году (В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев, 1984) продолжает модифицироваться до настоящего времени.

В последние годы в нашей стране и за рубежом применяют в основном три разновидности операций. Первая – это открытая геморроидэктомия, при которой наружные и внутренние геморроидальные узлы удаляют единым блоком при помощи Коагуляционного ножа с перевязкой ножки узла рассасывающейся нитью и оставлением открытой раны анального канала. Такая операция выполняется у пациентов с 3 – 4 стадией геморроя, осложненной анальной трещиной или парапроктитом. Вторая – это закрытая геморроидэктомия с восстановлением слизистой оболочки анального канала рассасывающимися швами. Этот вид оперативного вмешательства применяется

при геморрое 3 – 4-й стадии при отсутствии четких границ между наружными и внутренними геморроидальными узлами. Третьей разновидностью является подслизистая геморроидэктомия, выполняемая по типу пластической операции A.Parks (1956). Связи с вышеизложенным нами разработана модификация закрытой геморроидэктомии. Преимущества этой операции заключается в том, что после наложения П – образных швов на основания геморроидальных узлов циркулярно иссекаются геморроидальных узлов.

Цель исследования

Путем усовершенствования методики геморроидэктомии улучшить результаты лечения.

Задача исследования

Изучить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения геморроя путем сравнительного анализа модифицированного метода геморроидэктомии со второй модификацией геморроидэктомии НИИ проктологии МЗРФ.

Материал и методы исследования

В хирургическом отделении №2 ООКБ за период 2008-2010 годов был обследован и прооперирован 385 больных, страдающих различными формами геморроя. Проведен сравнительный анализ эффективности различных методов оперативного лечения. С этой целью больные были разделены на две клинические группы. Первая – основная группа состояла из 184 (47,8%) больных оперированных по нашей методике. Во вторую – контрольную группу вошли 201 (52,2%) больных, оперированных по Миллигану – Моргану во второй модификации НИИ проктологии МЗРФ. Мужчин было 245 (63,6%), а женщин 140 (36,4%). Больные были в возрасте от 16 до 79 лет. Основная их масса была молодого, трудоспособного возраста. Средний возраст составил $40,19 \pm 1,16$ лет. Больным осуществляли общеклинические и инструментальные исследования. У больных выясняли жалобы, собирали анализ, проводили объективный осмотр. Первым в ряду специальных исследований стоит осмотр перианальной области, затем пальцевое исследование прямой кишки, осмотр ректальным зеркалом и ректороманоскопия, при необходимости проводили ирригоскопию, сфинктерометрию. Всем больным проводилось гистологическое исследование иссеченных геморроидальных узлов.

Результаты

Изучены непосредственные и отдаленные результаты лечения геморроя разными хирургическими методами. При сравнительной оценке непосредственных результатов лечения 381 больных с геморроем разделенных на две группы в зависимости от характера оперативного вмешательства, нами были использованы такие критерии, как выраженность и длительность местного болевого синдрома, кровотечения различной выраженности, сроки пребывания больных в стационаре, развитие парапроктита. Больные основной группы после операции в стационаре $9,3 \pm 1,2$ койко – дней, а пациенты контрольной группы – $11,9 \pm 1,09$ койко – дней.

Сокращение сроков стационарного лечения даже на 2 дня, без какого – либо ущерба для здоровья оперированных больных даёт немалую экономию средств. Был менее выражен болевой синдром, особенно во время дефекации, у больных основной группы

по сравнению с больными контрольной группы. Болевой синдром наблюдался у 45 (24,5%) больных основной группы и у 108 (53,7%) – контрольной группы. У одного больного контрольной группы (0,5%) в послеоперационном периоде, на четвертые сутки развился острый парапроктит. Сравнение показателей развития кровотечения в послеоперационном периоде свидетельствует в пользу модифицированной методики. У 3 (1,5%) больных контрольной группы в ближайшие сутки после операции наблюдался кровотечения из ран прямой кишки, а в основной группе такое осложнение не наблюдался. Наиболее часто кровотечение является результатом соскальзывания шва из культи удаленного геморроидального узла. У больных основной группы такое осложнение встречается меньше, потому – что отдельной культи иссеченного геморроидального узла нет из – за того что все геморроидальные узлы прошиваются П – образными циркулярно. Изучены отдаленные результаты лечения у 164 (89%) больных основной группы и 186 (92,5%) – контрольной группы, в сроки от 6 месяцев до 1 – ого года. При этом мы выясняли наличие у больных таких осложнений как боль при дефекации, структура анального канала, анальные трещины, незначительные кровотечения. Так, боли при дефекации отличали 10 (15,9%) пациентов контрольной группы и 4 (2,4%) – основной группы. Структура анального канала выявлены у 9 (4,8%) больных контрольной группы и 3 (1,8%) – основной группы. Анальные трещины диагностированы у 3 (1,6%) больных контрольной группы и 1 (0,6%) – основной группы. На незначительные кровотечения после дефекации жаловались 0 (4,3%) больных контрольной группы и 2 (1,2%) пациентов основной группы. Вышеизложенное показывает преимущества предложенного нами модифицированного метода геморроидэктомии как в ближайшем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки.

Заключение

Модифицированный нами метод основания геморроидэктомии путем ушивания геморроидальных узлов П – образными швами циркулярно с последующим иссечением геморроидальных узлов позволил значительно улучшить результаты хирургического лечения геморроя.

Литература

1. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. – М.:Издательство ООО «Митр – Пресс», 2002-192с.
2. Даун И.Г., Мельман Е.Л. Роль гломусных шунтов аноректальных кавернозных телец в механизме развития геморроя. 1992; 54(8); с. 28 – 31. Арх. Патол.
3. Капуллер Л.Л., Ривкин В.Л. Геморрой: патогенез, клиника, лечение. М.: Медицина, 1076, 276с.
4. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л., Дульцев Ю.В., Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала. – М.: Медицина, 1994. – 240с.
5. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии М: Медпрактика, 2001 – 298с.
6. Рыжих А.Н. Атлас операций на прямой и толстой кишках. 2 – е изд. – М.: Медучпособие, 1968, 385с.
7. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология М.: Медицина, 1984, с 72 – 84
8. Abcarian H., Alexander – Williams d., Christianson J. et al Benign Anorectal Disease: Definition Characteritern and Analysis of Freatmant. The Amer. J of Gastroenterolgy, 1994; 89, 8 , 192 – 190
9. Cormann M. Anus, rectum surgery. USA, Philadelphia, 1994, p.54 – 115.
10. Neiger A. Atlas of practical proctology. Toronto, 1990 , 111, p.37 – 63
11. Parks A.G. The surgical treatment of haemorrhoids. Brit. J. Jurg., 1956; 43; 337 – 346
12. Thomson W.H.F. The nature of hamorrhoids. Br.J.Surg, 1975; 62, 542 – 552.

Оптимизация периоперационного лечения больных геморроем 4 стадии

Шомиров С.С.

Атырауская областная клиническая больница, г.Атырау, Республика Казахстан.

Актуальность проблемы

Несмотря на широкое внедрение малоинвазивных методов лечения геморроидальной болезни, сохраняется категория больных 4 стадией заболевания с циркулярным выпадением узлов, единственным методом лечения которых остается геморроидэктомия. При выраженном выпадении, «рассыпном строении» узлов, вынужденном выполнении операции на фоне рецидивирующего кровотечения либо отека даже подготовка к операции может вызвать обострение клинических симптомов, а послеоперационный период сопровождаться болевым синдромом и развитием деформирующего анальный канал рубцового процесса.

Цель

- улучшить результаты хирургического лечения геморроя 4 стадии.

Материалы и методы

Изучены результаты лечения 86 больных 4 стадией геморроя, находившихся на лечении в хирургическом отделении Атырауской областной больницы за период 2007-2010 годы. Всем больным выполнено оперативное лечение геморроя по методу Миллигана-Моргана в модификации НИИ проктологии (закрытая геморроидэктомия). Мужчин было 48, женщин 38, возраст колебался от 25 до 76 лет, в среднем $48,3 \pm 3,4$ года. Пациенты были распределены на 2 группы методом простой рандомизации.

В основной группе (n=47) в лечебную программу были включены следующие мероприятия. В предоперационном периоде назначали прием флеботоника в течение 2-х недель (флебодиа 600 по таблетке 1 раза в день) + свечи гепатромбин ректально 2 раза в сутки после дефекации в течение 7 дней. Непосредственно подготовку к операции осуществляли методом кишечного лаважа (фортранс 3 л накануне операции). В послеоперационном периоде в течение 5 дней использовали гидрофильную водорастворимую мазь с анестетиком (левосин) + осмотическое слабительное форлак с 2 по 5 день после операции в дозе 10 г (1 пакет) в сутки. В контрольной группе (n=39) специальной подготовки, кроме очистительных клизм не проводили, в послеоперационном периоде применяли повязки

с линиментом по Вишневскому.

Результаты и обсуждение

В основной группе при выполнении геморроидэктомии отсутствовала контактная кровоточивость слизистой оболочки на поверхности геморроидальных узлов у 42 больных (89,4%), отсутствовал отек и тромбоз. Эти условия позволили радикально удалить геморроидальную ткань и сформировать послеоперационные линейные раны. В контрольной группе у 23 (59,0%) больных отмечено увеличение отека на момент операции, у 16 больных частичный тромбоз узлов, а у 12 – выраженная контактная кровоточивость.

В послеоперационном периоде в основной группе болевой синдром был выражен только после дефекации, продолжался до 20 минут и купировался применением местно мази с анестетиком. Дефекация у 43 больных (91,5%) восстановилась на 3 сутки после операции и становилась регулярной (ежедневной). У большинства больных (n=39, 83,0%) раны зажили первичным натяжением, средний период нетрудоспособности после операции составил $18,3 \pm 2,1$ день. В контрольной группе после операции у 31 больного отмечался отек тканей в области швов в анальном канале, был выражен болевой синдром, который купировался назначением ненаркотических, а после дефекации - наркотических анальгетиков. Дефекация у 14 пациентов восстановилась на 4-5 сутки, с последующим сохранением запоров и длительностью болевого синдрома более двух недель. Заживление ран в 15 (38,5%) случаях проходило вторичным натяжением, средний период нетрудоспособности составил $32,3 \pm 3,4$ дня.

Выводы

1. Комплекс мероприятий в дооперационном периоде перед геморроидэктомией позволил выполнить операцию на фоне благоприятного состояния слизистой оболочки и отсутствия тромбоза узлов.
2. Применение гидрофильной мази с анестетиком и восстановление регулярной дефекации в послеоперационном периоде способствовали улучшению результатов лечения, уменьшению сроков заживления ран и восстановлению трудоспособности.

Клинический опыт применения Флоксимеда в местной терапии синуситов в детской практике

Завацкая Т.А.

Областная детская больница, г. Павлодар

Среди больных, находящихся на лечении в оториноларингологических стационарах, от 15 до 36% составляют пациенты, страдающие гнойно-воспалительными заболеваниями околоносовых пазух [7]. Актуальной задачей оториноларингологии является выбор оптимальных лекарственных средств для лечения этих заболеваний. Часто неправильно подобранная, неэффективная терапия острой гнойно-воспалительной патологии ЛОР-органов ведет к увеличению сроков лечения, к хронизации процесса и тяжелым осложнениям [6,8]. Выявление этиологического фактора, вызывающего то или иное инфекционное заболевание, имеет решающее значение в их лечении. Одними из основных возбудителей острой воспалительной патологии ЛОР-органов являются бактерии, поэтому антибактериальные препараты относятся к основным при терапии этих заболеваний [7]. Проблема выбора оптимального антибиотика при лечении больных с острой гнойно-воспалительной патологией ЛОР-органов представляет определенные трудности из-за динамичной смены спектра возбудителей на фоне их резистентности к ранее применяемым препаратам, что затрудняет выработку рекомендаций по назначению лекарственного средства. В каждом конкретном случае необходимо учитывать сведения о больном и характеристику назначаемого препарата: спектр действия, биодоступность, оптимальную терапевтическую дозу и кратность введения.

Особое значение имеет выбор антибиотика на госпитальном этапе, когда пациент уже получил антибиотикотерапию в амбулаторных условиях, и если выбор нерационален или лечение не проводилось комплексно (общее и местное), то это затягивает течение инфекционного процесса, может способствовать развитию суперинфекции, осложнений, потребности в дополнительном курсе лечения. Именно поэтому антибиотикотерапия требует своевременного назначения антибактериального препарата, эмпирического выбора антибиотика с учетом предполагаемой микрофлоры, определения оптимально эффективного пути введения антибиотика в организм, а также своевременной оценки клинической эффективности назначенного антибактериального препарата через 48 ч с решением вопроса о продолжении лечения выбранным препаратом при его эффективности или замены на альтернативный антибиотик при отсутствии эффекта.

Синусит у детей является доминирующей патологией как стационара, так и амбулаторной практики. За последние годы частота распространения заболеваний носа и околоносовых пазух у детей составляет 28-30% среди всех заболеваний верхнего отдела дыхательных путей [1]. Причем 50% детей, став взрослыми, продолжают болеть этими болезнями. Ежегодно число больных с воспалением околоносовых пазух увеличивается в среднем на 1,5—2%.

Лечение больных с воспалительными заболеваниями слизистой оболочки полости носа становится все более сложным. В России в последние годы дискутируется рациональность назначения при остром и обострении хронического риносинусита антибактериальной терапии системно [3, 5]. Аргументами против назначения эмпирической системной антибактериальной терапии являются широкая распространенность устойчивых штаммов, невозможность их быстрой идентификации, все возрастающий риск развития побочных реакций, в том числе аллергических, трудность проведения дифференциального диагноза между бактериальной и вирусной природой заболевания, увеличивающееся количество грибковых синуситов и,

Цель: изучить возможности использования Floximed при введении его эндоназально и эндоантрально при гнойных синуситах. Результаты: замечено, что больше чем у 95 % пациентов наступило клиническое выздоровление в короткие сроки. Заключение: местная терапия Floximed - эффективное лечение, которое может быть рекомендовано в детской практике. Ключевые слова: гнойный синусит, флоксимед, дети, местная терапия.

Бала тәжірибесінде синуситтердің жергілікті терапиясын да флоксимедті қолданудың клиникалық тәжірибесі

Т.А. Завацкая

Жоғары санатты отоларинголог, «Павлодар облыстық балалар ауруханасы»

Мақсаты: іріңді синуситтар кезінде оны эндоназальды және эндоантралды енгізу кезінде Floximed пайдалану мүмкіндігін зерттеу. Нәтижелері: науқастарда 95 %-нан көбінде қысқа мерзімде клиникалық сауыққаны байқалды. Қорытынды: Floximed жергілікті терапия – тиімді емдеу, бала тәжірибесінде қолдану ұсынылуы мүмкін. Күпия сөз: іріңді синусит, флоксимед, бала жергілікті терапия.

Clinical experience with floksimeda in local therapy in pediatric practice sinuitov

T. Zavatskaya

Objective: To explore the use of Floximed when injected endonasal and endoantrally with festering sinuitah. Results: The observed that more than 95% of patients clinical improvement occurred in the short term. CONCLUSION: Topical therapy Floximed - an effective treatment that can be recommended in pediatric practice. Keywords: purulent Sin, floksimed, children, local therapy.

наконец, высокая стоимость препаратов [5]. Исследования, выполненные И.Е. Ельковым и А. А. Хабаровым (1991), показали, что при воспалении поступление лекарственного вещества из кровяного русла в слизистую оболочку носа и околоносовых пазух резко снижается. Причиной является высокое внутриканальное давление, при котором происходит сдавление капилляров, снижение кровотока и фильтрации. Поэтому оптимальное лечебное воздействие препарата достигается при его введении непосредственно в очаг воспаления. При этом применяемый препарат должен воздействовать на основные бактериальные штаммы, которые в последние годы претерпели значительные изменения. У большинства больных преобладает полифлора. Необходимо внедрение в клиническую практику лекарственных препаратов с одной стороны максимально широкого антимикробного спектра действия, с другой — которые бы могли быть применены местно.

К сожалению, отсутствует официальное разрешение для применения антибиотиков в растворе для воздействия на слизистую оболочку полости носа и параназальных синусов. Однако, на практике и в литературе имеется огромное количество работ, посвященных использованию антибиотиков местно с положительным результатом. [2].

Одними из антибиотиков, обладающих широким антимикробным спектром являются фторхинолоны. Низкая системная адсорбция препарата при местном введении полностью исключает токсическое действие. К таким препаратам относится препарат «Флоксимед» (Word medical).

Химическое название-1-циклопропил-6-фтор-1,4-дигидро-

4-оксо-7-(1-пиперазинил)-3-хинолин карбоновой кислоты гидрохлорид моногидрат Фармакологическое действие - антибактериальное широкого спектра, бактерицидное. Ингибирует ДНК-гиразу (топоизомеразы II и IV, ответственные за процесс укладки хромосомной ДНК в суперспираль вокруг ядерной РНК), нарушает биосинтез ДНК, рост и деление бактерий; вызывает выраженные морфологические изменения (в т.ч. клеточной стенки и мембран) и быструю гибель клетки. Действует на микроорганизмы в период роста и покоя.

В состав препарата входят следующие компоненты: 1 мл препарата содержит:

Активное вещество: Ципрофлоксацин гидрохлорид 3,0 мг. Вспомогательные вещества: бензалкония хлорид, динатрия эдетат, маннитол, ледяная уксусная кислота, натрия ацетат, вода для инъекций. При введении препарата на слизистые через каждые 2—4 часа максимальная концентрация ципрофлоксацина в крови не превышает 5 нг/мл, средняя концентрация — 2,5 нг/мл.

Безопасность и эффективность Флосимеда-капель глазных ушных 3 мг/мл при применении в ринологии, офтальмологии установлена только для детей старше 1 года.

Данные по передозировке ципрофлоксацина при использовании в форме глазных капель отсутствуют. При случайном применении препарата внутрь появление симптомов передозировки маловероятно, так как содержание препарата в одном флаконе каплей крайне мало (15 мг), при максимальной суточной дозе для взрослого 1 г (500 мг для детей).

Дизайн собственных исследований

Появление на фармацевтическом рынке Казахстана препарата Флоксимед при использовании в форме глазных капель для лечения инфекций побудило провести собственные клинические испытания его действия. Данный препарат вводился местно: в полость носа и в околоносовые пазухи. Так как кровоснабжение слизистой оболочки верхнечелюстных пазух и всасывательная способность слизистой носа значительно менее интенсивны, чем слизистой оболочки кишечника, возможно применение препарата «Флоксимед» без какого-либо токсического действия на организм.

Для достижения поставленной цели было проведено комплексное обследование и лечение 85 пациента с острыми формами синусита в возрасте от 5 до 18 лет. По количественному составу, полу и возрасту, пациенты двух исследуемых и контрольной групп были равнозначны.

При анализе полученных данных наиболее часто данная патология выявлена в группе детей от 9 до 12 лет.

Диагноз ставился на основании данных анамнеза (синуситу предшествовало простудное заболевание, дети ранее лечились амбулаторно по поводу синусита), жалоб (местных: затруднение носового дыхания, гнойное отделяемое, нарушение обоняния, головные и лицевые боли; общих: длительный, упорный кашель усиливающийся при пробуждении, гнусавость, быстрая утомляемость, длительный субфебрилитет), эндоскопических данных (наличие в среднем носовом ходе гнойной полоски) рентгенологических данных.

Детям, имеющим выраженные изменения архитектоники полости носа, приводящие к развитию синусита (деформации перегородки носа: наличие гребней, шипов, аномалии строения и положения средней носовой раковины, крючковидного отростка, решетчатой буллы и др.) из исследования исключались.

Все пациенты были разделены на три группы

1) (исследуемая) группа (37чел) - дети, в комплекс лечения которых включали введение в полость носа препарата «Флоксимед» (предварительно 0,25 мл (5 капель) разводили в 2 мл воды для инъекций) и местно вводили данный препарат в полость носа 3 раза в день. Системно антибактериальную терапию не назначали.

2) (исследуемая) группа (24 чел) - дети, в комплексном лечении которых дополнительно к стандартной терапии проводили пункции верхнечелюстных пазух с последующим введением

препарата «Флоксимед» в объеме 1-2 мл.

3) (контрольная) группа (24 чел) - дети, получавшие стандартное лечение: системная эмпирическая антибактериальная терапия, сосудосуживающие препараты, муколитики, дренирование верхнечелюстных пазух пункцией с последующим промыванием физиологическим раствором.

Заключительный анализ исследований проведен при наличии 85 пациентов завершивших полный курс лечения в течении 14 дней и не пропустивших контрольное посещение на 20 день.

Всем исследуемые больным и их родителям была предоставлена информация о целях и условиях проводимого исследования. После чего подписывалось заявление о согласии пациента и их родителей на участие в клинических исследованиях. Заполнялся индивидуальный протокол исследования. Полный курс лечения состоял из следующих мероприятий:

- субъективная оценка выраженности симптомов;
- исследование транспортной функции мерцательного эпителия методом сахаринового теста (ТФМЭ);
- эндоскопическое исследование полости носа (ЭПН);
- рентгенография околоносовых пазух носа (РОНП)
- общеклиническое обследование: общий анализ крови и мочи (ОАК, ОАМ)
- определение удовлетворенности пациента (родителей) результатами лечения
- клиническая оценка результатов лечения

1. Субъективный метод исследования оценки качества жизни (СМОКЖ) пациентов с синуситом, составлен из 10 пунктов. Пациенту (родителям) предлагали оценить в баллах (0-3) показатель качества жизни (КЖ) и выраженность отдельных симптомов синусита: затруднения носового дыхания, нарушения обоняния, головные боли, выделения из носа, боли или давления в области проекции ОНП, ощущения стекания отделяемого по задней стенке глотки, кашель. Более высокий балл свидетельствовал о большей субъективной выраженности симптомов синусита и более выраженном снижении КЖ пациента. Оценку проводила на 3,7,10,14 день лечения

Сумма всех баллов представлена в виде общего количества баллов (ОКБ). Минимальное ОКБ для здорового пациента составило 0 баллов, максимальное — 30 балл.

2. Скорость транспорта сахарина

Таблетку пищевого сахарина делили на пять равных частей и придавали этим частям округлую форму, не более 1-1,5 мм в диаметре. Одну из частиц сахарина помещали на нижнюю носовую раковину, отступая на 1 см кзади её переднего конца. Пациента просили не сморкаться, не «шмыгать носом» и выполнять одно глотательное движение в минуту. Время в минутах от нанесения крупинки на слизистую оболочку нижней носовой раковины до момента появления ощущения сладкого вкуса в полости рта принимали за время транспортной функции слизистой оболочки полости носа. Оценку проводили на 3,14 день лечения

3. Эндоскопическое исследование полости носа проводилось по стандартной методике при помощи жёсткого торцевого эндоскопа фирмы «Karl Storz», диаметром 2,7 мм. Оценка результатов эндоскопического исследования проводилась в баллах, оценивали характер воспаления, выраженность отёка слизистой оболочки, наличие и характер отделяемого, состояние устьев слуховых труб, носоглоточной миндалины. Оценку результата лечения проводили при эндоскопическом исследовании полости носа в первый и 14 день лечения. За 0 принимали отсутствие данного симптома, за 3 балла - его максимальное проявление. Максимальное ОКБ-15

4. Рентгенография околоносовых пазух носа (РОНП) Снижение пневматизации околоносовых пазух по типу отека "вуаль", полное затемнение пазух, наличие уровня жидкости в верхнечелюстных пазухах оценивалось по трехбалльной шкале. Максимальное ОКБ-15

5. Оценивала динамику показателей в анализе периферической крови, мочи (при поступлении отмечался лейкоцитоз со

сдвигом лейкоцитарной формулы влево,токсический белок в моче).

6. Оценка удовлетворенности пациента результатами лечения:

- всецело удовлетворен, -удовлетворен,-отношусь нейтрально, -не удовлетворен,

7. Клиническая эффективность лечения оценивалась как:

- значительное улучшение (полное исчезновение признаков заболевания на 10 день, ОКБ=0)

- умеренное улучшение (частичное исчезновение признаков заболевания на 10 день ОКБ=1-10).

- без изменений (сохранение признаков заболевания на 10 день ОКБ=11-20)

- ухудшение состояния (рецидив заболевания)

Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью сравнения средних по t-критерию Стьюдента. Анализ до начала лечения показал что различия между сравниваемыми группами статистически не значимы (для наблюдавшихся различий $p > 0,05$).

Результаты исследования

Исследование закончили все пациенты. Все больные дети и родители отмечали хорошую переносимость препарата - каких-либо неприятных ощущений и раздражения слизистой оболочки полости носа и глотки не испытывали. Положительные результаты получены во всех группах

Переносимость препарата была хорошей. Все пациенты основных групп, получавшие” Флоксимед”, отметили снижение симптомов заболевания на 1-3 дня раньше (табл. 1), чем пациенты контрольной группы.

СМОКЖ. Улучшение качества жизни и снижение выраженности симптомов риносинусита отмечено у всех участников исследования. Однако пациенты получавшие флоксимед озвучивали свои проблемы со здоровьем на третьем и седьмом днях контрольного обследования как менее серьезные по сравнению с пациентами группы контроля ($p < 0,05$). На 10 дней обследования пациенты, получавшие флоксимед внутрипазушно, оценивали выраженность симптомов заболевания и степень снижения КЖ, как менее серьезные по сравнению с пациентами контрольной группы ($p < 0,05$) (табл. 1). Пациенты, не получавшие флоксимед, оценивали собственные проблемы со здоровьем как более серьезные на всех контрольных осмотрах.

Таблица №1 субъективного обследования

	1 группа	2 группа	3 группа
1 день	24,7±3,4	25,3±3,3	26,3±3,3
3 день	19,5±2,1	19,1±3,5	23,3±3,0
7 день	10,6±2,7	9,9±3,7	12,3±1,5
10день	2,5±2,2	2,0±0,2	6,1±1,3
14день	0,3±0,9	0,0±0,2	2,±3,0



Анализ динамики субъективных признаков заболевания в процессе лечения показал, что уже в первые 3 дня регрессировала головная боль и давление в проекции пазух, дольше всего сохранялся кашель и ощущения стекания отделяемого по задней стенке глотки,. Наиболее выраженной была динамика этих показателей у детей первых двух групп —19.5±2,1(внутриносовое введение капель) и 19,5±2,2(внутрипазушное введение пре-

парата), в 3 группе - у 23,3±3,0 ($p < 0,05$).

До начала лечения у всех участников исследования отмечалось выраженный насморк. На седьмой день показатели значительно улучшились у пациентов всех групп, Обращает внимание разница по среднему числу ответов между второй исследуемой группой (2,05 ± 0,9) и контрольной группой (3,57 ± 1,54) ($p < 0,05$).

ТФМЭ

Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии Флоксимеда на транспортную функцию мерцательного эпителия, так как на 7 день лечения отмечено статистически значимые различия времени транспорта сахараина в первых двух группах (9,7 ± 3,3 мин 9,3 ± 2,3 мин) по сравнению с контрольной группой (12,7 ±3,2 мин) ($p < 0,05$). (табл.2)

Таблица №2 транспортной функции эпителия

	1 группа	2 группа	3 группа
1 день	20,2±3,8	19,0±4,1	19,6±4,2
7 день	9,7±3,3	9,3±2,3	12,7±3,2
14день	7,4±1,1	7,5±0,8	9,6±1,1



РОНП

До начала лечения различия средних значений ОКБ всех групп пациентов статистически не значимы и составили 2,7 ± 0,5, 2,5 ± 0,5 и 2,6 ± 0,5 баллов соответственно($p > 0,05$). Через 14 дней было отмечено статистически значимое улучшение состояния ОНП у пациентов всех групп. Обращает на себя внимание разница между второй группой, где средний балл составил 0,0 ±0,2 и группой контроля (0,7 ±0,7) ($p < 0,05$). В первой группе средний балл составил 0,1 ± 0,3 (табл. 3).

Таблица № 3 рентгенологического контроля

	1 группа	2 группа	3 группа
1день	2,7±0,5	2,5±0,5	2,6±0,5
14день	0,1±0,3	0,0±0,2	0,7±0,7



ЭПН

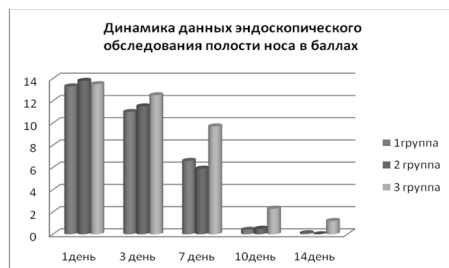
До начала лечения средние значения ОКБ в первой, второй и третьей группах пациентов статистически не значимы и соответственно составили 13,3 ±1,7, 13,8 ± 1,3 и 13,5 ± 1,4 баллов($p > 0,05$). На 10 день во всех группах было отмечено статистически значимое улучшение по сравнению с исходными данными, сохранившееся до конца исследования. Также была отмечена статистически значимая разница между пациентами испытываемых групп (показатели первой группы составили 0,4 ± 0.5. второй -0,5 ± 0,5 балла) и группой контроля (2,3 ± 0.5) ($p < 0,05$).

На седьмом дне обследования отмечена статистически достоверная разница между пациентами второй (5,9 ± 1,1) и третьей (9,7 ± 3,0) групп ($p < 0,05$). На 14 день было отмечено значительное улучшение по ЭПН у пациентов первой и второй

групп (0,1 ± 0,3 и 0,0 ± 0,2 соответственно) по сравнению с третьей группой (1,2 ± 1,8) ($p < 0,05$). Пациенты, получавшие Флоксимед, демонстрировали статистически значимые показатели по ЭПН на всех контрольных осмотрах, по сравнению с пациентами, не получавшими препарат ($p < 0,05$) (табл.4).

Таблица №4 эндоскопического обследования

	1 группа	2 группа	3 группа
1 день	13,3±1,7	13,8±1,3	13,5±1,4
3 день	11,0±1,9	11,5±2,0	12,5±2,2
7 день	6,6±1,1	5,9±1,1	9,7±3,00
10 день	0,4±0,5	0,5±0,5	2,3±0,5
14 день	0,1±0,3	0,0±0,2	1,2±1,8



Спустя 10 дней в группе контроля в 13,3% случаев без изменений. У пациентов, получавших флоксимед максимально высокая оценка значимости различий ($p < 0,001$)

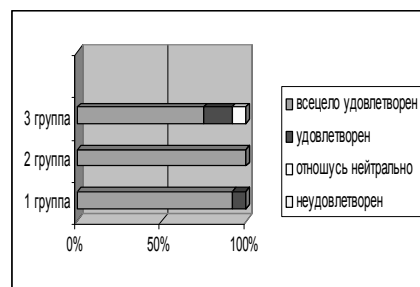
ОАК,

Уже на 7 сутки во всех группах детей нормализовались показатели в анализах периферической крови, мочи.

Практически все пациенты удовлетворены результатами лечения. Максимально положительные отзывы во второй исследуемой группе уже на 7 день.

Оценка удовлетворенности пациентов результатами лечения

	флоксимед		стандтерапия
	1гр(37)	2гр(24)	3 гр(24)
всецело удовлетворен	34	24	18
удовлетворен	3	0	4
отношусь нейтрально	0	0	2
неудовлетвор	0	0	0



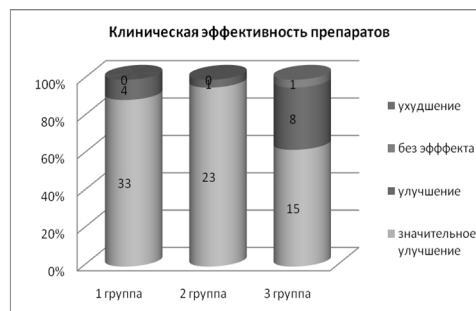
Контрольное посещение на 20 день выявило в 1 случае рецидив заболевания в контрольной группе.

Таким образом, эффективным является лечение во всех

изучаемых группах больных. Клиническая эффективность проводимой терапии в 1 и 2 исследуемых группах примерно одинаковая и выше, чем в контрольной группе. (табл.6)

Таблица №6 Клиническая эффективность препаратов

	флоксимед		стандтерапия
	1 гр(n37)	2 гр(n24)	3гр(n24)
значительное улучшение	33(89,2%)	23(95,8%)	11(56,7)
улучшение	4(10,8%)	1(4,2%)	9(30%)
без эффекта	0	0	4(13,3%)



ухудшение 0 0 0

Это позволяет предположить, что можно не назначать системную эмпирическую антибактериальную терапию детям с синуситами, а проводить местную терапию, включающую капли с антибиотиком и пункции верхнечелюстных пазух с введением препарата «Флоксимед».

Выводы:

Проведенный анализ показал эффективность препарата «Флоксимед» в комплексном лечении ринитов и синуситов у детей, достоверно сокращая длительность проявления признаков заболевания уже через 6-7 дней от начала лечения.

Препарат «Флоксимед» в целом хорошо переносился пациентами.

Применение у детей препарата «Флоксимед» в виде назальных капель и внутривидеально позволяет добиться выраженного и длительного клинического эффекта без назначения системной антибактериальной терапии и позволяет рекомендовать его для широкого применения в комплексном лечении ринитов и синуситов у детей.

Литература

1. Богомилский М.Р. Детская оториноларингология / М.Р. Богомилский, В.Р. Чистякова. М: ГЭОТАР-МЕД, 2001-430 с.
2. Карпова Е.П. Рациональная местная антибактериальная терапия при синуситах у детей ж. «Российская оториноларингология» №2(15) 2005-7с.
3. Козлов В.С. Местная антимикробная и противовоспалительная терапия риносинуситов/ В.С. Козлов // Мат. международного конгресса «Инфекция и аллергия носа». -Ярославль, 2001.-С. 37-39.
4. Кулаичев А.П. Методы и средства анализа данных в среде Windows. STADIA 6.0. М.: Информатика и компьютеры, 1998. 270 с.
5. Лопатин А.С. Острый риносинусит: нужна ли системная антибактериальная терапия / А.С. Лопатин // Мат. международного конгресса «Инфекция и аллергия носа». -Ярославль, 2001.-23с..
6. Пальчун В.Т., Кунельская Н.Л., Кислова Н.М. Вестник оториноларинголога, 1998;3:4—12.
7. Практическое руководство по антимикробной химиотерапии. Под ред. Л.С. Страчунского. М 2002.
8. Яковлев С.В. Рус мед журн 1988;6:22:82:1449—1457.

Нозейлин в комплексном лечении аденоидитов у детей младшего возраста

Завацкая Т.А.

Отоларинголог высшей категории, ККГП «Областная детская больница»

Актуальность исследования определяется высокой распространенностью болезней органов дыхания в детском возрасте, что во многом обусловлено заболеваниями лимфоаденоидного кольца глотки (Цветков Э.А., 2003). У детей дошкольного и младшего школьного возраста патология глоточной миндалины составляет 74,3% в структуре заболеваний уха, горла, носа (Агаджанова С.Н., Цветков Э.А., 2004, Елагина И.Е., 2004). В группе длительно и часто болеющих детей случаи заболевания лимфоаденоидного кольца диагностируются у 50% пациентов (Гарщенко Т.И. с соавт. 2001). Увеличение глоточной миндалины у детей приводит к затруднению носового дыхания, снижению слуха, храпу, частым простудным заболеваниям и часто сопровождается развитием хронического воспаления (Борзов Е.В., 2004, Елагина И.Е. 2004, возникает необходимость поиска эффективных консервативных методов лечения.

Глоточная миндалина (tonsilla pharyngea) расположена в своде носоглотки и состоит из лимфоидных фолликулов и лимфоидной ткани, которая представлена в виде нескольких валиков. Миндалина имеет складчатую поверхность, складки расположены в сагиттальном направлении параллельно друг другу и сходятся сзади в нижнем полюсе миндалины; фолликулы находятся в толще складок. У новорожденного глоточная миндалина расположена в толще слизистой оболочки верхней задней стенки глотки и вы-

ступает спереди. У детей 1-го года жизни полость носоглотки низкая и остроугольная, в связи с чем даже небольшое увеличение глоточной миндалины может значительно нарушить носовое дыхание. Складки при рождении быстро утолщаются, приобретают вид валиков, между которыми хорошо прослеживаются борозды. У детей раннего возраста развивается она более активно, чем другие миндалины, на первом году жизни и достигает своего полного развития к 2–3 годам. Возрастная эволюция миндалин происходит в возрасте 3–5 лет и характеризуется увеличением их объема за счет повышения числа фолликулов и их гипертрофии. Инволюция обычно происходит с 8–9 лет.

Аденоидит — это воспаление глоточной (III) миндалины лимфоаденоидного кольца Пирогова-Вальдейра. Острый аденоидит (ретроназальная ангина, острый эпифарингит) — острое воспаление глоточной миндалины преимущественно инфекционной этиологии, ассоциированное с острым воспалением ротоглотки или слизистой полости носа, длительность течения которого обычно не превышает более 2 месяцев, повторяющиеся не чаще 3 эпизодов в год. Фактически, в большинстве случаев, острый аденоидит является физиологической реакцией иммунной ткани глоточной миндалины на острый инфекционный процесс верхних дыхательных путей.

По типу воспалительной реакции можно выделить отёчно-катаральную и гнойную форму аденоидита. По преобладающему этиологическому компоненту — вирусный, бактериальный или аллергический аденоидит.

Основным звеном патогенеза патологии глотки считается назофарингеальная обструкция, приводящая к переходу на дыхание ртом [1]. И, бесспорно, это очень важный момент. Так, переход на дыхание ртом приводит к недостаточному увлажнению, согреванию и очищению воздуха, постоянному охлаждению полости рта, глотки, нижних дыхательных путей. Вдыхаемая при ротовом дыхании масса микробов и пылевых частиц оседает на слизистой оболочке гортани, трахеи, бронхов, способствуя развитию рецидивирующей инфекции нижних

Цель: изучить возможности использования Нозейлина при введении его эндоназально детям младшего возраста.

Результаты: комбинированная терапия с Нозейлином в короткие сроки привела к нормализации общего состояния и ускорила клиническое выздоровление у 96 % пациентов. Заключение: возможно рекомендовать препарат Нозейлин для использования в комплексной терапии аденоидитов у детей.

Ключевые слова: аденоидит, Нозейлин, дети, местная терапия.

Кіші жастағы балаларда аденоидиттерді жүйнтықты емдеуде қолданылатын нозейлин

Т.А. Завацкая

Жоғары санатты отоларинголог, «Павлодар облыстық балалар ауруханасы»

Мақсаты: кіші жастағы балаларға оны эндоназальды енеізу кезінде нозейлинді қолдану мүмкіндігін зерттеу. Нәтижелері қысқа мерзімде нозейлинмен құрамдастырылған терапия жалпы жағдайының дұрысталуына әкелді және науқастардың 96 %-н клиникалық сауығуын қысқартты. Қорытынды: Балаларда аденоидиттерді кешенді терапияда қолдану үшін нозейлин препаратын ұсынуға болады.

Күпия сөз: аденоидит, нозейлин, бала жергілікті терапия.

Nozeylin in treatment adenoiditis in young children

T.A. Zavatskaya

otolaryngologist highest category, ACGM «Regional Children's Hospital»

Objective: To explore the use of nozeylina when injected endonasal young children.

Results: Combination therapy with nozeylinom in a short time led to the normalization of the general condition and accelerated clinical cure 96% of patients. Conclusion: it is possible to recommend the drug for use nozeylin in the treatment of adenoiditis children. Tags: adenoids, nozeylin, children, local therapy.

дыхательных путей. [2, 3].

При гипертрофии глоточной миндалины (аденоиды) и ее воспалении (аденоидит) создающееся в области хоан препятствие воздушному потоку приводит к затруднению носового дыхания (назофарингеальная обструкция), угнетению транспортной функции мерцательного эпителия, застою секрета в полости носа, вазодилатации и увеличению размеров носовых раковин, а также к активизации сапрофитной микрофлоры. При возникновении гиповентиляции и цилиарной дисфункции персистирующая на поверхности глоточной миндалины условно-патогенная микрофлора быстро колонизирует задние отделы полости носа, резко увеличивая степень обсеменения полости носа, провоцируя поддержание или возникновение воспалительного процесса полости носа. В свою очередь, длительно текущий и нелеченый воспалительный процесс в полости носа и околоносовых пазухах может осложниться аденоидитом.

Учитывая этиологию и патогенез, основными направлениями в лечении аденоидитов у детей являются следующие: восстановление нормальной аэрации носовых ходов, эрадикация патогенной микрофлоры; восстановление мукоцилиарного клиренса. Основными методами эрадикации патогенной микрофлоры являются следующие: ирригационная терапия — орошение

полости носа и носоглотки стерильными соляными растворами; антибактериальная терапия (системная или топическая).

Ирригационная терапия позволяет удалять большую часть вирусов, бактерий, аллергенов и других микрочастиц с поверхности слизистой оболочки полости носа и носоглотки, устраняя тем самым причину воспалительного процесса. При остром заболевании или обострении хронического процесса частота промываний носа должна быть увеличена до 5–6 раз в сутки [2, 5]. Особое внимание уделяется методу доставки препарата в полость носа: с целью профилактики лучше использовать системы мелкодисперсного распыления; для купирования острого процесса в полости носа или носоглотке, сопровождающегося скоплением вязкого или гнойного секрета, — системы с более сильным напором струи раствора. Однако надо помнить, что чрезмерное повышение давления в носоглотке может привести к забросу вводимого раствора и секрета в слуховую трубу или полость среднего уха. В большинстве случаев основой для препаратов ирригационной терапии служит изотонический (физиологический) раствор. При течении выраженного гнойного процесса в полости носа или носоглотке целесообразно применение коротким курсом (3–5 дней) гипертонического (3,8%) раствора NaCl. Применение гипотонических растворов крайне нежелательно по причине резкого угнетения цилиарной активности [4]. При гнойных формах риносинуситов в педиатрической практике предпочтение отдается антибактериальным препаратам для местного применения. Показанием к проведению системной антибактериальной терапии являются следующие: стойкое повышение температуры тела без тенденции к снижению более 5 дней от начала заболевания на фоне течения гнойного риносинусита; осложненные формы риносинуситов (острые средние отиты, риноорбитальные и внутричерепные осложнения и др.). При назначении системного антибиотика препаратом выбора является амоксициллин или его комбинация с ингибиторами β-лактамаз, а также цефалоспорины II поколения. К препаратам резерва относятся азитромицин, кларитромицин или цефалоспорины III поколения. В остальных случаях препаратами выбора являются топические антибактериальные препараты [6].

Восстановление нормальной аэрации носовых ходов достигается путем удаления секрета из полости носа и носоглотки, устранения отека слизистой оболочки полости носа и носоглотки. Устранение отека слизистой оболочки полости носа и носоглотки чаще всего осуществляется путем применения деконгестантов. В современной педиатрической практике предпочтение отдается топическим препаратам (системные адrenomиметики противопоказаны детям до 12 лет)

Материалы и методы исследования

Критерии включения больных в исследование: пациенты (дети младшего возраста) от 1 года до 6 лет, на момент включения в исследование, наличие установленного диагноза острого аденоидита (согласно данным анамнеза и объективного осмотра); пациенты способные понять требования протокола, подписать информированное согласие, выполнять связанные с участием в исследовании ограничения и прийти в клинику на повторный визит.

Критерии исключения: больные с гиперчувствительностью к нафазолину или какому-либо из компонентов назальных капель Нозейлин;

- наличие любого тяжёлого заболевания или состояния (патология сердечнососудистой системы, печени, почек, нервной системы и т.д.);

- участие в другом клиническом исследовании в течение 30 дней до включения в данное исследование; больные, которые не будут выполнять требования протокола или не способны выполнять их, включая предоставление информированного согласия (нежелание или неспособность дать письменное информированное согласие из-за умственной отсталости или языкового барьера); трудность поддержания контакта с больным во время исследования.

Группы больных

Исследование проведено на базе детского отделения оториноларингологии Областной детской больницы у больных, страдающих острыми аденоидитами, осложненными синуситами, отитами, с применением препарата Нозейлин. В исследовании принимали участие 47 человек в возрасте от 1 до 6 лет. Сопоставимые по демографическим и клиническим характеристикам пациенты в случайном порядке (рандомизированно) были распределены на две группы. Основная (исследуемая) группа (27 человек) — получала препарат Нозейлин вместе со стандартным лечением. Пациенты контрольной группы (20 человек) получали стандартное лечение с применением галазолина (табл. 1).

Таблица 1. Данные о пациентах, принявших участие в исследовании

Характеристика	Нозейлин	Галазолин
Количество больных	27	20
Возраст(мин/макс)	2-6	2-6
Пол (м/дев)	12/15	8/12
Длительность заболевания до начала лечения (дни)	7,5 ±2,6	7,1 ±2,9

Препарат Нозейлин компании «World medicine», Великобритания. В 1 мл препарата содержит активные вещества: нафазолина гидрохлорид 0,5 мг, хлорфенирамина малеата 0,5 мг, вспомогательные вещества: натрия цитрат, борная кислота, бензалкония хлорид, динатрия эдетат, вода для инъекций. Нозейлин - комбинированный препарат для местного применения в ЛОР-практике. Нафазолин - альфа2-адреномиметик, оказывает быстрое, выраженное и продолжительное сосудосуживающее действие; уменьшает отечность, гиперемию и экссудативные проявления со стороны слизистых оболочек. Облегчает носовое дыхание при ринитах.

Хлорфенирамин - блокатор гистаминовых H1-рецепторов, оказывает действие преимущественно на рецепторы слизистой носа, верхних дыхательных путей. Уменьшает выраженность местных экссудативных проявлений, отек и гиперемию слизистой оболочки носа, носоглотки и придаточных пазух носа, устраняет зуд в носу, ринорею, заложенность носа,

Назальные капли: детям в возрасте 6 лет и старше рекомендуемая доза препарата составляет по 1-2 капли в каждый носовой ход 3-4 раза в сутки. Детям старше года нафазолина гидрохлорид назначают по 1-2 кап 0,05% или 0,025% раствора 2-3 раза в день, детям грудного возраста в связи возможностью передозировки назначать нафазолин не рекомендуется (М.Д Машковский Лекарственные средства 2001). Учитывая, что в составе препарата нозейлин содержится нафазолина 0,05% (0,5 мг в 1 мл), избегая случайные передозировки, препарат разводился водой для инъекций» (предварительно 0,25 мл (5 капель) разводили в 1 мл воды для инъекций – 0,01%). местно вводили данный препарат в полости носа 3 раза в день капельно или на турунде на 15-20 мин 3-5 дней.

Схема лечения.

С первого дня больные основной группы получали препарат Нозейлин местно, в комплексе со стандартной терапией. При выборе системной антибактериальной терапии предпочтение отдавалось препаратам пенициллинового ряда, при непереносимости данной группы назначались препараты цефазолинового ряда. В терапию также входили антигистаминные препараты, местная элиминационная терапия

Пациенты контрольной группы получали общепринятое лечение (элиминационная терапия, системную антибактериальную терапию препаратами пенициллинового ряда, антигистаминные препараты), с применением галазолина .

Примечание: в исследовании пациентам разрешалось использовать местно разные антисептические препараты. Анализ этих препаратов и оценка взаимодействия с ними препарата Нозейлин не входили в задачу исследования, поэтому не при-

водятся в данной статье.

Критерии отмены

Лечение исследуемым препаратом в любой момент могло быть прервано по желанию больного или по решению врача, а также при возникновении в процессе лечения и в период последующего наблюдения нежелательных или побочных явлений или осложнений основного заболевания.

Объём обследования больных

Перед началом лечения и по его окончании проводилась клиническая оценка состояния больного. В результате эндоскопического исследования до лечения было выявлено, что катаральным процессам в околоносовых пазухах характерно наличие отека и гиперемии лимфоидной ткани носоглотки, у 8 пациентов к этим симптомам присоединялось наличие прозрачного слизистого отделяемого на поверхности носоглоточной миндалины. При гнойных процессах мы также наблюдали подобную картину, а у 10 детей визуализировался отек лимфоидной ткани с петехиями в ней. У 19 (40%) из 47 обследованных детей наблюдался патологический рефлюкс риноносоглоточного секрета в глоточное устье слуховой трубы

Для оценки эффективности проводимой терапии была разработана бальная шкала субъективных ощущений, представленная в таблице 2. Также учитывались объективные данные: гиперемия и отек слизистой оболочки носа, характер отделяемого носовой полости.

Сумма всех баллов представлена в виде общего клинического счета (ОКС). Минимальное ОКС для здорового пациента составило 4 балла, максимальное — 12 баллов.

Клиническая эффективность оценивалась как:

Значительное улучшение — полное исчезновение отека слизистых оболочек (ОКС равен 4). Улучшение — частичное исчезновение отека слизистых (ОКС равен 6-7). Без эффекта — снижение показателя ОКС не более чем на 20% от изначального. Ухудшение — прогрессирование отека слизистых после 72 ч от начала лечения, увеличение показателей ОКС.

Таблица 2 Бальная шкала субъективных ощущений

Субъективные критерии	нет (баллы)	есть (баллы)	выражены (баллы)
Заложенность носа	1	2	3
отек	1	2	3
гиперемия слизистых	1	2	3
отделяемое	1	2	3

Переносимость препаратов считалась:

Хорошей — при отсутствии побочных эффектов, определённо связанных с приёмом препарата.

Удовлетворительной — при слабовыраженных, транзиторных побочных эффектах (сухость), не повлекших отмены препарата.

Неудовлетворительной — при возникновении побочных эффектов, потребовавших отмены препарата и интенсивной фармакологической коррекции возникших осложнений.

Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью сравнения средних по t-критерию Стьюдента. Продолжительность наблюдения составляла 10 дней. Контрольные осмотры проводились на 3, 6 и 10 дни исследования.

Результаты исследования

Исследование закончили все пациенты. Переносимость препарата была хорошей у 26 пациентов, в 1 случае удовлетворительной (транзиторная сухость слизистой оболочки носа), которая не потребовала отмены препарата.

На фоне применения капель Нозейлин при воспалительных заболеваниях носа и носоглотки, было отмечено, что препарат эффективен и начинал действовать быстро. Все пациенты основной группы, получавшие Нозейлин, отметили снижение симптомов заболевания на 2-3 дня раньше (табл. 3), чем пациенты контрольной группы.

Таблица 3. Динамика ОКС в группах больных

время от начала лечения	нозейлин(n=27)	галазолин(n=20)
до лечения	11,07±0,78	10,65±0,98
на 3 сутки	5,89±1,2	8,55±0,99
на 6 сутки	4,26±0,45	5,95±1.09
на 10 сутки	4,19±0,4	4,35±0,5

Исходный ОКС в группах больных, получавших Нозейлин совместно с антибактериальной, элиминационной терапией составил 11,07±0,78 ; в контрольной 10,65±0,98 соответственно (рис. 1).

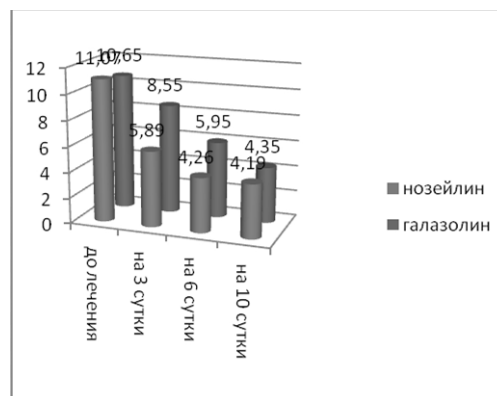


Рис. 1. Динамика ОКС в группах больных
Примечание: минимальное ОКС для здорового пациента составляет 4 балла.

Статистический анализ показал отсутствие достоверных различий между сравниваемыми группами до начала лечения (для наблюдавшихся различий

($p > 0,05$). Помимо очевидной из таблицы более явной положительной динамики у детей получавших противоотечную терапию препаратом нозейлин, субъективно все пациенты основной группы или их родственники отмечали улучшение носового дыхания, облегчение эвакуации отделяемого из носа в течение трехдневной терапии, снижение интенсивности кашля, храпа и гнусавости.

В течение периода наблюдения на 3 день лечения, отмечалась закономерная динамика снижения ОКС в обеих группах за счет снижения отека слизистых, с достоверными статистическими различиями между группами 5,89±1,2(1 гр.) и 8,55±0,99 (2гр.) при уровне значимости $p < 0,01$. Вероятность справедливости нулевой гипотезы о равнозначном действии деконгестантов (нозейлина и галазолина) составляет менее 0,1%, т.е. $p < 0,001$, что соответствует максимально высокой оценке значимости различий.

Отсроченное эндоскопическое обследование показывает стойкий положительный клинический эффект препарата Нозейлин, это выраженное противоотечное, антиэкссудативное и противоаллергическое действие, которое позволяет сократить сроки заболевания и выраженность клинических симптомов. У 27 детей основной группы не было выявлено признаков отека в течении десятидневного лечения в стационаре, детям контрольной группы (12 человек), противоотечная терапия была продолжена до 6 дней, (у детей из контрольной группы (4 человека) наблюдались более длительно слизисто-гнойные выделения из носа и по задней стенке глотки, чего не было зарегистрировано в основной группе детей. Симптомы передозировки: сонливость, заторможенность, понижение температуры тела, замедление частоты сердечных сокращений. отсутствовали

Клиническая эффективность препаратов, оцененная на 3 день после начала лечения в соответствии с протоколом, представлена в таблице 4.

Таблица 4. Клиническая эффективность препаратов

Показатель	Нозейлин	Галазолин
Значительное улучшение	26	8
Улучшение	1	12
Без эффекта		—
Ухудшение		—

Своевременное назначение препарата Нозейлин увеличивает темпы выздоровления на 2-3 дня (согласно нашей таблице, уже на 5-6 день основная группа имела минимум проявлений воспаления, соответственно была уже трудоспособной, а в контрольной группе на 7-8 день).

Заключение

Проведенное клиническое исследование позволило отметить хороший терапевтический эффект препарата Нозейлин в комплексной терапии у больных с острыми аденоидитами, с сопутствующими отитами, синуситами. Значительное улучшение клинической картины наблюдалось у всех пациентов. Исследование закончили все пациенты. Во время работы с препаратом Нозейлин не зафиксировано ни одной побочной реакции, которая требовала отмены препарата. Ни в одном случае исследование не было преждевременно прекращено. Все вышеперечисленные эффекты способствуют адекватной вентиляции полости носа, носоглотки, делают возможным отток содержимого из пазух, евстахиевой трубы, создавая условия для нормального функционирования органа.

Анализ применения препарата Нозейлин выявил экономическую целесообразность его использования при остром аденоидите, что немаловажно для полноценной организации лечебного процесса.

Опыт применения препарата Поллезин в комплексной терапии при лечении острого гнойного синусита

Гребнев В.М.

Больница УДП РК, г. Астана

В лечении заболеваний носа и околоносовых пазух в последнее время применяется множество современных препаратов и методов лечения. Одно из центральных мест занимает местная ирригационная терапия и общая десенсибилизирующая терапия. Применение ирригационной терапии обусловлено необходимостью увлажнения слизистой оболочки полости носа для стимуляции работы реснитчатого эпителия, что сокращает время контакта инфекционных агентов со слизистой полости носа и, следовательно, сокращением их повреждающего действия.

Одним из препаратов, способствующих снятию отека слизистой является антигистаминный препарат Поллезин 5 мг (Левосетиризин, EGIS), который использовался при лечении острых и хронических заболеваний носа у наших пациентов в течение 7 или 14 дней.

К ирригационным методам относятся метод перемещения по Проетцу, ЯМИК – метод и носовой душ. Однако применение метода перемещения по Проетцу, как указывал сам автор, ограничено при острых воспалительных процессах из-за отека слизистой оболочки и блока соустьев околоносовых пазух (А.Проетц 1927), а для проведения ЯМИК-метода требуется врачебное участие.

В последние годы с целью ирригации в российской и зарубежной ринологии активно используется носовой душ в виде орошений и промываний. В то же время недостаточно освещенным в современной литературе остаётся вопрос о влиянии носового душа на динамику течения воспалительного процесса при острых воспалительных заболеваниях и необходимости кратности проведения процедуры.

Выводы

Проведенный анализ показал эффективность препарата Нозейлин в лечении острых аденоидитов у детей младшего возраста, достоверно сокращая длительность проявления признаков заболевания уже через 72 часа от начала лечения.

Препарат Нозейлин в целом хорошо переносился пациентами.

Опыт применения Нозейлин показал, что использование препарата Назонекс в комплексной терапии оптимизирует эффективность лечения острых аденоидитов и данный препарат может успешно использоваться в госпитальной практике в составе комплексной терапии при лечении

Список литературы

1. Богомильский М.Р., Гаращенко Т.И., Шишмарёва Е.В. Элиминационная терапия в лечении аденоидита у детей с острым синуситом. *Вестн.оторинол.* 2004;4:46-49.
2. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. *Детская оториноларингология.* 2001: 264-268.
3. Борзов Е.В. Аденоиды // *Детская оториноларингология (в 2 томах) Т.1. / под редакцией Богомильского М.Р., Чистяковой В.Р.* 2005; 296-298.
4. Карпова Е.П. Возможности топической терапии хронического аденоидита у детей. // *Тезисы 11 Российского национального конгресса «Человек и лекарство».* 2004:663.
5. Маккаев Х.М. Хронический аденоидит у детей как проблема педиатрии и детской оториноларингологии; *Российский вестник перинатологии и педиатрии Приложение* 2002:7-11.
6. Шиленкова В.В. Рациональный подход к диагностике и лечению заболеваний носоглотки у детей // *Новости здравоохранения.- Ярославль, 2002.- Выпуск 2.- С.28-32.*

Целью исследования

явилось изучение влияния носового душа физиологическим раствором хлорида натрия и антигистаминного препарата Поллезин на динамику течения острого гнойного синусита.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 60 пациентов (30 женщин и 30 мужчин) в возрасте от 25 до 65 лет с диагнозом: острый гнойный синусит. Средний возраст составил 45 лет. Пациентов разделили на основную и контрольную группы по 30 человек в каждой. Все пациенты принимали антибиотик 2 раза в день 10 дней и сосудосуживающий спрей Назол по 2 спрею 2 раза в день в каждую половину носа. Для увлажнения слизистой носа и очищения от выделений использовали метод промывание носовой полости по Проетцу один раз в день. Пациенты основной группы, кроме того, принимали антигистаминный препарат Поллезин 5 мг 1 раз в день и выполняли носовой душ физиологическим раствором хлорида натрия с температурой 37 градусов 2 раза в день в течение всего курса лечения. Во время визитов оценивались жалобы на отделяемое из носа, наличие головной боли, болей в проекции околоносовых пазух, нарушение носового дыхания в баллах от 0 до 3 (0 – отсутствие признака, 3 – максимальное проявление). Выполнялась передняя риноскопия во время которой оценивалась выраженность отека слизистой оболочки, наличие отделяемого и его характер (в баллах от 0 до 2).

Результаты и их обсуждение

Во время первого визита в группах были следующие показатели: головная боль беспокоила в основной группе - 40%, кон-

трольной группе – 45%. Боли в проекции околоносовых пазух были у основной группы – 25% и у 28% в контрольной группе. Нарушение носового дыхания и выделения из носа у 100% пациентов всех групп, отек слизистой оболочки полости носа отмечен у всех в основной группе и у 97% больных контрольной группы. При проведении лечения на четвертый день состояние больных улучшилось во всех группах. Однако головная боль сохранилась у 5% основной группы и у 27% контрольной группы. Лицевая боль в основной группе не отмечена, а в контрольной группе в 27% сохранялась. На нарушение носового дыхания жаловались 35% основной группы и 69% контрольной. Выделения из носа сохранялись у 60% основной группы и 74% контрольной. Отек слизистой оболочки в 35% основной группы и у 61% больных контрольной группы. Во время осмотра на десятый день динамика симптомов была следующей. Головная боль и боль в проекции околоносовых пазух отсутствовала в обеих группах наблюдения. Затруднение носового дыхания сохранялось у 10% основной группы и у 63% в контрольной

группе. Выделения из носа были соответственно у 10% и 69% пациентов. Отек слизистой оболочки отмечен у 15% и 75% в контрольной группе.

Согласно полученным результатам, регрессия симптомов острого гнойного синусита быстрее наступала у пациентов, использующих в схеме лечения носовой душ физиологическим раствором хлорида натрия и препарата Поллезин 5 мг в день. Эффективнее лечение было у больных, применявших носовой душ дважды в день. Сохраняющееся у 15% пациентов этой группы незначительное слизистое отделяемое из носа обусловлено усилением секреции и является дополнительным очищающим слизистую оболочку фактором.

Следовательно, наиболее целесообразным при острых гнойных синуситах является выполнение носового душа физиологическим раствором дважды в день и применение в схеме лечения десенсибилизирующего препарата Поллезин, так как это облегчает состояние больных и ускоряет выздоровление.

Опыт лечения пациентов с диагнозом «Смещение носовой перегородки», пролеченных оперативным путем

Гребнев В.М.

Больница УДП РК, г. Астана

В условиях поликлинического отделения больницы УДП РК проведен анализ амбулаторных карт 27 пациентов с диагнозом: смещение носовой перегородки, пролеченных оперативным путем, в 2009 году.

За 2010 - 2011 год случаев обращения к ЛОР врачам прооперированных в 2009 году пациентов по поводу нарушения носового дыхания не было.

Нарушения носового дыхания обусловлены искривлением носовой перегородки и встречаются в 70-80% по литературным данным разных авторов. Эта патология является наиболее частой у ЛОР пациентов.

Все представленные для анализа пациенты до операции в течение 3-7 лет обращались к ЛОР врачам с частыми простудными заболеваниями. Им неоднократно было рекомендовано оперативное лечение перегородки носа (так как альтернативы оперативному лечению при наличии искривления перегородки носа не существует).

Нормальное носовое дыхание имеет важнейшее значение, при нарушении которого страдают многие функции. Воздушный поток, поступающий в нижние дыхательные пути, не проходит очистки, увлажнения, подогрев в зимний период (при прохождении через полость носа воздух согревается на 2-3 градуса Цельсия). Нарушение носового дыхания приводит к частым простудным заболеваниям, нарушается вентиляция придаточных пазух носа, что приводит к острым и хроническим синуситам, евстахеитам, понижением слуха, обострениям хронических отитов. Затекания слизи в носоглотку приводит к раздражению, длительно не проходящим фарингитам, обострениям процессов в нижних дыхательных путях (трахеобронхиты, пневмонии). При наличии шипов на носовой перегородке, изгибов, приводящих к контакту перегородки носа с нижними и средними носовыми раковинами, возникают синергические головные боли. Длительное нарушение носового дыхания затрудняет отток венозной крови из полости черепа и приводит к повышению внутричерепного кровяного давления. Нарушение носового дыхания обуславливает повышенную утомляемость, постоянные тупые головные боли, человек не высыпается, становится раздражительным, на этом фоне обостряются многие хронические заболевания. Так, например, пациентки мучаются на протяжении всей беременности с постоянной заложенностью носа, которая возникает

от незначительного отёка слизистой носовых раковин и при наличии искривления перегородки носа приводит к значительному затруднению носового дыхания. При подготовке больных с хроническими отитами к оперативному лечению, как первый этап, проводится подслизистая резекция перегородки носа, так как при наличии нарушения носового дыхания не может быть достигнута восстановление слуховой функции.

У всех прооперированных пациентов в 2009 году в послеоперационном периоде применялся препарат Поллезин 5 мг (левоцетиризин, EGIS) один раз в день в течении двух недель. У них отмечено восстановление носового дыхания в разной степени, что обусловлено наличием вазомоторных ринитов, полинозов, сочетавшихся с искривлением перегородки носа.

При наличии сочетанной патологии носовое дыхание восстановилось не в полном объеме. У одной пациентки, состоящей на учете с поллинозом у врача аллерголога, носовое дыхание после оперативного лечения по поводу искривления носовой перегородки было затруднено, что естественно приводило к острым респираторным заболеваниям. Регулярное и длительное применение препарата Поллезин в послеоперационном периоде привело к восстановлению носового дыхания и резкому снижению респираторных заболеваний до двух раз в 2011 г.

Обострение хронических синуситов в послеоперационном периоде отмечалось у двух пациентов. Обострения протекали с менее выраженной местной и общей симптоматикой и с помощью препарата Поллезин удалось избежать назначения деконгестантов.

Неполное восстановление носового дыхания в послеоперационном периоде встречается, так как проведение операций большими длительными время откладывается до полного нарушения носового дыхания. Кроме того, пациентами годами используют сосудосуживающие капли, приводящие к атрофическим процессам на слизистой перегородки носа и истончению слизистой, возникновению в послеоперационном периоде перфораций, грубых рубцовых изменений, что со временем вновь нарушает носовое дыхание. Применение в послеоперационном периоде препарата Поллезин значительно сокращает период реконвалесценции, способствует восстановлению нормальной работы слизистой оболочки носа.

Эффективность применения карбапенемов при лечении тяжёлых нозокомиальных инфекций у детей

Штейгервальд Ф.Ф.¹, Невзорова Т.А.²

ОРИТ, ГККП «Городская детская больница»¹

Отделение II этапа новорожденных, ГККП «Областная детская больница»² г. Костанай

УДК 616-053.2-33

Целый ряд особенностей делает карбапенемы незаменимыми в терапии ряда инфекций благодаря спектру активности, профилю безопасности и клинической эффективности.

Такие препараты, как имипенем и меропенем, уже длительное время успешно применяются в клинической практике при лечении тяжёлых нозокомиальных инфекций.

Эртапенем представляет новую группу. Он отличается от вышеперечисленных препаратов как спектром антимикробной активности, так и улучшенными фармакокинетическими показателями, что позволяет назначать его один раз в сутки.

В статье представлены микробиологические, фармакологические и клинические данные об этих препаратах.

Карбапенемовые антибиотики или карбапенемы по своей химической структуре относятся к группе б-лактамов антибиотиков, к которым также относятся природные и полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, монобактамы. К настоящему времени в Казахстане для клинического применения разрешены три карбапенема: имипенем/циластатин, меропенем и эртапенем.

Необходимо отметить, что наиболее продолжительный опыт клинического применения имеет имипенем/циластатин. По сравнению с имипенемом/циластатином меропенем является более новым препаратом. Однако оба этих препарата имеют сходную область клинического применения - это тяжелые инфекции, вызванные полимикробной или резистентной флорой. Под тяжестью инфекции нужно понимать клиническую ситуацию, когда именно инфекционный процесс определяет тяжесть состояния и исход заболевания, а эрадикация или снижение концентрации возбудителя в инфекционном локусе может привести к снижению тяжести состояния или улучшить исход заболевания.

Эртапенем является новым антибактериальным препаратом широкого спектра. Область клинического применения эртапенема связана с особенностями антибактериальной активности. Эртапенем обладает высокой активностью в отношении грамположительной и грамотрицательной (в том числе анаэробной) флоры. Однако у него имеется низкая активность в отношении псевдомонад.

На сегодняшний день карбапенемы обладают наиболее широким спектром антимикробной активности в отношении актуальной флоры, о чем свидетельствуют результаты современных исследований, направленных на мониторинг резистентности госпитальной флоры. Карбапенемы обладают сбалансированной активностью в отношении грамположительной и грамотрицательной флоры. Имеются микробиологические данные, указывающие на несколько более высокую активность имипенема/циластатина в отношении грамположительной флоры и меропенема - в отношении грамотрицательной флоры. Клинически значимыми являются различия в активности имипенема/циластатина и меропенема в отношении резистентных псевдомонад: активность меропенема - выше. Однако в клинической практике обоснованное предпочтение тому или иному препарату может быть отдано только на основании определения резистентности конкретного клинического штамма возбудителя.

Как уже отмечалось, карбапенемы имеют самый широкий спектр антимикробной активности из всех применяющихся в настоящее время в клинической практике антимикробных препаратов. Поэтому проще указать возбудителей, в отношении которых активность карбапенемов низкая или отсутствует: это

Карбапенемдердің қолдануын тиімділік ауыр нозокомиал инфекцияларының емдеуінде балаларда

Штейгервальд Ф.Ф.¹, Невзорова Т.А.²

ИТРБ, ҰҚКК «Қостанай қаласының қалалық балалар ауруханасы»¹. Туған балалардың екінші кезеңінің Отделениесі, ҰҚКК «Облыстық бала ауруханасы»². Қостанай қаласы

Ерекшеліктерінің бір қатары белсенділік карбапенемдері алмастырылмайтын инфекциялардың қатардың терапияларында спектрдің арқасында істейді, профиль қауіпсіздік және клиникалық тиімділік.

Мұндай имипенем және көпірілген, ұзақ уақыт енді клиникалық тәжірибеде ауыр нозокомиал инфекцияларының емдеуінде ойдағыдай қолданатын препараттар.

Эртапенем жаңа топты ұсынады. Жақсартылған фармакокинетикалық параметрлермен де, микробтарға қарсы белсенділіктің спектрімен де ол суткіге ол бір рет тағайындауға мүмкіндік берген көрсеткіштердің жоғарыда айтылған препараттарынан айырмашылығы болады. Бапта бұл препараттар туралы микробиологиялық, фармакологиялық және клиникалық мәліметтер елестеткен.

Efficiency of application of carbapenems at treatment of heavy nosocomial infections for children

Shteygerwald F.F.¹, Nevzorova T.A.²

ICU, SPCE "Pediatric town hospital of Kostanay"¹. Branch of II stage of newborns, SPCE «Regional children's hospital»². Kostanay city

Variety of features does carbapenems irreplaceable in therapy of some infections thanks to an activity spectrum, a profile of safety and clinical efficiency. Such preparations as imipenem and meropenem, already long time are successfully applied in clinical practice at treatment heavy nosocomial infections.

Ertapenem represents new group. It differs from the above-named preparations as a spectrum of antimicrobial activity, and improved pharmacokinetics indicators that allows to appoint it once a day. In article the microbiological, pharmacological and clinical data about these preparations is presented.

ампициллинрезистентные энтерококки, некоторые возбудители нозокомиальных инфекций с природной резистентностью к карбапенемам, например, *Stenotrophomonas maltophilia*, кандиды. Вне зависимости от результатов микробиологического исследования активности карбапенемов в отношении указанных выше возбудителей клиническая эффективность карбапенемов будет низкой (или отсутствовать).

Клиническая эффективность антибактериальной терапии тяжелых инфекций в целом зависит от ряда факторов:

- спектра антимикробной активности препарата;
- состояния пациента;
- адекватности выбора антимикробного препарата;
- своевременности назначения адекватного препарата;
- дозы и продолжительности применения адекватного препарата.

Особенности фармакокинетики карбапенемов позволяют использовать их в различных вариантах кратности введения: имипенем/циластатин и меропенем 3-4 раза в сутки, эртапенем 1-2 раза; суточная доза от 20-40 мг/кг (эртапенем), до 50-100 мг/кг (имипенем/циластатин и меропенем). Меропенем хорошо

проникает через гематоэнцефалический барьер и обеспечивает в цереброспинальной жидкости концентрации, достаточные для подавления роста потенциальных и реальных возбудителей менингита.

Говоря о безопасности применения, имипенем/циластатин и меропенем разрешен к применению у детей с периода новорожденности, а накопленный практический опыт и исследования в неонатологии позволяют охарактеризовать их как практически безупречные АМП. Эртапенем в нашей практике назначался у детей с месячного возраста.

Следует отметить, что в течение последних нескольких лет отмечается более частое применение карбапенемов в лечении больных, находящихся в ОРИТ. Причиной этого можно считать микробиологические изменения в спектре чувствительности патогенных и условно-патогенных бактерий к АМП. Всё чаще встречаются штаммы, резистентные ко многим АМП пенициллинового ряда, в том числе и полусинтетическим, цефалоспорином 1-4 поколения, аминогликозидам и пр. Нередко в практике встречаются полирезистентные штаммы, устойчивые ко многим, практически применяемым, АМП вышеуказанных групп. Причиной микробиологической эволюции и роста полирезистентных штаммов можно считать нерациональную а/б терапию как на догоспитальном этапе, так и в стационаре.

На базе наших отделений карбапенемы назначались при различных тяжёлых заболеваниях, как правило, вторым – третьим курсом а/б терапии: пневмонии, злокачественная пузырчатка, синдром Лайела, ОКИ, менингоэнцефалиты, сепсис.

В период с 2009 по 2011 год карбапенемы были назначены 50 больным с вышеуказанной патологией (табл. 1).

Нозологии	Число больных	Карбапенемы (монотерапия)	Комбинир. терапия
Сепсис	15 (30%)	-	15 (100%)
Нейроинфекции (менингит, м/энцефалит)	12 (24%)	8 (66%)	4 (33%)
Пневмония	14 (28%)	11 (78%)	3 (22%)
ОКИ	9 (18%)	4 (44%)	5 (56%)
Всего	50 (100%)	23 (46%)	27 (54%)

Длительность терапии составляла 7-15 суток. При септических состояниях, учитывая тяжесть состояния, ПОН, назначалась комбинированная антибактериальная терапия. В случаях комбинированной терапии использовались: аминогликозиды третьего поколения (амикацин), гликопептиды (ванкомицин), ко-тримоксазол, хинолоны (налиндиксовая кислота), а также противогрибковые, противовирусные препараты.

Путь введения: внутривенный посредством центрального доступа (подключичная, яремная вены). Кратность введения 1-4 раза в сутки, в зависимости от нозологии, степени тяжести, а также представителя карбапенемов (эртапенем 1-2 раза, меропенем и имипенем 3-4 раза). Титрование разовой дозы 1-2 часа, суточная доза 20-100мг/кг. Оценка эффективности производилась с учётом клинико-лабораторных показателей.

Как правило, назначение карбапенемов было эмпирическим по причине запоздалого получения результатов бактериологического и вирусологического исследования.

Микробиологический пейзаж представлен: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Streptococcus pyogenes*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Salmonella typhimureum*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Citrobacter*, *Shigella* (*Flexneri*, *Sonhe*) и др. частота высева составляла 40-50%. В единичных случаях выделены вирус герпеса (*Herpes simplex*) у больного с менингоэнцефалитом и вирус гриппа (А 2) у больного с сепсисом.

Из приведённой ниже таблицы видно, что в большинстве случаев (84%) на фоне применения карбапенемов отмечалось улучшение клинико-лабораторных показателей, уменьшалась средняя длительность пребывания по отношению к контрольной группе.

Пациентам без положительной динамики назначалась терапия препаратами фторхинолонового ряда, а также методы

Пациенты, получавшие АМП пенициллинового ряда, цефалоспорины 2-4 генерации и др. отнесены контрольную группу (см. табл. 2).

Нозологии	Число больных	АМП пенициллин. ряда	Цефалоспорины 2-4 поколен.	Комбинация
Сепсис	10 (20%)	-	10 (20%)	10 (20%)
Нейроинфекции (менингит, м/энцефалит)	11 (22%)	6 (12%)	5 (10%)	4 (8%)
Пневмония	18 (36%)	10 (20%)	8 (16%)	6 (12%)
ОКИ	11 (22%)	4 (8%)	7 (14%)	9 (18%)
Всего	50 б-х	20 (40%)	30 (60%)	29 (58%)

экстракорпоральной детоксикации: плазмоферез, УФО аутокрови, иммунотерапия, препараты интерферона, цитокины (ронколейкин, интерлейкин 2).

Оценка эффективности применения карбапенемов

Исход (динамика)	Карбапенемы	Контроль. группа
Улучшение	42 (84%)	23 (46%)
Без положительной динамики	3 (6%)	17 (34%)
Умершие	5 (10%)	10 (20%)
Средняя длительность пребывания	7,5 к/д	12,2 к/д

Летальность в обеих группах обусловлена развитием некорректируемой ПОН, ДВС- синдрома, грубых метаболических, водно-электролитных, кислотно-основных расстройств, поздним поступлением больного в стационар. Тем не менее процент летальности в основной группе в 2 раза ниже, нежели в контрольной.

Выводы:

- В настоящее время карбапенемы являются одним из наиболее надежных режимов терапии нозокомиальных инфекций.

- Высокая микробиологическая активность карбапенемов в отношении широкого спектра грамотрицательной и грамположительной флоры подтверждается высокой клинической эффективностью.

- Степень безопасности карбапенемов позволяет применять их при длительных курсах (более 10 суток), при условии эффективности проводимой терапии.

- В ряде тяжелых случаев, на наш взгляд, предпочтительно назначение карбапенемов качестве стартовой а/б терапии при лечении нозокомиальных инфекций, раннее применение карбапенемов позволяет улучшить прогноз для пациента и снизить затраты на дальнейшее лечение.

- Отсутствие клинической эффективности карбапенемов может быть связано с наличием резистентной грамотрицательной (*Stenotrophomonas maltophilia*, *P. aeruginosa*) и грамположительной (резистентные к метициллину или оксациллину стафилококки, резистентные к ампициллину энтерококки) флорой или инфекциями, вызванными другими возбудителями (кандиды, цитомегаловирусы и другие).

Литература

- Маркова И.В., Шабалов Н.П. Клиническая фармакология новорожденных. – СПб.: СОТИС, 1993. – 372 с.
- Михельсон В.А. Интенсивная терапия в педиатрии: практ. руково. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 552 с.
- Основы реанимации и интенсивной терапии в педиатрии и детской хирургии: Учебное пособие / Под ред. Л.А. Кривцовой, Л.А. Ситко, Н.В. Соболюка. – Омск: Издательство ОмГМА, 2007. – 293 с.
- Педиатрия: Учебник для мед. вузов / Под ред. Н.П. Шабалова. – 4-е изд., испр. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2007. – 911 с.
- Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. – Москва, – 2002.
- Яковлев С.В. Эволюция антибиотиков. – Алматы, – 2004.

Применение Нозейлина в лечении риносинуситов

Абдрахманова А.У.

Городская поликлиника №2 г.Уральск

Острый риносинусит является одной из самых распространенных патологий, влекущих за собой серьезные осложнения в организме человека. В развитии заболеваний носа и околоносовых пазух значительная роль принадлежит вирусной и бактериальной инфекции. Вследствие инфицирования носовой полости развивается отек и инфильтрация слизистой, что, в свою очередь, приводит к нарушению дренажной функции естественных отверстий придаточных пазух носа, который вызывает явления застоя в пазухах и барабанной полости. Все это вызывает развитие синуситов и воспаление евстахиевой трубы и среднего уха. Нормальное функционирование слизистой носа зависит от состояния мерцательного эпителия. Нарушение активности клеток слизистой вызывает нарушение транспорта и удаления слизистой, приводя к развитию вышеуказанных заболеваний.

До сегодняшнего дня остается актуальной проблема лечения аллергических ринитов. Идет резкий рост данного заболевания. На фоне снижения иммунного статуса аллергические заболевания могут сопровождаться бактериальными инфекциями.

Медикаментозное лечение аллергических ринитов и риносинуситов должно быть комбинированным, что подразумевает совместное применение сосудосуживающих препаратов местного действия и антигистаминных средств для скорейшего достижения благоприятного результата. Среди них наиболее примечателен Нозейлин, зарекомендовавший себя как один из лучших препаратов для лечения данных заболеваний. Он содержит нафазолина гидрохлорид, хлорфенирамина малеат и вспомогательные вещества - борную кислоту и цитрат натрия.

Нафазолина гидрохлорид является альфа-адреномиметиком, который вызывает быстрое и длительное сужение сосудов слизистой носа, снимает отек, уменьшает количество экссудата

носовой полости, что способствует восстановлению дренажной функций отверстий придаточных пазух носа и евстахиевой трубы, аэрации барабанной полости и пазух.

Хлорфенираминамалеат – H1 гистаминоблокатор. Характеризуется антиаллергическим действием, способствует устранению симптомов аллергии (зуд, слезотечение, чихание, ринорея).

Нами проведено лечение 27 больных с риносинуситом в возрасте от 18 до 52 лет, из них 12 с аллергическим компонентом. Кроме антибактериальной терапии и местного лечения (промывание пазух методом перемещения) местно в виде капель применялся Нозейлин три раза в день в течение семи дней. Через 5-6 дней у 25 больного наступило улучшение: восстановилось носовое дыхание, прекратились ринорея и зуд. У 2 больных улучшение наступило через 10-12 дней после проведенного физиолечения.

Вывод

Применение Нозейлина в нашей практике показало, что одновременное использование местных сосудосуживающих и антигистаминных средств обуславливает быстрое устранение отека носовой полости, придаточных пазух, восстанавливает функцию евстахиевой трубы за короткий срок. Входящие в состав Нозейлина вспомогательные вещества способствуют его антисептическому действию, предотвращают высыхание слизистой.

Литература

1. Журнал «Здравоохранение» №10, 2008. Г.В. Рачинская «Аллергические риносинуситы».
2. Ломидзе Лия «Применение Нозейлина в оториноларингологии». 2010г.

Опыт применения раствора Медексол в отоларингологии

Ким Н.А.

Врач высшей категории, г. Павлодар

Ухо человека состоит из трех отделов: наружного, среднего и внутреннего. Наружное ухо – это ушная раковина и наружный слуховой проход. В свою очередь наружный слуховой проход состоит из двух отделов: наружного перепончато – хрящевое и внутреннего костного. Протяженность его – 2,5 см. просвет округлый или эллиптический, имеет диаметр приблизительно 0,7 - 0,9 см.

Среди воспалительных заболеваний наружного уха различают ограниченные и диффузные наружные отиты, а так же экзему слухового прохода. Диффузный наружный отит – это разлитое

воспаление кожи наружного слухового прохода. При экземе наружного слухового прохода происходит рецидивирующий нейрораллергический дерматоз, протекающий по типу атопического, контактного и себорейно дерматита и псориаза.

При этих заболеваниях кожа слухового прохода краснеет и сам проход суживается за счет отека.

Возникает зуд кожи, болезненность, выделения десквамированного эпидермиса и гноя. При наличии выделений в состав местного лечения включают промывание наружного слухового прохода антисептиками и назначают капли в ухо.

В ЛОР кабинете КГКП поликлиника № 1 внедрено лечение

больных с заболеваниями наружного и среднего отитов без повреждения барабанной перепонки раствором медексола (дексаметазон 0,1 %) производства World Medicine Ophthalmics.

Фармакологическое действие: синтетический фторированный глюкокортикоидный препарат для местного применения. Обладает противовоспалительными, противоаллергическими и противозксудативными свойствами. Взаимодействуя со специфическим белковым рецептором в тканях- мишенях, регулирует экспрессию кортикозависимых генов и влияет таким образом на синтез белка. Подавляет высвобождение медиаторов воспаления из эозинофилов; индуцирует образование мекокортинов и уменьшение количество тучных клеток, которые вырабатывают гиалуроновую кислоту, уменьшает проницаемость капилляров.

Стабилизирует лизосомальные ферменты мембран лейкоцитов; тормозит синтез кининов, митоз и иммиграцию лейкоцитов; ингибирует синтез антител и нарушает распознавание антигена.

Снижает количество циркулирующих базофилов, что приводит к снижению выделения медиаторов аллергии немедленного типа; снижает влияние медиаторов аллергии эффекторные клетки. Все эти эффекты принимают участие в угнетении

воспалительной реакции в тканях в ответ на механическое, химическое или иммунное повреждение. Продолжительность противовоспалительного действия после закапывания одной капли препарата составляет от 4 до 8 часов.

Показания к применению: острый средний отит без повреждения барабанной перепонки, наружный отит (в том числе инфицированная экзема наружного слухового прохода).

Противопоказания: вирусные и грибковые инфекции ушей, перфорация барабанной перепонки. гиперчувствительность к дексаметазону.

Побочные реакции при нарушении целостности барабанной перепонки перепонки – риск токсического воздействия на слуховой и вестибулярные аппараты. Возможны аллергические реакции.

Нами пролечено раствором медексол 62 человека с наружными отитами и экземой наружного слухового прохода.

Результаты лечения оценивались по динамике клинической симптоматики и отоскопии.

Отличный результат – полное исчезновение симптомов воспаления.

Хороший результат – значительное уменьшение симптомов и признаков воспаления.

Удовлетворительный результат – уменьшение симптомов и признаков.

Неудовлетворительный результат – отсутствие улучшений или ухудшение клинической и отоскопической симптоматики.

Эффективность и результаты лечения раствором медексол

:

31 человек - отличный,

21 человек – хороший,

7 – удовлетворительный.

3 – неудовлетворительный.

Побочные явления в виде зуда наблюдались у двух больных.

Таким образом, считаем применение раствора медексол 0, 1 % в виде ушных капель при лечении наружных отитов, без перфорации и экземы наружного слухового прохода, эффективным и оправданным.

Литература:

1. *Отоларингология Национальное руководство*
2. *Главный редактор чл.корр РАМН В.Т Пальчун.*
3. *Москва издательская группа « ГЭОТАР – МЕДИА » 2009 г.*
4. *Вестник отоларингологии , 2003 г*

Применение препарата Вобилон в лечении возрастной патологии сетчатки

Вахитова Г.А.
КДП г.Уральск

Введение

Среди патологических состояний сетчатки у взрослых основное место занимают сосудистые расстройства центральной артерии и центральной вены сетчатки, имеют место изменения связанные с диабетом, заболеваниями почек, частые дистрофические изменения сетчатки. В зависимости от характера у локализации патологического существа страдает центральное зрение, проявляющиеся фотопсиями, снижением остроты зрения, нарушается периферическое зрение – появляются скотомы, снижается темновая адаптация. На глазном дне появляются очаги пигментации, кровоизлияния, изменяются сосуды. Лечение возрастных заболеваний сетчатки на фоне традиционного консервативного лечения использовался препарат «Вобилон» фармацевтической компании «Rotapharm». Активным веществом препарата является экстракт листьев Гинкго билоба, в котором содержатся гинкголиды, биофлавоноиды и их гликозиды, антацианы, полисахариды. В настоящее время изучены и доказаны следующие свойства Гинкго билоба:

- нейтрализует свободные радикалы, уменьшает перекисидацию липидов клеточных мембран, предотвращая этим повреждение клеток;

- стимулирует кровообращение как в здоровых так и в ишемизированных клетках, снижает проницаемость капиллярной стенки; Защищает фоторецепторы и ганглиозные клетки сетчатки от повреждения светом, также подавляет токсическое действие глутамата;

- оказывает антиоксидантное, антиапоптопическое и цитопротективное действие.

Форма выпуска: 10 капсул в блистере . 3 блистера вместе с инструкцией по применению в картонной упаковке. 1 капсула содержит 80 мг активного вещества – сухой стандартизированный экстракт листьев Гинкго билоба.

Целью исследования

явилось изучение эффективности препарата Вобилон при лечении возрастных патологий сетчатки.

Материал и методы

Для оценки эффективности применяемого препарата проводилось обследование: визометрия, биомикроскопия, периметрия, тонометрия, офтальмоскопия, а также данные о субъективных ощущениях больных до и через месяц после лечения. Препарат «Вобилон» в дозе 80 мг назначался по 1 капсуле 2 раза в день во время еды в течение одного месяца. Под наблюдением находилось 30 больных в возрасте от 40 лет и старше: - с диабетической ретинопатией 9 больных (30%), - возрастная дегенерация сетчатки 6 больных (20%), - нарушения кровообращения в сосудах сетчатки 9 больных (30%), - глаукома 6 больных (20%). В основной группе 15 больным проводилась традиционная консервативная терапия в комплексе с препаратом «Вобилон».

Результаты исследований

были оценены через месяц после лечения. Клинические наблюдения показали, что побочного действия препарата не наблюдалось ни у кого из пациентов. При проведении терапии в комплексе с Вобилоном отмечалась более значительная положительная динамика течения патологического процесса по сравнению с результатами в контрольной группе. Стабилизация процесса была у всех пациентов, при этом:

- острота зрения повысилась в среднем на 0,15%,

- частичное рассасывание субретинальных кровоизлияний и полное исчезновение точечных геморрагий у 12 больных (80% случаев),

- уменьшение центральной скотомы на 1,5-2,0, у 6 больных абсолютная скотома перешла в относительную.

У пациентов контрольной группы положительная динамика отмечена лишь у половины больных, что выразилось повышением остроты зрения на 0,05, частичном рассасывании геморрагий.

Выводы

Проведенное исследование позволяет сделать вывод об эффективности препарата «Вобилон» в лечении возрастной патологии сетчатки, который может быть рекомендован в комплексе с традиционной консервативной терапией. Препарат «Вобилон» способствует стабилизации патологических процессов, улучшает функциональные показатели сетчатки.

Итраконазол для лечения кандидозного вульвовагинита

Аблаева Б. А.

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №11»

Кандидозный вульвовагинит – поражение слизистых оболочек генитального тракта (вульвы, влагалища,) дрожжеподобными грибами рода *Candida*. В настоящее время насчитывается более 170 видов, но ведущая роль принадлежит грибам *Candida albicans* (90%). Грибы рода *Candida* входят в состав нормальной микрофлоры влагалища, носительство грибов на слизистой оболочке рта имеют около 50% клинически здоровых лиц. Небольшое количество дрожжевых клеток в стуле (от 100 до 1000 на 1г кала) обнаруживают у клинически здоровых лиц. Колонизация дрожжеподобными грибами рода *Candida* слизистых оболочек половых органов, как и манифестный кандидоз- проявление ослабления защиты организма хозяина. Кандидоз- «болезнь больных» . Возросло число больных урогенитальным кандидозом, как самостоятельным заболеванием, так сопутствующим другим ИППП. Под действием определённых экзо- и эндогенных факторов кандидоносительство переходит в клинически выраженную форму и возникает заболевание. К эндогенным предрасполагающим факторам относят эндокринные заболевания (гиперкортицизм, сахарный диабет (100% больных диабетом страдают кандидозом), ожирение, гипотиреоз и гипопаратиреоз), тяжелые общие заболевания (лимфома, лейкемия, ВИЧ- инфекция и др.), осложнённую беременность(40%-46%), а также длительный и/или бессистемный прием антибиотиков (кандиды обладают способностью использовать антибиотики в качестве источников питания); использование оральных контрацептивных препаратов (особенно с высоким содержанием эстрогенов), кортикостероидов, цитостатиков; лучевая терапия; хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, аллергические заболевания, пребывание ВМС в матке более 2 лет способствует образованию «пролежней» и поражению кандиды. Заражение дрожжеподобными грибами может быть извне, но у подавляющего большинства пациентов происходит аутоинфицирование из уже имеющихся очагов кандидоза. Несмотря на наличие многочисленных исследований, способы заражения и пути передачи возбудителя при кандидозном вульвовагините остаются предметом дискуссии. Существует данные, что при рецидивирующем кандидозном вульвовагините постоянным резервуаром грибов и источником реинфекции влагалища служит желудочно-кишечный тракт. В тех случаях когда грибы высеваются из влагалища, они почти всегда обнаруживаются и в фекалиях, причем у большинства женщин и влагалищные, и интестинальные штаммы идентичны. По данным мировой статистики, вульвовагиниты, вызываемые грибковой инфекцией, занимают от 24% до 36% в структуре инфекционных заболеваний вульвы и влагалища. [2] В норме у здоровой женщины детородного возраста до 95-98% всей микрофлоры влагалища приходится на долю лактобактерий, которые создают во влагалище кислую среду благодаря высокой концентрации молочной кислоты. Благоприятной для роста грибов является кислая среда. Это помогает лактобактериям конкурировать . Грибы рода кандиды относятся к условно- патогенным микроорганизмам, которые широко распространены во внешней среде. Они размножаются почкованием, образуя псевдомицелий (удлинённые клетки), имеющий шестислойную оболочку, при этом сформировавшаяся дочерняя клетка сохраняет связь с материнской за счет узкого перешейка и поэтому устойчивы к лечению. Основными симптомами генитального кандидоза являются зуд и жжение в области наружных половых органов. Эти симптомы бывают постоянными или усиление зуда во второй половине дня, во время месячных, после длительной ходьбы. Сильный постоянный зуд нередко ведет к бессоннице, невро-

зам. Нередко генитальный кандидоз сочетается с кандидозом мочевой системы с развитием уретрита, цистита.[1]

Диагностика кандидозного вульвовагинита должна быть комплексной. Микроскопическое исследование является одним из наиболее доступных простых методов диагностики. Окраска вагинальных мазков по Граму, позволяет выявить наличие псевдомицелия и бластоспор дрожжевых грибов, определяет общее количество микроорганизмов и соотношение различных морфотипов бактерий в исследуемом материале. Ведущую роль в диагностике генитального кандидоза (наряду с клиническими симптомами) играют микробиологические методы исследования. Культуральный метод позволяет определить количество грибов, видовую принадлежность, чувствительность к антифунгальным препаратам, а также характер и степень микробной обсемененности другими условно-патогенными бактериями. Молекулярнобиологические методы (ПЦР) высоко чувствительны и специфичны, но имеют ограничения из-за присутствия дрожжеподобных грибов в составе микрофлоры влагалища в норме. Методы ПИФ имеют ограничения вследствие большого количества ложно положительных результатов. Серологические методы не используются из-за низкой иммуногенности.[4]

Лечение направлено на элиминацию дрожжеподобных грибов рода *Candida* с последующей нормализацией микробиоценоза влагалища. Используют следующие основные противогрибковые препараты: - препараты имидазольного ряда (кетоконазол, клотримазол, бутоконазол, миконазол, эконазол, омоконазол и др.); - препараты триазольного ряда (флуконазол, итраконазол); - прочие (препараты йода и др.) В последние годы значительно расширился арсенал антимикотических средств для лечения вагинальных кандидозов. Однако все чаще встречаются рецидивирующие формы этого заболевания, трудно поддающиеся лечению.[3]

Цели исследования

Целью нашего исследования явилось оценить клиническую эффективность препарата Итраконазола в лечении кандидозного вульвовагинита .

Материалы и методы

Нами было обследовано 20 женщин репродуктивного возраста вне беременности. Диагноз ставился на основании клинической картины и был подтвержден микроскопическим и бактериологическим исследованиями. Все женщины были разделены на две группы: 1-я группа – 5 женщин с острой формой кандидозного вульвовагинита, обратившиеся после приема антибиотиков, 2-я группа- 15 женщин с обострениями хронической формы кандидоза, по поводу которого они неоднократно получали различные курсы лечения без продолжительного эффекта. При посеве у пациенток с острым кандидозным вульвовагинитом высевался именно *Candida albicans*, в то же время в группе пациенток с хронической формой заболевания *Candida albicans* наблюдалась в сочетании с другими видами грибов этого рода (*Candida glabrata* и/или *Candida tropicalis*)

Определение чувствительности грибов рода *Candida* к различным антифунгальным препаратам показало, что у пациенток с острой формой кандидозной инфекции, отмечается высокая чувствительность ко всем антифунгальным препаратам. Пациентки при остром кандидозном вульвовагините получали Итраконазол 200мг 1 раз в сутки - 3 дня, при хроническом 200мг 1 раз в сутки 6 дней , затем 200 мг однократно в 1-й день менструального цикла.

Результаты и обсуждение

Диагноз основывался на оценке данных анамнеза, субъективных и объективных клинических признаках, результатах лабораторного исследования. Контроль проводимой терапии осуществляли через 7 дней после окончания лечения, а у пациенток с хроническим течением через 3 мес. Побочных эффектов и аллергических реакций при применении итраконазола не отмечено ни у одной женщины. Через 4-5 дней после терапии все пациентки отметили улучшение самочувствия, отсутствие субъективных и объективных клинических признаков воспалительных изменений слизистой оболочки влагалища. При микроскопии грибы не обнаружены ни у одной из обследуемых. Через 3 месяца на обследование удалось вызвать 17 из 20 пролеченных женщин. Никто из них не предъявлял жалоб, которые могли бы свидетельствовать о рецидиве заболевания. Микроскопия влагалищного отделяемого выявила 1-2-ю степень частоты влагалища и отсутствие грибов рода *Candida*.

Выводы

Таким образом, настоящее исследование показало, что препарат Итраконазол является эффективным и безопасным

средством для лечения кандидозного вульвовагинита. Высокая клиническая эффективность Итраконазола (96%), короткий курс лечения, удобство применения, отсутствие каких-либо побочных эффектов и системного воздействия, не подавляет нормальную физиологическую флору влагалища (лактобактерии, бифидумбактерии), длительное действие препарата позволяют считать этот препарат наиболее перспективным в лечении острого и хронического кандидозного вульвовагинита. Немалую роль играют постоянная доступность в аптечной сети препарата Итраконазола и приемлемая для большинства пациентов стоимость курса лечения.

Литература

1. В.А. Алешкина, Т.Н. Савченко, О.В. Макарова *Инфекции в акушерстве и гинекологии*. -2-е изд. – М.: Мед пресс-информ, 2009.-177-189с
2. *Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии*. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007. -550-555с
3. Сергеев Ю.В., Шпигель Б.И., Сергеев А.Ю. *Фармотерапия микозов*. М., 2003.
4. Кисина В.Н., Забиров К.И. *Урогенитальные инфекции у женщин. Клиника, диагностика, лечение. МИА, М., 2005; 33-46с*

Особенности климактерического периода у женщин с артериальной гипертензией (обзор литературы)

Губайдуллина А.Б.

Каргалинская ЦРБ, Актюбинская область

В связи с увеличением продолжительности жизни за последние столетие важнейшее медико-социальное значение приобретает проблема здоровья женщин климактерического возраста. По прогнозу ВОЗ в начале 21 века средняя продолжительность женщин в развивающихся странах в среднем составляет 65-70 лет. Вместе с тем, во всем мире сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться основной причиной смерти как среди мужчин так и среди женщин [1,2]. Эта проблема актуальна и для нашей республики.

Угасание функции репродуктивной системы женщины сопровождается изменениями в психо-эмоциональной сфере, увеличением риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ИБС, артериальной гипертензии, застойной сердечной недостаточности) [4], способствует развитию инсулинрезистентности и абдоминальному ожирению, которые являются компонентами метаболического синдрома. Обнаружено, что изменения в содержании гормонов связаны с нарушениями в перераспределении жировой ткани в организме и с метаболическим синдромом [3].

Артериальная гипертензия (АГ) осложняет течение климакса более чем у 55-58% женщин, достигших этого периода [5]. АГ является одним из главных факторов риска мозговых катастроф. Повышение диастолического артериального давления до 105 мм рт. ст. увеличивает вероятность развития инсульта в 7-10 раз [6].

Какова же взаимосвязь между менопаузой? Установлено, что наступление менопаузы характеризуется снижением уровня женских половых гормонов - эстрогенов и прогестерона, которые играют большую роль в регуляции сосудистого тонуса и артериального давления. Эстрогены воздействуют на имеющиеся в сосудистой стенке специфические рецепторы половых гормонов и оказывают антипролиферативное влияние на гладкомышечные клетки сосудов, тем самым подавляя секрецию коллагена этими клетками. Кроме того, эстрогенам присущи эндотелий зависимый и эндотелий независимый сосудорасширяющие эффекты, улучшение функции эндотелия и подавление тока кальция через потенциал зависимые кальциевые каналы. Прогестерон также принимает участие в регуляции тонуса артериол, действуя подобно антагонистам кальция. Наряду с этим,

он снижает реабсорбцию натрия вследствие антиальдостеронового действия на уровне почечных канальцев, т.е., по существу обладает антиминералокортикоидным эффектом [12].

Таким образом, наступление менопаузы, для которой характерно резкое снижение уровня эстрогенов и прогестерона, способствует развитию артериальной гипертонии, определяют особенности клинико-лабораторных проявлений и патогенеза гипертонической болезни у данной группы пациенток. Считается, что повышение артериального давления у женщин в постменопаузе обусловлено значительным повышением сосудистого сопротивления, о чем свидетельствует, в частности, наличие тесной положительной корреляционной связи между этими показателями. О значимости женских половых гормонов в развитии артериальной гипертонии говорит и такой факт. Установлено, что существует обратная корреляционная связь между уровнем прогестерона и общим периферическим сосудистым сопротивлением: чем ниже уровень прогестерона, тем выше сопротивление [7, 12].

Возникающая артериальная гипертония у женщин данной группы характеризуется некоторыми особенностями. У значительного числа пациенток повышена чувствительность к хлористому натрию и при избыточном его употреблении появляется или усиливается отечность лица и рук (у 55%), значительно повышается уровень артериального давления (у 31%). Артериальная гипертония у женщин в постменопаузе достаточно часто сочетается с избыточной массой тела. Весьма характерны инсулинорезистентность периферических тканей и гиперинсулинемия, которые являются патогенетической основой метаболического сердечно-сосудистого синдрома: артериальной гипертонии, ожирения, инсулинонезависимого сахарного диабета и дислипидемии. Кроме того, у женщин в постменопаузе, особенно при наличии артериальной гипертонии, более высокая распространенность гипертрофии миокарда левого желудочка по сравнению с мужчинами того же возраста. Поэтому женщины в постменопаузе относятся к группе высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений. Одним из существенных и значимых факторов риска, безусловно, является артериальная гипертония [8].

В настоящее время доказано, что в их развитии большую

роль играет гипозестрогения – наиболее легко устранимый фактор риска атеросклероза. В период постменопаузы у женщин, получающих эстрогены, риск развития инфаркта миокарда и инсульта снижается в 2 раза. Врач, наблюдающий женщину в постменопаузе, должен рассказать ей о сердечно-сосудистых заболеваниях и возможности их профилактики. Это особенно важно, если она по каким-либо причинам отказывается от ЗГТ [9].

Помимо гипозестрогении, следует стремиться к устранению и других факторов риска атеросклероза. Пожалуй, наиболее значимые из них – артериальная гипертония и курение. Так, артериальная гипертония увеличивает риск инфаркта миокарда и инсульта в 10 раз, а курение не менее чем в 3 раза. В числе других факторов риска следует отметить сахарный диабет, гиперлипидемию и сидячий образ жизни. [10].

В пре-, пери- и раннем постменопаузальном периодах, когда яичники еще в той или иной степени синтезируют гормоны, наиболее целесообразным является лечение климактерических расстройств негормональными средствами, обладающими фитозэстрогенрецептормодулирующими свойствами. В настоящее время клиницисты едины в том, что всем пациенткам с артериальной гипертонией, включая женщин в постменопаузе, необходимо назначение антигипертензивной терапии [11].

Литература:

1. Chbanian A.V., Bakris G. L., Black H.R. et al. *Sevent report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure // Hypertension*. 2003. – Vol. 42. – P. 1206-1252
2. Casale P.N., Devereux R.B., Milner M. et al. *Value of echocardiographic measurement of left ventricular mass in predicting cardiovascular morbidity events in hypertensive men. // Ann. Intern. Med.* 1986. – Vol. 105.

- P. 173-178
3. *Гипертоническая болезнь у женщин после менопаузы / Маслова Н.П., Баранова Е.И., Большакова О.О. и др. // Артериальная гипертония. — 2000. — Т. 6. — № 2. — С. 47-55.*
4. Calhoun D.A. *The sexual dimorphism of high blood pressure. / Calhoun D.A., Oparil S. // Cardiol Rew.* — 1998. — Vol. 6. — P. 356-363.
5. Andronico G. *Menopause and blood pressure variability / Andronico G., Agueli M.P., Mule G. et al. //Am. J. Hypertens.* — 1998. — Vol. 11. — P. 59A.
6. *Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии: 3-е изд. / Е.М. Вихляева, Н.Д. Фанченко, Р.Н. Щедрина; под ред. Е.М. Вихляевой. — М., 2002. — 567 с.*
7. *Проспективное изучение вклада артериальной гипертонии в риск развития сердечно-сосудистых событий. / С.К. Малютина, Г.И. Симонова, В.В. Гафаров и др. // Бюллетень СО РАМН. — 2003. — № 4 (110) — С. 6-10.*
8. *Допплерографическая диагностика функционального состояния мозгового кровообращения при лакунарных инфарктах и артериальной гипертонии / О.В. Тихомирова, Н.П. Машкова, Н.Т. Маматова и др.// Артериальная гипертония. — 2005. — Т. 9. — №5. — С. 174-177.*
9. *Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 1, prolonged differences in blood pressure, prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. / S. MacMahon, R. Peto, J. Cutler et al. // Lancet.* — 1990. — Vol. 335. — P. 765-774.
10. *MacMahon S. Primary and secondary prevention of stroke. / S. MacMahon, A. Rodgers // Clin. Exp. Hypertens.* — 1996. — Vol. 18. — P. 537-546.
11. *Барт Б.Я., Бороненков Г.М., Беневакская В.Ф. Артериальная гипертония у женщин в постменопаузе: современные возможности медикаментозной терапии в поликлинических условиях. Российский кардиологический журнал. — 2001. - № 5. — С. 69-70*
12. *Кулаков В.И., Сметник В.П. Руководство по климактерию. М. Медицинское информационное агентство. — 2001. — С.404 - 495*

К вопросу профилактики непланированной беременности

Шагидуллина Т.Ш.

КДЦ «Авицена» г.Актобе, Республика Казахстан

Одной из причин материнской смертности являются аборты, половина из которых криминальные. По данным ВОЗ, количество случайной или нежелательной беременности 87 млн в год. Более половины женщин этой категории – 46 млн в год – прибегают к искусственному аборту, из них 18 млн делают это в небезопасных условиях, что представляет собой важнейшую проблему общественного здравоохранения. Из 529 тыс ежегодно случаев смерти матерей 68 тыс случаев (12,8 %) является следствием небезопасного аборта. [1]. В целом, по Казахстану показатель абортов все еще остается высоким и составляет 32,7 на 100 тыс женщин, оставаясь одним из основных методов регулирования рождаемости. Удельный вес абортов среди подростков составляет 11% [2]. При аборте сочетаются два фактора, отрицательно воздействующих на гипоталамо-гипофизарную систему гормональным «срывом - ударом» и травматическое воздействие на шейку матки и матку. По данным ВОЗ, во всем мире 585 тыс смертей ежегодно связано с беременностью и родами, т.е. ежеминутно умирает одна женщина. В Российской Федерации аборт является причиной смерти каждой третьей женщины из числа материнских потерь [4]. В РК У 69 % женщин аборт был произведен из-за несвоевременной беременности. Консультацию по профилактике непланируемой беременности не получили 37 % женщин, сделавших аборт. При достаточном наборе на Казахстанском фармацевтическом рынке новых контрацептивных средств, доля женщин использовавших их составляет лишь 61 % [3]. Гормональная контрацепция на современном этапе развития гинекологии является наиболее приемлемым, безопасным и эффективным методом предохранения от нежелательной беременности. Но, если в странах Евросоюза и США оральные контрацептивные средства являются одним из самых распространенных методов предупреждения беременности у 40-60 % женщин, то в России их применяют не более

Көптеген жағдайларда жоспарланбаған жүктілік жасанды түсікпен, ал қауіптілік сақталмаған кездерде - ана өлімімен аяқталады. Жасанды түсікке апаратын негізгі себебтерге 69 (20,5 %) қаржылық қиындықтар, 36 (10,7 %) тұрақты жұмыс орнының болмауы, 114 (33,8 %) жұмыс орнын жоғалтам деген қорқыныш сезім, 59 (17,5 %) жаңұйдағы бала саны жеткілікті болуы, 14 (4,2 %) – медициналық көрсетілімдер, 45 (13,4 %) әйелдердің денсаулығының алантауы жатқан. Әйелдердің 23 % жоспарланбаған жүктілік туралы мүлдем кенес алмаған. Жүктілікті алдын алатын әдістер ретінде әйелдердің 58,3 % жатыр ішіндегі дәрілер заттарын, 4,4 % - ішке ауыз арқылы қабылданатын дәрі-дәрмектерді қолданған, ал, әйелдердің 15,6 % бірде бір контрацепциялық әдісті пайдаланбаған.

Undesired pregnancy which often ends with abortion, under bad conditions even with maternal mortality. Basic causes of abortions are: difficulties -69 (20,5%), absence of permanent place of work – 36 (10,7%), fear of losing work- 114 (33,8%), enough number of children in the family- 59 (17,5%), medical testimony- 14 (4,2 %), health status- 45 (13,4%) of women. 23% of women did not receive consultations of pregnancy preventions. Before pregnancy basic methods of interception were: intrauterine devices – 58,3% of women, oral contraceptives – 4,4%, did not use any contraceptives – 15,6 %.

5% женщин [5,6].

Нами изучена документация 337 женщин детородного возраста, сделавших аборт по разным причинным факторам. Возраст женщин колебался от 18 до 49 лет. От 18 до 20 лет – 83 (24,6 %), от 21 – 30 лет – 212 (62,9 %), 31-40 лет – 38 (11,3 %), 41-50 лет – 4 (1,2 %) женщин, т.е. основной удельный вес произведенных абортов приходится на женщин в возрасте 18- 30

лет – 87,5 % Из них неполное среднее – 28 – (8,3 %), среднее образование имели – 89 (26,4 %), среднее специальное – 89 (26,4 %), неоконченное высшее – 23 (6,8 %), высшее – 108 (32,1 %) женщин. Работали в бюджетных организациях – 154 (45,7 %), в коммерческих структурах – 63 (18,7 %), перебивались случайными заработками – 28 (8,1 %), не работали 92 (27,3 %) женщины. Принятием решения о прерывании беременности послужили: материальные затруднения – 69 (20,5 %), отсутствие постоянного места работы – 36 (10,7 %), боязнь потерять работу – 114 (33,8 %), достаточное количество детей в семье – 59 (17,5 %), медицинские показания – 14 (4,2 %), состояние собственного здоровья – 45 (13,4 %) женщин. Консультации по профилактике непланируемой беременности не получили 23 % женщин. До наступления беременности основным методом контрацепции служили: внутриматочные средства – у 58,3 % женщин, оральные контрацептивные средства – 4,4 %, не использовали никаких контрацептивных средств – 15,6 % женщин.

Таким образом, основными мерами профилактики аборт

является улучшение услуг по планированию семьи, пропаганда знаний по основным контрацептивным средствам, доступность к ним и безопасный аборт.

Литература:

1. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире – М. 2005
2. Джусабалиева Т.М. Медико-социальные технологии управления репродуктивным здоровьем женщин в условиях крупного города. Автореф. дис. на соиск. ученой степени канд.мед.наук – Алматы – 2002 – С. 11
3. Каюпова Н.А., Кудайбергенов Т.К., Каюпова Л.С. Медицинские основы сохранения жизни матери и ребенка. // Акушерство, гинекология и перинатология. – 2009. - №1. – С.7-12
4. Бурдули Г., Фролова О.Г. Репродуктивные потери. – М., 1997
5. Гаврилова Л.В. Репродуктивное поведение населения РФ в современных условиях. – М. 2000.
6. Кудин С.А. О причинах прерывания беременности у женщин детородного возраста. // Пробл. соц. гигиены, здравоохранение и история медицины. – 2007. - №2. – С.29-31

Современные клиничко-лабораторные особенности почечной патологии во время беременности

Кадимова Ш.Г.

Кафедра акушерства и гинекологии II Азербайджанского Медицинского Университета, Баку, Азербайджан

Значительное распространение заболеваний почек, их медико-социальная значимость и инвалидизирующий характер патологии определяют особую актуальность проблемы ранней диагностики и профилактики заболеваний органов мочевой системы у беременных. Влияние заболеваний мочевыводящих путей на течение родов, беременности и послеродового периода, а также на состояние плода и новорожденного изучено многими исследователями [1, 2, 3]. Вопросы этиологии и патогенеза инфекции мочевыводящих путей во время беременности, в литературе освещены достаточно широко. Большинство авторов в возникновении заболевания, как во время беременности, так и вне ее, отмечают ведущую роль бактерий, особенно представителей семейства Enterobacteriaceae [6, 7].

Для оценки клинической картины инфекционного заболевания почек, и особенно — для выбора метода лечения большое значение имеет выявление возбудителя. Тесное анатомическое соседство уретры, влагалища, прямой кишки, снижение антимикробного иммунитета при беременности способствуют заселению уретры бактериями из кишечника. Короткая уретра и близкое расположение мочевого пузыря, нарушение движения мочи по мочевыводящим путям способствуют восходящему пути распространения инфекции. Этим, видимо, и объясняется значительное преобладание кишечной палочки и других микробов, обитающих в кишечнике, среди возбудителей заболевания мочевыделительной системы, которые при беременности занимают первое место. Кроме того, у беременных в моче часто высеивают дрожжеподобные грибы рода Candida, микоплазму и уреоплазму. Инфекция может распространяться и гематогенным путем из очага воспаления — глоточных миндалин, зубов, гениталий, желчного пузыря. Возбудители - кишечная палочка, грамотрицательные эктеробактерии, синегнойная палочка, протей, энтерококк, золотистый стафилококк, стрептококк, грибы типа Candida. [7, 8]

Сочетание беременности и заболеваний мочевыводящей системы очень часто сопровождается целым рядом осложнений: невынашивание беременности (самопроизвольные выкидыши в I триместре, неразвивающиеся беременности); преждевременные роды; внутриутробное инфицирование плода (возможно развитие внутриутробной пневмонии); нарушение функционирования плаценты, что может негативно повлиять на формирование и развитие плода. [4, 6]

Несмотря на то, что за последнее время достигнут опреде-

Современные клиничко-лабораторные особенности почечной патологии во время беременности

Кадимова Ш.Г.

Кафедра акушерства и гинекологии II Азербайджанского Медицинского Университета, Баку, Азербайджан

Значительное распространение заболеваний почек, их медико-социальная значимость и инвалидизирующий характер патологии определяют особую актуальность проблемы ранней диагностики и профилактики заболеваний органов мочевой системы у беременных. Сочетание беременности и заболеваний мочевыводящей системы очень часто сопровождается целым рядом осложнений: невынашивание беременности (самопроизвольные выкидыши в I триместре, неразвивающиеся беременности); преждевременные роды; внутриутробное инфицирование плода (возможно развитие внутриутробной пневмонии); нарушение функционирования плаценты, что может негативно повлиять на формирование и развитие плода.

Modern Clinic -Laboratory Features Of The Nephritic Pathology During Pregnancy

Kadimova S.G.

Department of obstetrics and gynecology of II Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

Considerable distribution of diseases of kidneys, their medical-social importance and invalid character of a pathology define a special urgency of a problem of early diagnostics and preventive maintenance of diseases of bodies of uric system at pregnant women. The combination of pregnancy and diseases to deduce urine systems is very often accompanied by variety of complications: not to take out pregnancy (spontaneous abortions in I trimester, not developing pregnancy); premature birth; pre-natal infected a new born (development of a pre-natal pneumonia is possible); infringement of functioning of a placenta that can negatively affect formation and new born development.

лённый прогресс в понимании патогенеза, диагностики, лечения и профилактики почечной патологии у беременных, отдельные стороны этой проблемы остаются не до конца изученными. Например, практически все исследователи сообщают об увеличении частоты данных заболеваний, но одни считают, что это происходит за счет стертых форм, другие — клинически

выраженных [5, 9, 10]. Наличие стертых форм, которые характеризуются менее выраженной клинической картиной, большей продолжительностью и склонностью к рецидивам, диктует необходимость внедрения в практику современных диагностических методов [11, 12]. Но в литературе недостаточно освещены вопросы информативности и допустимости использования у беременных различных методов диагностики почечной патологии (ультразвуковое исследование почек, хромоцистоскопия). Имеются сообщения, как о значительной диагностической ценности ультразвукового исследования почек, так и низкой информативности метода [3]. Бактериологическое исследование мочи является необходимым методом диагностики, но длительность его выполнения, дороговизна исследования и недостаточная оснащенность лабораторий делают его малодоступным.

Немалую роль в развитии почечной патологии во время беременности имеют: ослабление связочного аппарата почек, способствующее патологической подвижности почек; увеличение частоты пузырно-мочеточникового рефлюкса; увеличение секреции эстрогенов и прогестерона, глюкокортикоидов, гормонов плаценты - хориогонический гонадотропин и хорионический соматомаммотропин. [1, 3]

В свою очередь беременность может способствовать возникновению почечной патологии, либо обострению, латентно протекающих до беременности, хронических заболеваний почек. Беременность предрасполагает к заболеванию почек вследствие нарушения уродинамики, обусловленного изменением топографоанатомических взаимоотношений по мере увеличения размеров матки, воздействием прогестерона на рецепторы мочевыводящих путей. Наблюдается гипотония и расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточников (емкость лоханок вместе с мочеточниками вместо 3-4 мл до беременности достигает во второй ее половине 20-40, а иногда и 70 мл). Кроме того, матка во второй половине беременности отклоняется вправо (ротируясь в эту же сторону) и тем самым оказывает большее давление на область правой почки, чем можно, по видимому, объяснить большую частоту правостороннего поражения мочевыводящей системы. Снижение тонуса и амплитуды сокращений мочеточника начинается после III месяца беременности и достигает максимума к VIII месяцу. Восстановление тонуса начинается с последнего месяца беременности и продолжается в течение III месяцев послеродового периода. Снижение тонуса верхних мочевых путей и застой мочи в них при беременности ведет к тому, что в почечной лоханке повышается давление - это имеет значение в развитии пиелонефрита. [5, 7, 8]

Мочекаменная болезнь встречается у 0,2—0,8 % беременных, и этот показатель растет с каждым годом. Такая ситуация связана с условиями современной жизни: гиподинамия, ведущая к нарушению фосфорно-кальциевого обмена, обилие пуринов в пище, следствием чего являются гиперурикемия и гиперурикурия. Большая роль в происхождении мочевых камней принадлежит инфекции, которая может локализоваться в интерстициальной ткани почки (при пиелонефрите). Инфекция способствует образованию камней, а камни, травмируя мочевые пути и нарушая уродинамику, облегчают распространение инфекции и развитие пиелонефрита. Продукты воспаления при пиелонефрите (слизь, гной, эпителиальные клетки) участвуют в образовании ядра почечного камня, на который наслаиваются кристаллы. В застойной инфицированной моче выпадение в осадок солей происходит очень интенсивно, и это ускоряет образование камней. Хронический пиелонефрит осложняется нефролитиазом у 85% больных, а к нефролитиазу инфекция присоединяется у 60—80% больных.

Во время беременности не отмечается повышенного выпадения солей, которые могут служить исходным материалом для камнеобразования. Беременность сопровождается повышением коллоидальной активности мочи, предотвращающей развитие мочекаменной болезни. По мере прогрессирования беременности коллоидальная активность мочи, т.е. количество защитных коллоидов, увеличивается. Мочекаменная болезнь

обычно не возникает во время беременности, но ее клинические признаки могут стать отчетливо выраженными, если ранее заболевание протекало латентно. Этому способствуют ускоренный рост камней во время беременности вследствие физиологических особенностей мочевой системы, более благоприятные условия для перехода камня в мочеточник и сравнительная легкость присоединения инфекции. Во время беременности часто происходит спонтанное отхождение камней. Это обусловлено как расширением мочевыводящих путей, так и гиперплазией мышечной стенки мочеточников. После 34 недель беременности камни выделяются редко, вероятно, вследствие атонии мочеточников и сдавления их увеличенной маткой или предлежащей частью плода, что затрудняет продвижение конкрементов. В послеродовом, периоде сдавление мочеточников исчезает и повышается их тонус. В связи с этим вновь учащается спонтанное выделение камней.

Нередко патология со стороны почек и мочевыводящих органов впервые выявляется во время беременности. Одним из наиболее распространенных заболеваний во время беременности в акушерской практике являются инфекционно - воспалительные заболевания мочевыводящих путей (бессимптомная бактериурия, цистит, пиелонефрит). [2, 8] Диагноз «бессимптомная бактериурия» устанавливается при обнаружении в 1 миллилитре мочи 100 000 микробных клеток и отсутствии симптомов инфекции мочевых путей. Беременные с бессимптомной бактериурией тщательно обследуются на предмет выявления скрытых форм заболевания мочевой системы. На фоне бессимптомной бактериурии примерно в 30% — 40% случаев развивается острый пиелонефрит, поэтому таким беременным необходимо проводить своевременное профилактическое лечение.

Цистит сопровождается разнообразными патологическими состояниями мочевыводящих путей и половых органов. Он может являться первым проявлением пиелонефрита или других урологических заболеваний. Острый цистит характеризуется дизурическими расстройствами: болезненное мочеиспускание (рези в конце мочеиспускания), учащенное мочеиспускание (каждые 30 — 60 минут); болями в надлобковой области, усиливающимися при пальпации и наполнении мочевого пузыря, слабостью, повышением температуры до 37,5°C. Своевременное распознавание и лечение бессимптомной бактериурии и цистита при беременности приводит к существенному снижению риска острого пиелонефрита и его непосредственных последствий как для матери, так и для плода (чаще всего это угроза прерывания беременности или преждевременных родов).

Пиелонефрит, возникший впервые во время беременности, называется «гестационный пиелонефрит» или «пиелонефрит беременных». Встречается он у 6 — 7% беременных, чаще во второй половине беременности. Существующий до беременности пиелонефрит может обостриться на фоне беременности или протекать в хронической и стертой форме. Женщины, больные пиелонефритом, составляют группу высокого риска по возникновению таких осложнений беременности, как: невынашивание, гестоз второй половины беременности, внутриутробное инфицирование, гипотрофия (отставание в росте) плода, самым грозным осложнением является острая почечная недостаточность — состояние, при котором почки полностью или частично прекращают свою работу (встречается редко). Предрасполагающими факторами для развития острого гестационного пиелонефрита и обострения хронического пиелонефрита во время беременности являются изменения в мочевыделительной системе, сопровождающие беременность: нарушение мочевыделения (обусловленное увеличением размеров матки), перестройка гормонального и иммунного статуса. Наличие рецидивирующего (обостряющегося) цистита до беременности, пороков развития почек и мочевых путей (удвоение почки, мочеточника), мочекаменная болезнь, сахарный диабет и т.д. является дополнительным предрасполагающим фактором для развития пиелонефрита.

Чаще всего острый пиелонефрит возникает в 22 — 28

недель беременности (а также на определенных сроках беременности: 12 — 15 недель, 32 — 34 недели, 39 — 40 недель). Эти сроки связаны с особенностями гормонального фона и повышением функциональной нагрузки на почки, в поздние сроки — с ухудшением оттока мочи. В острый период заболевания беременные жалуются на внезапное ухудшение самочувствия, слабость, головную боль, повышение температуры тела (38 — 40°С), озноб, боли в пояснице, дизурические нарушения — учащенное мочеиспускание, боли при мочеиспускании. При подозрении на пиелонефрит беременная госпитализируется в родородовое отделение родильного дома, при этом рекомендуется длительное лечение (не менее 4 — 6 недель). После родов у женщин, перенесших гестационный пиелонефрит, функция почек обычно восстанавливается.

Параллельно с лечением патологии почек проводят терапию, направленную на сохранение беременности при угрозе ее прерывания и на улучшение маточно-плацентарного кровоснабжения. Вопрос о досрочном прерывании беременности ставится в том случае, когда оказались неэффективными все средства и методы лечения. Роды проводятся через естественные родовые пути. Операция кесарева сечения производится только по строгим акушерским показаниям.[12]

Подводя итог, следует отметить, что представленный обзор, не претендуя на полноту имеющейся по данной теме информации и ограниченная в объеме, имела своей целью подчеркнуть научный интерес и практическую актуальность проблемы патологии почек у беременных. Продолжение исследований в данном направлении позволит глубже понять механизмы и особенности развития данной патологии в сочетании с процессом гестации, определить закономерности и критерии прогноза некоторых осложнений беременности, оптимизировать лечебную тактику и повысить эффективность профилактики как основного заболевания, так и осложнений гестационного процесса у этой категории пациенток.

Роль психофизиологической адаптации во время беременности

Кулиева И.С.

Диссертант кафедры психологии БГУ

По мнению современных исследователей, рост патологии беременности, перинатальных нарушений, осложнений родов и послеродового периода свидетельствуют о том, что ограничение изучения данных аспектов рамками только новых акушерских технологий невозможно. Последние десятилетия практическое акушерство претерпело значительные преобразования, направленные на «медикаментозное» ведение беременности, более активное «управляемое» родоразрешение, в том числе оперативным путем, которые несколько нивелируют взгляд на беременность и роды, как на физиологический процесс, требующий в отдельных случаях только психологической помощи и поддержки. Полное отсутствие психологической помощи и поддержки во время беременности долгие годы способствовали отрицательным демографическим и социальным процессам. Эти процессы в свою очередь приводили к материнской заболеваемости и смертности падению рождаемости, значительному росту аборт, увеличению числа детей, оставленных матерями. Беременность - время стресса, в особенности для молодой женщины, у которой психическое равновесие, необходимое для того, чтобы иметь дело с непрекращающимися требованиями беспомощного, зависимого человечка, еще не установлено надежно. Д. Пайнс (1997) отмечает, что конфликты, принадлежащие прошедшим стадиям развития оживают, как это бывает в любой кризисной точке человеческой жизни, и молодая женщина должна заново приспосабливаться к своему собственному внутреннему миру и к внешнему объективному миру. Суть этой адаптации женщины на пути к зрелости состоит в достижениях устойчивого

Литература:

1. Аляев Ю.Г., Руденко В.И., Философова Е.В. Современные аспекты медикаментозного лечения больных мочекаменной болезнью // Рус. мед. журн. 2004; №12, с. 534–541
2. Аполухин О.И., Какорина Е.П., Бешлиев Д.А. Состояние урологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики // Урология, 2008; №3, с.3–9
3. Батюшин М.М., Терентьев В.П., Дмитриева О.В., Повилайти П.Е. Хроническая болезнь почек. Место нестероидных противовоспалительных препаратов. Санкт-Петербург, Джангар, 2009 г. - 136 с.
4. Дорожкин В.К. Роль измененной сосудистой системы в прогнозировании развития сочетанных гестозов на фоне пиелонефрита и их немедикаментозная коррекция: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Самара, 1998.
5. Заманская Т.А. Роль морфо-функциональной асимметрии фетоплацентарного комплекса в формировании патологии мочевыделительной системы у беременных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ростов н/Д, 1997.
6. Максимова А.С. Заболевания почек. Лечение народными средствами. Санкт-Петербург, Феникс, 2007 г. - 256 с.
7. Мелахова Т.А. Иммунологические взаимоотношения в системе мать—плацента—плод у беременных с гестозом на фоне хронического пиелонефрита. Прогноз для плода и новорожденного: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Барнаул, 1997.
8. Хорошилов И.Е. Правильное питание беременных и кормящих женщин // Consilium Medicum 2006; №8, с.49–51
9. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь, М., Медицина, 2000 г., 460с.
10. Сидорова И.С., Макаров И.О., Боровкова Е.И. Беременность и эндокринная патология. Санкт-Петербург, Практическая Медицина, 2009, 144 с.
11. Epstein FH. Pregnancy and renal disease // N Engl J Med , 2009, No8 vol 335, p.277-278.
12. Jones D.C., Hayslett J.P. Outcome of pregnancy in women with moderate or severe renal insufficiency // N Engl J Med, 2009, vol 335, No8, p.226-232

и удовлетворительного баланса между бессознательными фантазиями, мечтами и надеждами и реальностью отношений с самой собой, ребенком и окружающими. Новые объективные отношения, которые начнут развиваться только с рождением ребенка, будут зависеть не только от самого ребенка, его пола, внешности и поведения (влияющих, конечно, на мнение матери о Собственном Я и о своем умении заботиться о ребенке), но и от конкретных переживаний матери во время беременности и родов, этих важных этапов на пути материнского узнавания: ребенок вне меня и есть тот плод, который был когда-то столь сокровенной частью моего тела. Но пока ребенок ещё не родился, её отношения с плодом так, же достаточно непростые. Уникальное сочетание телесных и эмоциональных ощущений во время беременности предоставляет женщине альтернативное средство для разрешения некоторых психических конфликтов, связанных с детскими переживаниями. Плод можно физически поддерживать, оберегать и хранить его жизнь, но можно физически отвергать невынашиванием или аборт, когда мать отказывает плоду в жизни, а себе в материнстве.

Психологическая работа должна осуществляться на основании добровольного информированного согласия и отличаться разнообразием форм, выбор которых производится индивидуально и в соответствии с желанием женщины. Беременность и роды представляют собой естественный период в жизни женщины, закономерный этап существования семьи. Изменения, протекающие в женском организме при беременности, носят комплексный, психофизиологический характер. В настоящее

время стали актуальны психопрофилактические комплексные программы подготовки беременных к родам, которые по своей сути являются улучшенным вариантом программы И. И. Вельвовского. В исследованиях по изучению состояния женщины во время беременности, связанных с успешностью ее адаптации к материнству и обеспечением адекватных условий для развития ребенка, учитываются разнообразные факторы. Это личностные особенности женщины, социально – бытовые условия, семейная жизнь, адаптация к супружеству, особенности личностной адаптации, культурные, социальные и семейные особенности, физическое и психическое здоровье. В течение беременности на основе комплексного психологического, психиатрического, медицинского, социального исследования, конструируется «матрица материнства», прогностичная для постнатального развития материнского и детского поведения.

Многие исследования показали, что даже в период вынашивания ребенка у женщин возникают проблемы, корни которых часто скрываются на бессознательном уровне.

Проблема восприятия себя в новом состоянии беременности связана с естественным изменением восприятия себя как на телесном, физиологическом, так и на психологическом уровне. Проведенные психодиагностические исследования показывают, что в период беременности происходят переоценка ценностей, осмысление жизненных приоритетов, переориентация в плане выбора социальных ролей и взаимоотношений с другими людьми. Осознание себя беременной превращается в ключевой момент формирования творческой адаптации к новой жизненной ситуации. Поэтому, если женщина не принимает свое новое состояние, или принимает его частично, у нее возникает эмоциональный и душевный кризис (появление страхов, тревог и опасений) для выхода, из которого необходима специальная психологическая поддержка.

Восприятие новой жизни - себя в новом образе, статусе и роли осложняется для беременной женщины постоянно существующим в этот период ощущением ребенка внутри себя. Появление тревоги за жизнеспособность еще не рожденного ребенка, за успешность будущего материнства в определенной степени создает ситуацию отвержения, а иногда и агрессии по отношению к зарождающейся новой жизни в собственной утробе. Возникают сомнения по поводу целесообразности сохранения беременности и страх. У женщины появляется страх за физическое здоровье малыша, за его внешние данные, наличие у него каких либо уродств и генетических заболеваний. Очевидно, что при таком отношении к будущему ребенку женщина не может создать ему полноценный комфорт, необходимый для его развития в перинатальный период, а, следовательно, сама она, безусловно, нуждается в психологической помощи.

Все перечисленные факторы показывают, что в период беременности женщина может нуждаться в своевременной психологической помощи. Важность этой помощи обуславливается еще и тем, что неблагоприятный психоэмоциональный фон протекания беременности, все переживания и страхи женщины в этот период отрицательно сказываются на развитии ребенка. Поэтому скорейшее решение женщиной проблем, связанных с ее состоянием и будущим материнством, выход из психотравмирующей ситуации позволят ей творчески адаптироваться к своей новой роли. В этом случае беременность станет этапом ее дальнейшего личностного роста, условием реализации ее женского начала и индивидуальности.

Важно заметить, что вопросы принятия женщиной своей

беременности, ее отношение к себе и будущему ребенку, а также к окружающим изучены еще недостаточно, хотя без этого невозможно говорить о полноценном существовании как самой матери так и ее ребенка.

С психологической точки зрения работа в период беременности должна быть сфокусирована на следующих моментах. Будущая мать должна ознакомиться с физиологическими аспектами и связанными с ними изменениями в данный период. Она должна иметь представление о возможных эмоциональных и поведенческих особенностях, характерных для женщин, готовящихся стать матерью. Прояснить для себя актуальные желания и ожидания в отношении своей жизни и жизни будущего ребенка. Женщине необходимо рассмотреть ситуации, складывающейся при взаимодействии с близкими людьми, в частности отношения с супругом. Будущей маме очень важно помочь в осознании своих чувств и внутриличностных конфликтов, в нахождение творческих способов адаптации к состоянию беременности и принятие ответственности за их реализацию.

В медицинских ориентированных исследованиях обсуждается связь психологического состояния женщины во время беременности с успешностью ее вынашивания, риском развития гестационных осложнений, патологии родов и послеродового периода, как для матери, так и для ребенка.

Актуальность проблемы определяется отсутствием единых методических подходов и рекомендаций, направленных на нормализацию психоэмоционального состояния женщины во время беременности, практической потребностью разработки современных методов ППП, необходимостью и возможностью ограничения перинатальной фармакотерапии на фоне психологического сопровождения беременности и родов. Оказание своевременной психологической помощи и поддержки во время беременности при условии ранней коррекции негативных переживаний способствует физиологическому течению гестационного процесса, родов и периода новорожденности.

Таким образом, благополучное материнство - это не только предотвращение смерти, данное понятие включает многочисленные аспекты здоровья, как матери, так и ребенка, в том числе физические, психологические и социальные факторы благополучия женщины во время беременности, родов и послеродовом периоде, а также рождение ребенка, готового к здоровому детству.

Литература.

1. Арамченко В.В. *Перинатальная психология : теория , методология, опыт* / В. В. Арамченко Н. П. Коваленко. СПб. : Изд-во Санкт-Петербурга, ун-та, 2001.-348 с.
2. Баженова О. В. *Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка* / О. В. Баженова, *Жл. Ж1. 1993 -4.с.35*
3. Батуев А. С. *Концепция человека и психофизиология доминанты сб. тез. научно-практической конференции СПб., 1996. с.3-4.*
4. Боровикова Н. В. *Психологическая помощь беременным* / Н. В. Боровикова, С. Т.
5. Посохова // *Медико-психологические аспекты современной перинатологии : сб. материалов I Всероссийской научно – практической конференции по пренатальному воспитанию. М., 1999. – С.54-58.*
6. Исрафилбейли С.Г., Махмудбекова З.С. *Обоснование потребностей дородовой и родовспомогательной помощи на Республиканском уровне // Matalıq qinekolo-giya perinatologiya patologiyalarında bazı məələlər mövzusunda Respublika Elmi Praktik konfransının məğələlər toplusu // Bakı:2010.с.27-29.*

Анализ причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения ректоцеле и пути их устранения

Бапиев Т.А., Султанов Э.Ш.

ННЦХ им. А.Н. Сызганова, Алматы

Актуальность проблемы

Проблема пролапса тазовых органов у женщин относится к числу актуальных в современной медицине, что объясняется его высокой частотой. По данным разных авторов, пролапс отмечается примерно у 60% женщин после 40 лет [10]. Общеизвестно, что это происходит вследствие ослабления или повреждения соединительнотканно-мышечных структур тазового дна, которые служат поддерживающим каркасом тазовых органов [7, 9, 11]. Одним из патологических состояний, связанных с пролапсом, является ректоцеле — выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище из-за расхождения передней порции мышц, поднимающих задний проход [3]. Наиболее характерные симптомы ректоцеле — затрудненное опорожнение прямой кишки при дефекации и чувство инородного тела в области промежности из-за попадания кала в слепой карман. При этом больные часто прибегают к ручному пособию при дефекации [5]. В настоящее время существуют различные мнения о выборе тактики лечения, показаниях к хирургическому лечению и, наконец, о выборе метода операции при ректоцеле. Послеоперационные осложнения при этом составляют от 17 до 30% [8], рецидивы заболевания — до 5% и не имеют тенденции к снижению [1, 2, 4, 6, 12, 13], даже при хороших анатомических результатах оперативного лечения не все симптомы могут исчезать [6, 8, 10, 11]. Проведенный нами опрос 100 больных, оперированных в течение 10 лет (с 1998 по 2010 г.) по традиционной методике с использованием трансвагинального доступа, показал, что у 30% из них сохранялись симптомы затрудненного и неполного опорожнения прямой кишки при дефекации. Больные, у которых в послеоперационном периоде отмечалось нагноение раны и вследствие этого возникал рецидив, из группы исследования были исключены. Все больные с неудовлетворительными функциональными результатами были повторно обследованы в отделении с проведением пальцевого ректального и вагинального исследования, ректороманоскопии, проктографии в покое и с натуживанием, трансвагинального УЗИ ректовагинальной перегородки, электромиографии. Исследования показали, что у 20 (20%) из них имеется опущение или выпадение слизистой прямой кишки по ее передней полуокружности. У 10 (10%) больных отмечался рецидив заболевания, хотя ретроспективный анализ историй болезни показал, что послеоперационный период у них протекал гладко, без инфицирования раны. Ухудшение у них развивалось постепенно, в течение 3—5 лет. УЗИ ректовагинальной перегородки показало у этой группы больных резкое истончение мышечного слоя (вплоть до его полного исчезновения) по сравнению с контрольной группой, в которой рецидива заболевания в эти же сроки не отмечалось. Степень инволюции мышечного слоя коррелировала с показателями электромиографии. Эти данные позволили сделать вывод о том, что у этих больных рецидив был обусловлен резкой атрофией мышечного слоя.

Таким образом, неудовлетворительные результаты после коррекции ректоцеле, за исключением ранних рецидивов, обусловленных нагноением послеоперационной раны, связаны, по нашему мнению, с двумя основными причинами: — сопутствующим опущением или выпадением слизистой прямой кишки по передней полуокружности, что еще больше усиливает выраженность симптомов ректоцеле; — резкой атрофией мышц тазового дна у части больных. Эти патологические состояния не устраняются при традиционной трансвагинальной коррекции ректоцеле. Все сказанное заставило нас пересмотреть подходы

Авторами проведен анализ причин рецидивов и неудовлетворительных функциональных результатов хирургического лечения ректоцеле, за исключением нагноения ран в послеоперационном периоде. На основании их собственных клинических наблюдений сделан вывод, что главными причинами являются сопутствующий пролапс слизистой прямой кишки и (или) резкая атрофия мышц тазового дна, которые не устраняются при трансвагинальной коррекции ректоцеле. Намечены пути устранения этих недостатков — резекция избытка слизистой традиционным методом или с использованием набора РРН-01 по методу А. Longo в первом случае и использование синтетической сетки для укрепления ректовагинальной перегородки — во втором. Выполнение указанных реконструктивных вмешательств позволило достичь благоприятных результатов у этих больных.

к оперативному лечению ректоцеле.

Материалы и методы исследования

За период с 2007-2010 г. в НЦХ им. А.Н. Сызганова находились под наблюдением 60 больных с ректоцеле в возрасте от 25 до 68 лет (средний возраст $42 \pm 1,6$ года). Всем им был проведен указанный выше комплекс обследований, показавший сопутствующее опущение слизистой передней стенки прямой кишки у 13 (21,6%) больных и значительную атрофию мышечного слоя у 6 (10%) больных. Средний возраст больных этих групп был значительно выше — $51,6 \pm 2,4$ и $62 \pm 1,8$ года соответственно. У 3 больных имелось сочетание указанных изменений. Больным первой группы из трансвагинального доступа производили заднюю кольпорафию с передней леваторопластикой. После ушивания влагалищной раны по передней полуокружности прямой кишки выполняли мобилизацию избытка слизистой и низводили его в анальный канал и фиксировали к перианальной коже. Избыток слизистой отсекали через несколько дней с подшиванием ее края к слизистой анального канала в области зубчатой линии. Эта операция произведена 7 больным. Недостатком метода является необходимость повторного вмешательства с целью отсека избытка слизистой. Одномоментную резекцию слизистой не производили ввиду опасности ее ретракции и развития гнойных осложнений. Остальным 6 больным операцию производили с использованием одноразового набора РРН-01, основу которого составляет циркулярный стэйплер, по методу, предложенному А. Longo. Суть операции заключается в следующем: в анальный канал вводят циркулярный дилататор. После удаления obturatora выпавшая слизистая попадает в просвет дилататора. Прозрачность устройства позволяет видеть зубчатую линию. Для наложения кисетного шва, через дилататор вводят аноскоп. Он продвигает пролапс слизистой вдоль ректальной стенки и позволяет наложить кисетный шов на расстоянии не менее 5 см от зубчатой линии. Кисетный шов захватывает только слизистую. Расстояние между кисетным швом и зубчатой линией должно быть увеличено пропорционально степени пролапса. Циркулярный стэйплер открывают на максимальную величину. Его головку вводят и устанавливают проксимальнее кисетного шва, который затем затягивают в узел. Концы нитей протягивают через отверстия аппарата и фиксируют снаружи. В результате натяжения кисетного шва за концы нитей выпавшая слизистая затягивается в аппарат. Аппарат закрывается. При этом происходит резекция с проши-

ванием избытка слизистой прямой кишки. Эта методика и набор инструментов РРН гарантируют правильное размещение шва на слизистой над аноректальным кольцом, по крайней мере, в 2 см от зубчатой линии. Анальный дилататор предохраняет внутренний сфинктер и позволяет атравматично расположить кистет. Аноскоп помогает измерить расстояние между кистетным швом и зубчатой линией и упрощает его наложение. Стэйплер очень прост, в использовании и дает возможность проводить одновременную резекцию больших участков слизистой. После извлечения аппарата из прямой кишки производят леваторопластику из трансперитонеального или трансвагинального доступа по обычной методике. Наш опыт резекции избытка слизистой прямой кишки с наложением анастомоза циркулярным стэйплером показал, что болевой синдром в области заднего прохода выражен минимально, значительных кровотечений и других интра- и послеоперационных осложнений не отмечено. Ректовагинальная перегородка остается эластичной и приобретает нормальную анатомическую форму. При резкой атрофии мышц тазового дна традиционной кольпорафии и ушивания разошедшихся леваторов явно недостаточно. В этих довольно редких наблюдениях, в основном у пациенток, более старшего возраста в постменопаузе приходится прибегать к дополнительным способам укрепления тазового дна. У 10 больных с подобными инволюционными изменениями для укрепления ректовагинальной перегородки, мы использовали синтетическую сетку. Операцию производили из трансвагинального доступа. Особенности ее техники заключались в продольном рассечении слизистой влагалища вплоть до заднего свода и отсепаровки ее краев в стороны. Выделяли леваторы. Полипропиленовую сетку накладывали на ректовагинальную фасцию и подшивали к ней собирающими швами полисорбом. Избытки сетки по периферии отсекали. Далее над сеткой ушивали леваторы и восстанавливали слизистую с иссечением избытка последней. Осложнений в послеоперационном периоде, связанных с имплантацией сетки, не отмечалось. У женщин, которые продолжали жить половой жизнью, жалоб на диспареунию не было. Все пациентки обследованы через 1 месяц после операции, 6 — через 1 год и 4 — через 1,5 года. Рецидива заболе-

вания не отмечено ни у одной больной. У всех восстановился нормальный акт дефекации, что подтверждалось данными дефекографии.

Выводы

Таким образом, в предоперационной диагностике ректоцеле недостаточно одного пальцевого исследования. Дополнительные специальные методы исследования помогают выявить у одних больных сопутствующее ректоцеле опущение слизистой прямой кишки, усиливающее его симптомы, у других — резко выраженную инволюцию мышц тазового дна. Эти изменения не устраняются при традиционной трансвагинальной технике коррекции ректоцеле. Несмотря на небольшое количество и не столь отдаленные сроки наблюдений, мы убеждены, что удаление избытка слизистой прямой кишки при ее сопутствующем пролапсе и дополнительное укрепление ректовагинальной перегородки у больных с резко выраженной атрофией мышц тазового дна улучшает функциональные результаты лечения ректоцеле и снижает количество рецидивов.

Литература

1. Загороднюк И.В., Титов А.Ю. *Вестн рентгенол* 1996; 4: 89.
2. Макаров Р.Р., Габелов А.А. *Оперативная гинекология*. М 1979.
3. *Основы колопроктологии*. Под ред. акад. РАМН Воробьева Г.И. Ростов-на-Дону 2001.
4. Назаров Л.Х., Акопян Э.Б., Баяхчиянц А.Ю. *Клин хир* 1991; 2: 30—32.
5. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. *Проктология*. М 1984.
6. Brubaker L. *Curr Opin Gynecol* 1996; 8: 876—879.
7. DeLancey J.O. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 1717—1724.
8. Graul E., Hurst B. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 48.
9. Jackson S., Avery N., Tarlton J. et al. *Lancet* 1996; 347: 1658—1661.
10. Stanton S.L. *Vaginal prolapse*. In: Show R., Soutter P., Stanton S., eds. *Gynaecology*: Edinburgh: Churchill Livingstone 1992; 437—447.
11. Wilson P.D., Herbison R.M., Herbison G.P. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 154—161.
12. Holtmann M., Neurath M. *Anti-TNF strategies in stenosing and fistulizing Crohn's disease*.// *Colorect. Dis.*-2005.-V.20.-P.1-8.
10. van der Hagen S., Baeten C., Soeters P.B., van Gemert W. *Long-term outcome following mucosal advancement flap for high perianal fistulas and fistulotomy for 13 low perianal fistulas*.// *Colorectal Dis.*- 2006.- V.21.- P.784-790

Организационно-функциональные модели и их значимость в сохранении репродуктивного потенциала в регионе

Пак В.И.

ГККП Родильный дом №4 г. Алматы

Многолетние наблюдения за состоянием репродуктивного здоровья и репродуктивным выбором женщин после окончания беременности (роды, аборт) позволили определить основные детерминанты репродуктивного поведения женщин, которые связаны с нереализованными потребностями в получении услуг по планированию семьи.

Данный факт важен еще и потому, что отраслевая статистика последних лет фиксирует следующие тенденции. В городе Алматы и Алматинской области каждая женщина вскоре после аборта нуждается в медицинской помощи по причине осложнений. Чаще всего это инфекционно-воспалительные заболевания гениталий, которые могут возникать как в раннем, так и в отдаленном интервале времени у 10–20% женщин; эндокринологические осложнения — в основном в более отдаленные сроки — у 40–70% женщин. Обе группы осложнений, как правило, тесно связаны между собой: даже однократно перенесенный воспалительный процесс приводит в дальнейшем к нарушениям менструального цикла у 68,5% молодых женщин. В результате повторных аборт практически каждая вторая женщина нуждается в реабилитации, а число пациенток, у которых диагностированы различные гинекологические заболевания, не имеет четкой статистики. На сегодняшний день понятно только одно — большинство из них связано с теми гормональными на-

рушениями, которые происходят в результате аборта.

Проблеме профилактики нежелательной беременности в городе Алматы уделяется большое внимание: создана и работает служба планирования семьи; в рамках реализации программы государственных гарантий женщины социально незащищенных слоев населения обеспечиваются контрацептивами; ведется работа с подростками по формированию здорового образа жизни; организовано пред- и послеабортное консультирование для женщин репродуктивного возраста. К профилактической работе с женщинами после родов привлекаются педиатры.

Однако при достоверном ежегодном снижении показателя прерываний нежелательной беременности уровень его остается выше международных показателей. Настораживает и факт снижения охвата женщин фертильного возраста контролируемые методами контрацепции.

Думается, что причина его заключается в ухудшении социально-экономического положения определенной части семей, отсутствии сформированного понятия цивилизованного репродуктивного поведения, в миграционных процессах. Немаловажную роль играет и доступность средств контрацепции для населения, в том числе для возрастной категории 14–19 лет. Правильность приведенного вывода доказывает наше исследование.

Цель исследования

- показать эффективность технологии пред- и послеабортного консультирования с предоставлением средств контрацепции и консультирования по планированию семьи без обеспечения тем или иным методом.

Материалом исследования

служили женщины фертильного возраста в городе Алматы в родильном доме №4 – 160 человек, обратившихся за медицинской услугой по прерыванию беременности, которым проводилось не только консультирование по профилактике нежелательной беременности, но и выдавались на руки препараты Регулон или Новинет сроком на 6 месяцев.

Группу сравнения составили 130 женщин – которых только консультировали.

Таким образом, средний возраст обследованных женщин не имел достоверной разницы в обеих группах.

Наблюдение за женщинами осуществлялось в течение последующих 9 месяцев согласно формам статистической отчетности. Выяснено, что в районе, где пред- и послеабортное консультирование осуществлялось с предоставлением средств контрацепции, повторно аборт с течение шести месяцев сделало 8 (5%) женщин, за 9 месяцев – 13 (8,1%). Причинами наступления нежелательной беременности служили: отказ от приема гормональных контрацептивов, экспульсия ВМС и уда-

ление ее по медицинским показаниям. Пять женщин обратились к врачу с просьбой об удалении ВМС, поскольку планировали рождение ребенка.

В группе, где женщинам предоставлялись только консультативные услуги, повторно аборт был выполнен в течение первых шести месяцев у 19 (14,6%) женщин и у 28 (21,5%) – в течение 9 месяцев ($p < 0,05$).

Характерен и факт различия в уровнях осложнений после прерывания беременности в сравниваемых группах.

Так, в основной группе за медицинской помощью обратились 12 женщин (7,5%). Причинами их служили вопросы, касающиеся особенностей самочувствия пациенток при приеме гормональных контрацептивов или введенной ВМС.

В группе сравнения за 9 месяцев послеабортного времени зафиксировано 15 обращений. Поводами для этого служили нарушения менструального цикла – 6 пациенток (4,6%); воспалительные процессы у девяти (6,9%). Две женщины (1,5%) были госпитализированы.

Таким образом, предоставление пациенткам такого вида медицинской услуги, как консультирование по планированию семьи с обеспечением тем или иным методом контрацепции является практически более значимым, поскольку позволяет положительно влиять на сохранение и укрепление репродуктивного потенциала в регионе. Момент экономической его целесообразности требует дальнейшего изучения.

Репродуктивное, генетическое здоровье и экология

Доцанова К.И., Дядик Н.Н., Жирентаева К.А.
КГП «Костанайская областная больница»

Медицинская генетика занимается вопросами наследственных и генетических заболеваний и тесно связана с репродуктивным здоровьем населения, которая и имеет общественно-политическое значение, поскольку оно связано со здоровьем новорожденных детей, следовательно, с будущим государства и нации. Это одна из современных отраслей медицины, но генетика, как наука о наследственности и изменчивости, имеет давние корни. Еще в 500 году до нашей эры Аристотель выдвигал теорию о носителе органов и функций - «Семя органов», однако официальным днем рождения генетической медицины является 1900 год.

Сегодня, когда имеется большое количество генотриггертных факторов: технический прогресс с всеобщей компьютеризацией, увеличение стрессовых ситуаций, накопление нерекультивированных промышленных отходов, избыток инфекций при отсутствии возможности полного вылечения от них в силу недостаточности материальных благ, перед нами встает проблема о сохранении генофонда населения Казахстана.

Нарушение как репродуктивного, так и генетического здоровья могут привести к врожденным порокам развития (ВГР), тяжелым генетическим и наследственным заболеваниям. Нужно отметить, что основным признаком наследственных заболеваний является наличие ВГР, а также связь человека с отрицательным экологическим и эндогенно-экзогенным фактором и социально-

экономическим состоянием популяции. Исходя из вышеуказанного, интерес к этим заболеваниям возрастает. Ежегодно в Казахстане рождается от 3 до 5 тысяч детей с ВГР, 30% из них умирает до 1 года, оставшиеся в живых, в большинстве случаев, становятся умственно и физически неполноценными.

С 1 января 1998 года совместно на территории Республики Казахстан внедрена государственная программа «Национальный генетический Регистр РК» (НГРПК). НГРПК предназначен для регистрации и анализа частоты и структуры

Таблица 1. Частота ВГР по районам в процентах от общего количества родов.

Районы и города	2008			2009			2010		
	Всего	В том числе с ВГР	%	Всего	В том числе с ВГР	%	Всего	В том числе с ВГР	%
Алтынсаринский	150	2	1,1	194	0	0	220	1	0,7
Амангельдинский	228	8	3,4	329	4	1,2	344	4	1,1
Аулиекольский	501	11	2,1	614	10	1,0	601	3	0,7
Денисовский	214	5	2,1	264	5	1,0	316	6	1,0
Житикаринский	585	17	2,4	661	9	1,1	614	6	0,7
Жангельдинский	303	1	0,1	301	5	1,6	250	3	1,2
Камыстинский	155	4	2,4	185	2	1,0	186	7	3,7
Карасуский	247	2	0,06	384	12	3,1	384	2	0,4
Карабалыкский	332	7	2,1	658	4	0,06	387	2	0,7
Костанайский	859	13	1,4	1020	11	1,0	885	2	0,2
Мендыкаринский	263	10	3,0	341	5	1,7	351	1	0,2
Наурузумский	43	7	10,2	144	3	2,0	196	3	1,7
Сарыкольский	242	6	2,4	292	4	1,1	351	2	0,5
Тарановский	264	5	1,0	410	8	1,7	426	6	1,7
Узункольский	234	6	0,5	274	4	1,7	285	1	0,1
Федоровский	245	12	4,0	376	4	1,0	363	7	1,7
Костанай	3072	52	1,0	3699	45	1,2	3821	51	1,3
Рудный	1623	21	1,0	1540	16	1,0	1580	17	1,0
Лисаковск	506	14	2,4	443	9	0,6	458	12	2,0
Аркалык	1076	15	1,5	877	9	1,0	895	11	1,2

врожденных и генетических заболеваний у новорожденных, их вклада в мертворождаемость, неонатальную, перинатальную и младенческую заболеваемость и смертность в Казахстане, а также для разработки системы профилактических рекомендаций по предупреждению генетических нарушений на национальном уровне.

Сбор медицинской информации в соответствии с условием НГРПК равно как по всей республике, говорит не в пользу нашего региона.

Имеет место увеличение абсолютного числа ВПР, также увеличение удельного веса в структуре общей рождаемости.

Частота ВПР по Камыстинскому району – 3,7%, что, скорее всего, связано с наличием в районе Красно-Октябрьского горно-обогатительного рудника.

Второе место по частоте ВПР занимает г. Лисаковск, частота ВПР в котором составляет 2,0%. На территории города расположен горно-обогатительный комбинат, бокситовый рудник, карьеры по добыче цинка

Третье место по ВПР занимает Федоровский район – 1,7%. Наличие молокозавода, уранового карьера и плохое качество питьевой воды – вот отрицательный экологический фактор, который влияет на увеличение врожденных пороков развития в районе.

Из приведенных выше примеров видно, что имеется тесная взаимосвязь между репродуктивным здоровьем населения и экологической ситуацией в области, что в свою очередь неблагоприятно влияет на генетическое здоровье всей нации.

Учитывая вышеуказанные данные, мы делаем выводы, что для улучшения состояния репродуктивного здоровья необходимо выполнять следующие пункты:

Обратить внимание медицинских работников области на состояние репродуктивного и генетического здоровья женщин детородного возраста с выделением группы риска ВПР плода и выкидыша, внутриутробного инфицирования, на планирование беременности с приконцепционной терапией.

Необходимо в обязательном порядке проводить ультразву-

ковой скрининг только в определенные сроки (не менее 2 раз, а лучше – трехкратно), а не только по акушерским показаниям в любом сроке:

14-16 недель – синдром Дауна, хромосомная патология;

22-24 недели – сердечно-сосудистая система;

32-33 недели – общее состояние.

Необходимо ввести отчетность по УЗИ скринингу ультразвуковых кабинетов и участковых акушеров-гинекологов.

Внедрить перинатальный биохимический скрининг, который позволяет определить по содержанию сывороточных маркеров в крови беременной предполагаемые генетические отклонения у плода.

Обследовать всех беременных на внутриутробные инфекции: цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз. На сегодняшний день нам удается обследовать только группу риска по ВПР (и то по возможности). Нужно отметить, что своевременно проведенные анализы на внутриутробные инфекции являются не только перинатальной диагностикой ВПР, но и одним из путей уменьшения внутриутробного инфицирования новорожденных и плода. Большинство беременных, даже группы риска, не имеют возможности их оплатить, не говоря уже о массовости.

Проводить обязательное медико-генетическое консультирование, обследование и оздоровление супружеских пар, имеющих в прошлом неблагоприятный исход беременности.

Улучшение среды обитания (экологический фактор: улучшение качества питьевой воды, уничтожение токсических отходов и т.д.).

Миома матки

Кажибекова Г.А.

Врач акушер-гинеколог заведующий ЖК ГП №3 г. Алматы

Миома матки - моноклональный, гормончувствительный пролиферат (образование), состоящий из фенотипически измененных гладкомышечных клеток миометрия. Как выяснилось, частота встречаемости этого заболевания в популяции колеблется от 70 до 85% - такие показатели дал тщательный анализ аутопсийного материала. Миома матки, проявляющаяся различными симптомами, встречается у 3035% женщин в возрасте после 40 лет, в то время как у значительной части женщин это заболевание протекает бессимптомно. Независимо от того, каким образом возникла клетка предшественник миомы матки, в дальнейшем ее рост определяется рядом факторов. К ним, в частности, относятся: дисрегуляция генов, относящихся к семейству high mobility group proteins, нарушения в балансе различных факторов роста и их аутокринной и паракринной регуляции, дисфункция локальных ферментных систем и дисрегуляция синтеза и деградации соединительной ткани.

Существенно изменились и понимание роли различных половых гормонов в патогенезе миомы матки. Если раньше главную роль в поддержании роста миоматозного узла приписывали эстрогенам, то в настоящее время доказано, что в основном рост миомы стимулируется прогестероном, в то время как эстрогены выполняют лишь вспомогательную роль.

С каждым годом растет число женщин с миомой матки, не подвергшихся по старинке гистерэктомии, то есть женщин, которым было проведено медикаментозное уменьшение узлов до клинически незначимых размеров или консервативная миомэктомия. Именно для этой группы женщин крайне актуален вопрос о выборе способа контрацепции.

Стерилизация, барьерные методы, календарный метод, прерванный половой акт очевидно, что в принципе все эти методы контрацепции допустимы у больных миомой матки.

Одним из самых распространенных гормональных методов контрацепции являются оральные контрацептивы (ОК). Согласно исследованию, включавшему большую группу женщин, было показано, что длительный прием оральных контрацептивов снижает риск развития миомы матки. В частности, при пятилет-

ней продолжительности приема ОК риск развития миомы матки снижается на 17%, при десятилетней на 31%. Более дифференцированное статистическое исследование, включавшее 843 женщины с миомой матки и 1557 женщин контрольной группы, выявило, что с увеличением продолжительности непрерывного приема ОК снижается риск развития миомы матки.

Иммуногистохимические исследования одного из представителей третьего поколения гестагенов дезогестрела выявили его способность оказывать блокирующее действие на рецепторы прогестерона, что, вероятно, и объясняет механизм, посредством которого ОК оказывают профилактический эффект, поскольку, как отмечалось выше, прогестерон является основным гормоном, стимулирующим рост миомы матки.

При наличии у женщины миомы матки ОК, в частности, содержащие дезогестрел или другие представители третьего поколения гестагенов, способны стабилизировать размеры миоматозных узлов, также за счет конкурентного ингибирования рецепторов прогестерона. Однако далеко не всегда рост миоматозных узлов эффективно стабилизируется приемом ОК. Как удалось выявить в результате наших исследований, стабилизирующий эффект ОК распространяется на миоматозные узлы размерами до 1,5 см в диаметре, назначение ОК при узлах больших размеров может иметь как положительный, так и отрицательный эффект (рост миомы).

Таким образом, длительный прием оральных контрацептивов существенно снижает риск развития миомы матки. Использование же ОК большими миомой матки должно быть дифференцированным. Если размеры миоматозных узлов не превышают 1,5 см в диаметре, назначение ОК (в особенности содержащих гестагены третьего поколения) не только не противопоказано, но и является одним из самых эффективных средств предотвращения дальнейшего роста миомы. В том случае, если размеры узлов больше, то таким больным следует провести медикаментозное уменьшение размеров узлов до максимально возможных. В дальнейшем такие женщины могут использовать ОК, что помимо контрацептивного эффекта

обеспечит профилактику рецидива миомы матки. В случаях, когда неизбежно проведение консервативной миомэктомии, женщины могут применять ОК после удаления миоматозных узлов, что также обеспечит надежную контрацепцию и профилактику рецидивов.

Внутриматочные спирали - распространенный метод контрацепции, в особенности в более старшей возрастной группе. Существуют три типа внутриматочной контрацепции: медная внутриматочная спираль, внутриматочная прогестеронрелизинг система и внутриматочная левоноргестрелрелизинг система.

Медные спирали получили самое широкое распространение в мире. Механизм действия связан со спермицидной активностью меди и реакцией эндометрия на инородное тело, что нарушает процессы оплодотворения и имплантации. Единственное предназначение этого типа спиралей - контрацепция.

Такие спирали могут быть использованы женщинами с миомой матки в случае, если миоматозные узлы не деформировали полость матки. Применение такого вида спиралей обеспечит только контрацептивный эффект, однако надо помнить, что в случае недостаточной деконтаминации женщины перед установкой спирали велика вероятность развития воспалительных процессов, что приведет к росту миоматозных узлов.

Внутриматочная левоноргестрелрелизинг система (Мирена) представляет собой полиэтиленовую Т-образную систему, содержащую контейнер, в котором находится левоноргестрел.

Этот контейнер покрыт специальной мембраной, обеспечивающей непрерывное контролируемое высвобождение 20 мкг левоноргестрела в сутки. Срок эффективной контрацепции при использовании Мирены - 5 лет.

Кроме того, введение Мирены является эффективным средством, обеспечивающим профилактику рецидивов роста миоматозных узлов и нормальный объем и длительность менструаций после проведения медикаментозного или органосохраняющего хирургического лечения миомы матки.

Применение всех указанных выше контрацептивов должно учитывать все противопоказания к их использованию. В случае, если ни один из перечисленных препаратов невозможно использовать, в связи с наличием противопоказаний к их применению, можно рекомендовать использование местных средств, одним из которых является отечественный препарат Контрацептин Т. В его состав входит оксихинолина сульфат, борная кислота и танин. Танин вызывает свертывание белков слизи с образованием защитной пленки, которая препятствует контакту семенной жидкости со слизистой оболочкой влагалища. Оксихинолина сульфат оказывает спермицидное действие. Борная кислота создает кислую среду влагалища, что является неблагоприятным фактором для выживания сперматозоидов. Кроме того, оксихинолина сульфат и борная кислота оказывают антисептическое действие.

Диагностика и терапия плацентарной недостаточности

Кажибекова Г.А.

ЖК ГП №3 г. Алматы

Плацентарная недостаточность (ПН) определяется как причина задержки развития плода, внутриутробной гипотрофии и гипоксии и в конечном итоге – возможности внутриутробной гибели плода. При патологическом течении беременности – гестозе, внутриутробной инфекции, экстрагенитальных заболеваниях, всегда в той или иной степени отмечается ПН. При тяжелой патологии происходит задержка развития плода, его гибель на различных сроках беременности или рождение плода с гипотрофией и гипоксией.

Предполагается, что ПН является универсальной при различных заболеваниях гестозе, инфекции, аутоиммунной патологии. Работы последних лет по инфекции, антифосфолипидному синдрому, привычному невынашиванию беременности свидетельствуют о различных компенсаторных возможностях при ПН, свойственных различным патологическим состояниям. Известно, что у женщин даже с тяжелыми пороками сердца рождаются маловесные, но вполне жизнеспособные дети, в то время как при тяжелом гестозе внутриутробная гибель плода и синдром задержки развития плода (СЗРП) характеризуют тяжесть самого гестоза.

Диагностика ПН основана на выявлении признаков синдрома задержки развития плода или хронической и острой гипоксии плода. Ведущими признаками ПН являются ультразвуковые критерии биометрии плода, существенное значение имеет определение хорионического гонадотропина и плацентарного гонадотропина.

Как первичная, так и вторичная ПН могут иметь острое и хроническое течение. В развитии острой ПН важную роль играют нарушения маточноплацентарного кровообращения. Острая ПН чаще развивается на фоне обширных инфарктов и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, вследствие чего наступает гибель плода и прерывание беременности. Хроническая ПН возникает в результате нарушения компенсаторноприспособительных механизмов в сочетании с циркуляторными расстройствами и инволюционно-дистрофическими процессами.

В клинической практике важно различать относительную и абсолютную ПН.

Наиболее тяжелой формой является абсолютная недостаточность плаценты, свидетельствующая об истощении компенсаторных механизмов плаценты. Эта форма патологии сопровождается ВЗРП и гипоксией плода, вплоть до его внутриутробной гибели. Беременность у таких женщин протекает на фоне угрожающего аборта или преждевременных родов. В клинической практике нередко наблюдаются переходные виды ПН.

К основным звеньям патогенеза ПН относятся нарушения маточноплацентарного и плодовоплацентарного кровообращения, метаболизма, синтетической функции и состояния клеточных мембран плаценты.

Патология маточноплацентарного кровообращения характеризуется тремя важнейшими моментами: нарушением притока крови в межворсинчатое пространство, затруднением оттока крови из него и изменениями реологических и коагуляционных свойств крови матки.

Основными направлениями профилактики и лечения ПН и ВЗРП являются воздействия, направленные на улучшение маточноплацентарного кровообращения и микроциркуляции, нормализацию газообмена в системе мать-плод, улучшение метаболической функции плаценты, восстановление нарушенной функции клеточных мембран.

К числу лекарственных средств, оказывающих воздействие на сосудистый компонент маточноплацентарного сосудистого бассейна, относятся вадреномиметики. К данной группе относятся партусистен, бриканил, гинипрал. При чрезмерной активности мускулатуры матки и острой гипоксии плода внутривенное введение вадреномиметиков матери способствует улучшению маточноплацентарного кровотока.

Улучшение транспорта кислорода к плоду может быть достигнуто использованием сосудорасширяющих средств и препаратов, нормализующих процессы микроциркуляции в плаценте и матке (например, эуфиллин, компламин).

В последние годы широко применение в лечении плацентарной недостаточности нашли такие препараты, как актовегин, инстенон, троксевазин. Для улучшения маточноплацентарного кровообращения используют внутривенные инфузии реополи-

глюкина, декстранов.

В последние годы для лечения ПН стали применяться эфферентные методы лечения (плазмаферез). Рекомендуют использовать ультрафиолетовое облучение крови, медицинский озон, лазерную терапию.

Эфферентные методы, антикоагулянты, фотомодификация крови, оксиэтилированный крахмал и ряд других терапевтических технологий рассчитаны на лечение гестоза, экстрагени- тальных заболеваний, внутриутробной инфекции в условиях стационара.

Под нашим наблюдением находились 66 беременных с ПН, из них с задержкой развития плода 12 степени 37 пациенток. Подавляющая часть беременных (46) страдали гестозом, у остальных регистрировалась хроническая инфекция пиелонефрит, вирусносительство и инфекции, передающиеся половым путем. Больные получали гипотензивную и инфузионную терапию, поливитамины, беременные с влагалищной инфекцией антибиотики и антисептики местно. Большая часть больных с гестозом лечилась в стационаре, лечение ПН проводилось в течение 3 недель в амбулаторных условиях. Контрольная группа состояла из 18 беременных с легким гестозом, в т.ч. в сочетании с инфекциями, передающимися половым путем (8 из 18) и с пиелонефритом (5 из 18).

Беременные основной группы получали актовегин по 2 дра- же (400 мг) в сутки и гинипрал по 0,5 таблетки (250 мг) 4 раза в сутки в течение 3 недель. Беременные контрольной группы получали поливитамины.

Проводилось ультразвуковое обследование, доплероме- трия, определение массы плода. В основной группе отмечено улучшение плодовоплацентарного кровообращения, снижение общего периферического сопротивления. У беременных, по- лучавших актовегин и гинипрал, масса тела новорожденных колебалась от 3200 до 3600 г, в контрольной группе 2300-3200 г. Гипоксия отмечалась у 5 новорожденных контрольной груп- пы.

Таким образом, ПН развивается при осложненной беремен- ности, особенно часто при гестозе, внутриутробной инфекции, аутоиммунной патологии.

Литература:

1. Радзинский В.Е., Ордянец И.М. Плацентарная недостаточность при гестозе. // Акуш. и гинек. ,1999; 1: 116.
2. Сидельникова В.М. Актуальные проблемы невынашивания бере- менности. М.,1999, 138 с.
3. Федорова М.В. Плацентарная недостаточность. // Акуш. и гинек., 1997; 6: 403.

Обезболивание самостоятельных родов регионарными методами обезболивания

Шиманская О.Ш.

Областной перинатальный центр, Караганда
УДК 618.39-089.5

Совершенствование методов обезболивания во время родов остается актуальной задачей анестезиологии в акушерской практике. К сожалению, полностью безболезненных родов без применения каких-либо методов анестезии практически не бывает, хотя интенсивность болевого синдрома может быть самой различной. Боль в родах - это субъективное ощущение, связанное с расширением шейки матки, растяжением ее нижнего сегмента и ишемией мышечных волокон миометрия. К счастью, прежнее представление акушеров, категорически исключающее обезболивание схваток, за последнее десятилетие сильно изменилось. Наоборот, уже не вызывает сомнений, что болезненные схватки являются причиной многих отрицательных последствий и осложнений в родах и послеродовом периоде.

Обезболивание в родах обеспечивает комфорт для матери, поскольку роды сопровождаются не только болью, но и стрессом. Вызванная стрессом выработка АКТГ, антидиуритического гормона, гормонов коры надпочечников бета-эндорфинов и катехоламинов сопровождается практически любые роды. Каждое эффективное сокращение матки у роженицы увеличивает сердечный выброс, работу левого желудочка, артериальное и центральное венозное давление и потребление кислорода организмом. Уровень метаболизма резко повышается, что может сократить снабжение плода кислородом и питательными веществами.

Повышенный уровень адреналина в крови может вызвать дискоординацию маточных сокращений, которые не обеспечи- вают расширение шейки матки.

Повышение уровня циркулирующего норадреналина вызы- вает сужение сосудов матки и плаценты, что ведет к сокраще- нию плацентарного кровотока. Тенденция к гипервентиляции у женщин в родах может привести к неприятным последствиям: выраженная гипокапния и респираторный алкалоз ведут к сдвигу кривой диссоциации оксигемоглобина влево. Поэтому к обезболиванию родов надо подходить, в том числе и как к средству, не только обеспечивающему комфортные условия для матери, но и предупреждающему гипервентиляцию, которая может вызывать депрессию и даже гибель плода.

Anaesthetization of independent delivery by regional meth- ods of anaesthetization

Shimanskaya O.Sh.

ICU, anesthesiologist - expert in resuscitation of a high rank
Regional perinatal center, Karaganda

Improvement of methods of anaesthetization during delivery remains an actual task of anesthesiology in obstetric practice. Anaesthetization during delivery ensures comfort to mother because labor is associated not only with pain, but with stress. Production of ACTH, antidiuretic hormone, adrenal cortex hormones, beta-endorphins and catecholamines, provoked by the stress, accompanies practically every labor. Every effective contraction of uterus increases cardiac output, work of left ventricle, arterial and central venous pressure and consumption of oxygen by organism. Level of metabolism sharply rises which may reduce supply of oxygen and nutritive elements to the fetus. Elevated blood level of aдреналин may result in discoordination of uterine contractions which do not enlarge neck of uterus. Elevation of the level of circulating noradrenalin leads to the constriction of uterine and placental vessels which results in a decrease of placental blood flow. Tendency to hyperventilation in parturient women may lead to unfavorable consequences: marked hypocapnia and respiratory alkalosis result in a shift of oxyhemoglobin-dissociation curve to the left. Therefore, anaesthetization of delivery should be considered as a measure which not only ensures comfortable conditions to mother but also prevents hyperventilation that can provoke depression and even death of fetus. These stress reactions can be successfully corrected or totally eliminated in case of adequate anaesthetization.

In every case the decision concerning anaesthetization during labor should be taken individually taking into account the desire of a woman, indications and contraindications. In our maternity hospital in order of anaesthetization of labor epidural anesthesia is largely used.

Жансыздандырудың аймақтық тәсілдерімен өз күшімен босандық жансыздандыру

Шиманская О.Ш.

Эти стрессовые реакции могут быть успешно скорректированы или вовсе устранены при адекватном обезболивании.

В каждом конкретном случае к решению вопроса о проведении анестезии в родах необходимо проводить индивидуальный подход, с учетом желания женщины, показаний и противопоказаний. В нашем родильном доме с целью обезбоживания родов широко применяется эпидуральная анестезия.

Целью настоящего исследования

является сравнительный анализ применения различных местно анестезирующих препаратов при обезболивании родов через естественные родовые пути. В этой статье роды путем оперативного родоразрешения не рассматриваются.

Материалы и методы

В Областном перинатальном центре г.Караганда за период с 2009 по 2011г. обезболено родов – 270. Показаниями к обезболиванию родов являлись: желание женщины, тяжелая преэклампсия, соматические заболевания матери, требующие исключения потужного периода, дискоординация родовой деятельности, ригидность шейки матки.

Условия для проведения обезбоживания: согласие женщины, отсутствие противопоказаний, наличие полного оснащения медикаментами, оборудованием, включая мониторное наблюдение, квалифицированный коллектив анестезиологов и акушеров, здоровое взаимопонимание, согласованность в действиях между анестезиологами и акушерами, умение вести роды под эпидуральной анестезией (это важнейшее условие для успешного завершения родов и хорошего результата). Возраст пациенток от 17 до 48 лет.

Таблица №1

Показания	2009	2010	2011
Тяжелая преэклампсия	72	59	92
Исключение потужного периода	5	4	7
Дискоординация родовой деятельности	1	4	3
Ригидность шейки матки	2	1	2
Желание роженицы	4	6	8
Всего	84	74	112

Регионарная анестезия выполнялась по общепринятой методике в строго асептических условиях в положении на левом боку, с максимальным сгибанием в поясничном отделе, иногда сидя. После пункции и идентификации эпидурального пространства вводится тест-доза анестетика. Затем через 5 мин вводится 1/3 дозы в краниальном направлении и 2/3 дозы в каудальном направлении. Устанавливается эпидуральный катетер, который дает возможность дальнейшее введение препарата для дополнительного обезбоживания потужного периода и родов или оперативного родоразрешения при необходимости.

Для проведения продленной эпидуральной анестезии мы используем наборы Перификс фирмы B/Braun.

В нашем родильном доме во время обезбоживания родов эпидуральной анестезией в обязательном порядке проводится пункция и катетеризация периферической вены вазофиксом Сейфти, катетер нового поколения из полиуретана с самоактивирующейся защитной клипсой, предохраняющей персонал от случайного укола иглой. Вазофикс Сейфти имеет высокую биосовместимость, термозластичность, атромбогенность, увеличивает длительность катетеризации вены, позволяет роженице двигаться.

Для пункции и катетеризации эпидурального пространства используем наборы Перификс Б.Браун (игла Перикан со срезом Туохи 18G, эпидуральный катетер Перификс с коннектором, фильтр, фиксатор фильтра, шприц 'утрата сопротивления').

При проведении постоянной инфузии анестетика используем Перфузор С и оригинальные удлинители Перфузор для применения со шприцевыми насосами. Шприцевой насос Перфузор С - легкий и удобный в работе, быстрый ввод пара-

РИТБ, жоғары категориялы анестезиолог-реаниматолог

Облыстық перинаталдық орталық, Қарағанды

Босану уақытындағы жансыздандыру тәсілдерінің жетілдіруі акушерлік тәжірибедегі анестезиологияда маңызды мәселе ретінде болып қалады. Босану кезіндегі жансыздандыру анаға жайлылықты қамтамасыз етеді, өйткені босану уақытында ауыру ғана емес, сондай-ақ стресс байқалады. АКТГ-нің, антидиуретикалық гормонның, бүйрекбез қыртысы гормондарының, бета эндорфиндердің және катехоламиндардың стресс себепті пайда болуы әрбір босанумен қатар жүреді. Босанған әйелдің жатырдың әрбір нәтижелі қысқартуы жүрек шығарылуын, сол қарыншаның жұмысын, артериалық және орта көктамырлық қысымын және ағзаның өттегіні тұтынуын көбейтеді. Метаболизмнің деңгейі кенет көтеріледі; ол нәрестені өттегімен және нәрлі заттармен жабдықтауын азайтуды мүмкін. Адреналиннің қандағы көтерілген деңгейі жатырлық қысқартулардың координациясының бұзылуына келтіруге мүмкін, бұл қысқартулар жатырдың мойыншығының кеңеюін қамтамасыз етпейді. Айналып жүрген норадреналин деңгейінің өсуі жатыр және плацента көктамырлардың тарылуын шақырады, оның бәрі плаценталық қан айналуының азайтуына әкеледі. Босанып жатқан әйелдердің гипервентиляцияға тенденциясы жағымсыз зардаптарға келтіруге мүмкін: анық гипокания және респираторлық алкалоз оксигемоглобинның диссоциация қисығының сол жаққа жылжуына келтіреді. Сол үшін, босанудың жансыздандыруын анаға жайлы жағдайларды қамтамасыз ететін және гипервентиляцияны болдырмайтын іс-шара ретінде қарастыру керек; гипервентиляция депрессияға және нәрестенің қайтыс болуына әсер етеді. Аталған стресс реакциялар адекватты жансыздандыру кезінде табысты ретінде дәлдеп түзетіледі немесе бүтіндей жойылады.

Әрбір жағдайда босану кезіндегі анестезияны жасау мәселені жеке ретінде шешу керек, әйелдің тілегін, қолдану саласын және қолдануға болмайтын жағдайларды ескеру керек. Біздің перзентханада босануды жансыздандыру үшін эпидуралды анестезия кеңінен қолданылады.

метров, проводится контроль основных параметров на экране, позволяет применение шприцев от 2 мл до 50 мл, простая смена шприцев, а самое главное размах скорости введения от 0,01 до 200мл/час.

Из местных анестетиков применяем нарופן (ропивакаин) 2 мг, лидокаин, бупивакаин.

Краткая характеристика анестетиков:

Лидокаин 2% сочетает достаточную мощность, быстрое начало, среднюю продолжительность действия и минимальную кардиотоксичность. Нейротоксичность лидокаина зависит от его концентрации и экспозиции, может развиваться транзиторный неврологический синдром (ТНС), который проявляется корешковым синдромом. Лидокаин обладает высоким моторным блоком, что является недостатком в родах. Роженица не может перемещаться по палате, 'прыгать на мячике' и не принимает участие в потужном периоде, что в основном не устраивает акушеров. Обладает хорошим гипотензивным действием, что нами используется при родоразрешении беременных с тяжелой преэклампсией.

Бупивакаин 0,05% длительно действующий местный анестетик. По длительности действия превышает лидокаин, обеспечивает превосходную анальгезию без выраженной двигательной блокады. Недостатком является высокая кардиотоксичность.

Нарופן – амидный местный анестетик длительного действия, специально создан и предназначен для минимизации кардиотоксичности. В родах используется 2мг/мл для эпидуральной анестезии/анальгезии. Нарופן также обладает способностью вызывать дифференциальную моторную и сенсорную блокаду. Когда нарופן и бупивакаин вводятся эпидурально в одинаково

больших дозах, то нарופן вызывает такой же сенсорный, но меньший моторный блок, чем бупивакаин. Кардиотоксичность наропина на 40%, а нейротоксичность на 30% меньше, чем у бупивакаина.

Таблица №2

Наименование	2009	2010	2011
Нарופן (ропивакаин)	52	46	105
Лидокаин	32	28	7
Бупивакаин	-	-	-
Всего	84	74	112

Добавки к местным анестетикам во время обезболивания родов:

В первом периоде родов мы использовали введение клофелина и фентанила в эпидуральное пространство.

Клофелин - это селективный альфа 2-адреномиметик с центральным и периферическим действием. Клофелин оказывает дозозависимое влияние на длительность нейроаксиальной анестезии/анальгезии. Клофелин усиливает анальгетический эффект и седацию, не влияя на плод и течение родового процесса. Обладает умеренным гипотензивным действием, при этом у беременных с нормальными цифрами артериального давления гипотензивное действие проявляется в значительно меньшей степени, чем у беременных с артериальной гипертензией. Поэтому следует говорить скорее об антигипертензивном действии препарата. Последнее качество препарата с успехом позволяет применять его у женщин с тяжелой преэклампсией и артериальной гипертензией. Следует с осторожностью применять клофелин у женщин с гипотензией и гиповолемией.

Фентанил - наркотический анальгетик. В сочетании введения фентанила с местным анестетиком дает отличный результат. Добавление фентанила улучшает качество анальгезии. При этом оценка новорожденного по шкале Апгар, измерение газов в крови пуповины и неврологический статус остаются в пределах нормы.

Выводы

Наблюдение и опыт работы показали, что при обезболивании родов эпидуральной анестезией с применением местных ане-

Таблица №3

	ЭА (L3-L4, L2-L3)
Одноразовый эпидуральный набор Перификс, В/Braun	18G Perican, катетер Perifix G20, коннектор, фильтр, фиксатор фильтра, шприц 'утрата сопротивления'
Анестетик	Лидокаин 2% Нарופן 2мг/мл. Бупивакаин 0,05%
Доза анестетика	Лидокаин 320мг-400мг. Нарופן 20мл(40мг.) Бупивакаин 100-150мг.
Добавки к анестетику в родах	Клофелин 75-100мкг Фентанил 50-150 мкг

стетиков наиболее управляемым, менее токсичным, значительно меньше влияющим на моторику и гемодинамику является нарופן. Недостатком является дороговизна препарата.

При тяжелых формах преэклампсии с высокой и стойкой гипертензией возможно использование лидокаина 2%, так как хорошо достигается гипотензивный эффект, но мы его используем редко. Недостатком является высокий моторный блок. Уменьшить моторный блок возможно, снизив концентрацию вводимого препарата с 2% до 1%.

Бупивакаин 0,05% длительно действующий местный анестетик, обладающий высоким анальгезирующим действием без выраженного моторного блока.

Недостатком является высокая кардиотоксичность на 40% и нейротоксичность на 30% выше, чем у наропина.

Литература:

1. Джеймс Р. Рафмелл, Джозеф М. Нил, Кристофер М. Вискоуми. Регионарная анестезия.
2. Абрамченко В. В. Ланцев Е. А. Кесарево сечение. С-Пб. 1991 г.
3. Ньюмен М. Л. Основы регионарной анестезии. С-Пб. 2005 г.
4. Шифман Е. М. Филлипович Г. В. Спинальная анестезия в акушерстве. Петрозаводск. 2005 г.
5. Лысенко С. П., Мясников В. В., Пономорев В. В. Неотложные состояния и анестезия в акушерстве. Патофизиология и фармако-терапия. 2004 г.
6. Шурыгин И. А. Спинальная анестезия в акушерстве.
7. Зильбер А. П., Шифман Е. М. Акушерство глазами анестезиолога.

Спинальная анестезия при операции кесарева сечения: возможные осложнения и их профилактика

Шиманская О. Ш.

Областной перинатальный центр, г. Караганда

УДК 618.5-089.888.61-089.5

Одним из наиболее грозных осложнений спинальной анестезии (СА) при операции кесарева сечения является развитие симпатического блока, который приводит к выраженному перераспределению объема циркулирующей крови. В связи с чем, уменьшается венозный возврат к сердцу, резко снижается сердечный выброс, что может привести к развитию такого грозного осложнения, как нарушение сердечного ритма и развитие коллапса. Другим наиболее часто встречающимся осложнением в послеоперационном периоде являются постпункционные головные боли.

Цель работы

Оценить эффективность профилактических мероприятий, проводимых при спинальной анестезии в акушерской практике в периоперационном периоде при операции кесарева сечения.

Материалы исследования

Проанализировано 428 случаев спинальной анестезии у паци-

Spinal anesthesia during Cesarean section operation. Possible complications and their prevention.

Shimanskaya O. Sh.

Regional perinatal centre, Karaganda.

Development of sympathetic block which results in apparent redistribution of circulating blood volume is one of the most severe complications of spinal anesthesia (SA) during Cesarean section. It may lead to the reduction of venous return to heart, to a considerable decrease of cardiac output which may result in development of such a severe complication as disturbance of heart rate and development of collapse. Post-puncture headache is another frequent complication in postoperative period.

The main aim of this article was to evaluate the efficacy of preventive and medication measures undertaken during spinal anesthesia in obstetric practice in perioperative period for Cesarean section.

Иштен жарып баланы алу операциядағы спиналдық анестезия. Мүмкін асқынулар және олардың алдын ала

енток, которым проводилось родоразрешение путем операции кесарево сечение.

Женщины были разделены на 2 группы:

I группа - основная (238 женщин), в которой пациенткам проводилась предоперационная инфузионная подготовка раствором 6% Венофундина 500 мл или раствором 4% Гелофузина 500 мл. Региональная анестезия осуществлялась при помощи спинномозговых игл со специальными оригинальными срезами щадящего колюще-раздвигающего ткани характера, обеспечивающими минимальную травматизацию твердой мозговой оболочки при пункции в наборе с проводниковыми иглами Пенкан и Атраукан фирмы B|Braun с размерами G25, G27, G29.

II группа – 190 женщин, которым инфузионная преднагрузка не проводилась. Применялись обычные спинномозговые иглы со срезом колюще-режущего характера.

При проведении инфузионной терапии учитывались степень гиповолемии по показателям гематокрита, оценивалась исходная ЧСС, данные электрокардиограммы, наличие акушерской (многоводие, многоплодие, гестоз) и экстрагенитальной патологии. Инфузионная преднагрузка проводилась введением 6% Венофундина 500 мл или 4% Гелофузина 500 мл за час до операции или непосредственно на операционном столе, но не более чем за 2 часа до родоразрешения.

При этом в обязательном порядке проводилась профилактика брадикардии и гипотензии, которые могли развиться в результате синдрома сдавления нижней полой вены. Производился наклон операционного стола и смещение матки влево на 30 градусов вплоть до начала операции, после извлечения плода эта проблема исчезала. Другим наиболее часто встречающимся осложнением в послеоперационном периоде являлся постпункционный синдром, который развивался в течение 12-48 часов после пункции твердой мозговой оболочки и выражался в виде пульсирующей головной боли во фронтальной или окципитальной областях, либо головная боль охватывала обе эти зоны. Головная боль усиливалась при принятии вертикального положения (сидя или стоя) и купировалась при переходе в горизонтальное положение. Очень часто боль развивалась в области шеи и появлялась тошнота, иногда оба этих симптома могли быть единственными клиническими проявлениями постпункционного синдрома (по нашим данным они составили 40% из всех случаев ПГБ).

Пациенткам, у которых отмечались клинические проявления постпункционного синдрома, проводилась симптоматическая терапия, направленная на коррекцию венозного застоя, нормализацию ликворного давления и процессов микроциркуляции. В тяжелых случаях при отсутствии эффекта от проводимого лечения мы проводили эпидуральную пломбировку аутокровью (ЭПК).

С целью профилактики постпункционных головных болей использовались спинальные иглы со специальными оригинальными колюще-раздвигающими срезами, обеспечивающими минимальную травматизацию твердой мозговой оболочки при пункции в наборе с проводниковыми иглами Пенкан и Атраукан

емдеу.

Шиманская О.Ш.

Облыстық перинаталдық орталық, Қарағанды.

Зардапты блоктың дамуы іштен жарып баланы алу операциядағы спиналдық анестезияның (СА) ең байыпты асқынулардың бірі болып табылады; ол айналып жүрген қанның көлемінің анық қайта үлесуіне әкеледі. Бұл себептен, жүрекке көктамырлық қайта келуі кемітіледі, жүрек шығарылуы кенет азайтылады; бұл жүректік ырғағының бұзулуы немесе коллапстың дамуы сияқты сондай байыпты асқынуларға әкелуге мүмкін. Пункциядан кейін бас ауруы тағы басқа операциядан соң өте жиі кездесетін асқынуы болып табылады.

Бұл мақалада іштен жарып баланы алу операциядағы периоперациялық мезгілде акушерлік тәжірибесінде спиналдық анестезиядағы профилактикалық және емдеу іс-шаралардың нәтижелілігінің бағалауы жасалған.

фирмы B|Braun с диаметром G25, G27, G29. После начала применения данных игл количество ПГБ сократилось 2,5 раза.

Результаты исследования: в I группе женщин отмечалось гладкое течение спинальной анестезии и послеоперационного периода, не сопровождающиеся нарушением гемодинамики.

Во II группе при проведении спинальной анестезии, были отмечены такие клинические проявления, как головокружение, тошнота, кратковременное снижение артериального давления на 20 - 40 мм.рт.ст. от исходного, бледность кожных покровов в 57% (от всех женщин II группы).

Выводы: Таким образом, при проведении спинальной анестезии необходимо проводить предоперационную жидкостную нагрузку растворами 6% Венофундин 500 мл или 4% гелофузин 500 мл, которые обеспечивают более гладкое течение спинальной анестезии и обеспечивают профилактику грозных осложнений.

С целью профилактики ПГБ необходимо использовать качественные иглы размером от 25, 27, 29G, при этом срез должен быть не режущего характера, а щадящего колющего и раздвигающего ткани, чему соответствуют иглы фирмы B|Braun Penkan и Atraucan .

Литература:

1. Джеймс Р. Рафмелл, Джозеф М. Нил, Кристофер Вискоуми. Регионарная анестезия.
2. Абрамченко В.В. Ланцев Е.А. Кесарево сечение. С-Пб. 1991г.
3. Ньюмен М.Л. Основы регионарной анестезии. С-Пб. 2005г.
4. Шифман Е.М. Филлипович Г.В. Спинномозговая анестезия в акушерстве. Петрозаводск. 2005г.
5. Лысенко С.П. Мясников В. В. Понаморов В.В. Неотложные состояния и анестезия в акушерстве. Патофизиология и фармакотерапия. 2004г.
6. Шурыгин И.А. Спинальная анестезия в акушерстве.
7. Зильбер А.П. Шифман Е.М. Акушерство глазами анестезиолога.

Осложнения беременности и родов у женщин с анемией

Ли О.Н.

Областной перинатальный центр Управления здравоохранения акимата ЗКО

Актуальность

Железодефицитная анемия – одно из самых распространенных алиментарно зависимых состояний у беременных женщин - остается серьезной проблемой экстрагенитальной патологии в акушерстве, поскольку частота заболевания не снижается.

По данным ВОЗ, частота железодефицитной анемии у беременных в разных странах колеблется от 21 до 80% по уровню гемоглобина и от 49 до 99% по уровню сывороточного железа.

Резюме: По нашим наблюдениям применение Сорбифера сопровождается хорошей переносимостью минимальным количеством побочных эффектов. Использование препарата Сорбифер в комплексном лечении анемии, а также в виде монотерапии позволила уменьшить количество данной патологии. Улучшение выше перечисленных показателей связано с реализацией Государственной программы «Реформирование и развитие здравоохранения РК на 2005-2010г.», и выдачей беременным бесплатно препаратов лечения анемии.

Причины снижения частоты анемии:

Причины развития железодефицитной анемии: 1) хроническое кровотечение различной этиологии (желудочно-кишечные, маточные, носовые, почечные); 2) нарушение всасывания в кишечнике поступающего с пищей железа (энтериты, резекция тонкого кишечника); 3) повышение потребности в железе в период беременности, лактации и роста; 4) алиментарная недостаточность железа (недостаточное питание, анорексии различного происхождения); 5) нарушение транспорта железа в связи с дефицитом трансферрина в случае первичной патологии печени; 6) нарушение процесса депонирования железа при тяжелых острых и хронических заболеваниях печени.

При физиологической беременности происходит снижение концентрации гемоглобина вследствие увеличения объема циркулирующей крови, высоких темпов роста организма плода.

Наиболее часто встречающаяся форма анемии во время беременности - железодефицитная. Различают латентный (скрытый) дефицит железа, при котором уменьшается содержание железа сыворотки крови и запаса железа в организме, уровень гемоглобина при этом остается нормальным, и железодефицитную анемию, при которой снижается уровень гемоглобина.

По данным М.М.Шехтман (1999), протоколам 2010 года анемии подразделяют на три степени тяжести: I степень - снижение гемоглобина до 110-90 г/л; II степень - от 89 до 70 г/л; III степень - 69 г/л и ниже.

Анемия осложняет течение беременности и родов, влияет на развитие плода.

При анемии развиваются дистрофические процессы в миометрии и плаценте. Железодефицитная анемия оказывает неблагоприятное влияние на развитие сократительной деятельности матки, возможно как слабость родовой деятельности, так и чрезмерная маточная активность. Анемии могут сопровождаться нарушением коагуляционных свойств крови, что является причиной гипотонических кровотечений.

По данным М.М. Шехтман (1999) и Л.М. Казаковой (1993) у 40-50% беременных с анемией присоединяется гестоз, преимущественно отечно-протеинурическая форма, преждевременные роды наступают у 11-42%, гипотония и слабость родовой деятельности у 10-13%, гипотонические кровотечения в родах у 10% рожениц, послеродовый период осложняется гнойно-септическими заболеваниями у 12% и гипогалактией у 38% родильниц.

Цель исследования

Нами проведен сравнительный анализ по историям родов женщин с анемией по ЦРБ Казталовского района ЗКО за 2009 и 2010 годы.

Материалы и методы исследования

Из 212 родивших в 2009 году женщин анемия I, II, III степени диагностированы у 142 женщин что составляет 66,9%; из 182 родивших в 2010 году 115 женщин 63%.

Из них у родивших в 2009 году в возрасте до 20 лет беременности сопутствовала анемия в 5 случаях (3,5%), от 20 до 25 лет - в 55 случаях (38,7%); от 25 до 30 лет - в 44 случаях (30,9%); от 30 до 35 лет - в 26 случаях (18,3%); от 35 до 40 лет - в 11 случаях (7,7%); старше 40 лет - в 1 случаях (0,7%).

В 2010 году анемия беременных выявлена в возрасте до 20 лет в 7 случаях (6,0%); от 20 до 25 лет - в 31 случаях (26,9%); от 25 до 30 лет - в 45 случаях (39,1%); от 30 до 35 лет - 15 (13,0%); от 35 до 40 лет - 10 (8,6%); старше 40 лет 1 (0,8%).

Высокий процент анемии беременных в возрастах от 25 до 30 лет и от 20 до 25 лет связан с тем, что большее количество беременностей и родов приходится на эти возрастные категории.

Результаты исследования и их обсуждение

Если анализировать распределение анемии по степени тяжести, то вытекает следующая особенность: в 2009 году I степень выявлена у 65 (45,7%), II степень - у 74 (52,1%); III степень 3

1. Бесплатная выдача препаратов железа беременным женщинам эффективность лечение, хорошая переносимость.

2. Своевременная диагностика, лечение заболеваний ЖКТ, сопутствующей экстрагенитальной патологии.

3. Повышение экономического уровня жизни населения РК.

4. Проведение сан - просветительной работы среди населения

(2,1%); в 2010 году I степень - у 100 (67,1%), II степень у 48 (32,1%); III степень у 1 (0,8%).

Роды в срок произошли в 2009 году - 140 (98,5%), преждевременные 2 (1,5%), в 2010 году срочные роды - 113 (98,2%). Преждевременные - 2 (1,7%).

Железодефицитной анемии у беременных сопутствовали такие заболевания как хронический пиелонефрит в 2009 - 13,8%, в 2010 - 14%, варикозная болезнь в 2009 году 2%, в 2010-2,5%.

При увеличении степени анемии увеличивается процент осложнений беременности (вызванные беременностью отеки, гипертония, преэклампсия). В 2009 г. с 3,5% при I степени до 5,5% при II степени, и в 2010 году с 3,7% при I степени анемии до 10% при II и III степени.

Слабость родовой деятельности также находится в прямой зависимости от степени анемии, увеличиваясь с 1,5% при I степени до 2,6% при II и III степени в 2009 г., от 4% до 6,5% в 2010 году.

Частота гипотонических кровотечений увеличилась при повышении степени анемии от 1% при I степени до 2,4% при II степени анемии в 2009 году и от 1,4% при I степени до 2,5% при II степени в 2010 г.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - в 2009 г. - 1 случай (0,6%) при анемии I степени и в 2010 г. 2 случая (1,7%) при анемии II степени.

Задержка внутриутробного развития плода - 3 случая (2%) в 2009 году

при анемии II степени и III случая (2,6%) в 2010 году.

Кесарево сечение в 2009 году - 1 случай (0,6%), в 2010 году кесарево сечение - 2 случая (1,7%), ампутация матки без придатков - 1 (0,8%).

Асфиксия новорожденных возникала при анемии I и II степени не наблюдалась при анемии III степени.

В 2009 г. - 1 (0,6%) случай антенатальной гибели плода, 1 (0,6%) . Причина - ФПН, ПОНРП.

Заключение:

По результатам сравнительного анализа можно сделать следующие выводы:

- уменьшилось количество анемии в 1,5 раза.
- уменьшилось количество анемии тяжелой степени.
- уменьшился процент преждевременных родов.

Рекомендации:

Преградиварная подготовка женщин фертильного возраста.

Своевременное обследование и лечение экстрагенитальной патологии.

Лечение анемии у беременных согласно Гос. программы «Развитие здравоохранения РК» выдачи бесплатно препаратов железа.

Литература:

1. Шехтман М.М.Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Изд-во «Триада-Х» Москва 1999г.33
2. Ю.К. Малевич . Справочник врача женской консультации, 2001г.
3. Г.В. Аркадьева. Диагностика и лечение железодефицитных анемий. г. Москва 1999г.
4. Л.И. Дворецкий. Железодефицитные анемии. М. Ньюдиамид-АО 1998 г.

Валацикловир в лечении генитального герпеса

Аблаева Б.А., Адишова Л.А., Умаркулова А.С. Ежова Е.Ю., Бахтибаева К.Э.

Городская поликлиника №11, Городская клиническая больница №4, г. Алматы

Герпес как заболевание известен с давних пор. Впервые он был описан ещё Гиппократом, который ввел в практику и сам термин «герпес» от слова «герпейн» - ползти, за «ползущий» характер. К сожалению, со времен средневековья распространенность герпеса не стала меньше – сейчас эта инфекция встречается более чем у 90 % населения земли. Вирус простого герпеса (ВПГ) бывает двух типов, которые принято условно обозначать как вирус герпеса 1 и вирус герпеса 2. Вирусы очень схожи между собой и, попадая в организм, вызывают одни и те же симптомы заболевания. Основное различие вирусов состоит в том, что ВПГ-2 вызывает генитальный герпес и герпес у новорожденных, а ВПГ-1 проявляется в виде герпеса губ, глаз и полости рта, однако в последние годы увеличилась частота генитального герпеса, обусловленного этим типом вируса (20-30% случаев), что, по-видимому, связано с изменением сексуального поведения. А также были сделаны выводы и о связи генитального герпеса с раком шейки матки и раком предстательной железы[2]

Что касается генитального герпеса, что в этом случае ВПГ поражает слизистые гениталий, инфицирование происходит при половом контакте с партнером (больной человек или пассивный носитель вируса простого герпеса). ВПГ может передаваться воздушно-капельным или контактным путём, а также при переливании крови и трансплантации органов. После первичного заражения происходит размножение вируса в месте проникновения, затем он перемещается по нервному стволу или распространяется гематогенным путём. При активном размножении ВПГ может стать возбудителем или сопутствующим фактором некоторых воспалительных заболеваний. Кроме того, ВПГ способен обусловить патологию беременности и родов, нередко приводя к выкидышам или гибели плода, а в других случаях вызывая инфекцию у новорожденных.

Клиническая картина: В среднем через 3-9 сут после полового контакта с инфицированным партнёром в области наружных половых органов отмечают образование сгруппированных болезненных пузырьков, которые в дальнейшем превращаются в пустулы, вскрывающиеся с образованием язв. Вокруг язв остаются сероватые корочки, покрывающие стенки пузырьков, что сопровождается продолжительными местными симптомами. У некоторых больных отмечают лихорадочное состояние, головную боль. У женщин чаще поражены вход во влагалище, устье мочеиспускательного канала или половые губы, диагностируют цервицит и поражения промежности, перианальной области, бёдер и ягодиц. Внешний вид шейки матки обычно не изменён, хотя иногда её поверхность гиперемирована, рыхлая, покрыта эрозиями и гнойным экссудатом. У большинства женщин при первичном генитальном герпесе возникают дизурические расстройства, боль, зуд, парестезии, озноб, недомогание, выделения из мочеиспускательного канала, паховый лимфаденит. У большинства пациенток инфицирование ВПГ протекает латентно. Рецидивирующий генитальный герпес наблюдают в 50-70% случаев. К провоцирующим факторам относят стрессы, переутомления, менструацию и др. [1]

При типичных симптомах генитального герпеса для точной диагностики достаточно осмотра пациента. Ощущения боли, зуда, жжения, возникновения пузырьковой сыпи в области половых органов даже без лабораторных анализов могут указать на герпес. Генитальный герпес чаще протекает совместно с другими половыми инфекциями, поэтому при постановке диагноза врач может рекомендовать больному сдать анализы на такие заболевания как сифилис, СПИД, гепатит В, хламидиоз, микоплазмоз, трихомоноз и другие инфекции. Лабораторные исследования, применяющиеся для диагностики генитального

В работе описаны особенности диагностики и клинических проявлений герпеса, и роль валацикловира в лечении герпесвирусной инфекции. Ключевые слова: генитальный герпес, диагностика, лечение, Валацикловир.

герпеса, делятся на две группы: - методы выявления самого ВПГ, - методы выявления антител к ВПГ. Исследуется либо материал, взятый непосредственно с высыпаний, подозрительных на генитальный герпес (при диагностике самого ВПГ), либо кровь пациента (при диагностике антител к ВПГ, отвечают на вопрос: инфицирован ли человек ВПГ, включая бессимптомное течение заболевания). ПЦР метод помогает находить в исследуемом материале ДНК вируса герпеса, позволяет узнать к какому типу он относится. Что же касается методов определения антител к ВПГ, то наиболее достоверным считается ИФА. Антитела Jg M появляются в организме непосредственно после заражения, а антитела Jg G начинают вырабатываться организмом только после первого рецидива. На сегодняшний день лабораторных анализов, позволяющих со 100% достоверностью установить диагноз генитального герпеса не существует. Иногда получается даже так, что при всех симптомах герпеса анализ крови не дает положительного результата. Это может быть связано, например, с тем, что вирус погибает в соскобе ещё до того, как попадает в лабораторию. Есть ещё один вариант диагностических исследований, связанных с ВПГ. Установлено, что основная причина частых рецидивов генитального герпеса (6 и более раз в год) – это нарушение в работе иммунной системы. Для диагностики этих нарушений бывает необходимо сделать – иммунограмму.[2]

К сожалению невозможно полностью устранить из организма человека ДНК-содержащие вирусы, однако современная медицина располагает арсеналом средств, которые способны подавить активность вируса герпеса на 5-10 лет. Чем скорее будет начато лечение, тем меньше вероятность перехода герпеса в рецидивирующую форму. Существуют три основные схемы лечения генитального герпеса. Первичная предназначена для купирования острого периода заболевания. Вторая схема называется эпизодической и используют периодически во время обострения инфекции, пациенткам с редкими, клинически невыраженными обострениями при наличии чёткого продромального периода. Третья схема — супрессивная. Супрессивная терапия предпочтительна в случаях достаточно частого рецидивирования генитального герпеса, особенно при тяжелом течении рецидивов. Применение антивирусных препаратов значительно способствует лечению генитального герпеса. Первым препаратом, имеющим антивирусную направленность, считается ацикловир. Он воздействует на клетки организма, пораженные вирусом. Этот препарат, вызывающий минимальные побочные реакции, применяли у больных для купирования генитального герпеса до 10 лет. К сожалению, при высокой избирательности действия ацикловира его биодоступность при пероральном приеме остается весьма низкой. В отличие от противовирусного препарата первого поколения ацикловира валацикловир имеет исключительно высокую биодоступность, превышающую аналогичный параметр ацикловира в 3–5 раз. Кроме того, даже при пероральном применении препарата его уровень в плазме крови достигает высоких значений, сравнимых со значениями, полученными при введении ацикловира в вену. Такое свойство валацикловира обусловлено его химической структурой. Ее уникальность заключается в том, что валацикловир представляет собой соединение L-валина и ацикловира, был разработан для улучшения биодоступности ацикловира. Эта особенность позво-

ляет доставлять проацикловир в неизмененном виде в плазму крови. Кроме того, некоторая часть валацикловира гидролизуеться в тонком кишечнике с высвобождением активной формы ацикловира. Особенности фармакокинетики данного препарата позволяют назначать его вне зависимости от приема пищи. Необходимо также подчеркнуть, что высокая биодоступность препарата в отличие от ацикловира обуславливает более удобный режим применения. Быстро всасывается из пищеварительного тракта после перорального приёма и максимальная концентрация в плазме крови наблюдается в среднем через 30-60 минут после приёма. Валацикловир не вызывает дисбиоза, совместим с алкоголем, не влияет на иммунную и эндокринную систему, не влияет на память, внимание и скорость реакции. Валацикловир безопасен для пациентов, он не обладает терратогенным и мутагенными эффектами. Безопасен при длительном приёме. Сочетается с большинством других лекарственных средств. Улучшает качество жизни. В отличие от ацикловира при применении валацикловира не отмечено побочного эффекта в виде обратимого облысения. Дополнительным преимуществом Валацикловира является его а 100 раз большая активность в отношении ДНК-полимеразы вируса герпеса, в сравнении с фамцикловиром. Снижение риска передачи генитального герпеса при применении валацикловира является одним из актуальных направлений лечения герпесвирусных инфекций. *Copey et al.* показали, что при использовании валацикловира в суточной дозе 500 мг наблюдается значительное снижение вероятности передачи генитального герпеса, вызванного ВПГ-2, половому партнеру

Цели исследования

Проведено исследование назначения препарата Валацикловир 500мг при первичном инфицировании и при супрессивной терапии.

Материалы и методы

Метод применения при эпизодическом антивирусном лечении: - Валацикловир по 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней, метод применения при супрессивной противовирусной терапии: - Валацикловир по 500 мг в сутки в непрерывно до 1 года.

Итраконазол для лечения кандидозного вульвовагинита

Аблаева Б.А.

ГКП на ПХВ « городская поликлиника № 11»

Кандидозный вульвовагинит – поражение слизистых оболочек генитального тракта (вульвы, влагалища,) дрожжеподобными грибами рода *Candida*. В настоящее время насчитывается более 170 видов, но ведущая роль принадлежит грибам *Candida albicans* (90%). Грибы рода *Candida* входят в состав нормальной микрофлоры влагалища, носительство грибов на слизистой оболочке рта имеют около 50% клинически здоровых лиц. Небольшое количество дрожжевых клеток в стуле (от 100 до 1000 на 1г кала) обнаруживают у клинически здоровых лиц. Колонизация дрожжеподобными грибами рода *Candida* слизистых оболочек половых органов, как и манифестный кандидоз - проявление ослабления защиты организма хозяина. Кандидоз- «болезнь больных» . Возросло число больных урогенитальным кандидозом, как самостоятельным заболеванием, так сопутствующим другим ИППП. Под действием определённых экзо- и эндогенных факторов кандидоносительство переходит в клинически выраженную форму и возникает заболевание. К эндогенным предрасполагающим факторам относят эндокринные заболевания (гиперкортицизм, сахарный диабет (100% больных диабетом страдают кандидозом), ожирение, гипотиреоз и гипопаратиреоз), тяжёлые общие заболевания (лимфома, лейкемия, ВИЧ- инфекция и др.), осложнённую беременность(40%-46%),

Результаты и обсуждение

Его использование в клинической практике позволяет значительно снизить выраженность симптомов заболевания, их продолжительность, а самое главное — отсрочить или полностью ликвидировать возникновение рецидивов. Побочных эффектов и аллергических реакций не зарегистрировано. Результаты лечения: У 83,8% пациенток с рецидивирующим генитальным герпесом, которые получали Валацикловир в эпизодическом режиме, после завершения курса лечения отмечена стойкая клинико-лабораторная ремиссия заболевания на протяжении одного года. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности Валацикловира именно в снижении количества и выраженности рецидивов генитального герпеса. У остальных 16,2% пациенток частота рецидивирования заболевания снижена в среднем с 3 эпизодов до 1 раза в год. Безусловно, это повышало качество жизни пациенток. Пациенты перенесли лечение удовлетворительно, более того, у 78% обследуемых отмечают отсутствие периодов депрессии и тревожности, которые сопровождали их ранее при эпизодическом лечении.

Выводы

Исходя из этого, Валацикловир может быть рекомендован для лечения РГГ у женщин репродуктивного периода, с учётом явной клинической эффективности, хорошей переносимости и простаты использования ,одно-двукратное его применение уменьшает зависимость пациента от приема лекарств, что положительно отражается на его эмоциональном статусе. Постоянная работа по расширению области терапевтического применения препарата позволяет практикующему врачу выбрать наиболее подходящую стратегию ведения каждого больного.

Литература

1. *Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии.* – М.; ГЭОТАР- Медиа, 2007. -538-545с
2. *В.А. Алешкина, Т.Н.Савченко, О.В. Макарова Инфекции в акушерстве и гинекологии.* -2-е изд. – М.: Мед пресс-информ, 2009.-308-315с
3. *Кисина В.Н., Забиров К.И. Урогенитальные инфекции у женщин. Клиника, диагностика, лечение. МИА, М., 2005; 55-66с*

В работе описаны особенности диагностики и клинических явлений кандидозного вульвовагинита, и проведено исследование назначения препарата Итракон фирмы Фармак. Высокая клиническая эффективность Итракона (96%), короткий курс лечения, удобство применения, отсутствие каких-либо побочных эффектов и системного воздействия, не подавляет нормальную физиологическую флору влагалища (лактобактерии, бифидумбактерии), длительное действие препарата позволяют считать этот препарат наиболее перспективным в лечении острого и хронического кандидозного вульвовагинита. Ключевые слова: кандидозный вульвовагинит, диагностика, лечение, Итраконазол.

а также длительный и/или бессистемный прием антибиотиков (кандиды обладают способностью использовать антибиотики в качестве источников питания); использование оральных контрацептивных препаратов (особенно с высоким содержанием эстрогенов), кортикостероидов, цитостатиков; лучевая терапия; хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, аллергические заболевания, пребывание ВМС в матке более 2 лет способствует образованию «пролежней» и поражению кандиды. Заражение дрожжеподобными грибами может быть извне, но у

подавляющего большинства пациентов происходит аутоинфицирование из уже имеющихся очагов кандидоза. Несмотря на наличие многочисленных исследований, способы заражения и пути передачи возбудителя при кандидозном вульвовагините остаются предметом дискуссии. Существует данные, что при рецидивирующем кандидозном вульвовагините постоянным резервуаром грибов и источником реинфекции влагалища служит желудочно-кишечный тракт. В тех случаях когда грибы высеваются из влагалища, они почти всегда обнаруживаются и в фекалиях, причем у большинства женщин и влагалищные, и интестинальные штаммы идентичны. По данным мировой статистики, вульвовагиниты, вызываемые грибковой инфекцией, занимают от 24% до 36% в структуре инфекционных заболеваний вульвы и влагалища.[2] В норме у здоровой женщины детородного возраста до 95-98% всей микрофлоры влагалища приходится на долю лактобактерий, которые создают во влагалище кислую среду благодаря высокой концентрации молочной кислоты. Благоприятной для роста грибов является кислая среда. Это помогает лактобактериям конкурировать. Грибы рода кандиды относятся к условно- патогенным микроорганизмам, которые широко распространены во внешней среде. Они размножаются почкованием, образуя псевдомицелий (удлинённые клетки), имеющий шестислойную оболочку, при этом сформировавшаяся дочерняя клетка сохраняет связь с материнской за счет узкого перешейка и поэтому устойчивы к лечению. Основными симптомами генитального кандидоза являются зуд и жжение в области наружных половых органов. Эти симптомы бывают постоянными или усиление зуда во второй половине дня, во время месячных, после длительной ходьбы. Сильный постоянный зуд нередко ведет к бессоннице, неврозам. Нередко генитальный кандидоз сочетается с кандидозом мочевого системы с развитием уретрита, цистита.[1]

Диагностика кандидозного вульвовагинита должна быть комплексной. Микроскопическое исследование является одним из наиболее доступных простых методов диагностики. Окраска вагинальных мазков по Граму, позволяет выявить наличие псевдомицелия и бластоспор дрожжевых грибов, определяет общее количество микроорганизмов и соотношение различных морфотипов бактерий в исследуемом материале. Ведущую роль в диагностике генитального кандидоза (наряду с клиническими симптомами) играют микробиологические методы исследования. Культуральный метод позволяет определить количество грибов, видовую принадлежность, чувствительность к антифунгальным препаратам, а также характер и степень микробной обсемененности другими условно-патогенными бактериями. Молекулярнобиологические методы (ПЦР) высоко чувствительны и специфичны, но имеют ограничения из-за присутствия дрожжеподобных грибов в составе микрофлоры влагалища в норме. Методы ПИФ имеют ограничения вследствие большого количества ложно положительных результатов. Серологические методы не используются из-за низкой иммуногенности.[4]

Лечение направлено на элиминацию дрожжеподобных грибов рода *Candida* с последующей нормализацией микробиотеноса влагалища. Используют следующие основные противогрибковые препараты: - препараты имидазолового ряда (кетоназол, клотримазол, бутконазол, миконазол, эконазол, омокконазол и др.); - препараты триазолового ряда (флуконазол, итраконазол); - прочие (препараты йода и др.) В последние годы значительно расширился арсенал антимикотических средств для лечения вагинальных кандидозов. Однако все чаще встречаются рецидивирующие формы этого заболевания, трудно поддающиеся лечению.[3]

Цели исследования

Целью нашего исследования явились оценить клиническую эффективность препарата Итраконазола в лечении кандидозного вульвовагинита .

Материалы и методы

Нами было обследовано 20 женщин репродуктивного возраста вне беременности. Диагноз ставился на основании клинической картины и был подтвержден микроскопическим и бактериологическим исследованиями. Все женщины были разделены на две группы: 1-я группа – 5 женщин с острой формой кандидозного вульвовагинита, обратившиеся после приема антибиотиков, 2-я группа- 15 женщин с обострениями хронической формы кандидоза, по поводу которого они неоднократно получали различные курсы лечения без продолжительного эффекта. При посеве у пациенток с острым кандидозным вульвовагинитом высевался именно *Candida albicans*, в то же время в группе пациенток с хронической формой заболевания *Candida albicans* наблюдалась в сочетании с другими видами грибов этого рода (*Candida glabrata* и/или *Candida tropicalis*)

Определение чувствительности грибов рода *Candida* к различным антифунгальным препаратам показало, что у пациенток с острой формой кандидозной инфекции, отмечается высокая чувствительность ко всем антифунгальным препаратам. Пациентки при остром кандидозном вульвовагините получали Итраконазол 200мг 1 раз в сутки - 3 дня, при хроническом 200мг 1 раз в сутки 6 дней , затем 200 мг однократно в 1-й день менструального цикла.

Результаты и обсуждение Диагноз основывался на оценке данных анамнеза, субъективных и объективных клинических признаках, результатах лабораторного исследования. Контроль проводимой терапии осуществляли через 7 дней после окончания лечения, а у пациенток с хроническим течением через 3 мес. Побочных эффектов и аллергических реакций при применении итраконазола не отмечено ни у одной женщины. Через 4-5 дней после терапии все пациентки отметили улучшение самочувствия, отсутствие субъективных и объективных клинических признаков воспалительных изменений слизистой оболочки влагалища. При микроскопии грибы не обнаружены ни у одной из обследуемых. Через 3 месяца на обследование удалось вызвать 17 из 20 пролеченных женщин. Никто из них не предъявлял жалоб, которые могли бы свидетельствовать о рецидиве заболевания. Микроскопия влагалищного отделяемого выявила 1-2 –ю степень частоты влагалища и отсутствие грибов рода *Candida*.

Выводы

Таким образом, настоящее исследование показало, что препарат Итраконазол является эффективным и безопасным средством для лечения кандидозного вульвовагинита. Высокая клиническая эффективность Итраконазола (96%), короткий курс лечения, удобство применения, отсутствие каких-либо побочных эффектов и системного воздействия, не подавляет нормальную физиологическую флору влагалища (лактобактерии, бифидумбактерии), длительное действие препарата позволяют считать этот препарат наиболее перспективным в лечении острого и хронического кандидозного вульвовагинита. Немалую роль играют постоянная доступность в аптечной сети препарата Итраконазола и приемлемая для большинства пациентов стоимость курса лечения.

Литература:

1. В.А. Алешкина, Т.Н. Савченко, О.В. Макарова *Инфекции в акушерстве и гинекологии*. -2-е изд. – М.: Мед пресс-информ, 2009.-177-189с
2. *Руководство по амбулаторно- поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии*. – М.; ГЭОТАР- Медиа, 2007. -550-555с
3. Сергеев Ю.В., Шпигель Б.И., Сергеев А.Ю. *Фармотерапия микозов*. М., 2003.
4. Кисина В.Н., Забиров К.И. *Урогенитальные инфекции у женщин. Клиника, диагностика, лечение. МИА, М., 2005; 33-46с*

Профилактика гипогалактии

Пышнограева В.В., Антонова Г.Л., Возная Ю.О., Кененбаева С.М., Жалгасбаева А.Т.
ТОО «Медикус Центр», ГПНЦ, № 5 РД г. Алматы, АМКБ

Вторичная гипогалактия в настоящее время остается важной проблемой акушерства, неонатологии и педиатрии. В значительной степени она связана с медицинскими причинами (болезни матери и ребенка) и нарушениями технологии кормления материнским молоком (отказ от груди), а также социальными проблемами (заинтересованность матери в работе). В последнее десятилетие проведена и продолжается большая организационная работа по реализации национальных задач в области охраны здоровья детей в Казахстане. Она предусматривает, в первую очередь, внедрение в практику здравоохранения основных принципов поддержки лактации у матерей и грудного вскармливания. В настоящее время, опираясь на данные наиболее тщательно проведенных исследований по этому вопросу (2011г), можно отметить следующую динамику:

Около 90% новорожденных сразу же (через 30 минут после появления на свет) прикладываются к груди матери, что является важным стимулом для развития и более длительной лактации. Согласно данным динамических исследований, в первые 3-4 месяца превалирует грудное вскармливание, к 5-6-му месяцу значительно возрастает гипогалактия. Так, на 1-м месяце кормления недостаточная выработка молока отмечается лишь у 5% женщин, но в последующем ее частота повышается, достигая к 4-му месяцу кормления 19%, а к концу первого полугодия 32%. К моменту достижения ребенком годовалого возраста лактация сохраняется лишь у 5,4% матерей.

Аномалии развития молочных желез отмечаются редко – у 2,5% женщин, у 7,1% развивается ранняя гипогалактия.

Мастит и лактостаз, которые чаще всего проявляются в первые 2 месяца лактации, стали довольно редким явлением и развиваются у 0,8-2,1% женщин.

Существенную долю причин раннего отказа от грудного кормления составляют болезни матери и ребенка, требующие антибактериальной терапии – 13,8%.

Отказ ребенка от груди и нежелание матери кормить его в связи с работой чаще всего отмечаются на 3-м и 4-м месяцах кормления и составляют 32%.

Время, необходимое для восстановления уменьшенной лактации, зависит от многих факторов:

- желаний матери кормить ребенка своим молоком;
- поддержки и помощи отца ребенка и других членов семьи;
- возраста ребенка (чем он меньше, тем легче восстанавливается лактация);
- активности ребенка при сосании;
- тщательности выполнения женщиной всех правил увеличения лактации.

Профилактика гипогалактии

Обучение женщин, особенно первородящих или имеющих негативный опыт грудного вскармливания старших детей, во время беременности по таким вопросам, как преимущества грудного вскармливания, опасности и трудности искусственного вскармливания, техника грудного вскармливания и правильное прикладывание ребенка к груди, с тем чтобы к моменту рождения ребенка у матери была сформирована доминанта грудного вскармливания.

Раннее прикладывание малыша к груди в родильном зале (в течение 30 минут после родов) при отсутствии медицинских противопоказаний.

Исключение «предлактационного» кормления, необоснован-

ного докармливания или допаивания, особенно из бутылочки, в роддоме в период становления лактации.

Кормление по требованию ребенка, т. е. такое, при котором он сам определяет количество и продолжительность кормлений в зависимости от индивидуальных потребностей (без ограничений со стороны матери). Такое кормление, в т. ч. в ночные часы, обеспечивает достаточно частое опорожнение молочных желез, что стимулирует лактацию и способствует выработке гормона пролактина, отвечающего за продукцию молока.

Исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев жизни ребенка. Материнское молоко полностью обеспечивает его потребности в этот период. Поэтому допаивание водой или какими-либо чаями, напитками, преждевременное введение в рацион малыша прикорма не физиологичны и могут нанести вред организму (вызвать аллергию, дисфункцию желудочно-кишечного тракта), а также отрицательно сказываются на активности сосания ребенком материнской груди, что обуславливает угнетение лактации. Следует отказаться от практики использования бутылочки и пустышки, поскольку их применение может привести к отказу малыша от груди. Если возникла необходимость докормить ребенка, нужно использовать для этого ложечку или чашечку. Фруктовые соки, фруктовые пюре и блюда прикорма детям более старшего возраста также следует давать не из бутылочки, а используя чашечку и ложечку. Если ребенок после кормления еще хочет сосать, не нужно успокаивать его пустышкой, лучше подольше подержать его у материнской груди. Необходимо помнить, что лишний раз приложив малыша к своей груди, мама ни в коей мере не повредит ему, т. к. возле материнской груди он не только утоляет свой голод, но и получает моральное наслаждение и ощущает чувство защищенности, что особенно важно при беспокойстве ребенка в связи с кишечными коликами или другими ситуациями, при которых нужно его успокоить.

Кормление должно проходить в спокойной обстановке. Хорошее настроение, тихая приятная музыка, комфортное положение способствуют лучшей продукции молока и легкому выделению его из молочных желез.

Достаточная продукция грудного молока в значительной мере зависит от самой женщины, от ее желания и убежденности в том, что это нужно. Важно также эмоциональное состояние кормящей мамы. Если она переутомляется, ощущает постоянную тревогу, волнение, лактация может быстро угаснуть. Именно поэтому очень важны моральная поддержка, забота и помощь со стороны отца ребенка, а также других членов семьи. Хороший микроклимат в семье, освобождение кормящей мамы от выполнения части домашних дел, психологическая поддержка, участие в уходе за ребенком (прикладывание к груди, купание, прогулки) не только помогают сохранить грудное вскармливание на многие месяцы, но и являются мощным фактором укрепления семьи.

Наш многолетний опыт работы с кормящими матерями свидетельствует, что убежденность женщины в преимуществах грудного вскармливания, ее большое желание сохранить лактацию и избежать искусственных смесей ради здоровья ребенка, соблюдение всех правил восстановления угасающей лактации, а при необходимости – правильный докорм ребенка, моральная поддержка и помощь членов семьи способствуют преодолению трудностей и продлению грудного вскармливания еще на многие месяцы.

К вопросу о гипогалактии

Пышнограева В.В., Альмурзаева К.К., Антонова Г.Л., Возная Ю.О., Кененбаева С.М.

ТОО «Медикус Центр», ГПНЦ, № 5 РД г. Алматы

Рациональное питание предусматривает, в первую очередь, вскармливание детей первого года жизни грудным молоком матери. Уникальность грудного молока состоит в том, что это – наиболее здоровая, оптимально сбалансированная природой пища, которая легко усваивается. Оно полностью удовлетворяет все пищевые и энергетические потребности ребенка от рождения и до 5-6 месяцев жизни без каких-либо добавок. В материнском молоке содержится сложный комплекс видоспецифичных для материнского организма биологически активных веществ (гормонов, ферментов, факторов роста и дифференцировки тканей, эссенциальных жирных кислот, в частности омега-3, имеющих важнейшее значение для формирования ЦНС, а также таурина, нуклеотидов, факторов иммунитета, бифидус-фактора, олигосахаридов). Этот комплекс оказывает мощное и многогранное адаптивное (регулирующее, стимулирующее, дифференцирующее, защитное, антиинфекционное и противоаллергическое) влияние на организм ребенка в наиболее критический период его жизни и развития. Среди множества проблем грудного вскармливания самой частой является жалоба матери на то, что у нее не хватает молока.

Гипогалактия – это уменьшение объема или продолжительности лактации. Согласно классификации ее разделяют на раннюю и позднюю, первичную и вторичную, истинную и ложную. Ранняя гипогалактия – это недостаток молока в течение 10 дней после родов, поздняя выявляется спустя 10 дней после родоразрешения. Первичная гипогалактия отмечается редко, не более чем у 5% рожениц. Она связана с гормональными нарушениями у матерей с сахарным диабетом, диффузным токсическим зобом, инфантилизмом и др. При этих заболеваниях не осуществляется адекватная нейрогуморальная стимуляция лактации, и молочные железы не продуцируют достаточное количество молока. Вторичная гипогалактия преимущественно связана с неправильно организованным грудным вскармливанием, недоношенностью, инфекционными заболеваниями матери, осложнениями беременности, родов и послеродового периода, нерациональным питанием матери, сильной психической травмой и др. Данное расстройство может вызвать прием некоторых медикаментов, таких как камфора, мочегонные средства, гормональные препараты, подавляющие выработку гормона пролактина, и др. Эта форма гипогалактии в большинстве случаев хорошо поддается коррекции и, если правильно определена и устранена вызвавшая ее причина, то в течение 1-10 дней лактация нормализуется. Все указанные виды вторичной гипогалактии являются истинными и не часто отмечаются среди всех родивших женщин.

В большинстве же случаев имеет место так называемая ложная гипогалактия, при которой в груди у матери вырабатывается достаточное количество молока, но она жалуется на то, что ребенку его не хватает. Основанием для этого мнения матери могут служить такие факты: ребенок беспокоен между кормлениями и часто требует грудь; малыш подолгу сосет грудь и после кормления плачет; ребенок отказывается сосать грудь матери; женщина не чувствует прилив молока и грудь ее всегда мягкая; женщина не может сцедить молоко из груди. Все эти жалобы могут быть связаны как с уменьшением лактации, за счет чего ребенок недоедает, так и с другими факторами.

Поэтому прежде всего нужно выяснить, действительно ли малыш получает мало молока. Самый быстрый метод узнать, хватает ли ребенку молока, – это посчитать, сколько раз за сутки он мочится. Если малыш мочится до 10-15 раз за сутки, моча светлая, почти без запаха, значит, молока хватает. Если же он мочится редко (меньше 6-7 раз в сутки), моча концентрированная, с резким запахом, – значит, ребенок голодает.

Можно также проверить, как малыш прибавляет в весе.

Растет ребенок не равномерно, поэтому масса тела увеличивается тоже не совсем равномерно. Тем не менее в первом полугодии жизни он должен прибавлять не менее 500-600 г за 1 месяц, или 125-150 г за 1 неделю. Чтобы определить, хватает ли малышу грудного молока, нужно взвесить его дважды с интервалом в 1 неделю и определить, сколько он прибавил за это время в весе.

В любом случае, если выявлены признаки недоедания у ребенка, нужно предпринять меры для увеличения лактации. Наиболее доступные методы – это более частое прикладывание ребенка к груди, сцеживание остатков молока после кормления, достаточный отдых матери, методика расслабления и т. д. Обычно через несколько дней ситуация нормализуется и вновь устанавливается динамичное равновесие: потребность малыша – выработка молока в груди матери.

Нужно помнить, что ребенок может получать недостаточное количество молока не только тогда, когда снижена его выработка в молочных железах. Достаточно часто причиной недокорма являются нарушения техники кормления. При этом молока в груди вырабатывается достаточно, но ребенок вследствие каких-то причин не полностью его получает. Это может быть, когда ребенок неправильно приложен к груди и неэффективно сосет молоко; интервалы между кормлениями слишком большие, отсутствует ночное кормление, продолжительность каждого кормления недостаточна; кормление происходит в беспокойной обстановке, мама уставшая, нервничает или раздражена (при этом нарушается процесс выделения молока из молочных желез); снижена активность сосания в связи с необоснованным допаиванием или докормом малыша, особенно из бутылочки; ребенок заболел.

Поэтому, когда мама ощущает, что молока в груди достаточно, и может сцедить его после кормления, а ребенок при этом остается голодным, нужно попытаться выяснить причину и исправить ситуацию.

Если же недоедание ребенка связано не с нарушением техники кормления, а с уменьшением количества вырабатываемого молока, нужно принимать меры для восстановления лактации. Такая ситуация может возникнуть в любой момент – в роддоме в первые дни после родов (особенно если нормальное становление лактации было нарушено – осложнения родов или послеродового периода, тяжелое состояние новорожденного в первые дни), а также при кормлении детей более старшего возраста.

Иногда, чаще у молодых матерей, бывают непродолжительные периоды уменьшения продукции молока – так называемые лактационные кризы. В основе их лежит гормональная перестройка организма в сочетании с повышением двигательной активности женщины, а в некоторых случаях – с усталостью или стрессовой ситуацией. Лактационные кризы чаще всего возникают на 3-6-й неделе, 3, 4 и 7-м месяце лактации. Их продолжительность, как правило, составляет 3-4 дня, они имеют полностью обратимый характер и не вредны для здоровья ребенка. У некоторых женщин в процессе лактации такие кризы отмечаются несколько раз. Голодный криз – ситуация, когда малыш начинает расти очень быстро и ему не хватает того количества молока, которого хватало раньше. Чаще всего это случается на 4-й неделе, а также на 3, 7 и 11-м месяце лактации. Как и лактационный криз, это явление обратимое. Правильные действия, направленные на увеличение продукции молока, и отказ от докорма ребенка обычно помогают справиться с ситуацией, и через несколько дней вновь устанавливается динамичное равновесие между потребностью ребенка в молоке и продукцией его молочными железами.

Если продукция молока у матери уменьшилась, малыш беспокоеен, не наедается, нельзя начинать с докорма искусственной молочной смесью. Кормящая женщина и члены ее семьи должны приложить максимум усилий, чтобы увеличить выработку молока. Мать должна отложить все заботы и домашние дела, отдохнуть, принять теплый душ, хорошо растереть махровым полотенцем спину и плечи, сделать легкую гимнастику. Хорошо, если кто-нибудь из членов семьи сделает ей массаж шеи, затылка и плечевого пояса. Особенно полезен массаж спины вдоль позвоночника на расстоянии 1,5 см справа и слева от него.

Нельзя забывать также о режиме питания матери. Питание и питьевой режим должны быть полноценными, но не чрезмерными. Среди матерей существует мнение, что увеличение количества выпитой жидкости помогает увеличить продукцию молока. Но это не так. Наоборот, чрезмерное употребление жидкости увеличивает нагрузку на организм женщины и может угнетать лактацию. Для лучшей выработки молока можно рекомендовать женщине перед каждым кормлением выпивать чашку (150-200 мл) теплого свежесваренного чая (лучше – зеленого, не крепкого) с молоком или кисло-молочного продукта (кефир, йогурт, простокваша), фруктового сока, настоя шиповника. После окончания грудного кормления также нужно пополнить объем жидкости в организме – выпить чай с молоком, компот из сухофруктов, фруктовый сок или кефир.

Следует помнить, что для достаточной продукции молока наряду с правильным режимом и питанием решающее значение имеет частое регулярное прикладывание ребенка к груди и максимально полное освобождение молочных желез от молока.

Несколько дней мама должна покормить ребенка чаще,

чем обычно – каждые 2-2,5 ч, т. е. 10-12 раз в сутки, в т. ч. в ночные часы, даже в тех ситуациях, если малыш обычно ночью спит. Ночные кормления важны, так как именно ночью в ответ на кормление ребенка наиболее интенсивно вырабатывается гормон пролактин, отвечающий за выработку молока. Во время каждого кормления нужно давать малышу сосать обе груди, а после кормления немного сцеживать молоко для дополнительной стимуляции его образования (приблизительно по 10-15 мин каждую молочную железу).

Во время кормления мама должна сосредоточить свое внимание на ребенке, используя методики расслабления (аутотренинг, музыкотерапия). Она должна стараться как можно больше времени проводить вместе с малышом (для самых маленьких лучшим будет непосредственный контакт «кожа к коже»). Это не только успокаивает маму и малыша, но и повышает уровень «гормона любви» – окситоцина и «гормона материнства» – пролактина. Кроме того, малыш, отдохнувший у материнской груди, чаще и активнее будет её сосать.

Очень важно, чтобы отец ребенка и другие члены семьи помогли кормящей маме справиться с ситуацией, оказали ей всестороннюю психологическую поддержку, взяли на себя домашнюю работу, дали возможность поспать днем, помогли в уходе за ребенком ночью.

Нужно помнить: единственное, что может дать ребенку только мама, – это грудное молоко. Поэтому в сложной ситуации семья должна ей помочь и обеспечить возможность находиться вместе с ребенком как можно больше времени, кормить его как можно чаще.

Эндометриодные кисты яичников (обзор)

Гериева М.М.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, гинекологическое отделение, г. Алматы

Эндометриодные кисты и эндометриоз яичников занимают 2-е место после аденомиоза. Эндометриоз яичников является одной из самых распространенных причин болевого синдрома, проявляется дисменореей, диспареунией и приводит к бесплодию. Частота бесплодия при всех локализациях генитального эндометриоза примерно в 3-4 раза превышает частоту бесплодия в популяции, а частота самопроизвольного прерывания беременности (чаще в 1 триместре) колеблется от 10 до 50% [1].

Подтверждено также участие генетических факторов и влияние экологической среды в развитии заболевания. Уже доказана роль генов глутатион-S-трансферазы в развитии генитального эндометриоза. Гены GSTM, GSTT, GSTP влияют на развитие различных форм эндометриоза [2,3]. В частности, делеционное состояние гена GSTM, GSTP отвечает за развитие эндометриодных кист яичника.

Нет никакого сомнения в том, что эндометриоз является гормонозависимым заболеванием. Известно, что развитие эндометриоза происходит на фоне нарушений функционирования «гипоталамо-гипофизарно-яичниковой» системы [4]. Кроме того, обнаружено, что чувствительность рецепторов стероидных гормонов в эктопических очагах снижена или изменена, что проявляется резистентностью некоторых очагов эндометриоза к действию гормональных препаратов. Обзор литературы показывает, что не менее чем у 52-74% больных, получивших гормональную терапию, отмечается персистенция заболевания [1,4].

Наиболее распространенной теорией патогенеза эндометриоза является представление об имплантации жизнеспособных клеток эндометрия в области малого таза при ретроградной менструации. Ретроградная диссеминация клеток эндометрия продемонстрирована во множестве клинических исследований [5]. Тем не менее, этот процесс является физиологическим и происходит у всех женщин вне зависимости от наличия эндо-

метриоза.

Эндометриодные гетеротопии яичников классифицируются следующим образом:

I стадия - мелкие точечные эндометриодные образования на поверхности яичников и в брюшине прямокишечно-маточного пространства. Кистозные полости отсутствуют.

II стадия - эндометриодная киста одного яичника диаметром более 5 – 6 см, мелкие эндометриодные включения по брюшине малого таза. Незначительный спаечный процесс в области придатков матки без вовлечения кишечника.

III стадия - эндометриодные кисты обоих яичников различной величины (киста одного яичника диаметром более 5 см и небольшая эндометриома другого). Эндометриодные гетеротопии небольших размеров на серозном покрове матки, маточных труб и на париетальной брюшине малого таза. Выраженный спаечный процесс в области придатков матки с частичным вовлечением кишечника.

IV стадия - двусторонние эндометриодные кисты яичников больших размеров (более 6 см). Переход патологического процесса на соседние органы (мочевой пузырь, прямую и сигмовидную кишки), распространенный спаечный процесс.

Эндометриодные кисты представляются в виде образований с плотной капсулой, наполненных густым содержимым шоколадного цвета (отсюда прежние название «шоколадная киста»). Часто они сопровождаются спаечным процессом из-за микроперфораций кист во время менструации. Диаметр их редко превышает 12 см.

Клиническая картина. Эндометриодные кисты яичников сопровождаются болями внизу живота, нередко перитонеальными явлениями, связанными с микроперфорацией кист. При бимануальном исследовании больных сбоку или позади матки определяются опухолевидные образования овоидной или округлой формы, тугоэластической консистенции, ограниченной подвижности за счет спаечного процесса, резко болез-

ненные при исследовании. Характерно изменение размеров эндометриодных кист в зависимости от фаз менструального цикла. Диагностика облегчается при наличии других очагов эндометриоза.

Выраженность симптомов мало зависит от размера кисты. В то время как киста яичника больших размеров может не вызывать никаких симптомов и быть случайной находкой при профилактическом осмотре, минимальное распространение эндометриоза на брюшину малого таза и крестцово-маточные связки или прямокишечно-влагалищную перегородку вызывает тяжелейшую дисменорею, приводящую к потере трудоспособности. Из дополнительных исследований наиболее достоверные результаты дает лапароскопия, при которой выявляется опухолевидное образование с толстостенной капсулой, часто спаянное с задней поверхностью матки, брюшиной прямокишечно-маточного углубления, маточными трубами и серозным покровом прямой кишки. Иногда имеются мелкие очаги эндометриоза и фибриноидные наложения на брюшине малого таза.

При вовлечении в патологический процесс толстого кишечника целесообразно производить ирригоскопию, при которой обнаруживается стенозирование кишки на различном протяжении.

Лечение. Первым этапом лечения эндометриодных кист яичников является операция, что обусловлено как невозможностью другими методами добиться полного лечебного эффекта, так и онкологической настороженностью.

«Золотым стандартом» лечения эндометриоза яичников является – лапароскопия.

При лапароскопическом исследовании эндометриодные

кисты яичников определяются в виде образований округлой или овоидной формы, с плотной капсулой темно-синего оттенка и разрозненными участками сине-багрового цвета. Нередко, капсула этих кист интимно спаяна с задней стенкой матки. Оптимальные результаты дают полное удаление всех видимых очагов эндометриоза, резекция одного или обоих яичников в пределах здоровых тканей. Профилактика рецидивов эндометриодных кист заключается в последующей гормональной терапии. Назначаются производные андрогенов или агНРГ в течение 6 мес. Сочетание комбинированного лечения хирургического и гормонального позволяет оптимальное лечение эндометриодных кист [6].

Список литературы:

1. Brosens J.A. Ovarian endometriosis. //In.: Endometriosis.- 1995.- P.97-111.
2. Вихляева Е.М. Молекулярно-генетические детерминанты опухолевого роста и обоснование современной стратегии ведения больных лейомиомой матки. // Вопросы онкологии.- 2001.- Том 47. №2.-С. 200-204.
3. Гериева М.М. Роль генов «предрасположенности» семества глутатион-S-трансферазы в развитии эндометриоза //Акушерство, гинекология и перинатология.- 2003.-№1.- с. 60-62.
4. Адамян Л.В., Андреева Е.Н. Генитальный эндометриоз: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. // Методическое пособие для врачей.-М.- 2001.- 173 с.
5. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н., Эндометриозы. - М., Медицина. - Издание 2-е.- 2006. – 416с.
6. Дамианов И. Секреты патологии. Перевод с английского под редакцией Е.А. Коган.- М., МИА. - 2006. - 816 с.

Осложнения при лапароскопических операциях в гинекологической практике

Байназарова А.А.¹, Гериева М.М.¹, Джардемалиева Н.Ж.², Шардарбекова Д.Д.¹, Егай Л.Н.¹, Мирзахметова Д.Д.², Селищева Н.В.¹

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК¹, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова²

Развитие эндоскопической хирургии позволило расширить объемы хирургических вмешательств при лечении гинекологической патологии. Современное состояние эндовидеохирургии позволяет выполнять как органосохраняющие, так и радикальные операции. (Кулаков В.И., Адамян Л.В., 1996; Hezhat F., Hezhat C., 1992; Parker W.H., 1993) [1,2,3].

Повсеместное распространение эндоскопической хирургии наряду с несомненными преимуществами этой технологии сопряжено с определенным риском для здоровья пациенток, так как в 0,5-0,7% наблюдений сопровождается развитием ранее малоизвестных осложнений, требующих адекватной профилактики, диагностики и лечения. Осложнения по данным различных авторов составляют от 1% до 4% [1,2,3].

Осложнения условно подразделяются на обусловленные: анестезиологическим пособием; повреждениями при введении иглы Верриша (составляют около 40% всех осложнений лапароскопии); повреждениями при создании пневмоперитонеума; обусловленные повреждениями при введении троакаров; обусловленные кровотечением в послеоперационном периоде [4].

Повреждения крупных кровеносных сосудов и кишечника чаще всего происходит при введении первого троакара, поскольку его вводят вслепую или в условиях ограниченной видимости. Спаечный процесс увеличивает риск повреждения органов брюшной полости.

Частота урологических осложнений в лапароскопии составляет 0,42-1,6% [1,5]. Мочевой пузырь повреждают редко, так как перед началом исследования его обычно опорожняют с помощью катетера или устанавливают постоянный катетер

Фоли. Ранение мочеточника возможно при коагуляции участков эндометриоза брюшины, в ходе ампутации и экстирпации матки. Ранение мочеточника распознают интраоперационно менее, чем в 7% случаев[3,6]. В послеоперационном периоде у таких больных наблюдается развитие влагалищно-мочеточниковых свищей, образование уриномы с развитием мочевого перитонита.

Цель исследования

- анализ характера осложнений, возникших при операциях лапароскопическим доступом по данным отделения гинекологии ЦКБ МЦ УДП РК за период 2009-2011 гг.

Материал и методы исследования

В отделение гинекологии было проведено 761 лапароскопических операций. Возраст больных варьировал от 23 до 64 лет.

Соматический анамнез 170 пациенток (22,3%) был отягощен наличием железо-дефицитной анемии. Уровни анемии варьировали от 85 г/л до 72 г/л, что соответствует анемии легкой и средней степени. Анемия отмечена у больных миомой матки.

У 145 (20%) женщин имелось ожирение II-III степени. Спаечный процесс был отмечен у 211 женщин, что составило 29,1% от общего числа оперированных больных. Наличие спаечного процесса было связано с перенесенными лапаротомиями в анамнезе (от 1 до 3) у 65 пациенток (30,8%), наличием наружного эндометриоза 43,6% (92 женщины).

Сочетание миомы матки и опухолей яичника наблюдалось в 124 случаях (17,4%). Симультантная операция при наличии ЖКБ и миомы матки проведена у 12 пациенток (1,7%).

Результаты исследования

В последнее время процесс усложнения операций, выполнением лапароскопическим доступом, сопровождается рядом специфических проблем, которые были изучены в ходе анализа оперативных вмешательств. В таблице представлены виды лапароскопических операций.

Название операции	количество
Надвлагалищная ампутация матки	12 (1,7%)
Экстирпация матки	69 (9,5%)
Консервативная миомэктомия	120 (16,6%)
Операции на придатках матки	501 (69,2%)
Диагностическая лапароскопия	22 (3,1%)
Всего	724

Отмечается, что продолжительность оперативного лечения варьировала от 20±5,1 мин. до 150±8,4 мин. и зависела не только от вида оперативного вмешательства, но и от наличия спаечного процесса органов малого таза II-III степени.

Экстирпация и ампутация матки проводились у женщин с миомой матки размерами до 12 недель беременности. До 7-8 недель увеличение матки имело место у 22-х пациенток (30,5%), до 9-10 недель – у 31 женщины (43,1%), до 11-12 недель – 19 (26,4%) пациенток. Миома матки сочеталась с эндометриозом в 47% случаях, что имело гистологическое подтверждение.

Суправагинальное удаление матки по поводу миомы проводилось по абдоминальной методике при помощи марцелятора. При экстирпации матки в 69 (9,5%) использовалась методика комбинированной гистерэктомии, когда абдоминальным доступом отсекается связочный аппарат и маточные сосуды, удаление матки проводится через влагалище.

Консервативная миомэктомия произведена 83,3% (120) пациенткам с бесплодием. Величина миоматозных узлов варьировала от 5 мм до 120мм. Узлы размерами 5-20мм – 16,7% (20); от 21-50мм – 49,2% (59); от 51-100мм 25% (30); и более 100мм 9,1% (11).

Операции, проведенные по поводу бесплодия 35,5% (178 пациенток) выявили в 41,9% эндометриозные кисты и эндометриоз брюшины в 20,4% дермоидные кисты, поликистоз яичников в (14,2%), злокачественные новообразования (5%) и др. (18,5%). Все диагнозы подтверждены гистологическим исследованием.

Стоит отметить, что наружный эндометриоз интраоперационно был у 92 (43,6%) пациенток. У всех больных с эндометриозом во время операции иссекали очаги эндометриоза и эндометриозные инфильтраты. Коагуляции подвергались лишь единичные очаги на тазовой брюшине в отсутствие рубцевания подлежащих тканей.

Две пациентки, госпитализированы в послеоперационном периоде на 7 и 10 сутки с признаками мочевого перитонита, ранее оперированы в других клиниках. Показаниями для опера-

тивного вмешательства было бесплодие. Ранение мочеточников не диагностировано в ходе операции т.к. клинические проявления возникли после отторжения коагуляционного струпа.

Причиной возникновения мочевого перитонита (рис 1) послужило ранение мочеточников в ходе удаления очагов эндометриоза, путем коагуляции и при проведении адгезиолизиса из-за спаечного процесса органов брюшной полости. Произведена релапароскопия и установка стента на мочеточники.

Ранение кишечника произошло при введении центрального троакара. У пациентки имелся спаечный процесс после перенесенных лапаротомий (3 в анамнезе). Осложнение диагностировано интраоперационно, кишечник ушит лапароскопически. Послеоперационный период протекал без осложнений.

При установке надлобкового троакара отмечено ранение мочевого пузыря. Осложнение было диагностировано в ходе лапароскопии. Мочевой пузырь ушит.

У пациентки с эктопической беременностью, недостаточная коагуляция культи трубы привела к кровотечению. Произведена релапароскопия, коагуляция биполярным коагулятором культи трубы.

Таким образом, лапароскопические операции являются наиболее эффективным и безопасным видом хирургического лечения в гинекологии. Доля осложнений при лапароскопических операциях составила 0,4%, что соответствует данным литературы. Большой процент осложнений (75%) обусловлен спаечным процессом после повторного вхождения в брюшную полость и наличием соматических заболеваний с локализацией очагов близ вышеуказанных органов. Необходим тщательный отбор больных для лапароскопических операций с учетом относительных и абсолютных противопоказаний. Нужен дифференцированный подход к методам гемостаза.

Соблюдение всех правил проведения лапароскопии, опыт хирурга могут позволить минимализировать количество осложнений в ходе операции.

Список литературы:

1. Donnez J. Atlas of operative Laparoscopy and Hysteroscopy/ Third Edition (Encyclopedia of Visual Medicine). Informahelthcare, 2007.
2. Azziz R., Murphy A.A., Powers R.W., Taylor J.) Practical Manual of Operative Laparoscopy and Hysteroscopy.- New York: Springer, 2007.
3. В.И Кулаков, И.Б. Манухин, Г.М. Савельева/Гинекология Национальное руководство, Москва, 2009, стр. 164-172.
4. М.М. Высоцкий, И.Б. Манухин, М.А. Дигаева «Анализ причин осложненных операций лапароскопическим доступом у гинекологических пациенток», Эндоскопическая хирургия, 4, 2009, стр -33-36.
5. А. А. Попов, С. Л., Горский, Т. Н. Мананникова, Г. Г. Шагинян. Профилактика осложнений лапароскопической гистерэктомии. Материалы международного конгресса. Лапароскопия и гистероскопия в акушерстве и гинекологии. Москва. 2002, стр 483-484.
6. Barbosa Barros M, Lozano FS, Queral L. Vascular injuries during gynecological laparoscopy—the vascular surgeon's advice. Sao Paulo Med J. 2005 Jan 2;123(1):38-41.

Внематочная беременность

Кесикбаева З.А.

ГКП «Областной перинатальный центр г. Талдыкорган»

Несмотря на достижения современной медицины, внематочная беременность остается весьма серьезной проблемой. В последние 20 лет отмечается увеличение частоты этого осложнения беременности, что обусловлено увеличением числа аборт, воспалительных заболеваний органов малого таза, использованием внутриматочных спиралей, нейроэндокринных нарушений и высоким психоэмоциональным напряжением женщин в XXI веке.

Внематочная беременность (международное название – «эктопическая беременность») – это беременность, при которой

оплодотворенное плодное яйцо имплантируется (прикрепляется) вне полости матки.

В индустриально развитых странах средняя частота внематочной беременности составляет 1,2-1,7 % по отношению к общему числу беременностей. В Казахстане по данным НЦАГиП частота внематочной беременности - 1,4% от всех беременностей. Внематочную беременность относят к состояниям, требующим неотложной медицинской помощи, так как в случае несвоевременной диагностики и без адекватного лечения она может привести к смертельному исходу. В структуре материн-

Табл.1 Частота случаев внематочной беременности за 2009 – 2011 гг. по ГКП «Областной перинатальный центр г.Талдыкорган»

2009 год			2010 год			2011 год		
Абс.	% от общего количества гинекологич. больных	% от общего кол-ва полостных операций	Абс.	% от общего количества гинекологич. больных	% от общего кол-ва полостных операций	Абс.	% от общего количества гинекологич. больных	% от общего кол-ва полостных операций
143	9%	56%	102	6,1%	47%	154	6,8%	52%

ской смертности в 2009г. и 2010г. по причине внематочной беременности показатель МС составил 0,3 на 100 тыс. родившихся живыми, а удельный вес увеличился с 0,8% до 1,2%.

Причины и факторы риска развития внематочной беременности многообразны:

- перенесенные воспалительные заболевания придатков матки (наиболее опасной в этом смысле является хламидийная инфекция), хронический сальпингит обнаруживают примерно у половины женщин с внематочной беременностью;

- хирургические вмешательства на маточных трубах, перенесенная ранее эктопическая беременность (риск вероятности повторной внематочной беременности возрастает в 7-13 раз). После лапароскопической электрокоагуляции маточных труб внематочная беременность развивается в 50% случаев, а после сальпингостомии – в 15-20% случаев;

- использование внутриматочных контрацептивов;

- стимуляция овуляции;

- опухоли и опухолевидные образования матки и придатков;

- эндометриоз, для которого характерен спаечный процесс в малом тазу:

- генитальный инфантилизм;

- использование гормональных контрацептивов;

- аномалии развития половых органов;

- перенесенные ранее аборт;

- применение вспомогательных методов репродукции - ЭКО осложняется ВБ в 5%;

- риск внематочной беременности повышается с возрастом и наиболее высок у женщин 35-44 лет.

На фоне перечисленных патологических состояний нарушается физиологическое продвижение оплодотворенной яйцеклетки в сторону матки. Чаще всего среди всех локализаций внематочной беременности встречается трубная беременность - 97,7 %. По данным различных авторов плодное яйцо располагается в ампулярном отделе трубы в 50-80% наблюдений, в истмической части трубы от 13% до 40%, в интерстициальной части трубы у 2-3% пациенток и в области фимбрий трубы у 5-10%. Яичниковую, шеечную, брюшную, интралигаментарную и развивающуюся в рудиментарном роге матки беременность относят к редким формам внематочной беременности. Яичниковая беременность встречается в 0,2-1,3% случаев. Брюшная беременность наблюдается в 0,1-1,4% случаев. Частота шеечной беременности составляет 0,1-0,4 %. При этом плодное яйцо имплантируется в цилиндрическом эпителии канала шейки матки. Ворсины трофобласта глубоко проникают в мышечную оболочку шейки, что приводит к разрушению ее тканей и сосудов и заканчивается массивным кровотечением. Очень редко наблюдается и гетеротопическая (многоплодная) беременность, когда в полости матки имеется одно плодное яйцо, а другое располагается за пределами матки. Частота данной патологии возрастает в связи с использованием современных технологий вспомогательной репродукции (ЭКО), достигая в этих случаях частоты 1 на 100-620 беременностей.

Клиническая картина внематочной беременности зависит от расположения плодного яйца, срока беременности, прогрессирует ли беременность или она прерывается. В последнем случае клинические проявления зависят от характера прерывания беременности – по типу трубного аборта или разрыва трубы. Положительный тест на беременность, все признаки беременности на лицо (задержка месячных, тошнота, увеличение молочных желез и т.д.), но на УЗИ эмбриона не видно, а в нижней части живота нарастающая боль и, возможно, необычные выделения. Так в двух словах можно описать все симптомы внематочной

беременности. Трубная беременность обычно прерывается на 4-6-й неделе (значительно реже развивается до 8-недельного срока). Чаще трубная беременность прерывается по типу трубного аборта, что сопровождается схваткообразными болями, свидетельствующими о повреждении целостности плодного яйца. Характерно внезапное начало боли, которая может сопровождаться жалобами на резкую слабость, головокружение, тошноту, потливость. Возможна также потеря сознания. Боли могут отдавать в задний проход, поясницу, ноги. Обычно через некоторое время (несколько часов) после болевого приступа у 50-80 % пациенток из половых путей отмечается кровотечение или скудные темные, иногда коричневые кровянистые выделения. В большинстве случаев при трубном аборте не характерно наличие массивного внутрибрюшного кровотечения и острой анемии. Симптоматика стертая, течение заболевания обычно медленное, от нескольких дней до нескольких недель.

У каждой третьей пациентки нарушение внематочной беременности протекает по типу разрыва трубы, что сопровождается обильным кровотечением. У больных, как правило, отмечается резкая сильная боль внизу живота, отдающая в область прямой кишки, ключицу, подреберье. Имеет место резкое ухудшение состояния, слабость, холодный пот, потеря сознания, головокружение, тошнота, рвота. При внешнем осмотре отмечается заторможенность, апатия; бледность кожи и слизистых оболочек; бледность или цианоз губ; холодный пот; одышка. Вследствие значительной кровопотери при внутрибрюшном кровотечении имеет место шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, падение систолического артериального давления ниже 80 мм рт.ст.

Диагностика внематочной беременности часто бывает затруднена. Следует ориентироваться на данные анамнеза, влагалищного исследования и результатов УЗИ. Опытный врач УЗИ может увидеть признаки такой беременности на сроке от 4 недель. Даже если не удастся увидеть сам эмбрион, то врача должно насторожить уплотнение в маточной трубе, несоответствующий (меньший) сроку беременности размер матки, а также жидкость в позадматочном пространстве. А начиная с 6 недели беременности на УЗИ уже четко визуализируется сам плод. Проведение прицельной пункции прямокишечно-маточного углубления под контролем УЗИ при подозрении на прервавшуюся беременность повышает эффективность исследования в 1,5-2 раза, позволяя своевременно диагностировать минимальное внутрибрюшное кровотечение. Важное диагностическое значение имеет лапароскопия, которая позволяет визуально определить состояние матки, яичников, труб, объем кровопотери, локализацию эктопического плодного яйца, оценить характер течения беременности (прогрессирующая или нарушенная), а во многих случаях - провести оперативное лечение. Определение бета-субъединицы хорионического гонадотропина в настоящее время является вспомогательным тестом выявления прогрессирующей беременности. При нормальном течении беременности в первые 2-3 недели уровень ХГ удваивается каждые 1,2-1,5 суток, а с 3-й по 6-ю неделю – каждые 2 суток, к то время как при внематочной беременности ХГ растет медленнее.

Дифференциальную диагностику внематочной беременности следует проводить с: прогрессирующей маточной беременностью малого срока; угрожающим и начавшимся аборт; кистой желтого тела с кровоизлиянием; апоплексией яичника; воспалением придатков матки; дисфункциональным маточным кровотечением; перекутом ножки придаткового образования; нарушением кровообращения в узле миомы; острым аппендицитом, перитонитом. Основным методом лечения внематочной

беременности является хирургический. Однако в течение последних лет все чаще используют методики минимально инвазивной хирургии с целью сохранения трубы и ее функции. Во всем мире лапароскопия при лечении больных с внематочной беременностью стала методом выбора в большинстве случаев. Операцию со вскрытием брюшной полости обычно применяют для лечения тех пациенток, у которых имеются гемодинамические нарушения, а также при локализации плодного яйца в области рудиментарного рога матки. Кроме того, такой доступ является предпочтительным для хирургов, не владеющих лапароскопией, и у больных, где лапароскопический доступ заведомо затруднен (например, при выраженном ожирении, наличии в брюшной полости значительного количества крови, а также при выраженном спаечном процессе в брюшной полости). Выбор хирургического доступа и характера операции при трубной беременности зависит от общего состояния больной, объема кровопотери, выраженности спаечного процесса в малом тазе, локализации и размеров плодного яйца, качества эндоскопического оборудования и квалификации врача-эндоскописта.

Реабилитационные мероприятия после внематочной беременности должны быть направлены на восстановление репродуктивной функции после операции. К таковым относятся: предупреждение спаечного процесса, контрацепция, нормализация гормональных изменений в организме. Для предупреждения спаечного процесса широко используют физиотерапевтические методы: переменное импульсное магнитное поле низкой частоты, низкочастотный ультразвук, токи надтональной частоты (ультратонотерапия), низкоинтенсивную лазерную терапию, электростимуляцию маточных труб; УВЧ-терапию, электрофорез цинка, лидазы, а также ультразвук в импульсном режиме. Рекомендуется контрацепция, причем вопрос о ее длительности решается индивидуально, в зависимости от возраста пациентки и особенностей ее репродуктивной функ-

ции. Длительность гормональной контрацепции также сугубо индивидуальна, но обычно она не должна быть менее 6 мес после операции. После окончания реабилитационных мероприятий, прежде чем рекомендовать пациентке планировать следующую беременность, целесообразно по возможности выполнить диагностическую лапароскопию, позволяющую оценить состояние маточной трубы и других органов малого таза. Если при контрольной лапароскопии не выявлено патологических изменений, то пациентке разрешают планировать беременность в следующий менструальный цикл.

Резюме: В настоящее время отмечается увеличение частоты внематочной беременности, что обусловлено увеличением числа аборт, воспалительных заболеваний органов малого таза, использованием внутриматочных спиралей, нейроэндокринных нарушений и высоким психоэмоциональным напряжением женщин в XXI веке. Своевременная диагностика и оперативное лечение предотвращают возможные осложнения и летальные исходы. В каждом случае внематочной беременности нельзя забывать о реабилитационных мероприятиях, направленных на восстановление репродуктивной функции после операции.

Список использованной литературы:

1. Под редакцией Т.К.Кудайбергенова. «Руководство по оказанию неотложной помощи в перинатологии» - Алматы. 2010г. МЗРК. НЦАГиП.
2. Т.К.Кудайбергенов, Х.М.Бикташева «Анализ причин смерти беременных, рожениц и родильниц» - Алматы. 2011г. НЦАГиП.
3. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. А.Н.Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. - М.: Медицина, 2000.
4. Айламазян Э.К., Рязцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии // НГМА. - Нижний Новгород. 1997. - 171с.
5. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Оперативная лапароскопия в гинекологии. - Москва. 1995. - С. 68-69. - С. 128-129.

Сбалансированная инфузионная терапия препаратами Стерофундин® и Тетраспан®. Обзор литературы

Войновский Ю.В.¹, Жалгасбаев С.К.¹, Курбанов Р.Р.², Морозов А.С.², Олжаев С.Т.¹, Шамсутдинов Д.Я.²

ГКГП Алматинский региональный онкологический диспансер¹,

ГП на ПХВ городская больница скорой неотложной помощи², г. Алматы

Инфузионная терапия является одним из основных компонентов анестезиологического пособия и послеоперационного ведения пациента не только в отделениях реанимации, но и при дальнейшем лечении больных. Но она может дать оптимальный эффект только при четком понимании механизмов её действия.

Первоочередная задача инфузионной терапии во время оперативного вмешательства – обеспечение пациента водой и электролитами с учётом физиологических потребностей 'до' и 'во' время операции. Даже у здорового человека облигатные потери воды составляют в среднем 15мл/кг, т.е. до 1250мл (потери с мочой, дыханием, перспирацией и стулом). У большинства больных перед анестезией имеется относительная гиповолемия, являющаяся предпосылкой для развития гипотензии после вводной анестезии [1,2,3]. Большие по объёму операции сопровождаются кровопотерей в той или иной степени. Перспирация из зоны операции так же является источником водных потерь.

Сбалансированная инфузионная терапия занимает важное место в профилактике и лечении периоперационных осложнений, наиболее грозным из которых по праву считается нестабильная гемодинамика. Таким образом, рациональная инфузионная терапия является важнейшим компонентом анестезиологического пособия, поддерживающим гомеостаз [4].

Проведём небольшой экскурс в историю инфузионной терапии.

Первая внутривенная инфузия в форме прямой гемотрансфузии проведена в 1492 году римскому папе Иннокентию VIII. Погибли и три донора и реципиент. Ненадолго пережил их и врач, имя которого осталось неизвестным [5].

В 1832 году английский врач, Thomas Latta, введя в подкожную вену руки 3,4 литра жидкости больной холерой с критическим обезвоживанием, добился временного улучшения состояния, однако через 5 часов больная погибла. Это был нестерильный раствор NaCl и NaHCO₃ с примерным содержанием (моль/л) Na⁺ 58, Cl⁻ 49, HCO₃⁻ 9 и осмолярностью 116 мОсм [6,7].

В 1881 году Albert Landereg впервые применил 0,9% раствор поваренной соли, где по 154 ммоль/л ионов натрия и хлора практически обеспечивают изоосмотичность. Отсюда происходит название «изотонический» и даже «физиологический» раствор, хотя он гиперосмотичен, и концентрация ионов натрия и хлора значительно выше, чем в плазме крови. Это означает, что чем больше объём инфузии, тем вероятнее развитие метаболического гиперхлоремического ацидоза [8]. Введение жидкости неизбежно снизит концентрацию бикарбоната, создавая дилуционный ацидоз [9].

На следующий год Sydney Ringer добавил в рецептуру Ландерера хлориды калия и кальция, уменьшив содержание натрия хлорида [10].

1932 год. Alexis Frank Hartman ввёл в раствор Рингера лактат в качестве носителя резервной щёлочности. Таким образом, в растворе Хартмана присутствуют все необходимые ионы и носитель резервной щёлочности - лактат. На первый взгляд идеальный раствор. Но он содержит 130 ммоль/л натрия, в связи с чем гипотоничен. Гипотонические растворы повышают риск развития отёка головного мозга [11]. Ещё больше ограничивает его применение отрицательные свойства лактата - непредсказуемый метаболизм в случае нарушения функции печени [12], вероятность развития интерстициального отёка

головного мозга [13], усиление агрегации форменных элементов крови [14], увеличение метаболического потребления кислорода [15]. Разумеется, его нельзя применять при лактатацидозе. Казалось бы, проще всего добавить в инфузионный раствор бикарбонат натрия в качестве донатора HCO₃. Однако бикарбонат натрия в обычных растворах трудно сохранить, так как быстро образуется осадок карбоната кальция. Лактат при достаточной скорости аэробного окисления быстро метаболизируется в бикарбонат, увеличивая буферную ёмкость крови, компенсируя ацидоз. При недостаточности окислительного фосфорилирования в условиях гипоксии этот предшественник бикарбоната усугубляют лактатный ацидоз.

Приблизительно за 30 минут инфузионный кристаллоидный раствор равномерно распределяется между плазмой крови и межклеточной жидкостью, причём в сосудистом русле остаётся не более 20% инфузироваемого объёма. При переливании 5% раствора глюкозы (Biedl, Krause, 1896) глюкоза перемещается в клетки (при отсутствии сахарного диабета), а чистая вода равномерно распределяется между плазмой, внеклеточным и внутриклеточным пространством. Более 60% инфузироваемого объёма окажется в клетках, около 30% во внеклеточном пространстве и 7% останется в сосудистом русле.

Таким образом, для того, чтобы поддерживать внутрисосудистый объём для достижения нормоволемии и гемодинамической стабильности при помощи кристаллоидов, придётся ввести примерно в 4 раза больше жидкости, чем предполагаемый внутрисосудистый дефицит. В англоязычной литературе для описания проблем чрезмерного введения кристаллоидов с целью поддержания кровообращения в условия его недостаточности применяется термин «HAGIE» (Hospital Acquired Generalised Interstitial Edema - ятрогенный генерализованный интерстициальный отёк). При показаниях к переливанию препаратов крови или коллоидов заменить их кристаллоидами невозможно [4].

Сбалансированный электролитный раствор.

На данный момент единственным кристаллоидом, отвечающим всем требованиям инфузионной терапии с точки зрения сбалансированности по электролитному составу и содержанию донаторов резервной щёлочности, является Стерофундин изотонический® (Б.Браун, Германия).

Таблица 1.

Состав	Стерофундин изотонический	Тетраспан 6	Плазма	0,9% натрия хлорид
натрий	140	140	142	154
калий	4	4	4,5	-
кальций	2,5	2,5	2,5	-
магний	1,0	1,0	0,85	-
хлор	118	118	105	154
HCO ₃	-	-	24	-
лактат	-	-	1,5	-
ацетат	24	24	-	-
малат	5	5	-	-
		ГЭК130\0, 42- 60	Альбумин 30-52	

Кроме электролитов, сбалансированный электролитный раствор содержит донаторы резервной щёлочности - ацетат

(уксусная кислота) и малат (L-яблочную кислоту). Эти анионы метаболизируются с получением HCO_3^- . Потенциальный избыток оснований данного сбалансированного электролитного раствора (BE pot) равен 0 ммоль/л. Это означает, что после введения Стерофундина изотонического®, метаболизм ацетата и малата не изменяет кислотно-основной баланс.

Ацетат и малат преобразуются в бикарбонат в клетках всех тканей организма, поэтому их метаболизм не замедляется у тяжёлых пациентов и у пациентов с нарушением функции печени, полностью метаболизируются в эквивалентное количество бикарбоната. Малат требует для преобразования в бикарбонат в 2 раза меньше кислорода, чем лактат и повышает биодоступность сукцината в клетке, будучи инфузионным антиоксидантом и антигипоксантом, так как является энергетическим субстратом цикла Кребса и субстратом цикла синтеза мочевины, что усиливает детоксикационную функцию печени [16,17,18,19,20].

Все инфузионные растворы, не содержащие физиологического буферного бикарбоната, вызывают гемодилюционный ацидоз. Если уровень метаболизируемых анионов в инфузионном растворе превысит уровень, требуемый для достижения нейтральности, то разовьётся инфузионно-индуцированный или реактивный алкалоз. Наличие метаболического ацидоза или алкалоза требует медикаментозной коррекции и дополнительных материальных затрат. Метаболический алкалоз всегда ятрогенный. При pH 7,58 и выше летальность пациентов составляет примерно 50% [21].

Стерофундин изотонический® предотвращает изменение pH, развитие гиперхлоремии и уменьшение буферной ёмкости крови.

Таким образом, Стерофундин изотонический® незаменим при необходимости переливания больших количеств жидкостей, особенно в случае экстренного начала инфузионной терапии, когда ещё нет лабораторных данных пациента, когда инфузионную терапию вынуждены проводить врачи, не имеющие достаточной подготовки в этой области и в условиях отсутствия лабораторного контроля водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса.

Сбалансированный коллоидный раствор.

Среди плазмозаменителей чаще всего применяются препараты гидроксиэтилированного крахмала (ГЭК). Преимущества и недостатки различных препаратов ГЭК, показания и противопоказания к их применению достаточно полно освещены в литературе [1,2,3,4].

А нужна ли сбалансированность электролитного состава коллоидному раствору?

С появлением на рынке Республики Казахстан препарата Тетраспан® 130/0,42 (Б.Браун, Германия), стало возможным избежать многих негативных последствий массивной инфузионной терапии. Тетраспан 130/0,42 представляет собой гидроксиэтилированный крахмал в сбалансированном электролитном растворе с донаторами резервной щелочности – ацетат, малат, которые активируются в случае развития ацидоза, либо не активируются в случае нормального кислотно-основного состояния крови больного. Этот факт особенно актуален при оказании экстренной медицинской помощи, при невозможности определения КОС вследствие отсутствия необходимой аппаратуры, периоперационном ведении больного.

Применение Стерофундин изотонический® и Тетраспан® не только предотвращает изменение pH, развитие гиперхлоремии и уменьшение буферной ёмкости крови [4], но и не влияют на функцию почек [22] и систему гемостаза.

Эффективность сбалансированной инфузионной терапии.

Применение сбалансированной инфузионной терапии с использованием сбалансированного кристаллоида и сбалансированного коллоида имеют преимущества перед традиционным несбалансированным режимом:

1. Отсутствует влияние на гемостаз при сравнении с несбалансированным режимом *in vitro*.

2. При сбалансированном режиме показатели электролитов, pH и BE достоверно меньше изменяются.

3. Сбалансированный режим не оказывает влияние на уровень изменения BE, функцию эндотелия сосудов, развитие системного воспалительного ответа, функцию почек.

Выводы

В мировой практике происходит постепенный, но неизбежный переход от традиционного режима инфузионной терапии, основанного на использовании 0,9% раствора натрия хлорида к режиму, в котором применяются растворы, сбалансированные по составу, максимально приближенные к составу плазмы крови и содержащие донаторы резервной щёлочности.

Литература

1. Франке Р. Восполнение объема циркулирующей крови с использованием коллоидных растворов. // *Анестезиология и реаниматология*. 1999. 3. С.70-76.
2. Arturson G. Thorent L. *Fluid therapy in shock*//World J.Surg. 1983. Vol.7-573-580.
3. Савченко В.П., Савченко Т.В. *Терапия критических состояний. Стратегия и тактика*. М. 2004.
4. Решетников С.Г., Бабаянц А.В., Проценко Д.И., Гельфанд Б.Ф. *Инфузионная терапия в периоперационном периоде* // *Интенсивная терапия*, 2008, №1(13) стр.35-49.
5. Cosnett JE. *The origins of intravenous fluid therapy*. *Lancet* 1989; 768-71.
6. Latta T. *Relative to the treatment of cholera by the copious injection of aqueous and saline fluids into the veins*. *Lancet* 1831; 2:274-7.
7. Shaughnessy W. *Proposal of a new method of treating the Blue Epidemic Cholera by the injection of highly-oxygenised salts into the venous system*. *Lancet* 1831; 366-71.
8. Малышев В.Д. *Кислотно-основное состояние и водно-электролитный баланс в интенсивной терапии*. М. Медицина. 2005.
9. Lang W, Zander R. *Predicthion of delusional acidosis based on the revised classical dilution concept for bicarbonate*. *J.Appl. Physiol*. 2005; 98:62-71.
10. Ringer S. *Concerning the influence exerted by earh of the constituents of the blood on the contraction of the ventricle*. *J. Physiol*. 1883-1884: 4:29-42.222-5.
11. Hennes. H – J.Schadel - *Hirn-Trauma*. In *Neuroanesthesie (J-P. Jantzen, W. Loffler, Eds.)*
12. Berry M.N. *The liver and lactic acidosis*. *Proc.R.Soc. Med*. 1967; 60:1260-1262.
13. Siegal G., Agranoff B., Albers R.: *Basic Neurochemistry (molecular, cellular an medica aspects)*, 5 th ed., Copyright 1994, Raven Press, N-Y, 1080 p.
14. Zander R. *Fluid Management*. 2009. P.26.
15. Ahlborg G., Hagenfeldt L., Wahren J. *Influence of lactate infusion on glucose and FFA metabolism in man*. *Scand.J. Clin.Lab. Invest*. 1976;36:193-201.
16. Барышев Б.А., Айламазян Э.К. *Инфузионно-трансфузионная терапия акушерских кровотечений*. СПб. «Издательство Н-Л». 2006, стр.19-21.
17. Барышев Б.А. *Кровезаменители. Компоненты крови. Справочник для врачей*. СПб. 2005г, стр.160.
18. Шульпекова Ю.О. *Печёночная энцефалопатия и методы её коррекции*. *Consilium medicum*. Том 7, № 1/2005, стр.9.
19. Kuze S., Ito Y., Miyahara N. *Expiration of radioactive carbon dioxide by rast after administration of isotopic lactate and acetate*. *Acta Medica Biologica* 1986; 34: 93-102.
20. Zander R. *Physiologie und Klinik des extrazellularen Bicarbonat-Pools: Pladoyer Fur einen bewubten Umgang mit HCO3-. Infusionssther* *Tranfusioonsmed* 1993; 20:217-235.
21. Wilson R. F, Gibson D, Percinel A. K et al. *Severe alkalosis in critically ill surgical patients* // *Arch. Surg*. 1972. -105. -197-203.
22. Морозов Ю.А., Чарная М.А., Дементьева И.И. *«Агрегация эритроцитов: роль в патологии и пути профилактики. Пособие для врачей»*. М. 2010.

Инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ) критических состояний в детской практике

Штейгервальд Ф.Ф.¹, Невзорова Т.А.²

ОРИТ¹, ГККП «Городская детская больница»¹, Отделение II этапа новорожденных²,
ГККП «Областная детская больница»², г. Костанай
УДК 616-053.2-08

Несмотря на огромное количество экспериментальных и клинических исследований, выполненных в направлении ИТТ у детей, проблема оптимальной схемы волемиического возмещения до сих пор не имеет окончательного решения. Существуют аргументы, как в пользу приоритетного использования коллоидов, так и кристаллоидов. Остаётся неясным вопрос о частоте и значимости побочных эффектов, связанных с введением искусственных плазмозаменителей у детей. Кроме того, проблема выбора инфузионных сред имеет и экономическую значимость. Так, по данным зарубежных и отечественных исследований потребления лекарственных средств (ЛС) в отделениях реанимации, более 70% всех расходов на ЛС составляют затраты на инфузионную и антибактериальную терапию.

При внутривенном введении лекарственных препаратов детям необходимо помнить о том, что для них, особенно младенцев, очень опасно введение гиперосмолярных растворов, так как это чревато ВЖК (внутрижелудочковым кровоизлиянием), нарушением гемодинамики, тромбофлебитом. Поэтому все препараты должны разводиться в 3-5 раз. При этом необходимо учитывать объем физиологического раствора, использованного в течение суток для разведения, так как он может быть довольно большой.

При дегидратации в детском возрасте первично преобладает изотонический тип, а по мере ее прогрессирования формируется гипертонический тип с гипернатриемией и гиперосмолярностью, несмотря на первичный дефицит натрия.

При определении степени дегидратации можно пользоваться дефицитом массы тела. У детей до 1 года: 1 степень – до 5%, 2 степень – 5-10%, 3 степень – более 10%. У детей старше 1 года: 1 степень – до 3%, 2 степень – 3-6%, 3 степень – более 6%. Но чаще всего приходится ориентироваться на клинические данные.

Так, при 1 степени дегидратации (дефицит 30-50 мл/кг) вследствие централизации кровотока появляется бледность и снижение тургора кожных покровов, сухость слизистых. При изо- или гипотоническом типе дегидратации жажда может отсутствовать. Часто это стадия клинически может ничем не проявляться или отмечается легкая тахикардия, диурез нормальный, но по отношению к введенной жидкости может быть сниженным. Ребенок должен быть госпитализирован в общее отделение при возможности оральной регидратации, объем которой определяется по формуле: ФП + дефицит + продолжающиеся потери; 50% этого объема вводится в течение первых 6 часов в виде раствора регидрона или цитроглюкосолана, остальной объем – в течение 18 часов.

При дефиците 2 степени (60-110 мл/кг) присоединяется серо-землистый оттенок кожи вследствие капиллярного спаджирования и метаболического ацидоза, замедление расправления кожной складки на животе, олигурия менее 1 мл/кг/час, тахикардия до 150% от нормы, повышен шоковый индекс и индекс циркуляции. Ребенок беспокоен, плачет без слез, быстро истощается. Необходима госпитализация в ОРИТ и парентеральное восполнение дефицита жидкости в течение 2-3 суток. Объем рассчитывается по той же формуле, 50% восполняют в течение первых 6 часов, 25% - в последующие 6 часов, остальное – за оставшиеся сутки. Признаками эффективности является снижение тахикардии, стабилизация ЦГД, увеличение почасового диуреза до 50% от введенной жидкости и улучшение

Инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ) является одним из важнейших компонентов интенсивной терапии большинства критических состояний. С этой целью на протяжении достаточно длительного периода времени в клинической практике используют широкий спектр кристаллоидных, коллоидных растворов, препаратов и компонентов крови. В данной работе представлен опыт проведения ИТТ у детей, структура инфузионных сред, тактика и стратегия инфузионной программы, а так же сравнительная характеристика синтетических кровезаменителей, препаратов и компонентов крови.

«Infuzionno-transfuzionnaja therapy (ITT) Critical conditions in children's practice»

Shteigervald F.F.¹, Nevzorova T.A.²

ICU¹, SPCE "Pediatric town hospital of Kosnatay"¹,
Branch of II stage of newborns², SPCE «Regional children's hospital»²

Kostanay

Infusion-transfusion therapy (ITT) is a critical component of an intensiv therapy, the majority of critical states. For this purpose, for a sufficiently long period of time in clinical practice using a wide range of crystalloid, colloid solutions, medicines and blood components. This paper presents the experience of ICT in children, the structure of infusion media, tactics and strategy of the infusion of the program, as well as Comparative characteristics of synthetic blood substitutes, drugs and blood components.

«(ИТТ) инфузия - трансфузия терапиясы кризистік күйлердің бала тәжірибесінде»

Штейгервальд Ф.Ф.¹, Невзорова Т.А.²

ИТРБ¹, ҰҚКК «Қостанай қаласының қалалық балалар ауруханасы»¹ Туған балалардың екінші кезеңінің Отделениесі²,

ҰҚКК «Облыстық бала ауруханасы»² Қостанай

Инфузия - трансфузия терапиясы (ИТТ) ең маңызды компоненттердің бірі қарқынды болып табылады кризистік күйлерді көпшіліктің терапиялары. Бойыда осы мақсатта ұзақ жеткілікті клиникалық тәжірибедегі уақыт аралығы кең спектр кристаллоид, коллоид қолданады ерітінді, препараттар және қанның компоненттері. Қасында иттің өткізін тәжірибе осы жұмыста елестетке балалар, инфузия орталарының құрылымы, инфузия бағдарламасының тактика және стратегиясы, былайша синтетикалық қан алмастырушылар, препараттар және қанның компоненттерінің салыстырмалы мінездемесі.

микроциркуляция. На вторые сутки тактика ведения как при дегидратации 1 степени.

При дефиците 3 степени (110-160 мл/кг) нарушается сознание, появляется мышечная гипотония, похолодание и мраморность кожных покровов, нарушается центральная гемодинамика и развивается ангидремический шок. Может отмечаться менингизм, очаговая симптоматика и патологические типы дыхания, большой родничок втянут, глазные яблоки размягчены, кожа пергаментная с резко сниженным тургором. У ребенка резко выражена тахикардия, снижено ЦВД, повышен ШИ (шоковый индекс) и снижен индекс циркуляции. Однозначно

развивается ДВС-синдром, метаболический ацидоз. В первые 2 часа основной задачей является стабилизация центральной гемодинамики. Для этого проводится противошоковая терапия большими объемами – до 110 мл/кг/час на фоне введения ганглиоблокаторов (0,1-0,15 мг/кг) или дроперидола, при этом АД должно уменьшиться не более чем на 10%. Эти препараты необходимы, чтобы раскрыть периферию и коррегировать ДВС-синдром. Параллельно применяется сода – 5 мл/кг. Обязательно использование инотропов в течение первых 2 часов терапии (допамин, норадреналин).

При стабилизации центральной гемодинамики дальнейший расчет проводится по формуле, при этом из рассчитанного объема необходимо вычесть объем жидкости, инфузированной за первые 2 часа терапии. Тактика такая же, как и при дегидратации 2 степени, в дальнейшем (2-3 сутки) – как при дегидратации 1 степени. Окончательная ликвидация дефицита и нормализация диуреза относительно объема введенной жидкости возможна только к концу 3 суток. Признаками благоприятного течения являются: снижение шокового индекса, увеличение индекса циркуляции, что свидетельствует о переходе к гипердинамическому режиму кровообращения, увеличение диуреза более 0,5 мл/кг/час за первые сутки и более 1 мл/кг/час во 2-е сутки.

Качественный состав инфузии в каждом случае определяется видом дегидратации, но в любом случае необходимо избегать резкого снижения осмолярности. В тяжелых случаях перерасчет и коррекция производятся каждые 2-3 часа.

За последние 10 лет в нашей практике определилась достаточно четкая стратегия проведения ИТТ с целью коррекции водно-электролитных и метаболических нарушений.

Структура используемых нами инфузионных сред и количество детей (в процентах), которым проводилась ИТТ, представлены в таблице:

Инфузионная среда	Количество больных, %	
	2001-2005 гг.	2006-2010 гг.
Изотонические кристаллоиды	100%	100%
Глюкоза 5-10%	100%	100%
Растворы желатина(гелофузин)	65%	73,4%
ГЭК(стабизол, рефортан)	15%	4%
Декстраны	6,7%	0
Альбумин (10-20%)	18,5%	8%
СЗП	12%	7,5%
Эритроцитарная масса	3%	5,5%

Наибольшее распространение получила схема, основу которой составляет сочетание глюкозо - солевых растворов и искусственных коллоидов, а при необходимости альбумин, СЗП, эритроцитарная масса.

Как видно из таблицы основной инфузионной средой для коррекции «волемического провала» является Гелофузин. Полученные нами данные позволили констатировать отсутствие существенных побочных эффектов и достаточную гемодинамическую эффективность этого плазмозаменителя. Нами использовался модифицированный сукцинированный желатин в качестве препарата выбора и при менингококковом сепсисе. По результатам предварительного исследования не

было выявлено отрицательного влияния на исходы применения препарата модифицированного сукцинированного желатина так же у новорожденных и недоношенных детей.

По нашим данным гелофузин в дозе 30-70 мл/кг и глюкоза - солевые растворы в дозе до 100 мл/кг оказались достаточно эффективными для лечения септического шока у детей.

Частота использования ГЭК в ОРИТ значительно уменьшилась, и практически он использовался только при отсутствии (по техническим причинам) модифицированного сукцинированного желатина.

Безусловно, на сегодняшний день в стратегии устранения гиповолемии всё более чётко определяются показания к назначению тех или иных инфузионных сред. Так, использование СЗП в нашей практике, является только дефицит факторов свёртывания крови, клинически манифестированный или подтверждённый соответствующими лабораторными параметрами - коагулопатия потребления в сочетании с кровотечением. Альбумин назначался только для коррекции белка.

Таким образом, опыт нашей работы на протяжении более 10 лет показывает, что:

- составление инфузионной программы у детей, в отличие от взрослых, является сложной задачей, требующей от врача не только высокую квалификацию, но и умение ориентироваться в нюансах ИТТ, знание показаний и возможных осложнений при лечении детей с гиповолемией.

- применение декстранов (полиглюкин, гемодез и др.) потерял свою актуальность.

- показания к назначению СЗП значительно сузились не только с позиций материальных затрат, а в большей степени с точки зрения существующих проблем со скринингом безопасных доноров в условиях заметного роста ВИЧ - инфицированных граждан и лиц страдающих гепатитом «В» и «С».

- коллоидный плазмозаменитель Гелофузин широко применяется в нашей практике, препарат обладает положительным влиянием на состояние гемодинамики и кислородтранспортную функцию кровообращения. В нашей практике за годы применения Гелофузина побочных эффектов на введение препарата не наблюдалось.

Список литературы:

1. Александрович Ю.С., Пшениснов К.В. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных. Пособие для врачей. СПбГПМА. – 2008. – 68 с.
2. Гордеев В.И., Александрович Ю.С. АВС инфузионной терапии и парентерального питания в педиатрии. Пособие для врачей. – СПб. – 2006. – 64 с.
3. Маркова И.В., Шабалов Н.П. Клиническая фармакология новорожденных. – СПб.: СОТИС, 1993. – 372 с.
4. Михельсон В.А. Интенсивная терапия в педиатрии: практ. руково. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 552 с.
5. Основы реанимации и интенсивной терапии в педиатрии и детской хирургии: Учебное пособие / Под ред. Л.А. Кривцовой, Л.А. Ситко, Н.В. Соболюка. – Омск: Издательство ОмГМА, 2007. – 293 с.
6. Педиатрия: Учебник для мед. вузов / Под ред. Н.П. Шабалова. – 4-е изд., испр. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2007. – 911 с.
7. Практическое руководство по детским болезням. Неотложная педиатрия / под ред. Б.М. Блохина. – М.: Медпрактика, 2005. – 61 с.
8. Селбет С.М., Кронэн К. Секреты неотложной педиатрии. Пер. с англ. / Под ред. Н.П. Шабалова. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 480 с.

Оценка системы кровообращения у больных с хирургическими инфекциями, осложненными сепсисом

Сачко А.А.

КГП «Костанайская областная больница», Республика Казахстан, г. Костанай.

Кафедра факультетской хирургии (зав. – проф. Бордуновский В.Н.) ГБОУ ВПО «Челябинской государственной медицинской академии Минздрава РФ».

В последнее десятилетие широкое признание получила воспалительная теория развития сепсиса, которая оказалась универсальной для патофизиологической концепции и других критических состояний (эклампсии, тяжелой черепно-мозговой травмой, острого респираторного дистресс-синдрома). Хотя ведущим в клинике и танатогенезе сепсиса является все же синдром гемодинамических нарушений [3].

Цель исследования

Найти особенности изменений системы кровообращения у больных с различными по этиологии вариантами тяжелого хирургического сепсиса.

Материалы и методы

В исследование включены 410 больных, у которых течение хирургического заболевания осложнилось тяжелым сепсисом, верифицированным по критериям, предложенным R.S. Bone (1992). Все пациенты были сопоставимы по возрасту и сопутствующей патологией, а так же по тяжести состояния, которая по шкале SAPS была оценена более 12 баллов, а по шкале SOFA более 17 баллов.

Гемодинамика изучалась методом импедансометрии по технологии, предложенной А.А. Астаховым (1994). От удара к удару сердца за 500 ударов оценивалось состояние пяти показателей кровообращения: HR – частоты сердечных сокращений, SV – ударного объема сердца, CO – сердечного выброса, EF – фракции выброса и TOE – амплитуды револвны периферических сосудов. Регистрация показателей кровообращения осуществлялось до начала анестезии, оперативного лечения и интенсивной терапии.

Статистическая обработка полученных данных проводилась общепринятыми методами вариационной статистики. Величина статистически значимых различий определялась по критерию Стьюдента ($p < 0,05$).

Причина развития тяжелого сепсиса у изучаемой совокупности больных представлена в таблице №1.

Таблица 1. Нозологические причины развития хирургического сепсиса.

№	Нозологические причины	Абс.	%
1	Гнойный перитонит	117	28,5
2	Эмпиема плевры	78	19,2
3	Флегмона мягких тканей	68	16,6
4	Панкреонекроз	57	13,9
5	Гнойный медиастинит	55	13,4
6	Урогенный сепсис	35	8,4

Наиболее частой причиной развития у изучаемой группы хирургических больных тяжелого сепсиса явилась внутрибрюшная инфекция, осложненная гнойным перитонитом. В совокупности с панкреонекрозом данная группа больных составила 42,4% от всего количества пациентов.

В ходе исследования были выявлены определенные различия в показателях, характеризующих состояние системы кровообращения у больных с тяжелым сепсисом (таблица №2).

Таблица 2. Показатели гемодинамики больных с тяжелым сепсисом.

Причины тяжелого сепсиса	HR уд/мин	SV мл	CO л/мин	EF %	TOE мом
Гнойный медиастинит	103 ±4,2	48 ±1,1	4,9 ±0,2	61,6 ±0,2	76,2 ±2,2
Эмпиема плевры	82±0,4 *	58,6±0,2 *	4,8±0,2	66±0,2 *	42±1,1 *
Флегмона мягких тканей	114,6±2,9 **	56,2±3,4	6,4±0,15 */**	61,8±0,2 **	46,2±1,1 *
Гнойный перитонит	102,8±0,6 **/****	62,4±1,0 */**	6,3±0,1 */**	66,7±0,8 ***	46,8±0,1 */**
Панкреонекроз	94,4±0,3 **/****/****	74±0,1 */**/****/****	6,9±0,2 */**	66±0,2 */****	51±0,8 */**/****/****
Урогенный сепсис	92±0,1 */**/****/****	55±0,2 */**/****/****	5±0,2 ***/****/****	66±0,3 */****	20±0,3 */**/****/****

* различия достоверны в сравнение с 1 группой ($p < 0,05$)
 ** различия достоверны в сравнение с 2 группой ($p < 0,05$)
 *** различия достоверны в сравнение с 3 группой ($p < 0,05$)
 **** различия достоверны в сравнение с 4 группой ($p < 0,05$)
 ***** различия достоверны в сравнение с 5 группой ($p < 0,05$)

Согласно данным в представленной таблице, больных с тяжелым сепсисом можно разделить на 2 группы в зависимости от величины сердечного выброса. В первую группу вошли пациенты с нормодинамическим вариантом кровообращения. Данный вариант гемодинамики был отмечен у 168 (41%) больных с гнойным медиастинитом, эмпиемой плевры, урогенным сепсисом. Вторая группа образована из 242 (59%) больных с гипердинамическим вариантом кровообращения. Это пациенты с флегмоной мягких тканей, гнойным перитонитом, панкреонекрозом.

Внутри выделенных групп также были отмечены достоверные различия в значениях некоторых показателей гемодинамики. В первой группе у пациентов с гнойным медиастинитом отмечены достоверно более низкие величины ударного объема сердца и более высокие амплитуды периферического сопротивления в сравнение с аналогичными показателями у больных с эмпиемой плевры и урогенным сепсисом. У пациентов последней названной группы регистрировалась выраженная вазоконстрикция.

Гемодинамический профиль больных второй группы характеризовался определенной однородностью изменений. И лишь у пациентов с панкреонекрозом отмечены достоверно высокие величины ударного объема сердца и соответственно меньше тахикардия в сравнение с аналогичными показателями у больных с гнойным перитонитом и флегмоной мягких тканей.

В ранний послеоперационный период септический шок развился у 127 (31%) пациентов, из них умерло 80 (63%). При ретроспективном ранжировании умерших больных по исходному гемодинамическому профилю получены следующие данные. Наибольший процент пациентов с неблагоприятным исходом имели до операции гипердинамический вариант кровообращения. Из 80 умерших больных у 58 (72,5 %) был исходно высокий сердечный выброс и низкое периферическое сопротивление.

Таким образом, в группе больных с хирургическими инфекциями наиболее частой причиной тяжелого сепсиса является внутрибрюшная инфекция. Доминирующим вариантом кровообращения у изучаемой совокупности больных явился

гипердинамический вариант, который формируется в ответ на гиперметаболизм, характерный для септического процесса. Больные с высоким сердечным выбросом и низким периферическим сопротивлением наиболее угрожаемые по развитию септического шока с прогностически неблагоприятным исходом, что требует дальнейшего изучения вариантов коррекции этих нарушений как при поступлении больного, так в ходе анестезии и интенсивной терапии, не забывая о том, что инфузионная терапия, респираторная поддержка, фармакологические препараты также по разному изменяют условия функционирования гемодинамики [2].

Влияние повторного оперативного вмешательства при перитоните на летальность

Сачко А.А.

ГКП «Костанайская областная больница», Республика Казахстан, г. Костанай. Кафедра факультетской хирургии (зав. – проф. Бордуновский В.Н.) ГБОУ ВПО «Челябинской государственной медицинской академии Минздравсоцразвития РФ»

Введение

Значительную роль, как причины смерти, так и других неблагоприятных исходов лечения перитонитов, играет исходное состояние больного и тяжесть хирургического вмешательства [6]. Разумеется, личный опыт хирурга очень важен для принятия клинического решения. Однако ни один врач не обладает достаточным практическим опытом, чтобы распознать все трудноуловимые, быстро протекающие, взаимодействующие процессы, которые имеют место у больных перитонитом.

Начиная с 1952 года и до настоящего времени, предпринимаются попытки обеспечить количественный подход к оценке тяжести состояния больных: шкалы APACHE II [7], SAPS [8], Мангеймский перитониальный индекс [9], а также к прогнозированию повторных оперативных вмешательств: прогностический индекс релапаротомии [10], индекс брюшной полости [6]. Количественный результат дает более достоверное доказательство, позволяет оценить ошибку [4].

Однако редко удается с помощью названных выше шкал прогнозировать индивидуальный клинический исход. Можно лишь судить о вероятности того или иного исхода. Поэтому в настоящее время существует необходимость использования шкал максимально приближенных к индивидуальной оценке тяжести состояния пациента и риска релапаротомии.

Цель исследования

Изучить возможность применения шкал, для индивидуальной оценке тяжести состояния и вероятности повторных оперативных вмешательств у пациентов с распространенным перитонитом.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное когортное исследование с анализом 187 историй болезни пациентов с перитонитом, находившихся на лечении в клинике хирургических болезней ЧелГМА, на базе ГКБ № 10 г. Челябинска. Средний возраст пациентов $48 \pm 0,5$ (16-81) лет, среди них 54,5% мужчин. Причины развития перитонита представлены на рис. 1.

Согласно полученным данным, среди причин развития перитонита доминировали: прободение опухоли толстой кишки, деструктивные формы аппендицита и травмы живота. Местный перитонит был диагностирован у 46 (25%) пациентов, соответственно распространенная форма перитонита у 142 (75%) больных. Показатель летальности в изучаемой госпитальной категории достигал 25%.

В зависимости от количества хирургических вмешательств и исхода все пациенты разделены на восемь групп (табл. 1).

Оценка тяжести состояния больных проводилась по шкале

Список используемой литературы:

1. Астахов А.А. Физиологические основы биоимпедансного мониторинга гемодинамики в анестезиологии (с помощью системы Кентавр) // Челябинск. 1996 – т.1. - С. 174.
2. Иванов Г.Г. // Анестезиология и реаниматология – 1996. - № 5. - С. 10-12.
3. Интенсивная терапия. Пер. с англ. / Под ред. А.И. Мартынова – М: ГЭОТАР Медицина, 1998 С. 639.
4. Bonne R.C. // JAMA -1992.-Vol.268. - P. 3452-3455.

Оценка риска повторных оперативных вмешательств пациентов с перитонитом

Проведено ретроспективное когортное исследование с анализом 187 историй болезни пациентов с перитонитом. Средний возраст пациентов $48 \pm 0,5$ (16-81) лет, среди них 54,5% мужчин. Оценка тяжести пациентов проводилась по шкале APACHE II, тяжести органических нарушений по шкале SOFA, тяжести интраабдоминальной инфекции по Мангеймскому перитониальному индексу, прогностическому индексу релапаротомии и индексу брюшной полости. Результат исследования показал, что оптимальным в выборе тактики хирургического лечения распространенного перитонита является определение тяжести состояния пациента по шкале APACHE II и тяжести абдоминального патологического процесса с помощью индекса брюшной полости.

APACHE II [7], а органических дисфункций по шкале SOFA [11]. Вероятность повторных оперативных вмешательств оценивалась с помощью Мангеймского перитониального индекса (МПИ) [9], пороговое значение которого составляет 26 баллов [5]. Наряду с МПИ вероятность релапаротомий оценивалась подсчетом прогностического индекса релапаротомии (ПИР). В случае значения суммы менее 10 баллов, вероятность реоперации составляет 8%, а при сумме 15 и более баллов 100% пациентов должны быть оперированы повторно [10]. Кроме того, риск повторных оперативных вмешательств также документировался с помощью расчета индекса брюшной полости (ИБП), пороговой величиной которого была сумма равная 12 баллам [2].

Статистическая обработка материала проводилась общепринятыми методами вариационной статистики. Относительный риск релапаротомий рассчитывался как отношение числа повторно оперированных больных к числу пациентов, не подвергшихся релапаротомии в изучаемой выборке. При оценке тяжести изучаемой госпитальной популяции был применен анализ дожития Каплана – Мейера в интервале 5, 10, 28 сутки от начала заболевания, как отношение числа выживших к числу наблюдавшихся больных к началу интервала [9]. Эффективность изучаемых шкал определялась размером площади под характерологической кривой соотношения чувствительности и специфичности данной шкалы [9]. Достоверность изменения изучаемых показателей определялась методом углового преобразования Фишера. Корреляционный анализ проводился по общепринятой системе с применением таблицы корреляции Спирмена [3].

Результаты и обсуждение

Все пациенты в изучаемой выборке были стратифицированы

по тяжести состояния и выраженности органических нарушений (табл.2).

Согласно полученным данным тяжесть состояния больных возрастает в зависимости от формы перитонита, коррелирует с частотой релапаротомий и исходом заболевания. Исключением явился лишь результат сравнения полученных данных в 6-ой (умершие пациенты с распространенным перитонитом и 2-3 релапаротомиями) и 7-ой (выжившие пациенты с распространенным перитонитом, оперированные более трех раз) группах, где не было получено достоверных различий в оценке тяжести состояния пациентов. Оценка по шкале SOFA коррелировала с исходом заболевания. В 4,6,8 группах с неблагоприятным исходом сумма баллов по этой шкале была достоверно выше, чем в группах выживших пациентов.

В зависимости от количества релапаротомий был рассчитан относительный риск наступления летального исхода и проведено сравнение с вероятным показателем летальности, определяемым по шкале APACHE II, в процентном отношении (табл. 3).

В группах умерших пациентов с одной и более трех повторных операций реальный относительный риск наступления летального исхода практически совпал с расчетным показателем летальности. В группе больных с 2-3 релапаротомиями расхождение составило не более 4%. Кривые дожития Каплана – Мейера представлены на рисунке 2, из данных которого видно, что 28 дневная выживаемость была выше у пациентов с одной повторной операцией в сравнение с аналогичным показателем у пациентов, оперированных два и более раз.

На следующем этапе исследования все пациенты были оценены по специализированным в отношении перитонита шкалам (табл. 3). Оценить риск вероятности повторных операций с помощью МПИ, согласно полученным данным, оказалось невозможно в связи с отсутствием корреляции между результатами расчета этого индекса и ре-

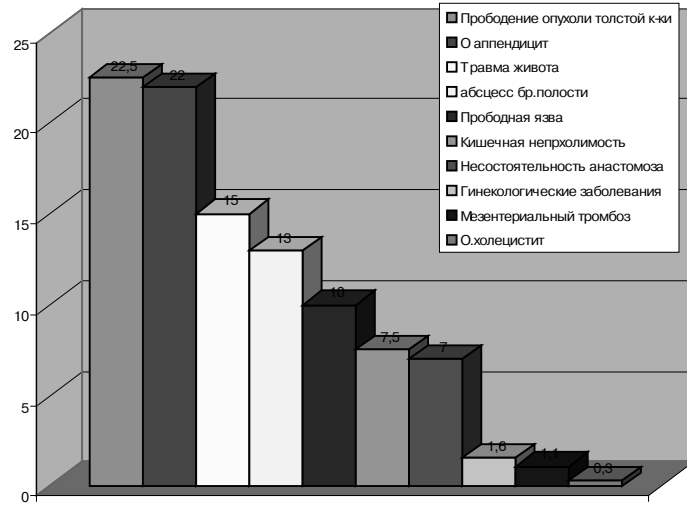
альным количеством релапаротомий у исследуемых групп больных. Однако величина МПИ коррелировала с исходом заболевания ($r=0,87 \pm 0,02$).

Прогностические возможности ПИР так же оказались ограниченными. Не было получено корреляции величины ПИР с количеством релапаротомий в группах выживших больных с распространенным перитонитом (3,5,7 группы). И лишь достоверное изменение значений ПИР было получено при сравнении этого показателя у выживших пациентов с 2-3 релапаротомиями (5 группа) и умерших больных с аналогичным количеством повторных операций (6 группа). Кроме того, достоверные изменения в величине ПИР были

зафиксированы в 7 и 8 группах (больные, оперированные более трех раз с различным исходом).

Значение индекса брюшной полости имело высокую прямую корреляционную связь с количеством релапаротомий у исследуемой госпитальной популяции ($r=0,88 \pm 0,03$). С увеличением суммы баллов ИБП возрастал риск повторных оперативных вмешательств. Результаты измерения площади под кривой соотношения чувствительности и специфичности указывает на высокую прогностическую возможность ИБП ($AUR = 0,92 \pm 0,023$).

В настоящее время продолжает быть дискуссионным вопрос о преимуществах и недостатках релапаротомии «по требованию» и «по программе». Каждая точка зрения под-



Причины развития перитонита у изучаемой популяции больных

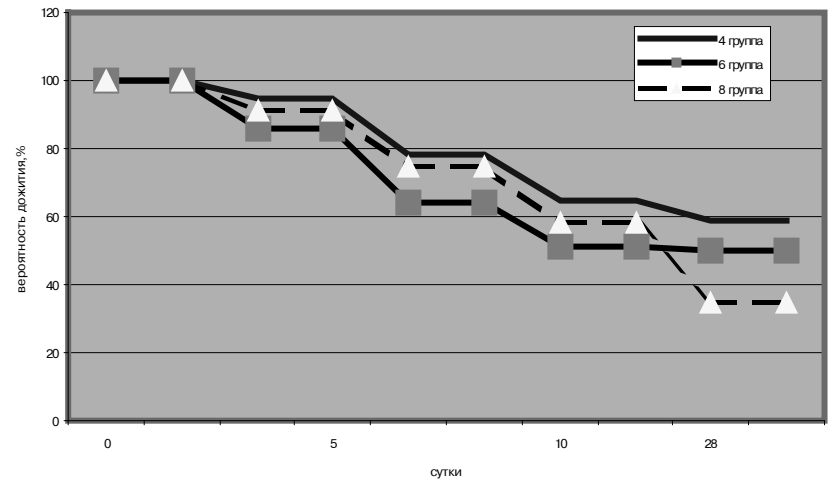


Рисунок 2. Кривые дожития больных в зависимости от релапаротомий

Таблица 1. Характеристика групп больных с перитонитом, включенных в исследования (n=187)

Группы	Форма перитонита	абс (%)	Количество релапаротомий	Исход заболевания
1	местный	46 (25)	-	выздоровление
2	распространенный	17 (9)	-	выздоровление
3	распространенный	25 (34)	1	выздоровление
4	распространенный	17 (9)	1	умерли
5	распространенный	37 (19,7)	2-3	выздоровление
6	распространенный	13 (7)	2-3	умерли
7	распространенный	17 (9)	более 3	выздоровление
8	распространенный	15 (7,9)	более 3	умерли

Таблица 2. Результат стратификации больных по тяжести состояния и числу органических нарушений (n=187)

Группы	Оценка по шкале APACHE II, баллы	Оценка по шкале SOFA, баллы
1	7,4 ± 0,4	0,4 ± 0,1
2	8,4 ± 0,2*	1,3 ± 0,4
3	12,5 ± 0,4*	1,8 ± 0,2
4	17,4 ± 0,6*	4,6 ± 0,4*
5	23,8 ± 0,4*	1,6 ± 0,2*
6	16 ± 0,8*	4,3 ± 0,1*
7	16,9 ± 0,9	1,9 ± 0,2*
8	19,9 ± 0,4*	3,6 ± 0,3*

Примечание: * разница показателей достоверна в сравнение с предыдущей группой ($p < 0,05$)

Таблица 3. Сравнения рассчитанного относительного риска с реальным показателем летального исхода

Группы	ОР	Диагностический интервал	Разница с расчетным по АРАСНЕ II показателем летальности, %
4	0,68	95%; 0,72 – 0,64; p=0,03	- 1%
6	0,35	68%; 0,45 – 0,25; p = 0,06	- 4%
8	0,9	95% 1,3 - 0,5; p = 0,01	0%

Таблица 4. Стратификация пациентов в зависимости от результата оценки по перитониальным шкалам

Группы	МПИ, баллы	ПИР, баллы	ИБП, баллы
1	13,7 ± 2,4	3,9 ± 0,4	8,2 ± 0,8
2	20,6 ± 0,3*	5,1 ± 1,5	9,5 ± 0,3
3	21,8 ± 1,2	6,2 ± 0,6	16,3 ± 0,4*
4	27,0 ± 3,5	10,3 ± 1,6	18,6 ± 0,5*
5	19,2 ± 2,3	10,8 ± 1,6	19,7 ± 0,1
6	28,3 ± 0,1*	20,0 ± 0,1*	23,0 ± 0,3*
7	19,2 ± 0,5*	13,3 ± 0,5*	25,0 ± 0,2*
8	30,1 ± 0,8*	20,0 ± 0,8*	25,1 ± 0,3

Примечание: * разница показателей достоверна в сравнение с предыдущей группой (p<0,05)

тверждается достаточным количеством исследований, которые в XXI веке не привели к определенному консенсусу разных хирургических школ. Выбор тактики хирургического лечения и режимов этапного оперативного вмешательства должен быть строго индивидуальным. Необходима объективная оценка тяжести состояния больного и тяжести самого перитонита. Хирургическое лечение должно использоваться в строгом соответствии с ожидаемой пользой и тяжестью операционной травмы, чтобы достичь позитивных результатов [1].

Выводы:

1. Тактика лечения перитонита должна быть основана на индивидуальной оценке больного.

2. Оптимальным в выборе тактики хирургического лечения распространенного перитонита является определение тяжести состояния пациента по шкале АРАСНЕ II и тяжести абдоминального патологического процесса с помощью индекса брюшной полости.

3. Увеличение количества релапаротомий более трех повышает риск наступления летального исхода, соответственно, уменьшает показатель 28 дневной выживаемости.

Литература

1. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. Выбор режима этапного хирургического лечения распространенного перитонита // *Анналы хирургии* 2009. - № 4. - С. 5-10.
2. Савельев В.С., Филимонов М.И., Подачин П.В. и др. Выбор лечебной тактики при распространенном перитоните // *Анналы хирургии* 1998. - № 6. - С. 32-36.
3. Сергеев В.И., Бондарева И.Б. *Математическая статистика в клинических исследованиях*. М.: ГЭОТАР «Медицина», 2000. - 256с.
4. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. *Клиническая эпидемиология*. М.: «Медиа Сфера» 1998. - 352 с.
5. Billing A., Frohlich D., Schdberg F.W. *The peritonitis Study group. Prediction of outcome using the Mannheim Peritonitis index in 2003 patients* // *Brit. J. Surg.* 1994. - Vol. 81, № 2- P. 209-213.
6. Buck N. *The report of a confidential Enquiry into Preoperative Deaths* // *J. Clint. Anaesth.* - 2008. - № 1- С. 55-56.
7. Knaus W.A., Sun V., Nyston P. -O., Wagner D.P. *Evaluation of definition for sepsis* // *Chest.* - 1992. - Vol. 101.- P. 1656-1662.
8. Le Gall J.R., Lemeshow S., Saulmer F.A. *New Simplified Acute Physiology Score based on a European* // *JAMA.* - 1984. - Vol. 270.- P. 2957-2963.
9. Linder M. *Mannheim Peritonitis index* // *JAMA.* - 1992.- Vol. 330: 2876- 2882.
10. Pusajo J.E. *Postoperative intraabdominal requiring reoperation* // *Arch. Surge.* - 1993. - Vol. 128, № 2. - P. 218-228.
11. Vincent J.-L. *The SOFA to describe organ dysfunction failure* // *Intensive Care Med.* - 1996. - Vol. 22, № 5. -P. 707-710.

Современные подходы к инфузионно-трансфузионной терапии акушерских кровотечений

Шевченко А.Н.

КГП «Костанайская областная больница»

Кровотечения во время беременности, родов и раннем послеродовом периоде являются одной из ведущих причин материнской смертности. В большей мере это относится к массивной кровопотере (более 25-30% ОЦК), обуславливающей развитие геморрагического шока.

Инфузионно-трансфузионная терапия акушерских кровотечений должна учитывать:

- реологические, гемостатические свойства крови и кислотно-основное состояние беременных;
- степень участия компенсаторно-приспособительных реакций на кровопотерю;
- влияние инфузионно-трансфузионных сред на волевические, реологические и гемостатические свойства крови и кислотно-основное состояние.

При неосложненном течении беременности к моменту родов волевические сдвиги выражаются гиперволевической гемодилуцией: прирост ОЦК 1000-1200 мл на 80% за счет ОЦП (800-850 мл) и на 20% за счет ОЦЭр (200-350 мл), гематокрит 30-35%. Реологические сдвиги проявляются повышением относительной вязкости крови, снижением КОД до 22 мм рт.ст., снижением осмолярности на 10 мосм/л (275-280 мосм/л), повышением агрегации эритроцитов. Повышается первичный и вторичный гемостаз. Развивается компенсированный метаболический ацидоз.

При течении беременности, осложненной гестозом, железодефицитной анемией, предлежанием плаценты, прирост ОЦК незначителен или отсутствует. КОД ниже 22 мм.рт.ст., осмоляр-

ность ниже 275 мосм/л. Более выражено повышение относительной вязкости крови и агрегации эритроцитов. Нарушения гемостаза протекают по типу подострого или хронического ДВС-синдрома. Метаболический ацидоз уже декомпенсирован.

Кровопотеря у беременных женщин и рожениц приводит в сочетанное действие механизмы формирования приспособительных, компенсаторных и защитных реакций.

Наблюдающиеся во время беременности увеличение эластичности вен и уменьшение реакции на катехоламины снижает эффективность приспособительной реакции, компенсирующей кровопотерю до 10-15% ОЦК, за счет сужения емкостных и резистентных сосудов. Вторая приспособительная реакция – тахикардия - поддерживает адекватный минутный объем кровообращения. Эти реакции наступают при скорости кровопотери 20-50 мл/мин. Третья реакция – гиперкоагуляция - стремится уменьшить объем кровопотери.

Компенсаторная реакция в виде спазма прекапиллярных сфинктеров приводит к восполнению кровопотери от 10 до 20% ОЦК за счет аутогемодилуции. В первые 2 часа в сосудистое русло из тканей поступает только вода и электролиты, а в последующие сутки ещё и белки. Эта реакция наступает при скорости кровопотери до 20 мл/мин. При массивной кровопотере (более 30% ОЦК) приспособительные и компенсаторные реакции не состоятельны.

Улучшение реологии крови может быть связано с уменьшением относительной вязкости крови, повышением КОД, дезагре-

гацией эритроцитов и гемодилуцией. Каждые 500 мл коллоидов, внутривенно введенные в течение 15 мин, снижают гематокрит на 4-6%. При гемодилуционном снижении гематокрита менее 28% может развиваться гемодилуционная коагулопатия.

Производные желатина (гелофузин, желатиноль) не оказывают специфического ингибирующего воздействия на первичный и вторичный гемостаз, в то время как производные декстрана и гидроксиптилкрахмала (ГЭК) обладают таким действием. Декстраны уменьшают адгезивность тромбоцитов, снижают активность фактора Виллебранда, оказывают дезагрегантное действие, снижают активность коагуляционной части молекулы фактора У111, блокируют молекулу фибриногена, увеличивают чувствительность фибринового сгустка к лизису плазмином, оказывают «силиконизирующий» эффект. Препараты ГЭК за счет «силиконизирующего» эффекта снижают адгезию и агрегацию тромбоцитов, снижают активность факторов У111 и 1Х, антитромбина 111 и фибриногена.

Рецептура электролитных растворов определяет их свойства – осмолярность, изотоничность, ионность и резервную щелочность.

Каждые 500 мл изоосмолярных электролитов, введенные внутривенно в течение 15 мин, вызывают 100%-ный волемиический эффект. В течение последующих 15 мин 80% воды перемещается в интерстиций, а 20% воды остается в сосудистом русле, т.е. волемиический эффект снижается со 100% до 20%. Вода введенного раствора глюкозы 5% распределяется уже между сосудистым руслом (7-10%), интерстициальным (28%) и внутриклеточным (65%) пространствами.

При беременности и кровопотере сдвиги кислотно-основного состояния в сторону компенсированного или декомпенсированного метаболического ацидоза требуют включения в электролиты носителей резервной щелочности (гидрокарбоната, лактата и ацетата).

При акушерских кровотечениях показано применение изоосмолярных, полиионных электролитов (рингер) с носителями резервной щелочности (рингер-ацетат).

В настоящее время среди переносчиков газов крови выделяют естественные (эритроциты) и искусственные – растворы модифицированного гемоглобина (гелен-пол) и эмульсии перфторуглеродов (перфторан).

Влияние перфторана на газотранспорт определяется увеличением кислородной ёмкости до 7 об. % и динамикой газообмена: суммарной поверхности газообмена и растворимости кислорода в среде. Суммарная поверхность газообмена при введении перфторана в дозе 10 мл/кг составляет 45000 м² при 3500 м² в 5 л крови. Растворимость кислорода в среде перфторана увеличивается до 40 об.%. Это обусловлено образованием из частичек перфторорганических соединений кислородных каналов, проводимость кислорода по которым в 20-25 выше, чем в окружающей плазме. Частицы перфторана (0,07 мкм), в отличие от эритроцитов (7 мкм), свободно проходят через спазмированные, частично тромбированные и сладжированные сосуды. Перфторан вызывает дезагрегацию тромбоцитов, снижает концентрацию фибриногена, активность фактора Х111 и повышает фибринолитическую активность.

Немаловажное значение имеет обоснованное применение компонентов крови (трансфузионных сред) – эритроцитов (эритроцитной массы, эритроцитной массы с удаленным лейкотромбослоем, эритроцитной взвеси, эритроцитной взвеси с удаленным лейкотромбослоем, отмытых эритроцитов, эритроцитной массы замороженной, свежемороженой плазмы (СЗП) и концентрата тромбоцитов).

Основную и ведущую роль в кислороднотранспортной функции донорских эритроцитов играет промежуточный компонент гликолиза – 2,3 – дифосфоглицерат. Он исчезает из эритроцитов через 7 дней хранения в консерванте CPD или глюцидир, через 10 дней – в консерванте CPDA-1 и через 15 дней – в ресуспендирующем растворе SAGM. Это затрудняет диссоциацию оксигемоглобина и передачу кислорода тканям. Его содержание в донорских эритроцитах после переливания восстанавливается

в кровотоке реципиента лишь через 12-24 часа. Это следует учитывать при замещении дефицита эритроцитов женщинам с выраженными проявлениями анемической гипоксии.

С первых часов хранения в эритроцитной массе спонтанно образуются агрегаты тромбоцитов. В течение суток в них включаются лейкоциты. Вокруг тромбоцитарнолейкоцитарных агрегатов формируются нити фибрина. В процессе последующего хранения число микроагрегатов размером от 4 до 200 мкм прогрессивно нарастает. Переливание таких эритроцитов через стандартную систему с фильтром 170-200мкм не предотвращает микротромбоэмболию сосудов легких и развитие респираторного дистресссиндрома. Уменьшить число микроагрегатов можно двумя путями. Первый – применять эритроциты с удаленным лейкотромбослоем или обедненные лейкоцитами (лейкофильтрованные), второй – использовать при переливании эритроцитов микроагрегатные фильтры.

Вместе с переливаемыми эритроцитами пациент получает и донорские лейкоциты, которые, являясь источником нежелательных иммунологических эффектов (фебрильных негемолитических реакций, респираторного дистресссиндрома, иммуносупрессии и др.) и передачи клеточно-ассоциированных вирусных инфекций, снижают эффективность лечения. Профилактика этих эффектов заключается в применении эритроцитной массы (взвеси), обедненной лейкоцитами (лейкофильтрованной).

Гемостатический потенциал СЗП на момент переливания зависит от условий её замораживания, хранения и размораживания. Замораживание СЗП согласно международным стандартам (ниже -30°C в течение не более 1 часа) не изменяет её гемостатический потенциал. Использование для этих целей бытового морозильника (-18°C в течение 24 часов) приводит к значительному снижению её гемостатического потенциала, вызванного потреблением факторов свёртывания.

Размораживание СЗП методом теплообмена (+37°C в течение 20 мин) приводит к снижению активности фактора У111, независимо от метода замораживания. Повышение воды выше +37°C или спонтанное размораживание СЗП приводит к значительному снижению её гемостатического потенциала.

Объем и структура инфузионно-трансфузионных сред зависит как от объема кровопотери, так и причин акушерских кровотечений, нарушения биологического гемостаза или их сочетанием.

Литература:

1. Барышев Б.Л. Синдром ДВС. Интенсивная терапия угрожающих состояний. - Мед.изд-во.- СПб.-2002.- с.152-163
2. Воробьев А.И., Городецкий В.М., Шулуто Е.М., Васильев С.А. Острая массивная кровопотеря. – М.:ГЭОТАР-МЕД. – 2001. – с.176
3. Дуткевич И.Г. Патогенетическое обоснование принципов трансфузионной терапии острой кровопотери.//Трансфузиология. №5. – 2001. – с.30-41
4. Коньчева Е.А., Данаева С.Д., Сумская Г.Ф. и др. Состояние системы гемостаза у беременных с гестозом на фоне инфузионной терапии.// Акушерство и гинекология. №2.- 1997. – с.19-23
5. Кровотечения при беременности и во время родов: клиника, принципы интенсивного лечения, профилактика.// Метод.реком. рекомендации (Лен.НИИ гематол. И перел.крови). Л.- 1984. – с.29
6. Релина М.А. Кровотечения в акушерской практике. М.: Медицина. – 1986.- с.176
7. Селиванов Е.А., Барышев Б.А., Кобилянская В.И., Андожская И.В., Куренкова В.В., Папаян Л.П. Влияние методов замораживания и размораживания плазмы крови на активность прокоагулянтов и антитромбина III. //Трансфузиология, №4 2001. – с.61-66.
8. Трансфузиологическая помощь при лечении острой массивной кровопотери у родильниц.// Методические рекомендации МЗ РФ и ГНЦ РАМН.- М.: 2000. – с.232
9. Шевченко Ю.Л., Жибурт Е.Б. Безопасное переливание крови: руководство для врачей. – СПб.: 2000. – с.232
10. Шифман Е.Н., Тиканадзе А.Д., Вартапов В.Я. Инфузионно-трансфузионная терапия в акушерстве. Петрозаводск: изд-во Интел/Тек. – 2001.- с.304

Регионарная анестезия при хирургических, урологических и травматологических операциях

Коразов Б.Б.

Областной медицинский центр г. Кызылорда

Статья посвящена применению регионарных методов анестезии при различных оперативных вмешательствах выполненных в условиях Областного медицинского центра г. Кызылорда. Эпидуральная и спинальная анестезия с применением современного анестетика бупивакаина показала свою эффективность и безопасность при операциях на нижнем этаже брюшной полости и нижних конечностях. Анестезия с использованием бупивакаина обеспечивает более стабильные показатели гемодинамики, чем при использовании лидокаина.

Интерес к применению методов регионарной анестезии при хирургических и травматологических операциях всегда был достаточно высоким. Все методы общей и регионарной анестезии имеют свои преимущества и недостатки. Методики проведения вариантов регионарной анестезии, их преимущества, недостатки, осложнения и влияние на организм хорошо описаны в литературе (1,2,3). Различные авторы отдают предпочтение эпидуральной анестезии (ЭА), спинальной анестезии (СА), комбинированной спинально-эпидуральной анестезии (КСЭА) в самостоятельном виде или в сочетании с общей анестезией (ОА) в условиях искусственной вентиляции легких (ИВЛ) (4,5,6).

Преимуществами регионарных методов анестезии в сравнении с ОА являются полная блокада болевой импульсации из зоны анестезии, снижение общего периферического сопротивления (ОПСС), и главное, возможность сохранения сознания и самостоятельного дыхания, что позволяет избежать осложнений связанных с ОА и ИВЛ (7). В сравнении с ЭА, СА характеризуется четкой идентификацией субарахноидального пространства по наличию ликвора, меньшим количеством местного анестетика, быстрым наступлением эффекта. ЭА характеризуется возможностью выполнения на любом уровне, а СА только в поясничном отделе. Пролонгированная ЭА стала весомым компонентом послеоперационного обезболивания и интенсивной терапии. С появлением техники катетеризации эпидурального пространства и возможности дополнительного введения анестетика, ЭА стала пользоваться большей популярностью, ввиду того, что СА ограничена временем действия местного анестетика (8,9,11). Эту проблему решает вариант сочетанного использования СА и ЭА, сначала в виде двухуровневой методики, а затем и разработки методики комбинированной спинально-эпидуральной анестезии (КСЭА), «игла через иглу», при пункции на одном уровне. КСЭА сочетает в себе быстрое наступление эффекта как при СА, и возможность длительного поддержания анестезии, как при ЭА (4,10). За последние десятилетия популярность КСЭА значительно возросла. Если в 90-х годах прошлого века эта методика была фактически неизвестна, то на сегодняшний день КСЭА используется широко. КСЭА препятствует развитию тканевого метаболического ацидоза, повышению кортизола в крови, активности трансаминаз, ослабляет активность системы комплемента, снижает интраоперационную кровопотерю, предупреждает развитие послеоперационного пареза кишечника. Данные эффекты сочетанной КСЭА связаны с эффективной блокадой симпато-адреналовой и гипоталамо-гипофизарно-адреноренальной системы (10).

С появлением современных местных анестетиков длительного действия (бупивакаин, нарופן) возможности использования СА значительно расширились (7).

Цель исследования

- изучить эффективность регионарных методов при хирургиче-

ских операциях на нижнем этаже брюшной полости и травматологических и сосудистых операциях на нижних конечностях.

Материалы и методы исследования

Данные исследования основаны на результатах работы Отделения анестезиологии и реаниматологии Областного медицинского центра г. Кызылорды. Регионарные методы анестезии внедрены с 1990 года. До 2000 года методы регионарной анестезии применялись редко. Основным препаратом для ЭА был 2% лидокаин. С появлением новых одноразовых наборов фирмы В.Враун для проведения ЭА и СА, и современных местных анестетиков Бупивакаина и Наропина наблюдается неуклонный рост процента регионарной анестезии в структуре плановых и экстренных анестезий. За последние 3 года было выполнено свыше 1500 регионарных анестезий с использованием новых препаратов.

В данном исследовании использованы данные оперативного лечения 178 взрослых пациентов, оперированных в плановом и экстренном порядке по поводу хирургических, травматологических и сосудистых заболеваний. Средний возраст больных составил $40,5 \pm 14,0$ лет, средний вес пациентов составил $72,9 \pm 10,7$ кг, средний рост пациентов составил $169,2 \pm 7,4$ см.

Основная масса оперативных вмешательств выполнялась в плановом порядке. Распределение пациентов по видам операций представлено в таблице 1.

Таблица 1 Распределение пациентов по структуре оперативных вмешательств и видам анестезии

	Эпидур. анестезия	Спинальн. анестезия	Плано-вых	Экстрен-ных
Аппендэктомия	18	10	-	28
Грыжесечение, пластика пахово-мошоночной грыжи	33	13	25	21
Геморроидэктомия	9	9	18	-
Иссечение свища прямой кишки, сфинктеропластика	3	8	11	-
Иссечение анальной трещины	-	5	5	-
Чрезпузырная аденомэктомия	11	2	13	-
Трансуретральная резекция простаты	16	9	25	-
Открытый остеосинтез бедренной кости	9	-	9	-
Радикальная флебэктомия	6	17	23	-
Всего	105	73	129	49

У экстренных травматологических пациентов применяли только ОА, поскольку состояние травматического шока не позволяло выполнить регионарную анестезию. В условиях травматического шока ЭА и СА могут вызвать декомпенсацию кровообращения и состояние неуправляемой гипотонии. У экстренных хирургических пациентов с ущемленными паховыми грыжами, острым аппендицитом, проктологическими заболеваниями при отсутствии явлений перитонита выполняли ЭА или СА.

Все пациенты проходили стандартное предоперационное обследование, включающее общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму, электрокардиограм-

му, рентгенографию грудной клетки, консультации смежных специалистов. Обязательно выясняли аллергологический анамнез. Степень анестезиологического риска оценивали по шкале Американской ассоциации анестезиологов (ASA). Средняя степень риска составила $1,5 \pm 0,8$ баллов, что говорит, что в исследование включены относительно здоровые люди с несерьезными сопутствующими заболеваниями.

По методам анестезии пациенты были распределены на 3 группы:

1. Эпидуральная анестезия на основе лидокаина (n=35);
2. Эпидуральная анестезия на основе бупивакаина (n=70);
3. Спинальная анестезия на основе бупивакаина (n=73).

Для проведения ЭА использовали наборы фирмы «B. Braun» (Германия) и Valton (Польша). Пункцию эпидурального пространства проводили под местной анестезии 0,25% новокаином на уровне L₁-L₂, L₂-L₃ иглой 18G в положении пациента лежа на боку. Осуществляли катетеризацию эпидурального пространства, направляя катетер вверх или вниз в зависимости от вида оперативного вмешательства. Затем вводили тест дозу лидокаина 80 мг (Шымкентфарм, Казахстан) или бупивакаина 15 мг (Grindex, Латвия). Наблюдали пациента в течение 5 минут. Если не было признаков наступления спинальной блокады, то вводили основную дозу бупивакаина 75-100 мг в сочетании с фентанилом 0,1 мг, или лидокаина 240 – 400 мг. В случае развития спинального блока, начинали операцию и анестезию вели как СА. Катетер удаляли по окончании операции и использовали его для дополнительного введения половины спинальной дозы анестетика.

Анестезию начинали после регистрации исходных показателей центральной гемодинамики и предварительной инфузии раствора NaCl 0,9% или коллоидных растворов из расчета 10-15 мл/кг. При снижении артериального давления вследствие вазоплегического действия ЭА, на фоне продолжающейся инфузионной нагрузки внутривенно болюсно вводили мезатон в разведении. Последующие дозы бупивакаина, составляющие половину от первоначальной, вводили эпидурально через 120-180 мин. Дополнительные дозы лидокаина вводили каждые 40-50 минут, также в половинной дозе от начальной. На протяжении всей операции проводили инсуффляцию увлажненной воздушно-кислородной смеси. В случае необходимости медикаментозной седации, у части пациентов для устранения эффекта «присутствия на операции» внутривенно вводили броексам в дозе 0,05-0,1 мг/кг⁻¹ каждые 30-60 мин. Эпидуральный катетер оставляли для послеоперационного обезболивания и удаляли на следующие сутки после операции.

Для проведения СА применяли специальные иглы фирмы «B. Braun», Германия. У всех пациентов пункцию субарахноидального пространства проводили под местной анестезией кожи и подкожной клетчатки 0,25% новокаином по срединной линии позвоночного столба. Производили пункцию спинномозгового канала на уровне L₃-L₄. Спинальную анестезию проводили раствором бупивакаина в дозе 15-20 мг. Однократного введения бупивакаина хватало на 2-3 часа эффективного обезболивания. Лидокаин для проведения СА не применяли в виду кратковременности его действия.

Исследование проводили на следующие этапы операции и анестезии:

- Исходные данные;
- Начало операции;
- Основной (травматичный) этап операции;
- Конец операции.

Регистрировали показатели гемодинамики: артериальное давление систолическое (СистАД), диастолическое (ДАД), частоту сердечных сокращений (ЧСС), объем инфузии, потребность в обезболивающих препаратах в послеоперационном периоде. Статистическую обработку про-

водили с помощью программы Microsoft Excel. С определением достоверности отличий по t-критерию Стьюдента. Разницу считали достоверной при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Результаты работы отражены в таблице 2. Исходные показатели гемодинамики в группах достоверно не отличались, и находились на верхней границе нормы. На втором этапе, после начала действия ЭА или СА происходило достоверное снижение СистАД, ДАД и урежение ЧСС, что связано с фармакологическим эффектом ЭА и СА. Снижение происходило в пределах физиологически допустимых значений. На травматичном этапе в 1 и 2 группах СистАД достоверно повысилось, данная тенденция сохранялась и на 4 этапе. К концу операции СистАД, ДАД достоверно повышались, в сравнении со 2 и 3 этапами, но продолжали оставаться ниже исходных данных. ЧСС во 2 группе на 2 и 3 этапе были одинаковы, у несколько увеличивалась на 4 этапе. На 3 и 4 этапах в 1 группе ЧСС было одинаковым. В 3 группе ЧСС постепенно повышалось на 2, 3 и 4 этапах. В общей тенденции изменения гемодинамики были однотипными и соответствовали клинике ЭА и СА. В сравнении между группами следует отметить, что при СА снижение СистАД и урежение ЧСС было менее выраженным, чем при ЭА в 1 и 2 группах. Это связано с меньшей дозой анестетика при СА, и отсутствии общего действия на организм. Наиболее выраженная брадикардия отмечалась в группе с применением лидокаина для ЭА. При выраженной брадикардии необходимо было введение атропина 0,1% по 0,5 мл. В редких случаях, при сочетании брадикардии и гипотонии вводили адреналин 0,1% по 0,1 – 0,2 мл в разведении.

При анализе гемодинамики во всех группах, следует отметить, что и ЭА и СА показали себя, как эффективные и безопасные методы обезболивания. С целью предотвращения сосудистого коллапса до начала введения тест-дозы проводили предварительную инфузию NaCl 0,9% в объеме не менее 800 мл, с последующей инфузией не менее 1600 мл жидкостей во время проведения операции под контролем гемодинамики. Следует отметить, что объемная коррекция гемодинамики не всегда позволяла стабилизировать СистАД, что связано с симпатической блокадой и резорбтивным действием местных анестетиков.

СА на основе бупивакаина показала себя как метод с наименьшим влиянием на гемодинамику. При правильном расчете дозы анестетика гемодинамические сдвиги были минимальны. Однако СА имеет один существенный недостаток, связанный с ограничением времени действия анестетика. Времени для проведения данных оперативных вмешательств в условиях спинальной анестезии бупивакаином в дозе 15 мг хватало с избытком. Из осложнений СА отмечали головные боли у 4 пациентов, и попадание в нервные корешки у 2 пациентов.

Положительным моментом ЭА была возможность пролонгированного проведения анестезии и возможность проводить

Таблица 2 Динамика основных показателей на этапах исследования

Показатель	Группы	1 этап	2 этап	3 этап	4 этап
Систолическое артериальное давление (мм.рт.ст.)	1 группа	135±19	84±14*	91±14* **	100±15* ***
	2 группа	138±20	86±13**	94±14* **	101±12* ***
	3 группа	139±18	99±11 ^{xx xxx}	93±22*	107±15* *** ^{xxx}
Диастолическое артериальное давление (мм.рт.ст.)	1 группа	77±10	45±8*	44±8*	49±8* ***
	2 группа	75±15	45±6*	51±7* ** x	53±6* **
	3 группа	75±8	45±8*	44±5* **	53±6* *** ^{xxx}
Частота сердечных сокращений (уд/мин)	1 группа	84±14	63±8*	75±9* **	75±9* **
	2 группа	86±14	71±9* x	70±12*	79±8* *** x
	3 группа	85±12	67±10* **	75±9* **	79±9* *** ^{xxx}

* - $p < 0,05$ в сравнении с 1 этапом

** - $p < 0,05$ в сравнении со 2 этапом

*** - $p < 0,05$ в сравнении с 3 этапом

x - $p < 0,05$ достоверность отличий между 1 и 2 группой

xx - $p < 0,05$ достоверность отличий между 2 и 3 группой

xxx - $p < 0,05$ достоверность отличий между 1 и 3 группой

эффективное обезболивание в послеоперационном периоде. Из осложнений ЭА отмечали частичный блок и мозаичность анестезии в 3 случаях в 1 группе. При использовании бупивакаина анестезия всегда была эффективной.

Основная масса пациентов из операционной переводилась сразу в профильные отделения.

Работ, посвященных сравнительной оценке видов регионарной анестезии при различных видах оперативных вмешательств, выполнено достаточно много (11, 12, 13, 14). В данной работе представлен опыт в условиях многопрофильной больницы, где выполняются самые различные виды оперативных вмешательств. Широкое внедрение ЭА и СА в ежедневную анестезиологическую практику позволяет сократить нагрузку на реанимационное отделение и палату пробуждения, обеспечить комфортные условия для работы хирурга и пациента.

Выводы:

Эпидуральная анестезия на основе бупивакаина обеспечивает эффективное и безопасное обезболивание при операциях на нижнем этаже брюшной полости и нижних конечностях.

Спинальная анестезия на основе бупивакаина обеспечивает более стабильную гемодинамику чем эпидуральная анестезия.

Эпидуральная анестезия предпочтительна при необходимости пролонгировании времени анестезии и послеоперационного обезболивания.

Список использованной литературы

1. Рамфелл Д.П. Регионарная анестезия: Самое главное в анестезиологии / Д.П. Рамфелл, Д.М., Нил, К.М. Вискоуми; Пер. с англ.; Под общей редакцией А.П. Зильбера, В.В. Мальцева. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 272 с.: ил.
2. Основы регионарной анестезии. Под редакцией М. Ньюмена. Пер. с англ. Редактор русского перевода В.А. Корячкин. СПб., 2005. – 70 с.
3. Регионарное обезболивание. Краткое руководство / Под ред. В.К. Ивченко, Ю.И. Налапко. – Луганск: Изд-во Луганского гос.

- мед. университета, 2007. – 64 с.
4. Галлингер Э.Ю. Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия //Анестезиология и реаниматология. – 1995. - №2. – С.60-62.
5. Collis R.E., Harding S.A., Morgan B.M. Effect of maternal ambulation on labour with low d combined spinal-epidural analgesia. Anaesthesia, 1999; 54: 535-539.
6. Светлов В.А., Козлов С.П. Спинальная анестезия – шаг назад или шаг вперед? //Анестезиология и реаниматология. – 1997. - №5. – С.45-52.
7. Светлов В.А., Козлов С.П. Фармакология местных анестетиков и клиника сегментарных блокад. I. Эпидуральная анестезия. //Анестезиология и реаниматология. – 1997. - №5. – С.52-55.
8. Оруджева С.А, Чистов А.С., Звягин А.А., Сашурина Л.П. Центральная гемодинамика при эпидуральной анестезии у больных с анойно-некротическими формами диабетической стопы //Анестезиология и реаниматология. – 2002. - №3. – С.39-41.
9. Овезов А.М. Комбинированная ингаляционно-эпидуральная анестезия при высокотравматичных абдоминальных операциях //Анестезиология и реаниматология. – 2005. - №2. – С.18-23.
10. Страшнов В.И., Забродин О.Н., Бандар А., соавт. Адекватность сочетанной комбинированной спинально-эпидуральной анестезии при верхнеабдоминальных операциях //Анестезиология и реаниматология. – 2006. - №4. – С.30-33.
11. Глуценко В.А., Васильев Я.И., Варганов Е.Д. Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия в абдоминальной хирургии //Анестезиология и реаниматология. – 2007. - №3. – С.25-27.
12. Уваров Д.Н., Орлов М.М., Овчинников Н.Н. соавт. Сравнение различных вариантов эпидуральной анальгезии после абдоминальных операций //Анестезиология и реаниматология. – 2006. - №4. – С.70-72.
13. Рагозин А.В., Семенченко Г.Г., Козлов С.П., Светлов В.А. Сбалансированная регионарная анестезия на основе эпидуральной блокады при обширных абдоминальных вмешательствах у пожилых пациентов //Анестезиология и реаниматология. – 1997. - №5. – С.55-59.
14. Светлов В.А., Зайцев А.Ю., Козлов С.П., Николаев А.П. Сбалансированная анестезия на основе регионарных блокад – от седации к психоэмоциональному комфорту //Анестезиология и реаниматология. – 2002. - №4. – С.19-23.

Острая дыхательная недостаточность при респираторных заболеваниях у детей на догоспитальном этапе

Дядюхин Г.Л.

ГККП «Станция скорой медицинской помощи» г. Алматы

УДК: 616.083. 98.036. 882.053.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) являются самыми распространёнными в детском возрасте, составляя до 90% инфекционной патологии [1, 2, 3]. Из числа детей, больных ОРЗ, ежегодно регистрируемых в Казахстане, острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) встречается в 7,5-8% случаев. Частота развития бронхообструктивного синдрома (БОС) на фоне ОРЗ у детей первых трёх лет жизни регистрируется от 5 до 50% [4].

Основным принципом в работе скорой медицинской помощи (СМП) является синдромальный подход в оценке тяжести состояния больного. Предварительный диагноз, формулирующий степень выраженности и тяжесть течения синдромов, по сути, является обоснованием интенсивной терапии. Как известно, один и тот же синдром может быть обусловлен различными состояниями и выступает в одних случаях как клиническое проявление основного заболевания, в других – как осложнение длительно протекающего патологического процесса [5].

Очевидным является тот факт, что при респираторных заболеваниях у детей вследствие обструкции верхних (ОСЛТ) или нижних (БОС) дыхательных путей развивается синдром острой дыхательной недостаточности (ОДН) различной степени, проявляющийся характерной клинической симптоматикой [6].

Дядюхин Г.Л.

Балаларда госпиталға дейінгі кезеңде респиратор ауруларындағы өткір тыныс жеткіліксіздік

Балаларда госпиталға дейінгі кезеңдегі респиратор ауруын өткір мерзім анықталатын негізде нақты клиникалық белгілердің бабында обструктивтісі түр бойынша өткір желдету тыныс жеткіліксіздігінің дамытуы өткір стенозиялық ларинготрахеитте 85,8% анықталған, қолқа құрылысы синдромда - 76% жағдайларда. Өткір тыныс жеткіліксіздіктің клиникалық әсер етулерін көрсетілгендіктің дәрежесі салмақ салатын преморбид факторларының анамнезіндегі респиратор ауруы және бар болудың общетоксика әсер етулерін ықпалдан тәуелді болады. Ауырланылған анамнезі бар балаларда және салмақ салатын преморбид факторларының тіркесімен тыныс жеткіліксіздіктің клиникалық симптомдарының өсіп келе жатуына тенденция орнатылған.

Djadjuhin G. L.

Sharp Respiratory Insufficiency At Respiratory Diseases At Children At The Pre-Hospital Stage

In article on the basis of the objective clinical signs defined during the sharp period of respiratory disease at children at a pre-hospital

Цель исследования

- определить клинические особенности острой дыхательной недостаточности при респираторных заболеваниях у детей различных возрастных групп на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования

В работе представлены данные клинического наблюдения 142 больных с ОСЛТ (46,7%) и БОС (53,3%) при респираторных заболеваниях, детей в возрасте от 6 мес. до 14 лет, обратившихся на СМП в связи с затруднённым дыханием. Анализ проводился на основании карт вызова СМП. Исследования выполнены в четырёх возрастных группах: до 1 года – 18 (12,4%), от 1 до 3 лет – 54 (38%), от 4 до 7 лет – 41 (28,9%), старше 7 лет – 29 (20,7%) детей.

Степень тяжести ОДН определялась в зависимости от степени обструкции дыхательных путей, вызванной стенозом гортани и бронхиальной обструкцией. Оценка степени тяжести обструктивной дыхательной недостаточности при ОСЛТ или БОС на догоспитальном этапе проводилась по клиническим признакам в соответствии с рекомендациями по оценке степени тяжести ОДН на догоспитальном этапе [1, 2, 3].

Статистический анализ проводили с использованием пакета прикладных программ Statistika 6. Различия считались достоверными при $p < 0,05$, высокодостоверными – $p < 0,001$, недостоверными при $p > 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение

В результате проведённого анализа карт вызова СМП к детям различных возрастных групп, установлено проявление клинического синдрома вентиляционной ОДН по обструктивному типу при респираторных заболеваниях и различие степени её выраженности в зависимости от возраста.

ОРЗ, осложнённые ОСЛТ и БОС, в 80,6% случаев обусловили развитие ОДН у детей. Установлено, что ОДН при ОСЛТ развивалась в 85,8% случаев: ОДН I – 41,6%, ОДН II – 44,2%, без ОДН стеноз протекал у 14,2% больных. Бронхообструктивный синдром явился причиной ОДН в 76% случаев: ОДН I – 49,6%, ОДН II – 26,4%, без дыхательной недостаточности – у 24% больных.

При анализе возрастных особенностей клинического проявления дыхательной недостаточности у детей с ОСЛТ отмечено, что в группе детей до 1 года, в сравнении с другими группами, в большем числе случаев диагностировалась ОДН II (56,2%), однако указанное различие не являлось статистически значимым. В группах больных от 1 до 7 лет при ОСЛТ наиболее часто регистрировалась ОДН I, II степени с уменьшением числа тяжёлых форм заболевания (43,7% в группе от 1 до 3 лет, 39,3% в группе от 4 до 7 лет). В группе детей старше 7 лет частота встречаемости ОДН II увеличилась до 42,9%, что обусловлено тяжестью течения респираторного заболевания.

Обструктивная дыхательная недостаточность при ОСЛТ быстрее развивалась и протекала в более тяжёлой форме в группе детей до одного года, что проявлялось развитием гипоксии в ранние сроки, несмотря на компенсаторное усиление работы дыхания; а также в группе детей старше 7 лет, на степень выраженности дыхательной недостаточности у которых влияла тяжесть респираторного заболевания и наличие сопутствующих заболеваний в анамнезе.

Проводя сравнительный анализ возрастных особенностей проявления ОДН у детей с БОС установлено, что БОС в группе детей до 1 года в 50% случаев обусловил развитие ОДН II (в сравнении с другими группами это являлось значимым различием, $p = 0,04$). В группе старше 7 лет ОДН II регистрировалась значительно реже (16,7%). По мере увеличения возраста больных имела тенденция к увеличению случаев течения бронхиальной обструкции без ОДН. Определено, что в остром периоде ОРЗ, осложнённого БОС, как и при ОСЛТ, ОДН имеет наиболее тяжёлое течение в группе детей первого года жизни.

Обобщая полученные результаты исследования, можно

stage, development of sharp ventilating respiratory insufficiency on obstructive type is established at sharp stenose laryngotracheites in 85,8 %, at bronchoobstructive a syndrome - in 76 % of cases. Degree of expressiveness of clinical displays of sharp respiratory insufficiency depends on influence total toxic displays of respiratory disease and presence in the anamnesis burdening premorbide factors. At children with burdened allergic the anamnesis and a combination burdening premorbide factors the tendency to increase of clinical symptoms of respiratory insufficiency is established.

сделать заключение, что респираторное заболевание, осложнённое ОСЛТ, в сравнении с БОС имеет более тяжёлое течение, о чём свидетельствует частота встречаемости больных с ОДН II степени при ОСЛТ, а при БОС с возрастом увеличивается число лёгких форм заболевания без развития ОДН.

Установлено, что на быстроту развития и тяжесть клинических проявлений синдрома ОДН у детей влияют также общетоксические проявления вирусной инфекции и наличие сопутствующих заболеваний в анамнезе. Как при БОС, так и при ОСЛТ во всех возрастных группах преобладала среднетяжёлая форма заболевания.

В ходе работы определены особенности структуры сопутствующей патологии у детей в различных возрастных группах. Установлено наличие сопутствующих преморбидных факторов у детей с ОСЛТ в 68,1% случаев и БОС – в 87,6%. У больных ОСЛТ сопутствующие аллергические заболевания отмечены в 22,1%, неврологическая и кардиопатология соответственно в 9,7% и 4,4%. Полиморбидность имела место в 31,9% случаев (с преобладанием в структуре сочетанных заболеваний отягощённого аллергоанамнеза). У пациентов с БОС наличие аллергии выявлено в 25,6% случаев, неврологическая патология в 7,7% и кардиопатология – в 3,9%, полиморбидность – в 50,4%.

У пациентов с ОСЛТ при сопутствующей аллергопатологии отмечено превышение средневозрастных показателей частоты дыхательных движений (ЧДД) от 20% в группе до 1 года до 100% в группе старше 7 лет ($p < 0,05$). При сочетании отягощающих преморбидных факторов ЧДД при ОСЛТ увеличивалась от 30% в группе детей до года до 67% в группе старше 7 лет (что являлось статистически значимым в группе от 4 до 7 ($p < 0,05$) и старше 7 лет ($p < 0,03$)). У детей без сопутствующей патологии при ОСЛТ (31,9%) средняя ЧДД сохранялась в пределах возрастной нормы.

У пациентов с БОС при отягощённом аллергоанамнезе и при полиморбидности также имело место увеличение средневозрастных показателей ЧДД, но при бронхиальной обструкции у больных, даже не имеющих сопутствующей патологии (12,4%), ЧДД превышала возрастную норму в среднем на 37%.

Сопутствующая кардиопатология, наиболее часто встречающаяся у пациентов с ОСЛТ, особенно у больных до 1 года и в старшей возрастной группе, способствовала значительному увеличению частоты сердечных сокращений (ЧСС) (на 25% и 40% соответственно), однако эти показатели не являлись статистически значимыми. У больных с сопутствующей неврологической патологией отмечено влияние на изменение сознания: при ОСЛТ преобладало беспокойство, возбуждение (65%), а при БОС – вялость (50%), что свойственно всем возрастным группам.

Определено, что при ОСЛТ средние показатели ЧДД превысили возрастную норму с наибольшим увеличением в старшей возрастной группе (на 50%, $p < 0,05$). Показатели ЧСС увеличивались в среднем на 10 - 15% во всех возрастных группах. Значительное повышение ЧДД и ЧСС имело место у пациентов с фебрильной температурой и гипертермией (22%).

При БОС определено значительное увеличение средневозрастных показателей ЧДД, с максимальным повышением в группе детей от 4 до 7 лет (на 60%, $p = 0,03$). В других возрастных группах средняя ЧДД превышала норму на 30-40%. Наибольшее увеличение ЧСС имело место в группе до 1 года ($p < 0,05$).

Несмотря на то, что БОС в 86,8% случаев протекал на фоне нормальной и субфебрильной температуры, в группе больных от 1 до 3 лет с фебрильной температурой и гипертермией определена тенденция к увеличению ЧДД ($p=0,09$) и ЧСС ($p=0,03$).

Таким образом, на основании объективных клинических признаков, определяемых в острый период респираторного заболевания у детей на догоспитальном этапе, установлено развитие острой вентиляционной дыхательной недостаточности по обструктивному типу при остром стенозирующем ларинготрахеите в 85,8%, при бронхообструктивном синдроме - в 76% случаев. Острая дыхательная недостаточность, развивающаяся при остром стенозирующем ларинготрахеите характеризуется более тяжёлым течением, чем при бронхообструктивном синдроме. Степень выраженности клинических проявлений острой дыхательной недостаточности зависит от влияния общетоксических проявлений респираторного заболевания и наличия в анамнезе отягощающих преморбидных факторов (с преобладанием аллергических). У детей с отягощённым алергоанамнезом и сочетанием отягощающих преморбидных факторов установлена тенденция к нарастанию клинических симптомов

дыхательной недостаточности (увеличение ЧДД и ЧСС).

Список литературы:

1. Баранов А.А. Избранные лекции по педиатрии. Изд-во «Династия». 2005. – 640 с.
2. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний: Рук. Для практикующих врачей. Под общ. ред. Баранова А.А., Володина Н.Н., Самсыгиной Г.А. – М.: Литтерра, 2007. – 1163с.
3. Харламова Ф.С., Учайкин В.Ф., Знаменская А.А., Кладова О.В., Фетисова Л.Я., Фомина В.П. Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей // Печаший врач, 2011. -N 1.-С.13-20.
4. Зайцева О.В. Бронхообструктивный синдром у детей. Вопросы патогенеза, диагностики и лечения: пособие для врачей. М., 2005. – 48 с.
5. Доделия В.Ш. Диагностика и принципы лечения острой дыхательной недостаточности на догоспитальном этапе // Трудный пациент, 2007. - Том 5, №14. – С. 34-42.
6. Chetan G, Rathisharmila R, Narayanan P, Mahadevan S. Acute respiratory distress syndrome in pediatric intensive care unit // Indian Journal of Pediatrics, 2009. - Oct;76(10). – P.1013-6.

Продвинутое лечение и исправление зубов быстрыми методами

*Боранбаев М.А.
ТОО «МастерСтом»*

Здоровые зубы – это не только жемчужная улыбка, но и нужна правильно пережевывать пищу, это когда она, будучи перекусанной зубами в меленькую кашу, полностью пропитывается ферментами слюны, что нормализует процесс переработки пищи, а значит, и все важные функции нашего тела.

Хотя даже при наличии в начале здоровых зубов четкое переваривание еды возможно лишь при соблюдении условия четкого взаиморасположения зубов верхней и нижней челюсти, или прикуса, который называют плюсом ко всему окклюзией.

Еще, кривой прикус чреват нарушением функции челюстного сустава и, вроде следствие, огромным рядом последовательных болезней, а еще и искривлением всего лица. Все главные условия выравнивания неправильного прикуса зубов изложены в разделе стоматологии - ортодонтия.

А того кто исправляет зубы малышам зовут - зубной врач-ортодонт.

В зависимости от количества лет малышом в стоматологической ортодонтии поддерживается 2 главных направления исправления прикуса: детская зубная ортодонтия (до десяти-двенадцати лет) и взрослая ортодонтия (после 10 лет). Дело в том, что, несмотря на общие причинные законы, выравнивание зубов в детском и более старшем возрасте очень сильно различается по своей тактике. Результаты лечения зубов, не отталкиваясь от классических вариантов, будет сохраняться в течении всей жизни пациента. Становится понятно, почему очень важны идентификация врача при исправлении зубов, его жизненный опыт и сундук стоматологических умений.

Выравнивание прикуса в младшем и старшем возрасте осуществляется при помощи применения профессиональных ортодонтических приборов. Поскольку детские ротовые хрящи находятся еще в процессе роста, а челюсти малышей более подвижны, детские ортодонтические приборы делают снимающимися. Снимающиеся аппараты или брекететы могут добавляться как на одну, так и на обе ротовые дуги. Не прибегая к операционному вмешательству, стоматолог путем лечения челюсти тех или иных частей конструкции при выравнивании зубов приемом брекетов подталкивает рост челюсти, корректируя ее форму и профиль.

Возможность стимулировать рост челюстных костей у взрослого человека отсутствует как таковая, а потому в старшем

возрасте применять съемные стоматологические аппараты не имеет смысла. У взрослых лечение зубов методом восстановления зубов зубные врачи производят, применяя так называемые брекететы – прижатые в единое целое упругой ортодонтической дугой, называющей свойство «запоминания формы», брекететы, которые приклеивают к зубам профессиональным клеевым составом. При этом сила, выравнивающая зубной ряд, образуется за счет сопротивления стоматологической дуги.

По нахождению на зубах различают наружные и очень модные, лингвальные, или внутренние, брекететы, которые присоединяются к зубам с внутренней стороны, а следовательно невидны для остальных людей. Сами же брекететы имеют нужду делаться из качественной стали либо из полностью нейтральных драгоценных металлов, эпизодически из золота. Брекететы имеют потребность быть также из керамики или еще сапфировыми.

Стоматологическое лечение зубов у старшего поколения условно подразделяется на 4 этапа.

На 1-м, диагностическом, этапе выполняется анализ, определяется момент лечения зубов и степень его сложности. Для этого больному делают ортопантомограмму и, согласно его результатам, выписывают еще одно обследование для вставки брекетов.

На 2-ом этапе лечения зубов выполняется полнейшая санация рта и возможно прописывают этап реминерализующей терапии.

3-ий этап – это стоматологическое лечение зубов при помощи установки на зубы снимающихся приборов детям и не снимающихся брекет-систем – взрослым.

Наконец, четвертым, пассивным этапом имеет место быть ретенционный процесс лечения зубов, цель которого – сохранить результат ортодонтического лечения после того, как съемный аппарат или брекететы удалены из полости рта.

На этом этапе используются ретенционные приборы, которые еще и делятся на съемные и неубирающиеся. Длительность ношения таких аппаратов для каждого из больных определяется врачом сугубо персонально, но обычно длительность окончательного периода 2-е превышает время активного лечения зубов.

Откуда появляются трещины в зубной эмали и чем это грозит?

*Боранбаев М.А.
ТОО «МастерСтом»*

Многие жители Казахстана жалуются стоматологам, что их зубы обладают повышенной чувствительностью. Оказывается, причин такого явления много и многие из них подлежат лечению.

Прежде всего, сразу следует уточнить тот факт, что если ваши зубы постоянно реагируют на любое воздействие, то необходимо выяснить, где располагается ближайшая стоматология и записаться на прием к врачу. Это связано с тем, что такое проявление дискомфорта и боли нередко указывает на наличие заболевания зубных тканей.

Эмаль, отвечающая за защиту зуба, практически не чувствительна к любым воздействиям. Поэтому сам факт того,

что вдруг вы начинаете ощущать дискомфорт, говорит о ее повреждении, либо это кариозные явления, либо заболевание пародонта. При этом даже при отсутствии кариеса при нарушениях эмали показано пломбирование, как единственный метод предотвращения дальнейшего разрушения зуба. К тому же современная стоматология, наряду с освоением таких задач, как протезирование зубов, имеет и терапевтические средства для лечения: В частности, это фторсодержащие препараты, обеспечивающие защиту тканей зуба, а также устраняющие их повреждение.

При наличии гиперчувствительности зубов требуется с осо-

бым тщанием соблюдать гигиену. Ведь только чистка и иные дополнительные гигиенические методики позволяют уничтожить болезнетворные микробы и кислоту, разрушающие зубы. Процедура чистки зубов должна занимать, по меньшей мере, 3,5 минуты. Стоматологи уточняют, что только в таком случае удастся осуществить около 30 чистящих движений всех зубов. При гиперчувствительности показана мягкая щетка, движения также должны быть щадящими, лучше – вертикальными.

При повышенной чувствительности зубов нужно особое внимание уделять выбору пасты для гигиены полости рта. Не стоит отдавать предпочтение отбеливающим зубным вариантам, в них слишком много абразива, который разрушает зубную эмаль, тем самым усиливая эффект гиперчувствительности.

Стоматологи, решающие множество задач восстановления зубов (например, имплантация зубов, протезирование), имеют ответы и на все вопросы, касающиеся гиперчувствительности. Однако иногда даже при осмотре врачом невозможно найти причину повышенной чувствительности, так как у человека нет кариеса. Здесь причиной выступают микроскопические трещинки в эмали, из-за которых зубы реагируют на горячее

и холодное слишком активно. Врачи рекомендуют никогда не запивать холодное горячим, ведь появление трещинок нередко вызвано таким приемом контрастной по температуре пищи.

Иногда приходится слышать, что при гиперчувствительности люди предпочитают глотать еду быстро, не прожевывая ее тщательно. По мнению стоматологов это не верно. Нужно жевать еду ровно столько, сколько необходимо для ее хорошего расщепления. Также не стоит совсем отказываться от твердой пищи, напротив, необходимо регулярно кушать морковь, яблоки. Кстати, после употребления в еду фруктов нужно сначала прополоскать рот, а только через 20-30 минут почистить их, иначе совокупное воздействие яблочного сока и пасты станет причиной дискомфорта и разрушения эмали.

Чистку зубов щеткой невозможно полноценно заменить употреблением жевательной резинки. Кроме недостаточного очищения промежутков между зубами, есть и негативные последствия со стороны ЖКТ: желудок начинает вырабатывать лишний желудочный сок, что при злоупотреблении жвачкой может стать причиной гастрита.

Некариозные поражения. Компьютерный некроз. Лечение и профилактика стоматологических заболеваний

Калмуратов А.О.

ЦРБ Илийского района

В последнее десятилетие распространенность некариозных поражений эмали зубов значительно возросла. Этот рост числа заболеваний проявляется развитием эрозий, патологической стираемости и некроза эмали зубов. В литературе эта проблема практически не обсуждалась. Между тем она достаточно серьезна, т.к. распространенность некариозных поражений у населения в среднем возросла до 80-82%.

В последние годы возникли так называемые «компьютерные» некрозы зубов, связанные с многочасовой работой с компьютером в течении 2-3 лет, а также появились токсические некрозы тканей зуба как следствие токсикомании. Иногда диагностика этих поражений трудна и требует особого подхода к лечению.

Возникновение заболеваний связано с нарушением минерального обмена в твердых тканях зуба. Происходит постепенная убыль твердых тканей зуба, потеря блеска в начальной стадии в виде различных дефектов в коронковой части зуба до значительного разрушения эмали и дентина при глубокой степени поражения. Болевые ощущения нередко отсутствуют, однако иногда встречаются резкие болевые ощущения при поражении дентина.

Клиника компьютерного некроза характеризуется системностью, множественностью и обширностью поражения тканей зуба. Очаги поражения охватывают значительную или даже большую часть коронок зубов в пришейной поверхности, корневой части зуба и альвеолярной кости. Поражения большей части пигментированы: окрашены в темно-коричневый, почти черный цвет, заполнены размягченной массой эмали зуба, безболезненны. Неповрежденные участки мутно-белого или сероватого цвета, без живого блеска. У всех больных отмечена гипосаливация иногда переходящая в ксеростопию. Отсутствие болевого симптома, большая занятость приводят практически всех пациентов к запоздалому обращению к врачу. Рентгенологический рисунок зуба нечеткий, что свидетельствует о гипоминерализации этих образований, видны ниши различного размера, соответствующие участкам некроза. Известно, что современные компьютеры дают мягкое ионизирующее излучение, создают особое электромагнитное поле, оказывают

электростатическое действие и влияют на резистентность организма в целом.

Ионизирующее излучение приводит к ионизации молекул и атомов, образуя свободные радикалы, перекисные соединения, что вызывает нарушение функции клеток, их биохимических процессов вплоть до гибели отдельных клеток зуба.

Общее лечение включает назначение антиоксидантных препаратов. Не менее важно влиять на процессы минерализации тканей зуба путем назначения препаратов кальция не менее 3-4 месячных курсов в год. Необходимо введение препаратов, содержащих макро и микроэлементы. Основная особенность препаратов кальция корпорации связана с получением кальция в ионной, а не молекулярной форме, что резко увеличивает всасывание его в тонком кишечнике (около 95% вместо 25-30% при поступлении кальция в других лекарственных формах). В пищевую добавку входят витамины и микроэлементы, что обеспечивает его широкий спектр действия.

Спирулина очень богата белками (65% полноценного белка, в состав которого входит 18 аминокислот. Из них 8 - не синтезируются в организме человека, поэтому называются незаменимыми), нуклеиновые кислоты РНК и ДНК. Спирулина содержит множество необходимых минералов и микроэлементов, в т. числе железо, кальций, натрий, калий, медь, марганец, магний, цинк, фосфор, селен. Множество видов витаминов - А, В1, В2, В6, В12, Е, биотин, каротин, нуклеиновую кислоту, нуклеин, холинстераз, синий алгин, маннигол, фенол, ферменты и другие активные вещества.

Противопоказания: соблюдать осторожность лицам с заболеваниями почек, т.к. продукт богат белком.

В заключении напоминаю, что болезнь легче предупредить, чем лечить. Поэтому при ежедневной работе с компьютером следует соблюдать санитарные нормы. Наряду с этим лицам, постоянно или часто работающим с компьютерами рекомендуется прием препаратов кальция, спирулины, кордицепса, хитозана, комплекса поливитаминов, соблюдать ежедневный уход за зубами с использованием фосфат - содержащих зубных паст и т.д. Все это в целом, позволит избежать возможного поражения зубов и благоприятно отразится на организме.

Воспалительные заболевания полости рта: современные подходы к профилактике и лечению

Калмуратов А.О.

ЦРБ Илийского района

Стоматит и пародонтит являются состояниями, доминирующими в структуре воспалительных заболеваний полости рта. Стоматит — воспаление слизистой оболочки полости рта, сопровождающееся ее дистрофическими изменениями. У человека стоматит может быть вызван повреждением различного характера (механическим, термическим, химическим, физическим), авитаминозом, сахарным диабетом, заболеваниями сердечно-сосудистой, нервной, кровеносной систем, органов пищеварения, острой (корь, скарлатина, дифтерия) и хронической (туберкулез) инфекцией, интоксикацией, паразитическими грибами (кандидоз).

Факторами, способствующими появлению травматического стоматита, обычно являются отложения зубного камня, кариозные зубы, неправильно изготовленные протезы, пломбы, инородные предметы, воздействие щелочей, кислот и т.п.

Стоматит, вызванный общими заболеваниями организма и характеризующийся появлением на слизистой оболочке полости рта афт, может протекать остро и хронически. Острый афтозный стоматит чаще возникает у детей, страдающих желудочно-кишечными и вирусными заболеваниями, диатезом. При этом температура тела обычно повышена. На слизистой оболочке десен, губ, неба появляются афты, окруженные ярко-красным ободком; возникает обильное слюноотделение. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Заболевание длится 7—10 дней. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит характеризуется периодическим возникновением на слизистой оболочке щек, боковой поверхности языка, нижней губе одиночных афт, дно которых покрыто серо-желтым налетом. Лимфатические узлы, как правило, не увеличены. Заболевание длится 5—10 дней, после чего афты эпителизируются или превращаются в язвы. Язвенный стоматит часто возникает при острых энтероколитах, язвенной болезни желудка, после перенесенных ангины и гриппа, при интоксикации ртутью, висмутом. Язвы могут располагаться на всей слизистой оболочке; появляется неприятный запах изо рта, обильное слюноотделение.

В подавляющем большинстве случаев только сильная зубная боль заставляет человека задуматься о здоровье своих зубов. По данным ВОЗ, около 80% людей в той или иной степени страдают заболеваниями пародонта. Пациентов приводят к врачу «оседание десны и удлинение зубов», в ряде случаев — болевые ощущения обнаженных шеек и клиновидных дефектов. Пародонт — это комплекс тканей, которые окружают зуб и обеспечивают надежную фиксацию в челюстных костях: десна, волокна периодонтальной связки, поверхностный слой цемента корней зубов и кость альвеолярных отростков челюсти. Характер патологического процесса в пародонте чаще всего

может быть воспалительным или дистрофическим.

Воспалительные заболевания пародонта являются самой обширной группой заболеваний. Если воспалена только десна — это гингивит. Если вовлекаются структуры периодонтальной связки и кости альвеолярных отростков — пародонтит. Атрофия альвеолярных отростков (зубных ячеек), развивающаяся при пародонтите, ведет к подвижности и выпадению зубов. И гингивит, и пародонтит имеют одинаковый причинный фактор: фактически это две стадии единого воспалительного процесса, который возникает изначально в тканях десны как следствие массивных микробных скоплений и выделяемых ими ферментов и токсинов.

Гингивит может развиваться при воздействии на ткани десны неблагоприятных внешних факторов (интоксикация свинцом, марганцем, висмутом), а также быть проявлением нарушенной местной или общей реактивности организма. При воздействии вредных факторов на слизистую оболочку десны воспаляется сначала десневой сосочек, затем соседние участки слизистой оболочки. Клинически гингивит характеризуется появлением кровоточивости и болезненности десен. При длительном воздействии вредоносных факторов возможно развитие деструктивного процесса — образование на слизистой оболочке десны язв, эрозий и других патологических элементов. При появлении некротических участков вследствие интоксикации ухудшается общее состояние организма, повышается температура тела, возникают головная боль, слабость, обильное потоотделение, бессонница, гнилостный запах изо рта. Профилактика гингивита заключается в обязательной чистке зубов, систематическом удалении зубного камня, своевременном лечении зубов и санации слизистой оболочки полости рта.

Лечение гингивита и пародонтита заключается в регулярно проводимой гигиенической обработке и назначении препаратов, эффективно подавляющих активность микроорганизмов, замедляющих формирование микробных скоплений и оказывающих противовоспалительный эффект. Для этой цели может использоваться гель для десен, содержащий два компонента: антибактериальный препарат с антианаэробной активностью метронидазол 1% и антисептик хлоргексидин 0,25% в стабильных концентрациях. Такая комбинация обуславливает достижение оптимальной терапевтической эффективности в отношении основных возбудителей воспалительных заболеваний полости рта: анаэробных бактерий, простейших, грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов, дрожжей, дерматофитов и липофильных вирусов. У большинства больных гингивитом кровоточивость и болезненность десен исчезают после 3 дней применения геля, но, чтобы эффект был стабильным, необходимо пройти полный курс — 10 дней.

Отбеливание зубов за 60 минут

Тулетаев А.А.

«МастерСтом»

Ваша мечта - сверкающая белизной улыбка. Но все способы отбеливания зубов, которые вам известны, малоэффективны, небезопасны или занимают очень много времени. Значит, вы просто еще не слышали о новинках в области профессионального отбеливания - с их помощью поразительный результат без вреда для эмали достигается всего за один час.

Чем отличается профессиональное отбеливание зубов от других способов улучшения цвета эмали?

- Профессиональное отбеливание, если оно проводится

в хорошо оборудованной стоматологической клинике, значительно улучшает оттенок эмали. При этом здоровью зубов оно не угрожает - ведь процедура проходит на современном оборудовании под контролем специалиста, прошедшего обучение данной методике. А в последнее время появилась возможность сделать отбеливание еще более эффективным и удобным для пациента. Что касается средств, предназначенных для домашнего применения, то результаты их работы гораздо скромнее. Скажем, отбеливающие зубные пасты в силах лишь незначи-

тельно осветлить эмаль, а кардинально изменить ситуацию с цветом они не способны. Отбеливающие составы для ночного использования, которые продаются в комплекте со специальной силиконовой калошей, более эффективны, чем пасты, но и более опасны: если передержать состав на зубах - есть риск получить так называемый «синдром переотбеливания». Зубы действительно станут гораздо светлее, но потеряют блеск и прозрачность, станут матовыми и хрупкими. Впоследствии в них может развиваться кариес.

В чем же заключаются нововведения, которые делают профессиональное отбеливание еще лучше?

- Раньше отбеливание занимало довольно много времени. На процедуры нужно было приезжать несколько раз, по два-три часа проводить в стоматологическом кресле с открытым ртом, что, согласитесь, не очень приятно. Теперь же можно достичь желаемой белизны эмали всего за 40-60 минут. За счет чего же такая экономия времени? - спросите вы. Все дело в том, какой источник света используется для активации процесса отбеливания. До недавнего времени применялись те же ультрафиолетовые или диодные лампы, что и для постановки светоотверждаемых пломб. Излучение такой лампы распространялось только на один-два зуба, а сам процесс запуска механизма отбеливания занимал много времени. Поэтому нужно было приходить к специалисту несколько раз, отбеливая за сеанс лишь фрагмент улыбки. Сегодня же для этой цели используются либо лазеры, либо плазменные лампы, испускающие свет высокой интенсивности, активирующие процесс отбеливания гораздо эффективнее и, кроме того, благодаря своей конструкции позволяющие отбеливать все зубы одновременно. Надо добавить, что если еще недавно таким образом можно было изменить цвет зубов всего на 2-3 тона, то сегодня мы в состоянии значительно отбелить эмаль. Если, скажем, она была откровенно коричневатого оттенка - станет белой с едва заметной желтизной. А зубы цвета слоновой кости после процедуры обретут белоснежность.

Как же проходит процедура отбеливания?

- Перед тем, как приступить к процедуре, необходимо тщательно очистить эмаль. Иначе путь к ней для отбеливающих

веществ будет закрыт. Сначала при помощи ультразвукового прибора - скалера - убираются твердые зубные отложения, проще говоря, камни. Лучше, если в клинике используется автономный прибор, а не ультразвуковая насадка на стоматологическую установку. Такой прибор не только чистит лучше, но и позволяет создать для пациента более комфортные условия. Кроме того, с его помощью проводят антисептическую обработку десен, снимая таким образом воспаление. Затем аппаратом Air-Flow или ему подобным снимается зубной налет. Слабоабразивный порошок подается под давлением вместе с небольшим количеством воды и воздуха и полирует поверхность зуба. Кстати говоря, зачастую реклама наделяет такой воздушно-порошковым спреем отбеливающими свойствами. На самом деле он только возвращает эмаль ее природный цвет. Никакого отбеливания не происходит.

Теперь можно приступать к собственно отбеливанию?

- Да. На десну предварительно наносится вещество, которое предохраняет нежную слизистую оболочку от действия отбеливающих препаратов. Затем зубы покрывают отбеливающим составом, который начинает действовать в лучах плазменной лампы. Пациенту одевают защитные очки и ставят специальную распорку, чтобы не уставали височные мышцы. Так что во время отбеливания вполне можно расслабиться и даже подремать.

Как долго сохраняется эффект процедуры? Зависит ли его продолжительность от ухода за зубами?

- После процедуры пациент получает специальные средства гигиены полости рта - в том числе отбеливающие эликсиры или пасты. Врач также дает рекомендации по уходу за зубами и по выбору зубных паст. При соблюдении этих рекомендаций эффекта хватает на несколько лет.

Есть ли какие-либо противопоказания к отбеливанию зубов?

- Противопоказаний немного. Это, в основном, состояния, при которых эмаль несостоятельна или отсутствует вовсе. В таких случаях следует говорить не об отбеливании, а о лечении или даже протезировании зубов - постановке пломб или изготовлении виниров, или вкладок.

Зубная щетка

Тулетаев А.А.

ОО «МастерСтом»

Зубная щетка является основным инструментом для удаления отложений с поверхности зубов и десен. Известно, что народы Азии, Африки, Южной Америки использовали приспособления, подобные зубной щетке, еще 300-400 лет до н. э. В настоящее время существует множество моделей зубных щеток, предназначением которых является удаление зубного налета с гладких и окклюзионных поверхностей зубов.

Зубная щетка состоит из ручки и рабочей части (головки) с расположенными на ней пучками щетинок. Типы зубных щеток отличаются формой и размерами ручек и рабочей части, расположением и густотой, длиной и качеством щетинок.

Для зубных щеток используют натуральную щетину или синтетическое волокно (нейлон, сетрон, перлон, дедерлон, полиуретан и др.). Однако по сравнению с синтетическим волокном натуральная щетина обладает рядом недостатков: наличием срединного канала, заполненного микроорганизмами, трудностью содержания щеток в чистоте, невозможностью идеально ровной обработки концов щетинок и сложностью придания ей определенной жесткости.

Эффективность использования зубной щетки определяется правильным индивидуальным подбором с учетом ее жесткости, величины щеточного поля, формы и частоты кустопосадки волокон.

Существует пять степеней жесткости зубных щеток:

- Очень жесткие
- Жесткие

- Средние
- Мягкие
- Очень мягкие

Рекомендации пациентам по использованию зубной щетки той или иной степени жесткости сугубо индивидуальны. Наиболее широко применяются щетки средней степени жесткости. Как правило, детские зубные щетки изготавливают из очень мягкого или мягкого волокна. Зубные щетки такой же степени жесткости рекомендуется использовать пациентам с поражением пародонта. Жесткие и очень жесткие зубные щетки можно рекомендовать лишь лицам со здоровыми тканями пародонта, однако, при неправильном методе чистки они могут травмировать десну и вызвать истирание твердых тканей зуба.

Следует отметить, что щетки средней жесткости и мягкие наиболее эффективны, так как щетинки у них более гибкие и лучше проникают в межзубные промежутки, фиссуры зубов и поддесневые участки.

Величина рабочей части определяет способность зубной щетки очищать все поверхности зубов, даже труднодоступные. В настоящее время (как для взрослых, так и для детей) рекомендуется использовать щетки с маленькой головкой, которыми легко манипулировать в полости рта. Ее размеры для детей - 18-25 мм, для взрослых - не более 30 мм, при этом волокна организованы в пучки, которые располагаются обычно в 3 или в 4 ряда. Такое расположение волокон позволяет лучше очистить все поверхности зубов. Существует множество моделей зубных

щеток с различными формами рабочей части.

Зубные щетки с V - образной посадкой пучков волокон рекомендуется использовать для очищения налета с контактных поверхностей зубов у лиц, имеющих широкие межзубные промежутки.

В большинстве случаев рабочая часть зубных щеток имеет пучки щетинок различной высоты: более длинные (мягкие) по периферии, более короткие - в центре.

Новые модели зубных щеток имеют силовой выступ для лучшего очищения моляров и глубокого проникновения в межзубные промежутки, а также активное углубление, которое позволяет очищать все поверхности зубов и проводить массаж в области прикрепленной десны.

Некоторые головки зубных щеток состоят из сочетания пучков щетинок, различной высоты и расположенных под разным углом к основанию. Каждая группа пучков способствует более тщательному удалению налета в той или иной области зубного ряда. Прямые высокие волокна очищают налет в межзубных промежутках; короткие - в фиссурах. Пучки волокон, расположенные в косом направлении, проникая в зубо-десневую борозду, удаляют зубной налет из пришеечной области.

Новые модели зубных щеток часто имеют индикатор - два

ряда пучков волокон, окрашенных разноцветными пищевыми красителями. По мере использования щетки происходит их обесцвечивание. Сигнал для замены щетки - обесцвечивание на 1/2 высоты щетинки, что обычно происходит через 2-3 месяца при ежедневной двухразовой чистке зубов.

Формы ручки зубных щеток также могут быть различны: прямые, изогнутые, ложкообразные и др., однако, длина ее должна быть достаточной, чтобы обеспечить максимальные удобства при чистке зубов.

Существуют зубные щетки, у которых при чистке зубов (в течение 2-3 минут) изменяется первоначальный цвет ручки. Такую модель зубной щетки целесообразно рекомендовать детям, что дает возможность приучить ребенка правильно чистить зубы. Таким же свойством обладают зубные щетки, у которых в ручку вмонтирована погремушка. При правильных (вертикальных) движениях щетки издается звук, а при горизонтальных (неправильных) зубная щетка «молчит».

Электрические зубные щетки - с их помощью осуществляются круговые или вибрирующие автоматические движения рабочей части, это позволяет тщательно удалять зубной налет и одновременно осуществлять массаж десен.

Ретракция десны

Абраменцева Л.А.

ГККП "Городская студенческая поликлиника"

Впервые ретракция десны была описана в 1941 Томпсоном. Для механического расширения зубодесневой бороздки он использовал увлажненную бечевку. Сейчас для пропитки нити используются несколько химических соединений, таких как: эпинефрин HCl, квасцы (двойной сульфат алюминия и щелочного металла), алюминий хлорид, цинк хлорид, алюминий сульфат, дубильная кислота и сульфат железа, каждый из которых помогает ретракции и останавливает кровотечение из десны.

Цель ретракционной процедуры - полное открытие зубодесневой бороздки.

Техника, рекомендуемая для размещения нити.

Произвести выбор нити подходящей толщины для сдвига тканей десны. Нить туго обвивается петлей и размещается в десневой бороздке. В случае наличия проксимальной поверхности зуба поверх нити помещается ватный шарик, чтобы удерживать нить от сдвига. Для размещения: нити в десневой бороздке используется инструмент, подходящего размера. Существует много инструментов, используемых для ретракции. Наше мнение заключается в том, что более подходит инструмент с тонким лезвием и закругленным краем.

Нить должна быть оставлена на месте в течение 5 минут. Если ретракционная нить содержит эпинефрин HCl, вы должны наблюдать за пациентом, и при возникновении любого непредвиденного эффекта нить должна быть срочно удалена. Непредвиденные эффекты могут быть сведены до минимума использованием нити, произведенной с высоким контролем пропитки, тем самым обеспечивая постоянную дозировку для каждой ретракционной процедуры. Перед тем как ввести слепочный материал, нить должна быть легко удалена из десневой бороздки для того, чтобы избежать открытия в ней капиллярного кровотечения. Нити, содержащие препараты для остановки кровотечения, оставляют сгусток или коагулят по краю восстановления. Поэтому перед применением слепочного материала вы должны использовать струю теплой воды для промывания или удаления остатков.

Силиконовые или другие гидрофобные материалы требуют, чтобы зуб и прилегающие ткани десны были как можно суше. Цель любой ретракционной процедуры - расширение бороздки до определенного уровня, позволяющего разместить реставрационный материал Class V ниже десневого края об-

ласти подготовки.

Пре - цементировка.

Процедура цементировки при реставрации зубов переднего ряда является очень ответственной. Часто временная коронка не подогнана под подготовленную поверхность с высокой точностью или, в некоторых случаях, используется в течение более продолжительного срока, чем предполагалось.

Эпинефрин HCl и хлорид алюминия.

Большинство клиницистов соглашается с тем, что нить, пропитанная эпинефрином HCl, ведет к лучшим результатам ретракции десны с обеспеченным контролем кровоизлияния и минимальным процентом непредвиденных эффектов. В ситуациях, при которых применение эпинефрина HCl противопоказано, рекомендуется использовать ретракционную нить, пропитанную хлоридом алюминия. Существуют клинические случаи, при которых нельзя пользоваться никаким медикаментом. В такой ситуации для ретракционной процедуры должна быть использована нить подходящего размера без пропитки.

Любая ретракционная процедура травмирует ткань десны и психику пациента. Вы должны использовать те ретракционные процедуры, которые вызывают наименьшие отрицательные реакции тканей.

Требования к процедуре ретракции десны.

Зубодесневая бороздка должна быть расширена настолько, чтобы позволить в течение процедуры снятия оттиска разместить в ней достаточный объем слепочного материала. Кровоизлияние может быть контролируемо применением кровоостанавливающего препарата или эпинефрина HCl.

Выраженная десневая ретракция, отвод и смещение десневой ткани являются синонимами, и, обычно, сама процедура является комбинацией следующих операций:

Механическая Ретракция - физическое смещение десневой ткани от поверхности зуба, что ведет к удлинению оголяющихся тканей зуба периодонтальных волокон десневой ткани. Краевая десневая бороздка должна оставаться отведенной в течение достаточного времени до введения слепочного материала.

Химическая Ретракция - раскрытие десневого края подготовленной области под действием физиологических или химических веществ на ткани десны.

Хирургическая Ретракция - метод удаления десневой ткани

с помощью вращательных инструментов, хирургического скальпеля или электрохирургических приборов.

Для механического смещения десневой ткани чаще всего используются ретракционные нити.

Ретракционные нити.

Ретракционные нити производятся различных размеров в соответствии с процедурой применения. Десневая бороздка у различных пациентов варьируется в размере, а также по ее глубине и ширине в зависимости от положения зуба в зубной дуге. Размеры нитей, используемых в определенной клинической ситуации, обеспечат успех при перемещении тканей до снятия оттиска. Правильно подготовленная нить подходящего размера поможет гарантировать успешную ретракционную процедуру.

Ретракционные нити, наиболее часто используемые для смещения десневой ткани, разделены на следующие категории:

Хлопчатобумажные витые нити являются мягкими и абсорбирующими. Они состоят из одной или нескольких пучков волокон. Тканевые трубки более удобны при работе, чем витые нити. Z-TWIST, производимый Gingi-Pak, является новым ретракционным материалом, изготовленным из 100% хлопчатобумажных волокон, которые вплетены в уникальную конфигурацию, облегчающую размещение нити в десневой бороздке, и, в то же время, обладающими прекрасными абсорбирующими качествами.

Самое главное, процесс пропитки нити требует точного контроля - ретракционная нить должна быть насыщена определенным количеством действующего вещества или медикамента на каждом определенном участке.

Практика заливания лекарственного средства или химического вещества в десневую бороздку, явно влекущая за собой болевые системные или местные эффекты, не рекомендуется.

Прогнозирование рецидива герпетической инфекции на стоматологическом приеме («Синдром напряжения»)

Абраменцева Л.А.

ГККП "Городская студенческая поликлиника"

По данным ВОЗ свыше 90% людей земного шара инфицированы вирусом простого герпеса. Около 30% клинического проявления инфекции. У 10-20% от общего числа инфицированных заболевания характеризуются клиническими проявлениями на слизистой оболочке полости рта, способными рецидивировать.

Для стоматологии эта проблема приобретает чрезвычайную актуальность.

В стоматологической практике нередко наблюдается «Синдром напряжения». Такое состояние возникает чаще всего после длительных стоматологических манипуляций в полости рта. Инкубационный период очень короткий. На слизистой красной каймы губ и деснах появляются отдельные или сгруппированные визикулярные элементы, которые быстро вскрываются и образуют неглубокие эрозии. Нарушается общее состояние: головная боль, субфебрильная температура (иногда высокая), нарушается сон. Характерна локализация элементов поражения на жевательном типе слизистой полости рта. Объяснение этого явления следует искать в сведениях структуры эпителия, который играет большую роль в патогенезе заболевания и обуславливает особенности проявления синдрома напряжения на десне.

Прогнозирование рецидива хронического герпеса у пациентов на стоматологическом приеме:

Данные сообщения	Оценка в баллах	
Наличие рецидивирующего герпеса у членов семьи	Нет	0
	один человек	2
	два или более	3
Частые простудные заболевания	1 раз в год и реже	0
	2-4 раза в год	1
	4 раза в год и чаще	3
Сопутствующие хронические заболевания органов дыхания	нет обострения	0
	1-2 раза в год	1
	4 раза в год и чаще	4
Наличие аллергических реакций (конъюнктивит, блефорит, перенесенные диатезы, проявление аллергии)	Нет	0
	Есть	2

Состояние прикуса, кариес, патология пародонта	Норма	0
	III степень	3
Критические дни у женщины		2
Планируемый вид и объем стоматологических вмешательств	1 час работы	1
	2 часа	2
	3 часа	3
	5 часов и более	6
При сумме баллов более 12 – вероятность обострения 80%		

При вероятности обострения рекомендуем за три дня до лечения проводить следующие мероприятия. Для этого назначают:

- аскорбиновую кислоту курсом 3 дня 1 раз в день по 500 мг;

- дибазол по 0.02 г 3 раза в день в течение 2х дней;

- лаферон – интраназально по 1 капле в каждую ноздрю 6-8 раз в день;

- тщательное выполнение гигиенических мероприятий.

С целью профилактики заболевания для обработки полости рта рекомендуются по выбору следующие препараты:

- обработка слизистой рта и носа после стоматологической манипуляции какой-либо из мазей – 1% или 2% оксолиновой мази алпизарином – 2% мазь;

- аскорбиновую кислоту 500 мг

- иммудон по 1 таблетке рассасывать под языком 6-8 раз в течение 10 дней;

- ошелачивание полости рта после выполнения работы (1% раствор соды);

- камистад-гель – смазывать пораженные участки кожи и красные каймы губ.

В зависимости от общего состояния и возраста больного амбулаторно назначают:

- детоксикационную терапию (обильное питье);

- гипосенсибилизирующие препараты;

- кортикостероиды при тяжелых формах по схеме;

- витамины А, Е, С, В, препараты кальция;

- седативные средства и транквилизаторы;

- анальгетирующие, жаропонижающие и противовоспалительные.

тельные средства, среди них салицилат натрия по 0.5г 4 раза день.

Все препараты назначаются по возрастным схемам, согласно прилагаемым инструкциям и протоколу лечения.

При выборе метода лечения необходимо учитывать фазу размножения вируса простого герпеса.

При лечении и профилактике герпетической инфекции препаратами выбора являются вещества с верулоцидными свойствами, а также препараты с интерферониндуцирующей активностью.

Нами были проведены следующие клинические исследования, опирающиеся на данные приведенной выше таблицы прогнозирования. Нами было отобрано 50 пациентов, у которых, согласно данной таблице сумма баллов составляла более 12. Этим пациентам был проведен комплекс премедикационных мероприятий, описанных выше. Также была исследована контрольная группа в количестве 30 человек, у которых комплекс

премедикационных мероприятий не был проведен, в связи с их информированным отказом от его проведения. Проведя статистическую обработку полученных данных, мы получили следующие результаты: у пациентов исследуемой группы частота возникновения рецидивов герпетической инфекции составила 4% (2 пациента). У пациентов контрольной группы частота возникновения рецидивов герпетической инфекции составила 90% (27 пациентов), хотя говорить о полной статистической достоверности в данном случае нельзя, так как нами не учитывался возраст и состояние реактивной системы пациентов, на момент проведения исследований.

Исходя из приведенной выше информации, можно с большой долей уверенности предположить, что использование в клинической практике таблицы прогнозирования и описанного выше комплекса премедикационных мероприятий позволит снизить вероятность возникновения рецидивов герпетической инфекции.

Анализ причин удаления постоянных зубов у детей

Сарсенбаева М.С.

Тургенская врачебная амбулатория

В работе детского отделения нашего объединения большое внимание уделяется плановой санации детей района. За последние три года отмечаются положительные сдвиги в этом направлении. Так, процент детей, охваченных профилактической санацией полости рта, возрос с 33 в 2008 году до 50,2 в 2010 году; постепенно растёт удельный вес неосложнённой формы кариеса (72,7 в 2008 году и 79,9 в 2010 году). Но, несмотря на положительные тенденции, остаётся высоким показатель удалённых постоянных зубов у детей на 1000 населения: 31,0 в 2008 г., 20,0 в 2009 г. и 13,2 в 2010 году.

На основании анализа историй болезни необходимо было выявить причины удаления постоянных зубов у детей и наметить пути снижения данного показателя. В результате проведённого анализа выявлено три группы основных причин: удаление зубов по ортодонтическим показаниям; по поводу осложнённого периодонтита ретинированных, сверхкомплектных зубов.

По ортодонтическим показаниям зубы удаляют по направлению врача-ортодонта. Врач-ортодонт обследует ребёнка, составляет план лечения и выписывает направление на удаление одного или нескольких зубов. По данным нашего отделения по ортодонтическим показаниям удаляется до 25% зубов.

Самую малочисленную группу составляют ретинированные, сверхкомплектные зубы и зубы, подлежащие удалению, по поводу травмы, - до 5%.

Наиболее часто в практике детского хирурга-стоматолога встречаются травмы передних зубов верхней и нижней челюсти, но удаляются постоянные зубы в результате травмы всего в 1,2% случаев. Чаще мы встречаемся с травмой коронки зуба. В этих случаях мы применяем консервативные методы лечения с последующей реставрацией коронки зуба. В этих случаях мы применяем консервативные методы лечения с последующей реставрацией коронки зуба с использованием штифтов и современных пломбировочных материалов.

Основная причина, ведущая к удалению, - это кариес и его осложнения. В нашей поликлинике по этой причине удаляется 70% от всех удалённых постоянных зубов. При анализе возраста детей получились такие данные:

- 62,42% - дети 15 лет и старше;

- 21,5% - дети 13-14 лет;

- 12% - дети 12 лет;

- 1,9% - дети до 12 лет.

Таким образом, больше половины зубов удаляется у детей старше 14 лет.

Проанализирована судьба зуба до удаления. При этом выяснилось, что 53,3% составляют ранее не леченые зубы; 32% ранее леченные по поводу пульпита методом ампутации пульпы (3-5 лет назад); 9,3% - зубы, не поддающиеся консервативному лечению, и 5,4% - зубы, коронка которых полностью разрушена и восстановлению не подлежит.

Как показывают цифры, большая часть удаляемых в нашей поликлинике зубов по поводу периодонтита ранее не лечились. Эти пациенты обращались к нам в период обострения хронического периодонтита. Большую группу составляют и зубы, ранее леченые по поводу пульпита ампутированным методом с использованием резорцинформалиновой пасты, после чего на протяжении следующих 3-5 лет пациент к нам не обращался. Несколько лет после лечения не обращались и те 5,4% пациентов, у которых к моменту посещения коронка зуба полностью разрушена и зуб, точнее корни, приходилось удалять.

Приведённые выше высокие проценты настораживают. На наш взгляд, такое редкое посещение стоматолога происходит, во-первых, из-за негативной установки к посещению стоматолога, т.к. первое посещение было по поводу пульпита и связано с болью или, во-вторых, из-за недостаточного внимания родителей к своим детям. Регулярное посещение стоматолога обеспечивается проведением плановой санации.

Из всех зубов, удалённых по поводу периодонтита, 9,3% составили зубы, у которых проводимое терапевтическое лечение не дало положительных результатов.

Таким образом, в результате проведённого анализа выявлено следующее:

1. Основной причиной удаления зубов у детей являются осложнённые формы кариеса.

2. Плановая санация полости рта не влияет на распространённость и интенсивность кариеса, но ведёт к снижению осложнённых форм кариеса, а значит, и сохранению зубов у детей.

Молочница во рту - профилактика и лечение

Сарсенбаева М.С.

Тургенская врачебная амбулатория

О «молочнице» - грибковом заболевании половых органов - известно чуть ли не каждой женщине. А вот о том, что дрожжи могут поражать слизистую ротовой полости, знают лишь очень немногие. Между тем такая локализация инфекционного процесса становится все более частой, и виноваты в этом реалии нашего времени. Экология, хронические заболевания, аллергическая настроенность - вот основные причины. Грибы рода *Candida* начинают размножаться только там, где есть нарушения иммунной системы. Дефицит защитных сил приводит к безудержному делению дрожжевых клеток, которые постепенно образуют огромные колонии. Чаще всего этот процесс «запускается» после приема антибиотиков. Они не только подавляют иммунитет, но и уничтожают микрофлору, регулирующую рост грибов. Именно поэтому кандидоз называют «последствием вылеченной инфекции». Учитывая все это, не стоит удивляться тому, что у человека, избавившегося от ангины или пневмонии, начнутся проблемы с ротовой полостью. Оральный кандидоз - настоящий бич астматиков, которые вынуждены регулярно пользоваться аэрозольными гормонами. Эти препараты незаменимы для устранения удушья, но в то же время они сильно подрывают местный иммунитет. В результате дрожжевой стоматит считается верным спутником бронхиальной астмы. Но при желании можно предотвратить развитие этого осложнения. Во-первых, надо полоскать рот теплой водой после каждого вдоха гормонального аэрозоля. А во-вторых, ингаляции лучше проводить с помощью спейсеров большого объема. Тогда большая часть лекарства попадает в нижние дыхательные пути, а не в ротовую полость. Эти нехитрые предосторожности помогут избежать кандидозной инфекции. Ведь ее лечение требует гораздо больше времени, сил и денег. Сначала нужно обратить внимание на диету. Из повседневного рациона нужно исключить все сладкое, сдобное и жирное. Такая пища лишь провоцирует прогрессирование болезни и удлиняет сроки ее лечения. Кроме того, надо обратить внимание на питьевой режим, и дело тут не столько в количестве, сколько в качестве выпиваемой жидкости. Просто дрожжи прекрасно чувствуют себя в щелочной среде и

стремительно размножаются при высокой рН. Именно поэтому пить надо кислые напитки - клюквенные, брусничные морсы, апельсиновый, грейпфрутовый, ананасовый соки. Конечно же, нельзя забывать и о полосканиях - они «вымывают» хотя бы часть грибковых клеток. Для этой цели прекрасно подойдут слегка теплые растворы всем известных антисептиков - фурацилина, марганцовки, мирамистина, ромашки или календулы. Делать «ванночки для рта» нужно регулярно и достаточно часто - не меньше 5-7 раз в день. Но, к сожалению, одними полосканиями и диетой вылечить оральный кандидоз нельзя. Современные схемы лечения обязательно включают в себя прием противогрибковых средств в таблетках - флуконазола (например, Микомакс), кетоконазола, фторцитозина, декамина. Однако тут есть одна тонкость - назначать лекарство и подбирать дозу должен только квалифицированный специалист. Обычно доза Микомакса составляет 50-100 мг в сутки, и курс лечения занимает не более двух недель. Не менее эффективным по действию, чем вышеперечисленные средства в таблетках, является отечественный препарат Сангвиритрин-раствор для полосканий и смазываний слизистой рта. Сангвиритрин не вызывает развития устойчивости у микроорганизмов, поэтому эффективен даже при длительном применении, не обладает токсичностью и разрешен к применению у новорожденных детей и беременных женщин. В помощь перечисленным средствам очень часто назначаются местные антибиотики. Это защечные драже леворина и карамель дикаина. Их кладут под язык или за щеку и держат там до полного растворения. В течение всего этого времени надо делать как можно меньше глотательных движений, чтобы лекарство как можно дольше оставалось во рту. Такие аппликации дают очень хороший эффект: уже на второй день лечения зуд и сухость исчезают. А потом уходят в небытие и некрасивые белесые пятна.

Чтобы кандидоз отступил быстрее, исключите из своего рациона все сладкое, сдобное и жирное.

Отбеливание зубов

Абылкаликов Б.Б.

АО «DentLux»

Всё большее количество людей понимают, что красивые белые зубы - это элемент современной культуры, символ здоровья и преуспевания. Хорошо известен тот факт, что приятное впечатление от улыбки создаётся в первую очередь за счёт цвета зубов. В процессе жизнедеятельности организма зубы подвергаются воздействию различных органических и неорганических красителей, которые могут осаждаться непосредственно на их поверхности (внешнее окрашивание), либо окрашивают собственно твердые ткани (внутреннее окрашивание). Изменение цвета зуба называется дисколорит.

Существует большое количество видов внешнего окрашивания. Например: частое употребление таких продуктов как кофе, чай или курение может привести к появлению темно-коричневой пигментации.

К внутреннему окрашиванию зубов относятся следствия врожденных и приобретенных нарушений эмали и дентина (флюороз, гипоплазия эмали, «тетрациклиновые» зубы, изменение цвета зуба вследствие пломбирования каналов, и др.)

Профессиональная чистка зубов подразумевает под собой очищение всех видов налета и зубного камня (внешнего окрашивания) с поверхности зубов, пломб и ортопедических

конструкций, увеличение яркости зубного ряда без механического повреждения структуры зубов. Эта процедура производится врачом:

В ручную, при помощи специальных инструментов. Метод не всегда приятный, иногда при обильных зубных отложениях десны начинают кровоточить.

При помощи скелера. Удаление зубных отложений происходит при помощи ультразвука. Очень приятный и удобный метод.

При помощи современных методик. Швейцарская технология AIR FLOW позволяет очень хорошо очищать зубы от табака и кофе. На зубы подается струя из воды, воздуха и соды, что делает их очень чистыми и гладкими.

В результате профессиональной чистки зубов увеличивается количество отражаемого света, что приводит к восприятию зубов более светлыми.

Истинное отбеливание (химическое отбеливание). В настоящее время существуют два основных вида отбеливания зубов - кабинетное (офисное) и домашнее. Они позволяют относительно легко и быстро добиваться существенного улучшения стоматологической эстетики. Перед отбеливанием надо

обязательно провести полный осмотр полости рта и выяснить, нет ли противопоказаний для отбеливания.

Общие противопоказания к отбеливанию:

- несовершеннолетие пациента (не следует проводить по юридическим мотивам)

- беременность и кормление грудью;

- наличие аллергических реакций на перекись водорода.

Стоматологические противопоказания:

- значительная убыль эмали в результате

- патологической или возрастной стираемости,

- глубокие трещины на поверхности эмали;

- наличие обнаженных придесневых участков зубов, эрозии и др. (в этом случае отбеливание приведет к развитию повышенной чувствительности зубов).

Нельзя проводить отбеливание если:

- пациент проходит курс ортодонтического лечения;

- полость рта не санирована;

- имеются заболевания пародонта.

Домашнее отбеливание:

Хотя существуют разные технологии отбеливания зубов, в последнее десятилетие самое широкое распространение получил «домашний» метод отбеливания. Для его применения необходима пластиковая форма (каппа), которая изготавливается таким образом, чтобы плотно и удобно прилегать к вашим зубам. Лучше, чтобы каппу Вам изготовили индивидуальную. Это делает стоматолог. Стандартная каппа не будет соответствовать Вашим зубам, отбеливающий гель, попадая на десны, может вызвать химический ожог. Форма заполняется отбеливающим гелем и надевается на зубы, носят ее на несколько часов в день или на ночь на протяжении нескольких недель. В течение этого срока и происходит отбеливание.

Кабинетное (офисное) отбеливание.

При кабинетном отбеливании используют 30% растворы перекиси водорода или карбамида без использования прогрева или протравливания поверхности эмали. Эти процедуры проводятся в зубо врачебном кресле с использованием

коффердамов для защиты мягких тканей полости рта. Отбеливающие препараты наносятся на открытые поверхности зуба приблизительно на 20 минут. Все отбеливание обычно состоит из цикла процедур.

Лазерная технология отбеливания зубов:

Применяется для отбеливания, как живых, так и депульпированных зубов. Включает в себя применение аргонового и CO2 лазеров, энергия которых используется для активизации перекиси водорода, соединенной со специальными катализаторами. Для большинства пациентов лечение выполняется за одно посещение средней продолжительностью 2 часа 30 мин.

Дополнительные сведения об отбеливании: Как получить лучшие результаты?

Попросите врача-стоматолога определить метод отбеливания и продолжительность лечения;

Не поддавайтесь искушению использовать продукт дольше, чаще, или в больших количествах, чем Вам назначено;

Если Вы обнаружили чувствительность к горячей или холодной пище, жидкостям или какие-нибудь повреждения на десне – немедленно обратитесь к вашему лечащему врачу;

До и после каждой процедуры тщательно отчищайте зубы и каппу с помощью зубной щетки и пасты;

Избегайте пить кофе, чай, красное вино, окрашенные напитки и употреблять табачные изделия в течении, как минимум, одного часа после каждой процедуры;

Несколько рекомендаций для тех, кто отбелил зубы и хочет сохранить эти результаты на долго.

Проводить ежедневную чистку зубов два раза в день;

Поверхности между зубами отчищать с помощью стоматологических нитей

Регулярно (два раза в год) посещать своего лечащего врача для проведения профилактических осмотров и профессиональной чистки зубов;

После проведения процедуры отбеливания в течении нескольких дней избегайте употребления пищи богатой красящими веществами.

Факторы и условия, вызывающие раздражение пульпы

Абылкаликов Б.Б.
АО "DentLux"

Раздражение пульпы зуба может возникнуть вследствие кариеса зубов, в результате препарирования зуба и кариозной полости, под воздействием пломбировочного материала, вследствие проникновения микроорганизмов при негерметичной пломбе, при обнажении дентина.

Кариез зуба служит основной причиной изменений в пульпе и ее воспаления. Уже при начальном повреждении дентина одонтобласты реагируют отложением вторичного и образованием слоя склерозированного дентина (отложением солей кальция на стенках дентинных канальцев) вплоть до полного закупоривания дентинных канальцев. Эти процессы следует рассматривать как проявление защитных механизмов пульпы на действие раздражителя.

При профессиональном кариозном процессе и разрушении эмали бактерии проникают в дентин, однако воспаления пульпы не возникает. Установлено, что первые признаки воспаления наступают, когда кариозная полость отделена от пульпы слоем 1,1 мм, т.е. пульпа практически не инфицирована до момента проникновения микроорганизмов во вторичный дентин.

Препарирование полости без использования водяного распылителя приводит к ее повреждению. При этом вероятность повреждения прямо пропорциональна площади препарирования и глубине повреждения. Таким образом, препарирование зуба под виниры или искусственную коронку без должного охлаждения служит серьезным фактором риска для пульпы.

Пломбировочные материалы. Имеются многочисленные данные, указывающие на раздражающее воздействие раз-

личных пломбировочных материалов. Из цементов самое выраженное неблагоприятное действие оказывает силикатный, хотя указывают, что оно проявляется при образовании зазора между краем эмали и дентином, поскольку микроорганизмы проникают в дентин.

Краевая проницаемость, как считает ряд исследователей, является основной причиной раздражения пульпы после пломбирования. Ведущая роль при этом принадлежит микроорганизмам.

Обнажение дентина может происходить после выпадения пломбы, в результате стирания тканей, при эрозии и т.д., что сопровождается чувствительностью к действию раздражающих факторов. Чувствительность может возникать также при обнажении пришеечного дентина, вследствие того что канальцы дентина становятся открытыми.

Защитное покрытие (прямое) предусматривает:

1) очищение поверхности пульпы и останов кровотечения;

2) высушивание полости;

3) наложение на обнаженную пульпу лечебной пасты;

4) пломбу из цинкоксидного эвгенольного цемента;

5) наложение постоянной пломбы.

Болезни пародонта и пульпы зуба

Пульпа и периодонт связаны между собой анатомически и функционально посредством многочисленных сосудов и дентинных трубочек. Сосудистый путь отмечали многие авторы. Не требуется богатого воображения, чтобы представить про-

никновение и распространение инфекции по сосудам. Особенно хорошо это видно на удаленных зубах. Дополнительные каналы, в большинстве случаев, обнаруживаются в верхушечной части, в молярах — до 59-76 %. Часть дополнительных каналов постепенно закрывается в результате отложения заместительного дентина.

Микроорганизмы могут проникать в дентинные каналы и пульпу в результате неудачного пародонтального лечения.

Первичное поражение эндодонта. При обострении хронического периодонтита (некроз пульпы) выход экссудата может произойти маргинальным путем, что имитирует пародонтальное поражение. В этом случае проверяют глубину пародонтального кармана, лучше всего гуттаперчевым штифтом. Экссудат может выделяться в области бифуркации.

Первичное поражение эндодонта обычно хорошо излечивается после эндодонтического лечения.

Первичное поражение эндодонта с вторичным вовлечением периодонта может иметь место при перфорации корня, особенно после введения штифта для реставрации коронки. Проявлением такого осложнения могут быть острые боли и формирование периодонтального абсцесса с разрушением маргинального периодонта и выходом экссудата.

Первичное поражение пародонта. Хронический маргинальный периодонтит прогрессирует вдоль поверхности корня, достигая верхушки. При этом реакция пульпы сначала нормальная, затем становится неадекватной. Со стороны маргинального края обнаруживаются V-образный карман и наложения зубного камня.

Первичное поражение пародонта с вторичным вовлечением эндодонта. Маргинальный периодонтит может достигать верхушки, и тогда через дополнительные или апикальные отверстия в процесс вовлекается пульпа, и наступает некроз.

Дифференциальный диагноз свищевого хода. Если свищевой ход открывается в десневую бороздку или по передней

складке, источник инфекции определяется путем введения гуттаперчевого штифта. Его преимущество заключается в гибкости и инертности.

Определение состояния пульпы необходимо для дифференциальной диагностики острого периодонтита, абсцесса в бифуркации. ЭОД затрудняют большие пломбы. Трудности возникают также, если в одном из каналов пульпа сохранена, а в другом некротизирована.

Рентгенодиагностика. Диагностику осуществляют, производя снимки с разных проекций, при этом необходима маркировка поверхностей, корней (гуттаперчевый штифт) и др. При переломе корня тонколинейные дефекты выявить сложно.

При определении показаний к эндодонтическому лечению следует учитывать наличие зуба-антагониста, возможность использования для опоры, вероятность сохранения, косметическую ценность, отношение пациента к лечению зуба. Важно правильно оценить эффективность планируемого лечения.

Противопоказания к эндодонтическому лечению исходя из общих и местных условий.

Общие

- Неадекватный доступ — ограниченное открывание рта. Плохая гигиена полости рта.

- Неудовлетворительное общемедицинское состояние — физическая слабость, умственное недоразвитие, длительное хроническое заболевание.

Местные

- Зуб не имеет значения для жевания.

- Нет возможности реставрировать коронку.

- Большая убыль костной ткани альвеолярного отростка.

- Перелом корня (продольный).

- Резорбция корня.

- Искривление корня.

- Повторное неэффективное лечение.

Взаимосвязь иммунологической резистентности организма с заболеваниями зубов

Бекбатыров О.

Врач-стоматолог СВА Шырғанак

Нередко врачам-стоматологам приходится выслушивать упреки в свой адрес от пациентов на внезапно возникающую боль в ранее леченом зубе. Болевой синдром возник внезапно, после перенесенной ОРВИ или других заболеваний носоглотки.

С врачебной точки зрения данную ситуацию можно объяснить снижением резистентности организма после перенесенных заболеваний верхних дыхательных путей. На фоне снижения защитных сил организма повышается чувствительность его к инфекциям, к аллергизации, расстройствам кровотока и регенерации.

С другой стороны, ВП зубочелюстной системы (кариес и его осложнения - пульпит и периодонтит) сами по себе снижают неспецифическую иммунологическую резистентность организма.

При хронических формах воспаления пульпы у пациентов отмечены изменения в протеинограмме, повышение концентрации сиаловых кислот, титра АСП10, резко угнетены наиболее важные факторы естественной защиты организма (активность лизоцима, смешанной слюны и сыворотки крови, бактерицидная активность сыворотки крови, показатели фагоцитоза).

Существенно зависит резистентность организма и от метода лечения осложненного кариеса [4]. Как показывает исследование, лечение пульпы у детей консервативным методом уже через неделю приводило в норму показатели неспецифического иммунитета. При витально-хирургическом методе через неделю происходило снижение показателей как гуморального, так и клеточного звена иммунитета и нормализации их через 6

месяцев. А вот девитальный с применением мышьяковистого ангидрида оказывал резкое угнетающее действие на резистентность детского организма.

График зависимости естественного иммунитета от метода лечения пульпита

Нормализация изучаемых показателей происходила только в отдаленные сроки (1 год, 1,5 года). Помимо влияния на иммунитет, девитальный метод лечения дает большой процент осложнений (24,8%), в т.ч. периодонтит в 22,4+0,2% наблюдений.

График зависимости естественного иммунитета от метода лечения пульпита

Наибольший процент (22,6+5,7%) заболеваемости оказался в группе больных, в которой лечили девитальным методом. После лечения витальными методами осложнений в виде ОРЗ в 2 раза меньше, а при консервативном методе осложнений всего 4%

Серьезную угрозу иммунитету представляет резорцинформалиновый - метод лечения осложненного кариеса. В результате этого метода 40% формалин воздействует на патологический очаг в пульпе зуба, но основной удар приходится в целом на организм пациентов.

Очень скромно освещается проблема зависимости генерализованного кариеса и его осложнений (пульпит, периодонтит), от состояния желез внутренней секреции. При обследовании подростков с множественным (генерализованным) кариесом и его осложнениями у 69,7% выявили изменения дисфункции

желез внутренней секреции (щитовидной и паращитовидных желез, надпочечников, поджелудочной железы, половых желез). У 96% подростков эти заболевания выявлены впервые. Основным фоновым заболеванием (69,7%) оказалась эутиреоидная диффузная струма щитовидной железы. По 3,8% составили половой инфантилизм и гиперфункция надпочечников. По 1,9% случаев составили тиреотоксикоз, гипотиреоз, гипертиреоз, врожденная энцефалопатия и врожденная гиперплазия вилочковой железы. В некоторых случаях имела место вегетососудистая дистония.

Пристальное внимание необходимо уделить рациональному питанию, т.е. сбалансированному и содержащему в достаточном количестве кальция, фосфора, фтора и витаминов, в то же время уменьшением углеводов, особенно рафинированных.

И особая роль отводится вопросам стоматологической профилактики.

Периодонтальный статус соответствовал неудовлетворенной гигиене полости рта. Среди жалоб преобладали жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов и неприятный запах изо рта. Клинически наблюдалась гиперемия десны, кровоточивость при зондировании, зубной камень.

Рациональная гигиена предусматривает чистку зубов не менее 2 раз в день - утром и вечером, а так же тщательное полоскание полости рта после еды.

Современные средства гигиены полости рта представлены зубными щетками, зубочистками, нитями (флоссами), ершиками, массажерами, которые обеспечивают механическое очищение зубов. Механическое и химическое воздействие на органы полости рта сочетают в себе зубные пасты, гели, эликсиры, растворы.

Таким образом, исследуя аспекты взаимодействия резистентности организма и состояния зубо-челюстной системы можно с уверенностью сказать:

1. ВП в зубо-челюстной системе возникает на фоне снижения иммунологической резистентности организма.

2. Применение препаратов мышьяка и формалина в стоматологической практике резко угнетают иммунитет организма, нормализация которого происходит в отдаленные сроки (год и более).

3. После лечения осложненного кариеса девитальным методом на фоне снижения резистентности организма возникают осложнения в виде ОРВИ и др. заболеваний носоглотки.

4. Диспансерной группе подростков с генерализованным кариесом и фоновыми заболеваниями желез внутренней секреции необходимо включать в комплекс профилактических средств ПД, БД, БАД, иммуностимуляторы и адаптогены.

5. Вопросам стоматологической профилактики в последнее время уделяется недостаточное внимание. Врач-стоматолог обязан не только контролировать качество рациональной гигиены детей и подростков, но и в первую очередь обучить ребенка, адаптировать родителей, воспитателей и педагогов к этой важной проблеме.

Литература:

1. П.А. Леус, С.С. Любко, «Эффективность профессиональной гигиены полости рта в профи-лактике болезней периодонтита», «Клиническая стоматология», 1997г., 3, стр. 70-72.
2. М.Я. Косневич, М.М. Молодых, «Роль патогенетического лечения множественного кариеса в профилактике пульпита», «Научные труды», Краснодар, 1986г., стр. 74-77.

Профилактика аномалий развития зубов и прикуса

Бекбатыров О.

Врач-стоматолог СВА Шырғанак

Аномалия развития зубов - это нарушения роста и развития зубного аппарата вызванное разными этиологическими факторами (местные, региональные, функциональные). Эти факторы вызывают функциональные нарушения, которые ведут к анатомическим и клиническим особенностям эволюции заболевания. Профилактика зубных аномалий состоит из ряда мероприятий для обнаружения и удаления этиологических факторов. Таким образом, можно обеспечить растущему организму лучшие условия для гармоничного развития.

Пренатальная профилактика - ряд мероприятий, желательных для использования женщинами в период беременности, для достижения оптимальных условий для развития плода.

Рекомендуется:

1. Рациональный комплекс питания с преобладанием молочных и растительных компонентов, обогащенных витаминами и минералами.

2. Установление нервно-эндокринного баланса с удалением всех факторов, которые могут влиять на развитие плода (внутриутробная гипотрофия, инфекционные болезни; хронические болезни, отравления).

3. Предупреждение патологии родов с удалением факторов, которые могут привести к травмам лицевой области (применение акушерского инструмента).

Постнатальная профилактика

Постнатальная профилактика направлена на снижение заболеваемости среди новорожденных, грудных детей, дошкольников и школьников. Профилактика направлена на устранение общих этиологических, местных и функциональных факторов. Устраняя эти факторы, исключаются условия для развития и проявления клинической симптоматики аномалий развития зубного аппарата.

Естественное вскармливание - имеет большое значение

в нормальном развитии зубного аппарата. Сосание улучшает состояние лицевых мышц.

Молоко является идеальным средством для питания ребенка благодаря сбалансированности жиров, углеводов, белков и минералов. Во время вскармливания можно заметить, как соприкасаются челюсти в переднем участке, прогнозируя будущий прикус ребенка. Во время искусственного вскармливания вырабатывается неправильное развитие жевательных мышц, которые изменяют альвеолярные дуги.

Общие терапевтические мероприятия направлены на повышение иммунитета новорожденного. Должны быть выявлены все заболевания, которые могут повлиять на будущее развитие зубного аппарата. Стоматолог вместе с врачом-педиатром будут лечить гипотрофические заболевания (рахит), заболевания желудочно-кишечного тракта, инфекционные, вирусные и хронические заболевания. Стоматолог должен сотрудничать с эндокринологом для выявления и лечения эндокринных заболеваний с зубными последствиями (гипотиреоз).

Функциональное развитие

В профилактике аномалий зубочелюстного аппарата играет большую роль функциональное развитие жевательных мышц, особенно равновесие между внутри- и внеротовыми мышцами (во время акта жевания и в покое). Если это равновесие будет нарушено, или во время жевания в полости рта разовьется патологическое давление, которое будет воздействовать на альвеолярные отростки, тогда произойдет нарушение роста зубов.

Большое значение в развитии зубного аппарата имеют также дыхание, жевание, фонетика и мимика. Все эти функции стимулируют развитие жевательных мышц и челюстей посредством моделирования формы альвеолярных отростков и их адаптация к внешней среде. На развитие лицевой части черепа

также влияет ряд механических факторов (силы растяжения), которые могут повлиять на некоторые функции:

- а) нарушения мышечного тонуса в покое
- б) нарушение ритма сокращения разных мышц, которые влияют на прикус.

Принцип этого метода - моделирование морфологии зубного аппарата функциональными упражнениями. Существуют три метода функциональной терапии:

1. Тренировка мышц или миотерапия
2. Функциональное перевоспитание
3. Контроль вредных привычек

Тренировка мышц способствует улучшению функции динамики и статики методом увеличения мышечных волокон в объеме. Принцип функциональной терапии состоит в том, что мышечная сила ведёт к изменению скелета через связь функция-состав.

Для успеха функциональной терапии необходимы два условия:

1. хорошее мышечное сокращение
2. эмоциональная связь с пациентом

Функциональная перестройка

Основателями этого метода являются Шаохене и Нетер. Метод преследует цель разрушить старые вредные привычки и разработать новые рефлексы, которые обеспечат нормальное развитие альвеоларно-зубного аппарата.

1. Перестройка дыхания. Рекомендуется носовое дыхание, которое влияет на развитие верхней челюсти в поперечном плане, на развитие верхнечелюстных пазух и обеспечивает организм кислородом. Врачи рекомендуют дыхательные упражнения, когда рот закрыт, челюсть выдвинута вперед и, вдыхая и выдыхая воздух, расширяем и сужаем ноздри.

2. Перестройка глотания у детей раннего возраста. Характеристикой этого возраста является естественное вскармливание.

3. Перестройка медленного жевания. Жевание имеет большое значение в развитии челюсти и прикуса. Дети должны быть информированы, о необходимости тщательного пережевывания пищи.

4. Перестройка плохой фонетики.

В клинической практике встречаются разные нарушения речи, которые влияют на координацию антагонистических групп мышц с нарушением развития альвеоларных отростков и появление аномалий зубов. Чаше встречаются дислалия - больной не в состоянии произнести четко слова или звуки; парадислалия - одни звуки произносятся вместо других.

5. Устранение вредных привычек. Вредные привычки могут появиться сразу после рождения или позже. Они нарушают координацию мышц, что ведет к отклонению и неправильному росту костей.

Воспалительные заболевания полости рта: современные подходы к профилактике и лечению

Рахымбеков К.К.

Врач-стоматолог СВА Карасаз

Стоматит и пародонтит являются состояниями, доминирующими в структуре воспалительных заболеваний полости рта. Стоматит (от греч. *stoma* — рот) — воспаление слизистой оболочки полости рта, сопровождающееся ее дистрофическими изменениями. У человека стоматит может быть вызван повреждением различного характера (механическим, термическим, химическим, физическим), авитаминозом, сахарным диабетом, заболеваниями сердечно-сосудистой, нервной, кровяной систем, органов пищеварения, острой (корь, скарлатина, дифтерия) и хронической (туберкулез) инфекцией, интоксикацией, паразитическими грибами (кандидоз).

Факторами, способствующими появлению травматического стоматита, обычно являются отложения зубного камня, кариозные зубы, неправильно изготовленные протезы, пломбы, инородные предметы, ожоги горячей пищей, воздействие щелочей, кислот и т.п. При кратковременном воздействии повреждающего фактора развивается катаральный процесс: слизистая оболочка гиперемирована, отечна, кровоточит; при длительном действии образуются язвы, вокруг которых формируются воспалительные валики.

Стоматит, вызванный общими заболеваниями организма и характеризующийся появлением на слизистой оболочке полости рта афт, может протекать остро и хронически. Острый афтозный стоматит чаще возникает у детей, страдающих желудочно-кишечными и вирусными заболеваниями, диатезом. При этом температура тела обычно повышена. На слизистой оболочке десен, губ, неба появляются афты, окруженные ярко-красным ободком; возникает обильное слюноотделение. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Заболевание длится 7—10 дней. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит характеризуется периодическим возникновением на слизистой оболочке щек, боковой поверхности языка, нижней губе одиночных афт, дно которых покрыто серо-желтым налетом. Лимфатические узлы, как правило, не увеличены. Заболевание длится 5—10 дней, после чего афты эпителизируются или превращаются в язвы. Язвенный стоматит часто возникает при

острых энтероколитах, язвенной болезни желудка, после перенесенных ангины и гриппа, при интоксикации ртутью, висмутом. Язвы могут располагаться на всей слизистой оболочке; появляется неприятный запах изо рта, обильное слюноотделение. При болезнях крови (лейкозы) на слизистой оболочке полости рта и миндалинах появляются афты, превращающиеся затем в язвы. Та же картина наблюдается и при лучевой болезни. Пародонт — это комплекс тканей, которые окружают зуб и обеспечивают надежную фиксацию в челюстных костях: десна, волокна периодонтальной связки, поверхностный слой цемента корней зубов и кость альвеоларных отростков челюсти. Характер патологического процесса в пародонте чаще всего может быть воспалительным или дистрофическим. Воспалительные заболевания пародонта являются самой обширной группой заболеваний. Если воспалена только десна — это гингивит. Если вовлекаются структуры периодонтальной связки и кости альвеоларных отростков — пародонтит. Атрофия альвеоларных отростков (зубных ячеек), развивающаяся при пародонтите, ведет к подвижности и выпадению зубов. Хроническое бактериальное раздражение приводит к развитию воспаления, потере соединения между зубом и десной, появлению пародонтального кармана.

Гингивит может развиваться при воздействии на ткани десны неблагоприятных внешних факторов (интоксикация свинцом, марганцем, висмутом), а также быть проявлением нарушенной местной или общей реактивности организма. При воздействии вредных факторов на слизистую оболочку десны воспаляется сначала десневой сосочек, затем соседние участки слизистой оболочки. Клинически гингивит характеризуется появлением кровоточивости и болезненности десен. При длительном воздействии вредоносных факторов возможно развитие деструктивного процесса — образование на слизистой оболочке десны язв, эрозий и других патологических элементов. При появлении некротических участков вследствие интоксикации ухудшается общее состояние организма, повышается температура тела, возникают головная боль, слабость, обильное потоотделение,

бессонница, гнилостный запах изо рта.

Лечение гингивита и пародонтита заключается в регулярно проводимой гигиенической обработке и назначении препаратов, эффективно подавляющих активность микроорганизмов, замедляющих формирование микробных скоплений и оказывающих противовоспалительный эффект. Для этой цели может использоваться гель для десен, содержащий два компонента: антибактериальный препарат с антианаэробной активностью метронидазол 1% и антисептик хлоргексидин 0,25% в стабильных концентрациях. Такая комбинация обуславливает достижение оптимальной терапевтической эффективности в отношении основных возбудителей воспалительных заболеваний полости рта: анаэробных бактерий, простейших, грамотрицательных и

грамположительных микроорганизмов, дрожжей, дерматофитов и липофильных вирусов. У большинства больных гингивитом кровоточивость и болезненность десен исчезают после 3 дней применения геля, но, чтобы эффект был стабильным, необходимо пройти полный курс — 10 дней. При склонности к кровоточивости десен рекомендуется профилактическое применение геля Метрогил Дента 1-2 раза в год. Комбинация метронидазол+хлоргексидин широко используется для лечения и профилактики пародонтита как у взрослых, так и у детей.

Метронидазол+хлоргексидин является очень удобным средством для антисептической и противовоспалительной обработки после профессиональной чистки зубов и удаления зубного камня при хроническом гингивите.

Уход за зубами

Рахымбеков К.К.

Врач-стоматолог СВА Карасаз

Сегодня все большее число людей понимает, что красивые, белые зубы - это элемент культуры, определяющий современного человека, это символ здоровья и преуспевания.

Будущее стоматологии принадлежит профилактике. В ее основе лежит тщательная гигиена полости рта. Темный налет на зубах, неприятный запах, затрудняющий общение, воспаление десны и кровоточивость свидетельствуют о том, что Вам пора к гигиенисту.

Регулярное посещение гигиениста (не менее 2 раз в год) на 80% снижает риск заболевания пародонта и на 40% - количество кариозных полостей.

Плохая гигиена приводит к скоплению токсинов бактерий и ведет к развитию воспалительного процесса, разрушению зубодесневого прикрепления и образованию патологического кармана — зуб отстает от десны. Отмечается образование наддесневых и поддесневых камней, слизистая становится отечно-синюшной, наблюдается ее разрастание слизистой (грануляции), экссудат, неприятный запах изо рта, возникает оголение шеек зубов, подвижность зубов. Впоследствии происходит деструкция (убыль) кости. Все это называется парадонтит.

Пациентов с такими симптомами, как правило, не удается вылечить консервативно, хотя после профессиональной чистки и хорошем гигиеническом уходе за полостью рта процесс можно остановить. При неблагоприятном течении заболевания проводится хирургическое лечение.

Так что же такое профессиональная чистка зубов? Это — удаление зубного камня наддесневого и поддесневого, снятие налета, полировка поверхности зубов, обработка слизистой оболочки десневого края антибактериальными средствами (Элюдрил, Корсодил). Завершает чистку глубокое фторирование, что является важнейшим противокариозным средством. При необходимости чистка проводится повторно. Конечно, пациенты интересуются, не оказывает ли отрицательного влияния на эмаль ультразвуковая чистка и снятие плотных отложений специальными инструментами. Должны Вас успокоить. Во-первых,

эмаль — одна из самых прочных тканей в организме человека; во-вторых, все инструменты созданы из особого сплава и имеют специальную заточку; в-третьих, профессиональную чистку проводят квалифицированные специалисты. Возможный вред от чистки значительно меньше, чем от пародонтита.

Зубы надо чистить не менее 2-х раз в день, после завтрака и перед сном. Зубная щетка ставится под углом 45 градусов к поверхности зуба так, чтобы щетинки немного заходили под десну. Головка зубной щетки захватывает обычно 2-3 зуба.

От десны к режущему краю зуба производим выметающие движения. Ни в коем случае не чистить движениями «вверх-вниз», так как травмируется десна, оголяя шейки зубов, что ведет к повышенной чувствительности (боли при чистке зубов, реакция на холодное, горячее и т.д.).

Затем переходим к чистке с «внутренней» стороны (с язычной и небной). Зубы чистятся также, как с губной стороны.

Для проверки проведите, пожалуйста, языком по всем зубам. Если Вы ощущаете гладкую, словно отполированную поверхность и нет никаких шероховатостей, значит Вы все сделали правильно.

Информация для пациентов, имеющих искусственные коронки.

Не секрет, что между коронками и под ними скапливаются остатки пищи, доставляющие немало неприятностей пациенту. Вам помогут суперфлоссы, интердентальные (межзубные) ершики и ирригаторы (души).

Сначала убираем остатки пищи из межзубных промежутков флоссом (зубной нитью), аккуратно проходим вдоль боковой поверхности зуба и десной (с двух сторон), совершая выметающие движения от десны к режущему краю зуба. После этого используйте зубную нить как бархотку для чистки обуви (из стороны в сторону) для полировки сторон и задней поверхности коронковой части. Затем, вновь воспользуйтесь флоссом на манер чулка для чистки обуви, только на этот раз, используйте движения вперед-назад.

Оценка современного состояния ортопедической стоматологической помощи работникам МВД

Кафаров К.К.

Госпиталь МВД Азербайджанской Республики

Для совершенствования системы медико-санитарного обеспечения, а также планирования развития отдельных служб важным считается анализ фактического состояния — базисного уровня представленных медицинских услуг. Современные теории маркетинга также предусматривают необходимость изучения и оценки конъюнктуры рынка медицинских услуг. Бизнес-планы как инструмент оптимизации финансово-

экономической деятельности медицинских учреждений, имеют, как правило, специальные разделы, посвященные анализу показателей базового периода [2, 3, 6]. При этом важным является не только количественные, но и качественные критерии для аналитической оценки, которые широко применяются в стоматологии. Считается, что наиболее существенной особенностью стоматологических услуг является возможность

оценки их качества с применением объективных критериев. В литературе имеется целый ряд сообщений о применении стандартов качества ортопедической стоматологической помощи путём экспертной оценки состояния протезов [1, 4, 5]. С позиции приоритета отдельных видов медико-санитарного обеспечения для сохранения здоровья и качества жизни важной социальной группой населения является работники МВД, которые пользуются правом преимущественного медицинского обслуживания. Поэтому в данной работе мы поставили перед собой цель оценить состояния ортопедической стоматологической помощи работникам МВД.

Материалы и методы исследования

Для количественной оценки состояния ортопедической помощи были использованы официальные статистические данные о ресурсах и об их работе. Определялись обеспеченность врачами-стоматологами ортопедами и объёмы нагрузки. Для качественной оценки стоматологической ортопедической помощи было проведено обследование по 200 человек в возрастных группах 20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60 лет и старше. При этом определялась обеспеченность обследованных зубными протезами. Экспертной оценкой изучалось качество протезов с применением общепризнанных критериев: цвет протеза, форма коронок, краевое прилегание, окклюзионные контакты, полировка протеза. По итогам оценок была установлена частота наиболее типичных дефектов в расчёте на 100 пациентов и на 100 протезов. При этом статистическая обработка проводилась методами анализа качественных признаков [7].

Полученные результаты и их обсуждение

По итогам обследования было выявлено, что в возрастных группах 20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60 лет и старше соответственно у 26,5; 34,5; 46,5; 51,0; и 85,5% осмотренных имеются те или иные протезы. В возрасте 20-29 и 30-39 лет у пациентов на 1000 приходилось соответственно 1100 и 1450 одиночных коронок, 195 и 280 мостовидных протезов. Количество этих видов протезов в последующих возрастных группах увеличилось и составляло соответственно 1600 и 365% в возрасте 40-49 лет, 1300 и 290% в возрасте 50-59 лет, 1300 и 375% в возрасте 60 лет и старше. С возрастом количество одиночных коронок у пациентов изменяется в виде параболы, пик которого попадает на возрастной интервал 40-49 лет. Количество мостовидных протезов у пациентов в возрастном интервале 20-49 лет, в последующих возрастах оно оставалось в основном стабильно. Съёмные протезы у обследованных были в возрастных группах старше 40 лет: 15 % в возрасте 40-49 лет, 125% в возрасте 50-59 лет и 205 % в возрасте 60 лет и старше. В данном примере возрастная динамика количества съёмных протезов имеет выраженный линейный характер. Доля негодных протезов колебалась в широких пределах: от 35,9 до 50%, величина показателя была разной в зависимости от возраста пациентов и вида протезов. Однако статистически значимое различие по удельному весу негодных протезов в сравниваемых группах не были выявлены. В возрастных группах 20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60 лет и старше соответственно $40,9 \pm 1,5\%$; $44,8 \pm 1,3\%$; $46,9 \pm 1,3\%$; и $2,3 \pm 1,4\%$; и $46,1 \pm 1,4\%$; одиночных коронок, $35,9 \pm 3,4\%$; $48,2 \pm 3,0\%$; $48,6 \pm 2,6\%$; $46,6 \pm 2,9\%$ и $48,0 \pm 2,6\%$ мостовидных протезов оказались негодными ($P > 0,05$). Удельный вес негодных протезов в зависимости от характера стоматологического обслуживания контингента работников МВД приведён в таблице 1. Очевидно, что в группе контингента, не имеющий по месту службы стоматологические подразделения, доля негодных зубных протезов ($55,0 \pm 2,5\%$ одиночных коронок, $56,2 \pm 5,3\%$ мостовидных протезов и $60,0 \pm 11\%$ съёмных протезов) статистически достоверно ($P < 0,05$) выше, чем таковая в группе, имеющий по месту службы соответствующие ведомственные ресурсы (соответственно $35,2 \pm 1,8\%$; $37,5 \pm 3,8\%$ и $18,9 \pm 6,4\%$). Это может быть обусловлено тем, что последняя группа служит в городе Баку, где имеется

широкий выбор ортопедической помощи как в системе МВД, так и в территориальных учреждениях здравоохранения, а также в частном секторе. В этой группе доступность к качественной стоматологической помощи существенно высока.

Таблица 1. Удельный вес (в %) негодных протезов у контингента МВД

Группа личного состава	Одиночные коронки	Мостовидные протезы	Съёмные протезы
Контингент, не имеющий по месту службы стоматологические подразделения (n=297)	(400) $55,0 \pm 2,5$	(89) $56,2 \pm 5,3$	(20) $60,0 \pm 11,0$
Контингент, имеющий по месту службы стоматологические кабинеты (178)	(240) $54,2 \pm 3,2$	(50) $56,0 \pm 7,0$	(12) $66,6 \pm 13,6$
Контингент, имеющий по месту службы стоматологические подразделения МВД (n= 525)	(710) $35,2 \pm 1,8$	(160) $37,5 \pm 3,8$	(37) $18,9 \pm 6,4$
Всего (1000)	(1350) $44,4 \pm 1,4$	(299) $46,1 \pm 2,9$	(69) $39,1 \pm 5,9$

Экспертная оценка качества несъёмных протезов (по материалам 128 пациентов и 154 протезов) показала, что наиболее частым дефектом является не соответствие конструкции протеза клинической ситуации (у $50 \pm 4,4\%$ пациентов и в $41,6 \pm 4,0\%$ протезах). Средний уровень выявляемости была характерна для частоты несоответствия цвета и блеска декоративной облицовки естественному (у $27,3 \pm 3,9\%$ пациентов и в $22,7 \pm 3,4\%$ протезах). Относительно заметной оказалась частота выявления следующих дефектов:

- развитие вторичного кариеса, искусственная коронка не имеет анатомической формы, свойственной одноимённому зубу (у $14,8 \pm 3,1\%$ пациентов и в $12,3 \pm 2,6\%$ протезах);
- отлом стенки зубов, функциональная травматическая перегрузка пародонта (у $14,1 \pm 3,1\%$ пациентов, в $11,7 \pm 2,6\%$ протезах);
- протёртость коронки (у $11,7 \pm 2,8$ пациентов и в $9,7 \pm 2,4\%$ протезах);
- оголение пришеечной препарированной части зуба (у $10,2 \pm 2,7\%$ пациентов и в $8,4 \pm 2,2\%$ протезах), нарушение окклюзионных взаимоотношений во всех фазах артикуляции (у $9,4 \pm 2,6\%$ пациентов), отрыв промежуточной части мостовидного протеза (у $8,6 \pm 2,5\%$ пациентов, $7,1 \pm 2,1\%$ протезах);
- расцементировка одной из опорных коронок мостовидного протеза (у $7,0 \pm 2,3\%$ пациентов, в $5,8 \pm 1,8\%$ протезах), глубокое погружение под десну (у $6,3 \pm 2,2\%$ пациентов и в $5,2 \pm 1,8\%$ протезах).

Пациенты были недовольными от $24,6 \pm 3,5\%$ протезов, в целом доля неудовлетворённых пациентов составляла $29,7 \pm 4,0\%$.

Частота наиболее существенных и распространённых дефектов в качестве протезов у контингента с разным вариантом стоматологического обеспечения отражена в таблице 2.

Таблица 2. Неудовлетворённость пациентов и частота дефектов, выявленных при экспертной оценке качества ортопедической помощи в зависимости от вариантов стоматологического обеспечения

Показатели и критерии оценки	Имеется по месту службы врача стоматолога-ортопеда		Стат. критерии достоверности
	да (n=525)	нет (n=475)	

Численность кон-тингента, ранее по-лучивших ортопеди-ческую помощь	235	232	
Количество протезов	901	817	
Количество экспертно оценённых: несъёмных протезов пациентов	81 66	73 62	
Доля неудовлетворённых пациентов (%)	20,9 ± 5,0	39,3 ± 6,3	t= 2,0 P< 0,05
Частота дефектов (в %): - несоответствие конструкции протеза клинической ситуации	(26) 32,1 ± 5,2	(38) 52,1 ± 5,9	t= 2,5 P< 0,05
- несоответствие цвета и блеска декоративной облицовки естественному	(12) 14,8 ± 4,0	(23) 31,5 ± 5,4	t= 2,5 P< 0,05
- искусственная коронка не имеет анатомической формы, свойственной одноимённому зубу	(8) 9,9 ± 3,3	(11) 15,1 ± 4,2	t= 0,4 P>0,05 x ² = 0,52 P>0,05
- функциональная травматическая перегрузка парадонта	(7) 8,6 ± 3,1	(11) 15,1 ± 4,2	x ² = 2,5 P>0,05
- отлом стенки зуба	(6) 7,4 ± 2,9	(12) 16,4 ± 4,3	x ² = 2,8 P>0,05
- отрыв промежуточной части мостовидного протеза	(4) 4,9 ± 2,4	(14) 19,2 ± 4,6	t= 2,8 P< 0,05
-протёртость коронки	(8) 4,9 ± 2,4	(11) 15,1 ± 4,2	x ² = 5,5 P< 0,05
Нарушение окклюзионных взаимоотношений во всех фазах артикуляции	(3) 3,7 ± 2,1	(9) 12,3 ± 3,8	x ² = 4,8 P< 0,05
Оголение пришеечной препарированной части зуба	(5) 6,2 ± 2,7	(8) 10,9 ± 3,6	x ² = 1,4 P>0,05

Доля неудовлетворённых пациентов по данным экспертной оценки была существенно высока в группе, которая по месту службы не имеют врача-стоматолога ортопеда (39,3 ± 6,3%; t=2,0; P< 0,05). В этой группе статистически достоверно была высока частота целого ряда дефектов, выявленных при экс-

пертной оценки качества несъёмных протезов:

- несоответствие конструкции протеза клинической ситуации (52,1 ± 5,9%, t=2,5; P< 0,05), цвета и блеска декоративной облицовки естественному (31,5 ± 5,4%; t=2,5; P< 0,05);

- отрыв промежуточной части мостовидного протеза (19,2 ± 4,6%; t=2,8; P< 0,05), протёртость коронки (15,1 ± 4,2%; x²=5,5; u=1,0; P< 0,05), нарушение окклюзионных взаимоотношений во всех фазах артикуляции (12,3 ± 3,8%; x²=4,8; u=1,0; P< 0,05).

Частота остальных выявленных дефектов (функциональная травматическая перегрузка парадонта, отлом стенки зуба, оголение пришеечной препарированной части зуба и прочих) также была высока в отмеченной группе, но из-за сравнительно невысокого размера показателей как параметрическими (t критерии Стьюдента), так непараметрическими (x²- критерий) методами достоверность различия не была подтверждена.

Таким образом, приведённые материалы убедительно показывают высокий риск дефектов в протезах у пациентов, по месту службы у которых не предусмотрена доступность ведомственной ортопедической стоматологической помощи. У этого контингента 1,6 раз часто установлена негодность одиночных коронок, 1,5раза – мостовидных протезов и 3,2 раза – съёмных протезов. Относительный риск дефектов в этой группе зависит от характера критериев, используемых при экспертной оценке, и колеблется в пределах 1,7 – 3,3. Учитывая отмеченное, рекомендуется осуществление контроля со стороны стоматологического центра МВД за группой повышенного риска.

Литература

1. Гадаев М.С. Стоматологическая заболеваемость и потребность населения пенсионного возраста Чеченской Республики в ортопедической стоматологической помощи. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М. 2003. – 20 с.
2. Голуков Г.Н., Шиленко Ю.В., Леонтьев В.К. Система гарантий качества в здравоохранении // Экономика здравоохранения. – 1998. - № 2126. с. 35-42.
3. Голуков Г.Н., Шиленко Ю.В., Корышев В.И., Рейхарт Д.В. Маркетинг на рынке услуг и товаров медико-производственного комплекса // Экономика здравоохранения. – 1998. - № 7131. с. 11-20.
4. Козырева И.И. Стоматологическая заболеваемость и потребность в ортопедической помощи лиц пожилого возраста Краснодарского края. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Краснодар. 1999. – 19 с.
5. Леонтьев В.К., Золотусская И.Б., Шиленко Ю.В. Экономические проблемы стоматологии // Экономика здравоохранения. – 1998. - № 2126. с. 24-34.
6. Путин М.Е., Алякритская Т.Б., Кузнецов П.П. и др. Бизнес-план как инструмент оптимизации финансово-экономических параметров деятельности медицинского учреждения федерального подчинения // Экономика здравоохранения. – 2003. № 3. – с. 56-63.
7. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. М. 1999. – 459 с.

Использование малоинвазивных методов при имплантации зубов

Рой С.В.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК

В настоящее время имплантация зубов выделилась внутри протезирования в отдельное направление. Оно является самым безупречным в протезировании, не требующим повреждения рядом расположенных зубов. Чаще всего имплантаты производятся из биоэнергетических материалов, не вызывающих аллергических реакций и великолепно приживающихся. Применение имплантатов в стоматологической практике позволяет восстанавливать утраченные различными органами функции, возвращать пациентам возможность комфортной жизни и общения, решает проблемы эстетики [1].

Одну из ведущих ролей в имплантологии заняли новые методы наименее травматичного вмешательства. В научной литературе и в обзорных статьях эти методики имеют разное название суть одна: минимальное хирургическое вмешательство [2].

Малоинвазивный метод имплантации дает возможность восстановить утраченный зуб за 2-4 посещения стоматолога, не вызывает дискомфортные ощущения после имплантации, позволяет проводить протезирование в кратчайшие сроки, так как при этой методике не требуется разрез и откидывание лоскута. Пациенты отмечают великолепный результат, особенно панически боящиеся хирургических процедур [3].

Цель работы

– внедрение в стоматологическую практику больницы и оценка эффективности применения малоинвазивного метода в имплантологии зубов.

Материалы и методы

На имплантацию было взято 10 пациентов, из них с концевым дефектом - 5, с отсутствием одного или нескольких зубов - 4, с полным отсутствием зубов – 1. Возраст пациентов колебался от 30 до 65 лет.

У всех пациентов применялся малоинвазивный метод имплантации, который заключался в одноэтапной установке ортопедической конструкции. При таком подходе имплантация осуществлялась бескровным методом, при котором не разрезается десна пациента. Специальной фрезой создавалось миниатюрное отверстие для установки имплантата, а само протезирование проводилось в ближайшие 7 суток.

Предварительно перед проведением имплантации проводилось тщательное обследование пациентов на отсутствие противопоказаний к процедуре, а у 1 - хирургическая подготовка [4]. Главным требованием для проведения данной операции являлось достаточное количество костной ткани.

Результаты

У всех пациентов установка ортопедической конструкции малоинвазивным методом прошла успешно, без осложнений, и весь процесс протезирования был проведен в течение 7 дней. При этом пациенты не отмечали дискомфортных ощущений.

Таким образом, использование данного метода будет способствовать восстановлению жевательных функций организма в кратчайшие сроки, в отличие от прежних методов, когда пациенту приходилось ждать результата от 3-6 месяцев. При этом метод является гораздо менее болезненным, чем традиционные методы имплантации.

Список литературы:

1. Робустова Т.Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты). - М.: Медицина. - 2003. - 560 с.
2. Кулаков А.А., Лосев Ф.Ф., Гветадзе Р.Ш. Зубная имплантация. - М.: Медицинское информационное агентство. - 2006. - 152 с.
3. Фех А.Р., Ушаков А.И., Путь С.А. Эндоскопически ассистированный синуслифтинг// Российский стоматологический журнал - 2002. - №.3. - С. 24-29.
4. Фуад Р. Лечение периимплантитов с использованием низкоинтенсивного лазерного света// Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Воронеж. – 2009. - 31 с.

Дифференциальная диагностика акроостеолита и нервнотрофических заболеваний

Бекежанов Б.Х.

1-ая городская больница, г. Петропавловск

Процессы патологических изменений костей могут быть местными и общими; разрушение может иметь различный характер: воспалительный, дегенеративный, дистрофический, литический и другие. Ограниченное разрушение и исчезновение костной ткани обозначается термином “костоеда” или кариес кости (латинское слово, означающее “гниль”, “развал”, “распад”). Возможно применение этого термина в более широком смысле – остеолит, который допустимо использовать для обозначения лишь того особого, частного вида деструкции костной ткани, когда имеет место полное и бесследное локальное, обычно асептическое исчезновение всех костных элементов без инфильтрации или замещения рассосавшегося участка кости.

Остеолит всегда имеет непосредственный неврогенный характер. Акроостеолит – врожденная болезнь, описана впервые Харнашом в 1950 г. Наблюдается, по-видимому, не так редко. За 10 лет исчисляется сотней случаев. Может иметь наследственный характер или выявляться спорадически. Наблюдается главным образом у молодых взрослых людей, чаще в 2-3 раза у мужчин.

Основной чертой акроостеолита служит процесс полного костного рассасывания определенных участков скелета, чаще средних отделов дистальных фаланг, с характерным сохранением как оснований, так и бугорков фаланг. Процесс обычно двусторонний, но может быть не симметричным. Чаще всего поражаются краевые – I и V пальцы, остеопороза не бывает. Литический процесс медленно прогрессирует, начинаясь с дистальных фаланг по направлению к проксимальным [5-7].

Больной Г., 1973 года рождения, обратился с жалобами на припухание пальцев рук, боль в пальцах при работе. Общее состояние удовлетворительное. Пальцы рук утолщены, цвет кожи бледный, ногти сохранены.

Лабораторное обследование:

Общий анализ крови: эритроциты – $4,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 127 г/л, СОЭ – 15 мм/ч, лейкоциты – $8,0 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 72%, эозинофилы – 4%, моноциты – 8%, лимфоциты – 12%.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, удельный вес – 1020, белок отсутствует, реакция – кислая.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, СРБ – слабо положительный, глюкоза – 4.6 ммоль/л, мочевины – 6.0 ммоль/л, креатинин – 80.1 ммоль/л, кальций – 2.2 ммоль/л, альбумины – 44.9 г/л, мочевая кислота – 300.3 мкмоль/л.

Кровь на ревмофактор – отрицательный. Коагулограмма: протромбиновый индекс – 90%, фибриноген – 4 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый, число сердечных сокращений – 78 в 1 мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

На рентгенограмме кистей рук определяется рассасывание дистальных и проксимальных фаланг I - V пальцев слева и I-III



и V пальцев справа с сохранением оснований проксимальных фаланг.

В данном случае диагностика основывается на рентгенологических признаках: литическое разрушение костной структуры фаланг пальцев рук. Для уточнения клинического диагноза следует иметь в виду большую группу нервнотрофических заболеваний – сирингомиелию, болезнь Рейно, склеродермию и др.

В настоящее время неизвестны эффективные методы лечения этого заболевания. Волков М.В. писал, что резекция пораженной кости с замещением дефекта гомокостью ведет к лизису трансплантата и продолжению рассасывания [1-3]. Потеря костных элементов неизбежно ведет к частичной инвалидизации, но жизни больного акроостеолит не угрожает [4,6].

Литература:

1. Волков М.В. *Болезни костей у детей* – М.: Медицина, 1974. – 560 с.
2. Волков М.В., Бизер В.А. *Гомопластика костной ткани у детей* – М.: Медицина, 1969. – 216 с.
3. Волков М.В., Оганесян О.В. *Восстановление формы и функции суставов и костей* – М.: Медицина, 1986. – 254 с.
4. Зацепин С.Т. *Костная патология взрослых* – М.: Медицина, 2001. – 640 с.
5. Ревелл П.А. *Патология костной ткани: Пер. с англ.* – М., 1993. – 386 с.
6. Рейнберг С.А. *Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов* –
7. Трубников В.Ф. *Травматология и ортопедия*

Клинико-диагностическая оценка функционального состояния участников боевых действий в плане лечебно-реабилитационных мероприятий

Шакиров М.М., Куспангалиева Ш.У., Ахатова М.А.

Республиканский клинический госпиталь для инвалидов ВОВ г. Алматы, Республика Казахстан

Цель настоящего исследования состояла в изучении последствий участия в боевых действиях на основе изучения функциональных исследований состояния сердечно-сосудистой системы и нервной системы и применения методов лечебно-восстановительного лечения в плане эффективности проводимых реабилитационных мероприятий данным пациентам.

Материалы и методы

Под наблюдением находилась группа ветеранов локальных вооружённых конфликтов, состоящая из 2187 пациентов, проходивших стационарное лечение в Республиканском клиническом госпитале для инвалидов Отечественной войны за период с 2010 по 2011 годы. Средний возраст больных составил $51,3 \pm 1,5$ лет.

Среди участников войн отмечены черепно-мозговые травмы различной степени у 1071 обследованных (49%), до 18% имели осколочные ранения и перенесли посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР), неврозы целый ряд психосоматических нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы. Гипертоническая болезнь диагностирована у 371 пациента (17%), основными проявлениями которой были головная боль, головокружение и неприятные ощущения в области сердца. У 437 пациента (20%) в анамнезе отмечена ишемическая болезнь сердца (ИБС), у 575 пациентов (26,3%) - нейрорциркуляторная дистония (НЦД), астено-невротический синдром отмечен у 691 пациента (31,6%) и дисциркуляторная энцефалопатия диагностирована у 803 пациентов (36,7%). В анамнезе пациенты отмечали общую слабость (83%), подъёмы артериального давления (47%), одышку при нагрузке (55%), боли сжимающего характера в области сердца (41%), головные боли (72%), боли в позвоночнике (62%), боли в костях и суставах (77%). Частыми жалобами являлись также снижение работоспособности, быстрая утомляемость, головокружение, нарушение сна и снижение памяти.

По нашим наблюдениям у обследованных пациентов 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 и в конечном итоге приводит к их инвалидизации и в отдаленном периоде играет существенную роль в снижении качества их жизни.

В плане общеклинического обследования анализировались данные спирометрии, электроэнцефалографии, стандартная электрокардиографии и ЭКГ с нагрузкой (велозергометрия). С целью повышения эффективности и качества проводимого медикаментозного лечения, получаемого больными в клинических отделениях госпиталя, в план лечебно-реабилитационных мероприятий им была включена лечебно-восстановительное лечение.

Результаты и обсуждение

Психосоматические расстройства и патологические изменения, выявляемые у обследуемых могли развиваться на фоне последствий черепно-мозговой травмы, и поэтому носят разносторонний характер. Достаточно распространёнными были сердечно-сосудистые изменения: гипертоническая болезнь, основными проявлениями которой были головные боли, головокружение, неприятные ощущения в области сердца, одышка, нейрорциркуляторная дистония с аналогичными жалобами, коро-

нарные нарушения, изменения со стороны лёгких, нарушения центральной нервной системы и др.

Исследование функционального состояния нервной системы проводилось методом электроэнцефалографии (ЭЭГ), в 41,1% случаях отмечен десинхронизированный характер электроэнцефалографических изменений, дисциркуляторные расстройства в 31,8%, в 26% зарегистрирован нерегулярный тип ЭЭГ и в 14% - нормальный.

По данным спирометрии в 43% отмечены различной степени изменения функции внешнего дыхания по obstructивному, рестриктивному и смешанному типу.

По данным электрокардиографии выявлены гипертрофия левого желудочка, нарушения коронарного кровотока, синдром слабости синусового узла, нарушения сердечного ритма, расстройства проводящей системы, чаще это различные виды блокад, экстрасистолии, снижение процессов реполяризации в миокарде желудочков. Выявление «скрытой» коронарной недостаточности свидетельствует об ишемической болезни сердца, не диагностируемой ранее, и отмечена в 15% случаев.

Включение в план лечебно-реабилитационных мероприятий большим перечисленных групп индивидуально подобранных методов лечебно-восстановительного лечения дало ощутимые результаты. Клинически и субъективно самим больным в 45% случаев отмечена положительная динамика в улучшении выявленных изменений по данным функциональных исследований, 38% - клинически положительная динамика и в остальных 19% - без 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.

Отмечена положительная динамика проводимого реабилитационного лечения на улучшение общего психосоматического состояния ветеранов локальных вооружённых конфликтов

Литература

1. А.Н.Окороков «Диагностика болезней внутренних органов», Москва, 2002г.
2. Ю.Н.Беленков, С.К.Терновой «Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний», Москва, 2007г.
3. В.Н.Орлов «Руководство по электрокардиографии»
4. Д.М.Аронов, В.П.Лупанов «Функциональные пробы в кардиологии», 2003г.
5. Л.Р.Зенков «Клиническая электроэнцефалография», Москва, 2002г.
6. В.А.Епифанов «Лечебная физическая культура», Москва «Медицина», 2001г.
7. А.В.Мусаев, С.Г.Гусейнова «Биостимуляция в реабилитации больных с огнестрельными ранениями периферической нервной системы», Москва «Медицина», ж. «Вопросы курортологии физиотерапии и лечебной физической культуры» с.32-34, №2, 1998г.

Оценка качества жизни мужчин с диффузным токсическим зобом

Чазымов Р.М., Какчекеева Т.Т., Салиева Б.Р., Нуралиев М.А., Бебезов Б.Х.

Кафедра госпитальной хирургии, медицинского факультета Кыргызско-Российского Славянского университета при отделении Хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии Национального госпиталя МЗ КР

УДК: 616.441-008.61+616-089

Вопросы диагностической и лечебной тактики при заболеваниях щитовидной железы постоянно пересматриваются и совершенствуются в связи с быстрыми темпами развития науки и техники, появлением новых методик и технологий, совершенствованием функциональных возможностей диагностической аппаратуры (Харченко В.П. и др., 2007).

Критериями эффективности лечения диффузного токсического зоба у большинства исследователей являются ликвидация тиреотоксикоза и достижение иммунологической ремиссии. Но в последние годы многие ученые наиболее чувствительным критерием оценки результатов и эффективности терапии диффузного токсического зоба считают качество жизни пациентов (Новик А.А. и др., 2004; Харнас С.С. и др., 2007; Saravanan P. et al., 2002).

В нашем исследовании для оценки качества жизни использовался опросник SF-36. Оценка проводилась по восьми шкалам опросника. Всемирная Организация Здравоохранения определяет качество жизни как восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами. Исследование качества жизни в соответствии с требованиями научного управления клинической практикой является обязательным этапом любого клинического исследования, основанного на принципах доказательной медицины.

Для достижения цели мы исследовали качество жизни 37 пациентов до оперативного лечения, в ближайший период после операции (табл. 1).

Таблица 1. Результаты оценки качества жизни по методике SF-36

Показатели	До оперативного лечения	Через 6 мес. после оперативного лечения у пациентов в эутиреоидном состоянии	В отдаленный послеоперационный период у пациентов в эутиреоидном состоянии
Физическое функционирование (PF)	54,3±2,5	76,5±4,3*	82,1±1,9*
Ролевое функционирование (RP)	28,2±1,1	92,3±5,5*	95,2±4,9*
Боль (P)	73,3±2,3	90,7±3,1*	94,8±2,2*
Общее здоровье (GH)	62,3±3,1	75,4±2,8*	84,9±2,9*
Жизнеспособность (VT)	50,5±1,9	80,7±3,7*	87,1±2,3*
Социальное функционирование (SF)	63,3±2,4	92,8±3,1*	94,2±2,2*
Эмоциональное функционирование (RE)	70,7±4,1	91,3±2,6*	95,8±1,7*
Психологическое здоровье (MH)	61,2±3,3	83,3±3,8*	91,9±2,8*

Примечание: где, * - $p < 0,01$ по отношению к показателям до операции.

Отдаленные результаты хирургического лечения мы изучили у 46 пациентов, включив вышеуказанных 37 пациентов.

Несмотря на достижения ученых в диагностике и лечении диффузного токсического зоба, остается много нерешенных проблем. В статье авторы рассматривают возможности оценки результатов лечения.

Despite the achievements of scientists in the diagnosis and treatment of Graves' disease, there are still many unsolved problems. In this article authors examine the possibility of assessing treatment outcomes.

Фалымның табыстарына диффузиялы уытты зобтың диагностика және емдесінде көп емес жолға қой- мәселелер қал- қарамастан. Мақалада авторлар емнің нәтижесінің сарапшылығының мүмкіндіктерін қарайды.

Ключевые слова: диффузный токсический зоб, хирургическое лечение, качество жизни.

Все исследуемые пациенты заполняли данный опросник самостоятельно до начала лечения, в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. При изучении качества жизни пациентов выявлено, что заболевание оказывало негативное влияние на многие аспекты качества жизни. Самые низкие значения отмечались в шкалах ролевое (физическое) функционирование, жизнеспособность, физическое функционирование. Так качество жизни по каждой шкале не превышало 60% (табл. 1).

Как видно из представленной таблицы, по используемой нами универсальной шкале оценки качества жизни, прослеживается положительная динамика по всем шкалам: физическое функционирование, ролевое (физическое) функционирование, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное функционирование, психологическое здоровье. Наилучшие результаты к 6 месяцам после оперативного лечения (более 90 % от максимально возможной величины КЖ) были выявлены по следующим параметрам: ролевое функционирование, боль, социальное функционирование, эмоциональное функционирование, что объясняется купированием симптомов тиреотоксикоза, таких как выраженная слабость, утомляемость, эмоциональная лабильность, раздражительность, плаксивость.

При исследовании других аспектов: физическое функционирование, общее здоровье, жизнеспособность, психологическое здоровье, уровень КЖ составлял от 72 до 87%. Различия средних величин вышеобозначенных показателей качества жизни у пациентов до операции и через 6 месяцев после хирургического вмешательства статистически достоверны ($p < 0,01$).

При опросе пациентов в отдаленном послеоперационном периоде отмечается тенденция к дальнейшему росту КЖ (рис.1).

Так рост по шкалам ролевое функционирование, боль, социальное функционирование, эмоциональное функционирование, психологическое здоровье составил более 90% от максимально возможной величины. По шкалам физическое функционирование, общее здоровье, жизнеспособность также отмечается рост значений, составлявших более 80% от максимальной величины КЖ.

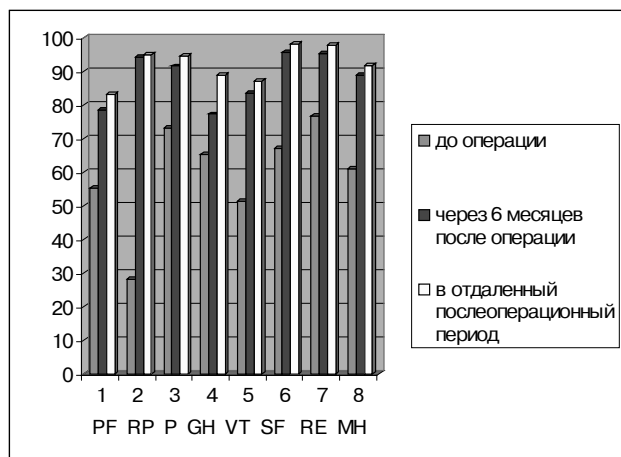


Рисунок 1. Качество жизни мужчин до и после хирургического лечения.

Изучая отдаленные результаты, из 46 пациентов у 24 достигнут первичный гипотиреоз, вследствие хирургического лечения ДТЗ. Для определения возможного влияния заместительной терапии на КЖ пациентов проведено сравнение КЖ больных принимающих препараты левотироксина натрия с 17 пациентами, находящимися в эутиреоидном состоянии без приема каких-либо препаратов. Достоверно значимых различий в данных группах не выявлено (табл. 2). По большинству показателей, таких как ролевое функционирование, боль, социальное функционирование, эмоциональное функционирование, психологическое здоровье как в I, так и во II группах качество жизни превышало 90% от максимально возможной величины.

Таблица 2. Качество жизни пациентов с компенсированным гипотиреозом и эутиреозом.

Показатели	Эутиреоз	Компенсиров. гипотиреоз
Физическое функционирование (PF).	80,4±3,1	83,1±2,7

Ролевое (физическое) функционирование (RP).	93,2±4,3	94,7±3,9
Боль (P)	94,1±2,2	93,6±3,1
Общее здоровье (GH)	89,2±2,7	87,9±3,1
Жизнеспособность (VT)	85,7±2,2	86,4±2,4
Социальное функционирование (SF)	95,3±2,1	94,2±3,1
Эмоциональное функционирование (RE)	95,4±2,5	96,7±1,9
Психологическое здоровье (MH)	92,3±1,8	90,2±2,7

По шкалам физическое функционирование, общее здоровье и жизнеспособность КЖ так же было высоким и составило более 80% от максимального значения.

Таким образом, хирургический метод лечения ДТЗ у мужчин уже через 6 месяцев приводит к достоверному улучшению КЖ пациентов по всем параметрам. И далее в отдаленные сроки после оперативного лечения КЖ также незначительно улучшается. Вместе с тем, послеоперационный гипотиреоз довольно легко был компенсирован препаратами левотироксина натрия и не приводил к снижению качества жизни мужчин с ДТЗ после хирургического лечения.

Литература

- Новик А.А. Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; ред.: Ю. Л. Шевченко ; Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова МЗ РФ (М.). – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с.
- Харнас С.С. Отдаленные результаты хирургического лечения диффузного токсического зоба / С.С. Харнас, Л.И. Ипполитов, С.К. Мамаева // *Анналы хирургии*. – 2007. – № 3. – С. 15-19.
- Харченко В. П. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы / В. П. Харченко, П. М. Котляров, М. С. Мозутов и др. - М.: Видар, 2007. - 232 с.
- Psychological well-being in patients on 'adequate' doses of l-thyroxine: results of a large, controlled community-based questionnaire study / P. Saravanan, W.F. Chau, N. Roberts [et. al.] // *Clin. Endocrinol.* – 2002. – Vol. 57, N 5. – P. 577-585.

Осложнения при гемотрансфузии

Ажханова Т.М.

ГУ «Областной центр крови» УЗ ЗКО г. Уральск

Трансфузия препаратов крови, произведенная вовремя и по строгим показаниям, может спасти жизнь больному, в то время как неоправданная гемотрансфузия подвергает больного ненужному риску. Решение о необходимости гемотрансфузии у больных в критическом состоянии чаще основывается на относительных, чем абсолютных, показаниях. Очевидно, что при профузном кровотечении больному гемотрансфузию необходимо начинать немедленно, если в наличии имеется совместимая по системе АВО кровь. Также следует учитывать, что больные с нестабильным состоянием имеют меньше резервов для восстановления в случае резкого ухудшения состояния. Следовательно, решение о необходимости трансфузии должно приниматься с учетом пользы и риска для каждого конкретного пациента.

Коагулопатия является весьма серьезным острым осложнением гемотрансфузии. Чаще всего она бывает связана с массивной трансфузией, но может быть и следствием острой гемолитической реакции. Для быстрой диагностики нужно набрать кровь в стеклянную пробирку и встряхивать ее постукиванием по стенке пробирки в течение 20 мин. Если кровь сворачивается и разделяется, коагулопатия минимальна. Если клетки оседают, оставляя над собой неокрашенную плазму, острый гемолиз исключен. Причиной коагулопатии может быть часто встречающаяся при массивных гемотрансфузиях гипотермия. Согревание больного и вводимых ему в/в жидкостей устраняет это осложнение. Другими, часто упоминаемыми в контексте массивной гемотрансфузии проблемами являются гиперкалиемия и интоксикация цитратом, хотя в действительности эти ситуации встречаются очень редко. Цитрат быстро метаболизируется в печени, а клинические наблюдения за больными, которым производилась массивная гемотрансфузия, свидетельствуют,

что более частым исходом является не повышение уровня сывороточного калия, а гипокалиемия.

Во время переливания крови наиболее частой причиной лихорадки и озноба у больного является реакция на саму гемотрансфузию. В то же время эти симптомы могут иметь отношение к исходно присутствовавшей инфекции. Поэтому в поиск причин лихорадки следует включать бактериологические исследования крови больного и переливаемой крови. Наличие признаков острой гемолитической реакции служит показанием для стимуляции диуреза. Обычно для осмотической стимуляции диуреза вводят маннит, дополнительно вводят жидкость (в/в); достоинства гидрокарбоната как средства для ощелачивания мочи не могут считаться доказанными. Ограничение вводимых внутривенно растворов практикуется у больных с развившейся олигурической почечной недостаточностью, которая не регрессирует с увеличением объема вводимой жидкости.

Встречаются также поздние осложнения гемотрансфузии. Среди них следует упомянуть сенсибилизацию к малым групповым антигенам крови и инфекционные осложнения. Инфекция остается главной проблемой, так как приводит впоследствии к нетрудоспособности или даже к смерти. Чаще всего встречается заражение вирусом инфекционного гепатита или цитомегаловирусом; но в последнее время документально установленная передача вируса СПИД при гемотрансфузии привлекла повышенное внимание к этим осложнениям, которые встречаются, вероятно, гораздо чаще, чем принято считать. Поэтому наша главная задача как трансфузиологов в ограничении неоправданных трансфузий, в назначении их по строгим показаниям с обязательным контролем эффективности и в накоплении нами клинического опыта.

Трансфузии концентратов тромбоцитов

Ажханова Т.М.

ГУ «Областной центр крови» УЗ ЗКО г. Уральск

Концентрат тромбоцитов (КТ), выделенный из донорской крови, - это суспензия жизнеспособных и гемостатически активных тромбоцитов в плазме, приготовленная методом серийного центрифугирования консервированной крови или методом аппаратного тромбоцитафереза от одного донора. Для назначения трансфузий КТ требуется оценка клинического состояния больного и подсчет числа циркулирующих тромбоцитов. Необходимо принимать во внимание и другие аспекты клинической ситуации: характер основного заболевания, патогенез тромбоцитопении или тромбоцитопатии, осложнения и физиологические отклонения, а также цель трансфузии.

В норме число тромбоцитов в периферической крови составляет 180 – 300x10⁹/л. Тромбоцитопения диагностируется при уровне кровяных пластинок менее 150x10⁹/л. А серьезные кровотечения при травмах или больших операциях происходят только при снижении тромбоцитов менее 100x10⁹/л. В зависимости от цели трансфузии КТ применяют в трех различных клинических ситуациях.

Первая ситуация – пре дупредить гибель больного от тяжелой постгеморрагической анемии и геморрагического шока, связанного с массивной кровопотерей. Тромбоциты применяют с целью восстановления и поддержания целостности микрососудов при травматических операциях у больных с тяжелой тромбоцитопенией или тромбоцитопатией.

Так же переливание тромбоцитов применяется при угрожающих жизни тромбоцитопенических кровотечениях из желудочно-кишечного тракта и мочеполовых путей.

Вторая ситуация - предстоящая больному с тромбоцитопенией или тромбоцитопатией операция на ЦНС, глазах или других жизненно важных органах с обильным кровоснабжением и нежной структурой ткани. В этой группе опасностью является даже не большая кровопотеря, а локальное повреждение и сдавливание тонких структур органа вследствие даже незначительного кровоизлияния. Это может спровоцировать серьезные заболевания, осложнения или летальный исход.

Считается необходимой коррекция числа тромбоцитов до 100 X 10⁹л и выше до нормальных границ при нейрохирургических операциях, вмешательствах на сетчатке глаза, мочеточнике, так как именно в этих случаях появляется опасность серьезных осложнений в результате возникновения организованных сгустков или гематом даже при небольших геморрагиях.

В третьей ситуации тромбоцитотерапия проводится систематически при глубокой тромбоцитопении, вследствие слабого тромбоцитопозза или дисфункции тромбоцитов. Это, в основном, онкогематологические больные.

Абсолютным показанием к трансфузии КТ является появление кровоточивости и кровотечений у больных с глубокой тромбоцитопенией из слизистых полости рта, носа, гениталий,

операционных ран, дренажей, локальные висцеральные кровотечения (желудочно-кишечный тракт, мочеполовая система), церебральные геморрагии. Трансфузии КТ показаны также при появлении на фоне глубокой тромбоцитопении петехий, экхимозов на коже лица, верхней половине туловища. Появление геморрагий на глазном дне, а также неврологические

нарушения, указывающие на опасность развития церебральных геморрагий, являются показанием к экстренному переливанию тромбоцитов. Появление петехий или экхимозов на нижней половине туловища, в частности, на нижних конечностях, без их прогрессирования и нарастания не является таким же безусловным показанием для переливания КТ.

Случай из практики. Осложнение операции - удаление тяжа ладонного апоневроза правой кисти по поводу контрактуры Дюпюитрена в виде нейропатии общих III-IV пальцевых нервов правой кисти, смешанной контрактуры пальцев правой кисти

Марданов Е.Т. Рыскалиев Е.Ж. Ашимов М.А. Сауатов Р.П. Жуловчинов М.М.
Военный клинический госпиталь Министерства Обороны Республики Казахстан (ВКГ МО РК).

В нейрохирургическое отделение ВКГ МО РК госпитализирована больная П. с диагнозом: Последствия операции – удаления тяжа ладонного апоневроза правой кисти по поводу контрактуры Дюпюитрена правой кисти в виде нейропатии общих III-IV пальцевых нервов правой кисти, смешанной контрактуры пальцев правой кисти.

Из анамнеза заболевания известно, что в ноябре 2011 года больная отметила появление эластичного подкожного образования на ладонной поверхности правой кисти, размером с горошину. В январе 2012 года в частном медицинском центре г.Алматы, под местной анестезией выполнена операция – иссечение тяжа ладонного апоневроза правой кисти по поводу контрактуры Дюпюитрена правой кисти. В послеоперационном периоде, с первого дня отмечались интенсивные боли, чувство онемения кожи, жжения в III-V пальцах правой кисти, в области послеоперационной раны, ограничение объема движений (сгибания, разгибания) III-V пальцев правой кисти, отек мягких тканей пальцев, правой кисти. Больная получала амбулаторное лечение (массаж, физиолечение) – без эффекта, на момент поступления в ВКГ МО РК сохранялся выраженный болевой синдром в правой кисти, контрактура. При поступлении обследована, выполнены рентгенограммы костей правой кисти, консультирована рентгенологом – костной патологии, возможно приводящей к данным проявлениям заболевания не выявлено. Консультирована сосудистым хирургом для исключения сосудистого заболевания правой верхней конечности – патологии не выявлено. Проведен консилиум врачей ВКГ МО РК с участием нейрохирурга, травматолога, сосудистого хирурга, рентгенолога, решено воздержаться от оперативного вмешательства – ревизию послеоперационного рубца, ладонного апоневроза, общих пальцевых нервов и провести курс консервативной терапии с применением актовегина, цераксона, лидазы, препаратов кальция, витаминов группы В, неспецифических противовоспалительных препаратов, анальгетиков, физиолечения, лечебной физкультуры, массажа. На фоне проводимого лечения болевой синдром в правой кисти купировался в течении 15 дней, объем движений в пальцах правой кисти восстановился полностью через 20 дней.

В данной статье рассмотрен случай возникновения осложнения после операции по поводу контрактуры Дюпюитрена в виде нейропатии общих III-IV пальцевых нервов правой кисти, смешанной контрактуры пальцев правой кисти.

Ключевые слова: контрактура Дюпюитрена, нейропатия, пальцевые нервы.

Бұл мақалада оң жақ білузіктің меншікті бармақ жүйкелерінің нейропатия түріндегі Дюпюитрен контрактурасы оң жақ білезіктің саусақтарының аралас контрактурасына байланысты жасалған операциядан кейін кедергілер пайда болу жағдайы қарастырылған

Негізгі сөздер: Дюпюитрен контрактурасы, нейропатия бармақ жүйкелері.

Summary: in this issue we consider the case of complications after surgery for Dupuytren's contracture in the form of neuropathy own III-IV digital nerves right hand, mixed contractures of right hand fingers.

Key words: Dupuytren's contracture, neuropathy, digital nerves.

Выводы: причиной появления нейропатии общих III-IV пальцевых нервов после операции, по мнению авторов статьи можно считать интраоперационную травматичную тракцию данных нервов при выделении тяжа ладонного апоневроза. Смешанная контрактура пальцев правой кисти являлась вторичной и возникла вследствие выраженного болевого синдрома, щадящего ограничения движений в правой кисти и пальцах.

Литература:

1. Говенько Ф.С. Хирургия поврежденных периферических нервов. Санкт-Петербург, ООО "Феникс", 2010 г.- стр. 301-306.
2. Берснев В.П., Давыдов Е.А., Кондаков Е.Н. Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов. Санкт-Петербург. "Специальная литература", 1998 г. – стр. 337-339.

Случай из практики. Опыт применения препарата Детралекс после интерламинарной дискэктомии LIV у больной с грыжей диска LIV и сопутствующим варикозным расширением эпидуральных вен на уровне L4-L5.

Марданов Е.Т. Рыскалиев Е.Ж. Маруфов А.Я. Жуловчинов М.М. Саевтов Р.П.

Военный клинический госпиталь Министерства Обороны Республики Казахстан (ВКГ МО РК).

В данной статье рассмотрен случай применения препарата Детралекс после интерламинарной дискэктомии LIV у больной с грыжей диска LIV и сопутствующим варикозным расширением эпидуральных вен на уровне L4-L5. Ключевые слова: Детралекс, грыжа диска, варикозное расширение эпидуральных вен.

Бұл мақалада эпидуральді күре тамырдың дәрежедегі варикозды кеңеюмен жалғасқан және дискісіндегі грыжасы бар науқасты интерламинаральды дискэктомиядан кейінгі детралекс препаратын қабылдау жағдайы қарастырылған. Негізгі сөздер: Детралекс, диск грыжасы, эпидуралді күре тамырлардың варикозды кеңеюі.

Summary: in this issue we consider the case of detralex using after LIV interlaminar discectomy in a patient with a LIV herniated disc and accompanying varicose epidural veins at the level of L4-L5. Key words: detralex, herniated disc, varicose epidural veins.

В нейрохирургическое отделение ВКГ МО РК госпитализирована пациентка А. 1969 г.р. с диагнозом: остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Грыжа диска LIV. Левосторонний L5 корешковый синдром.

Из анамнеза известно, что боль в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в левую нижнюю конечность беспокоят больную в течении 4 месяцев. Характерной особенностью заболевания отмечено усиление болевого синдрома в ночное время, скованность, боль, ограничение объема движений в поясничном отделе позвоночника по утрам, в дальнейшем, после непродолжительной разминки или ходьбы интенсивность болевого синдрома значительно уменьшается. До операции заподозрено нарушение венозного оттока из позвоночного канала вследствие варикозного расширения эпидуральных вен на фоне грыжи диска L4-L5.

МРТ поясничного отдела позвоночника больной до операции. Имеется грыжа диска L4-L5.

В плановом порядке выполнена операция – левосторонняя интерламинарная дискэктомия LIV. Во время операции, после удаления грыжи диска, дискэктомии LIV, при ревизии позвоночного канала на уровне L4-L5 отмечено выраженное варикозное расширение эпидуральных вен. В послеоперационном периоде на фоне значительного регресса болевого синдрома в позвоночнике и левой нижней конечности, тем не менее, сохранились ограничение объема движений, скованность в поясничном отделе позвоночника по утрам, до подъема с постели,

которые регрессировали после непродолжительной разминки или ходьбы. Консультирована сосудистым хирургом, рентгенологом данные симптомы были расценены как проявления нарушения венозного оттока из позвоночного канала вследствие варикозного расширения эпидуральных вен. По рекомендации сосудистого хирурга к терапии добавлен препарат Детралекс в дозировке 500 мг х 2 раза в сутки внутрь в течении 10 дней. На фоне проводимой терапии отмечался полный регресс проявлений левостороннего L5 корешкового синдрома, болевого синдрома в позвоночнике, исчезновение утренних болей, ограничений объема движений в позвоночнике.

Выводы: Компенсаторное варикозное расширение эпидуральных вен достаточно часто сопровождает грыжи межпозвонковых дисков, при этом нередко возникают симптомы нарушения венозного оттока из позвоночного канала. Препарат Детралекс оказывает веноотонизирующее действие, уменьшает растяжимость вен, повышает их тонус и уменьшает венозный застой. Применяется Детралекс при венозной недостаточности нижних конечностях, обострении геморроя – заболевания, имеющих сходный патогенез. Авторы статьи считают, что применение препарата Детралекс не должно ограничиваться только этими заболеваниями.



Литература:

1. Цивьян Я.Л. Хирургия позвоночника. Руководство для врачей. "Издательство Новосибирского медицинского университета" г.Новосибирск, 1993 г. Стр. 37-48.
2. Берснев В.П., Кондаков Е.Н., Давыдов Е.А. Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов. Руководство для врачей. "Специальная литература" г. Санкт-Петербург, 1998 г. Стр. 170-182.

Организация амбулаторной хирургии в условиях медицинского центра

Абзалиев К.Б., Жексембаев Е.А., Бейсенов К.Т., Саурбаев Б.К., Абдуалиев С.А., Верховский А.П.
ТОО «Многопрофильный медицинский центр «Мейірім» г. Астана

В условиях современного развития медицины, как прикладной науки, когда методы хирургического лечения, медицинская аппаратура, лекарственная ассистенция становятся все более эффективными, и темпы совершенствования все ускоряются, уже в 80х годах прошлого века возникла необходимость пересмотра традиционных методик хирургического лечения. Это проявляется в постоянном сокращении объемов хирургических вмешательств, их травматичности и, соответственно, сокра-

щению сроков госпитализации и повышении экономической эффективности лечения в общем. Самый яркий пример этого процесса – широкое внедрение эндоскопических вмешательств во всех хирургических направлениях лечения.

В настоящее время существует 3 основных направления достижения наибольшей эффективности, безопасности и комфорта для пациентов, при проведении хирургических вмешательств, не требующих длительного пребывания в стационаре. Это

амбулаторные хирургические вмешательства, хирургические вмешательства в условиях стационара с минимальным сроком пребывания, и третий, смешанный, вариант, сочетающий в себе преимущества первых двух и лишенный их недостатков. Рассмотрим каждый из них через призму 3х основных критериев: экономическая эффективность, безопасность, комфорт.

При амбулаторном варианте проведения хирургических вмешательств основным преимуществом является отсутствие госпитализации, что значительно повышает комфортность лечения и экономическую эффективность. Но у этого направления есть и большие недостатки, ограничивающие возможность его широкого применения. Это значительное ограничение спектра нозологических единиц, связанное с травматичностью вмешательств, большее количество послеоперационных осложнений, связанное с ограничением возможности наблюдения пациентов в послеоперационном периоде. Расположение критериев: 1е место – экономическая эффективность, 2е – комфорт, и 3е – безопасность.

При стационарном варианте с минимальным сроком пребывания, основным преимуществом является широкий спектр нозологических единиц, наибольшая безопасность проведения вмешательств, а основные недостатки – высокие затраты и низкий комфорт, связанные с пребыванием пациентов в стационаре в течение нескольких дней. Расположение критериев: 1е место – безопасность, 2е – комфорт, 3е – экономическая эффективность.

При смешанном варианте сочетаются следующие преимущества: высокая экономическая эффективность, связанная с амбулаторной предоперационной подготовкой и послеоперационным ведением пациентов, сокращением пребывания в стационаре от 0,5 до 1,5 суток, высокая безопасность – хирургические вмешательства проводятся в условиях стационара, высокая степень комфорта, обусловленная краткосрочным нахождением пациентов в лечебном учреждении. Данный подход – хирургии одного дня, отвечает требованиям и интересам современной страховой медицины.

Наш опыт работы в условиях центра амбулаторной хирургии, с краткосрочным пребыванием пациентов в условиях стационара, использует преимущественно смешанный вариант ведения пациентов хирургического профиля, и охватывает следующие направления: общая хирургия, пластическая хирургия, проктология, отоларингология, травматология-ортопедия, урология, гинекология, офтальмология. Центр амбулаторной хирургии ТОО «ММЦ «Мейірім» состоит из 10, прошедших лицензирование и аккредитацию, хирургических коек, поликлинического отделения, имеющего в своем составе отделение функциональной и лучевой диагностики, клиническую лабораторию, операционного блока, палаты интенсивной терапии, и всех необходимых вспомогательных помещений и служб. Оперативные вмешательства выполняются высоко квалифицированными специалистами, среди которых – 1 доктор мед. наук, 2 кандидата мед. наук, 5 врачей имеют высшую квалификационную категорию, 3 – первую категорию. В результате такого сочетания обеспечивается максимальная преемственность ведения пациентов, комфортные условия, высокая безопасность и экономическая эффективность лечения. В центре ведется прием проктологических пациентов, большая часть которых страдает геморроем. В настоящее время все более широкое распространение среди колопроктологов получил достаточно простой и эффективный амбулаторный метод лечения внутреннего геморроя 2-3 степени – вакуумное лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами. Центром приобретен и внедрен аппарат вакуумного лигирования Karl Storz, при помощи которого на ножку геморроидального узла набрасываются специальные латексные кольца. После сдавливания ножки и прекращения притока крови к узлу, он отторгается вместе с лигатурой на 7-11 день. Данный метод лечения безболезненный и имеет целый ряд преимуществ. Так не требуется госпитализации, специальной предоперационной подготовки, наркоза. Манипуляция занимает 7-10 минут, и позволяет избежать хирургического вмешательства, сохраняется

трудоспособность. Послеоперационный период протекает безболезненно и имеет хороший отдаленный эффект. За одну манипуляцию мы лигируем не больше 2 геморроидальных узлов, чтобы не вызвать сужение прямой кишки. Для лечения наружного геморроя, особенно при его тромбозе мы применяем хирургическое иссечение высокочастотным электроскальпелем под местным обезболиванием. Данная процедура хорошо переносится пациентами и не требует госпитализации. По нашему мнению это наиболее эффективная методика лечения наружного геморроя, так как позволяет избавиться в последующем от периодически возникающих обострений. В дальнейшем планируется приобретение аппарата для инфракрасной коагуляции геморроидальных узлов. Инфракрасное коагулирование является золотым стандартом на Западе, поскольку позволяет быстро избавиться от боли, кровотечения и геморроидальных узлов, которые удаляются с минимальным воздействием на слизистую, не травмируя стенку прямой кишки. Приобретение данного аппарата существенно повысить эффективность лечения при данной патологии и снизит экономические затраты. Существуют и другие методы лечения геморроя, такие как склеротерапия, криотерапия, лазерная коагуляция, монополярная коагуляция. Но в нашей клинике эти методы не прижились из-за большого количества тяжелых осложнений связанных с ними, по данным литературы.

В нашем Центре, за период с апреля 2009г, успешно выполнены - 1578 операций. Из них при грыжах передней стенки живота – 70, Лапараскопическая холецистэктомия аппаратом фирмы Karl Storz – 107, устранение варикоза семенного канатика – 123, гинекологических операции – 30, глазных – 61, при ЛОР – патологиях – 307, операции на костях и суставах с помощью артроскопа фирмы Karl Storz – 112, вакуумное лигирование внутренних геморроидальных узлов – 82, хирургическое иссечение наружных геморроидальных узлов – 37, геморроидэктомия по Миллиган-Моргану - 40 и при доброкачественных новообразованиях кожи и мягких тканей – 62. Из них осложнения были в 2 случаях после лапараскопической холецистэктомии. В обоих случаях осложнилось нагноением параумбиликального доступа.

На первичном поликлиническом уровне производится полное необходимое обследование пациентов, проводятся необходимые консультации специалистов – анестезиолога, лечащего врача стационара, и, при необходимости, любого другого специалиста. Таким образом при госпитализации в этот, или на следующий день, пациент попадает в стационар полностью обследованным и уже осмотренным лечащим врачом, что позволяет провести хирургическое вмешательство в день госпитализации. При сложных вмешательствах, требующих длительного наркозного периода, имеется возможность помещения пациентов в палату интенсивной терапии, укомплектованную всем необходимым оборудованием. После оперативного вмешательства пациент находится в круглосуточном стационаре от 12 до 36 часов под наблюдением лечащего врача. В этот период проводятся перевязки, медикаментозная коррекция. При необходимости повторяются необходимые анализы и обследования, и, что немаловажно, в той же клинической лаборатории и отделении функциональной диагностики, что снижает риск расхождения результатов обследования, часто связанный с особенностями лабораторного и функционального оборудования разных лечебных учреждений. После выписки из стационара пациенты находятся под дальнейшим наблюдением в поликлинике и, при необходимости, в любой момент могут быть консультированы лечащим врачом стационара, что положительно влияет на течение послеоперационного периода.

Наш подход к оказанию хирургической помощи сопровождается более быстрой реабилитацией пациентов за счет активного режима движения, щадящего психоэмоционального фона, так как сохраняется привычный образ жизни в домашних условиях, общение с родными, друзьями.

Таким образом, Центр амбулаторной хирургии ТОО «ММЦ «Мейірім»» обеспечивает высокий уровень безопасности опе-

ративных вмешательств (за счет их проведения в условиях полноценного стационара, оснащенного всеми необходимыми службами), высокий уровень комфорта для пациентов (за счет малых сроков лечения, постоянного контакта с лечащим врачом), высокую экономическую эффективность лечения (учитывая, что стоимость пребывания в стационаре ЦАХ в 4,7 раза меньше, чем в обычном стационаре). Кроме того, значительно снижены послеоперационные риски, количество послеоперационных осложнений (0,6%).

Перспективы совершенствования хирургической помощи в центрах амбулаторной хирургии, по нашему мнению, состоят в постоянной работе по внедрению новых, современных методов лечения, приобретению и использовании нового, более эффективного оборудования, постоянном повышении квалификации специалистов, активного сотрудничества с медицинскими страховыми компаниями. На первый взгляд это связано со значительными финансовыми затратами, но эффективность

такого подхода быстро себя оправдывает, создавая совершенно новый уровень оказания хирургической помощи, не ассоциирующийся больше с длительными сроками лечения, нахождением пациентов под наблюдением разных врачей и отсутствием преемственности между поликлиникой и стационаром.

Список литературы:

- 1) В.А. Миняев, И.В. Поляков. *Формы и методы работы крупной городской поликлиники.*
- 2) Г.И. Воробьев, Л.А. Благодарный. *Выбор метода лечения геморроя // Хирургия. - 1999. - №8. - с 50-55.*
- 3) В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер. *Геморрой. Запоры. - Медпрактика; Медицинская книга, 2000. - 160с.*
- 4) Г.И. Воробьев, Ю.А. Щельгин. *Геморрой. - Издательство ООО «Митра-Пресс» 2002. - 192с.*
- 5) *Материалы 111 съезда врачей Республики Казахстан 2007г.*
- 6) *Международный семинар по эндовидеохирургии. г. Астана 2010г.*

Оказание нейрохирургической помощи по линии санавиации в Западно-Казахстанской области

Мурзагалиев Г.И.

ЗКО, г. Уральск, ГКП ПХВ «Областная клиническая больница»

Является ведущей медицинской организацией, где проводится работа по оказанию помощи лечебным учреждениям области. По линии службы санитарной авиации осуществляется специализированная медицинская помощь, в том числе нейрохирургическая.

Для выезда в регионы области имеются 3 автомашины - «Фольксваген», «Нива», УАЗ. В случаях нескольких вызовов одновременно используются 2 машины. Выезд из города - от 10 до 30 мин, в зависимости от направления. Скорость езды - от 90 до 160 км/ч в зависимости от дорожного покрытия и погодных условий.

В случаях вызовов из отдаленных районов, т.е. более 300 км, используется служба авиации - это самолет АН-2 или вертолет МИ-8. Средняя продолжительность летного времени 2-3 часа в зависимости от погодных условий. Для выезда подготовлен нейрохирургический операционный набор инструментов, эхоэнцефалограф, а также электрокоагулятор.

За период работы с 2007 по 2010 год было осуществлено 92 выезда нейрохирургов из них 28 выездов авиацией, остальные автотранспортом, из них 61 выезд по поводу черепно-мозговой травмы, в том числе 24 случая - сочетанной травмы, в 4 случаях - спинальная травма, в 5 случаях по поводу спонтанного субарахноидального кровоизлияния. Выполнено 48 операций из них в 25 случаях по поводу субдуральных гематом, в 12 слу-

чаях эпидуральных гематом, в 2 случаях по поводу вдавленного перелома, в 9 случаях выполнена диагностическая трепанация. В остальных случаях оперативное лечение не потребовалось, проведена коррекция консервативной терапии.

Вызовы из регионов осуществлялись от 1 часа до 2 суток с момента травмы.

По поводу спинальных травм оперативное лечение не проводилось из-за недостатка технических возможностей и анестезиологического пособия, отсутствия реанимации в центральных районных больницах, во всех случаях произведена транспортировка авиатранспортом в областную клиническую больницу.

Организационно-методическая работа проводится в направлении быстрее реагирования и вызова специалиста нейрохирурга на место, квалифицированной оценки состояния больного на основе данных объективного состояния, степени нарушения витальных функций, неврологической симптоматики, доступных диагностических методов исследования.

Таким образом, отработанные механизмы взаимодействия районных врачей, службы санавиации нейрохирургов помогают оказывать своевременную нейрохирургическую помощь сельскому населению области при травмах центральной нервной системы.

Комплексное лечение больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами

Мурзагалиев Г.И.

ЗКО, г. Уральск, ГКП ПХВ «Областная клиническая больница»

Черепно-мозговые травмы занимают ведущее место среди других видов механических повреждений. Повреждения черепа и головного мозга преобладают среди лиц в возрасте 20-49 лет, т.е. у наиболее активной категории населения (Бурцев Е.М., 1978, Шмидт В.К., Панкова М.В., 1985, Алиев М.Н., 1985, Шевчук В.А., 1985).

В большинстве случаев травма головы сочетается с повреждениями других частей тела, отличается тяжелым клиническим течением и высокой смертностью, особенно в первые часы и в первые сутки после травмы (Мурашев Е.В., 1971, Лихтерман Л.Б., Хитрин Л.Х., 1973, Деметьева Н.М., Постыльчанский Л.С., 1979, Иргер И.М., 1982, Киселев В.П., Самойлович Э.Ф., 1985). Большая частота и высокая смертность при поврежде-

ниях головы в сочетании с поражением активной категории населения подчеркивают социально-медицинскую значимость черепно-мозговых травм.

Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении ГКП ПХВ «Областной клинической больницы» с 2005 по 2010 гг. находились 80 больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами. Больные в возрасте от 1 года до 60 лет. Наибольшее количество больных в возрасте от 20 до 45 лет - 51 больной (63,7%). При распределении по полу: мужчин - 60 (75,0%) больных, женщин - 20 (25,0%) больных.

При распределении по механизму травмы:

1. Автодорожная травма - 38 (47,5%) больных;
2. Падение с высоты - 26 (32,5%) больных;

3. Травма в результате побоев - 16 (20,0%) больных.

Сочетание черепно-мозговой травмы с повреждениями других органов и систем было отмечено у 9 (11,2%) больных, повреждения грудной клетки и органов грудной полости (легких) - 1 (1,2%) больной, повреждения органов брюшной полости - 3 (3,7%) больных, переломы костей нижних конечностей - 5 (6,2%) больных.

Неврологическое состояние больных оценивалось по шкале Глазго - от 9 до 3 баллов. У части больных с момента поступления отмечалась анизокория - 34 (42,5%) больных. Положительными были симптомы Бабинского, Кернига, Россолимо.

При рентгенологическом исследовании из 80 больных у 51 (63,7%) больных были отмечены повреждения черепа, у 47 (58,7%) больных на рентгенограммах были выявлены линейные переломы и у 4 (5,0%) больных - вдавленные переломы костей свода черепа. У 17 (21,2%) больных черепно-мозговая травма носила открытый характер: с истечением ликвора из наружного слухового прохода (отоликворея), из носовых ходов (риноликворея).

Учитывая возможность транспортабельности больных в

21 (26,2%) случае проведено МРТ исследование: у 16 (20,0%) больных были выявлены посттравматические объемные образования, у 11 больных - эпи- и субдуральные гематомы, у 5 больных - гидромы. В остальных 5 случаях на МРТ были отмечены явления ушиба головного мозга. Лечение проводилось под наблюдением нейрохирургов в отделении.

При подозрении на сдавление головного мозга у 27 больных проведено оперативное лечение - экстренная декомпрессионная трепанация черепа с ревизией эпи- и субдурального пространства головного мозга. В 25 случаях были обнаружены гематомы (у 4 больных была обнаружена внутримозговая гематома) и гидромы полушарий головного мозга, которые были удалены. И в 2 случаях отмечены явления тяжелого ушиба вещества головного мозга. Остальным 53 больным проводилась консервативная медикаментозная терапия.

В результате проведенного комплексного медикаментозного лечения 63 больных были выведены из тяжелого состояния. Летальность в наших наблюдениях составила 21,5% - 17 случаев, из них в первые сутки после травмы умерло 11 больных, и в последующие 3-7 суток - 6 больных.

Клинико-диагностические особенности и лечение вдавленных переломов костей черепа у детей грудного возраста

Мурзагалиев Г.И.

ЗКО, г. Уральск, ГКП ПХВ «Областная клиническая больница»

Вдавленные переломы костей черепа у детей грудного возраста возникают в основном в бытовых условиях, при выпадении с различных высот по неосторожности родителей. Кости черепа у них отличаются своими особенностями. Они бывают тонкими и эластичными и состоят из наружной и внутренней пластинки. Пока еще у них не восстановлены губчатое вещество и сосудистые русла между двумя пластинками. Одновременно не сформированы воздушные пазухи, содержащиеся в отдельных костях черепа. Питание костей черепа у них осуществляется за счет надкостницы и твердой мозговой оболочки. При черепно-мозговой травме возникающие вдавленные переломы у детей грудного возраста также отличаются своими особенностями. При падении дети чаще ударяются головой о твердые предметы. В зависимости от силы и внешнего вида ударяющего предмета на голове в месте соударения наблюдаются характерные импрессионные или депрессионные вдавленные переломы костей черепа. Эти переломы независимо от обширности и глубины погружения в мозговую ткань также фрагментируются с сохранением интимной связи между костными отломками. Одновременно такие же связи сохраняются с окружающими и нормально сохранными костями черепа в окружности вдавленного перелома. Этими особенностями они отличаются от оскольчато-вдавленных переломов костей черепа, которые наблюдаются у детей старшего возраста и подростков. Такие характерные особенности вдавленных переломов костей черепа, наблюдаемые у детей грудного возраста имеют значение еще в сохранении собственных деформированных костных тканей во время оперативного вмешательства.

Цель исследования

Клинико-неврологическими и параклиническими методами исследования определить особенности вдавленных переломов костей черепа и своевременно проводить хирургическое лечение детей грудного возраста.

Материалы и методы

В условиях клиники нами наблюдались и проводились комплексное лечение 62 детей с вдавленными переломами костей

черепа разных возрастов. Из них 12 были дети грудного возраста, что составляет 19,4%.

В настоящем сообщении анализированы данные детей грудного возраста. Из них мальчиков было 8, остальные 4 детей - девочки. Все дети поступили в клинику в сознании, большинство из них были беспокойными, плаксивыми с запрокинутой назад головой. Другие дети были загруженными и сонливыми.

Со слов матерей все дети получали черепно-мозговые травмы в домашних условиях, при падении с различных высот. По неосторожности родителей, старших братьев и сестер, которые случайно выронили из рук 6 детей, остальные дети упали из коляски, каталки, со стола и стула. При этом они ударялись головой о твердые предметы. В момент получения травмы у 9 детей наблюдались кратковременная утрата сознания, и повторялась рвота, а у остальных 3 детей была рвота без потери сознания. Из анамнеза выяснилось, что во время беременности у 5 матерей были различные патологические состояния. Такие как токсикозы, артериальная гипертония, анемия и пиелонефриты. Во время родов у 3 детей отмечалась гипоксия, обусловленная родовой травмой головного мозга и обвитием пуповины вокруг шеи. В дальнейшем у 3 детей отмечалась вялость, а при подъеме температуры тела простудного характера возникали судорожные приступы. Дети внезапно теряли сознание, останавливалось дыхание с запрокидыванием головы назад, западением языка и наблюдались тонические судороги в конечностях. Такое состояние детей продолжалось кратковременно, и проявлялись признаки гипоксии. Такие больные дети находились на учете в условиях поликлиники под наблюдением невропатолога и педиатра с диагнозом: Последствия перенесенной перинатальной энцефалопатии или энцефалита.

При объективном осмотре в условиях клиники у всех детей была закрытая черепно-мозговая травма. На голове у них определялись ушибы мягких тканей с наличием подкостных гематом различных размеров от 3х2х1см до 10х6х2см. При пальпации определялась флюктуация гематомы и края вдавленного перелома костей черепа, что усиливало беспокойство и плаксивость детей. Кожные покровы в области большого родничка были

слегка натянуты с вялой передачей пульсации мозга. У 5 детей была легкая ригидность мышц затылка, горизонтальный нистагм отмечен у 2 детей, а у 5 детей сходящееся косоглазие. Активные движения в конечностях были сохранены, у части из них мышечный тонус был снижен с наличием легкого одностороннего преобладания сухожильных рефлексов. У 5 детей был слабо положительный симптом Кернига. Чувствительную сферу не удалось проверить из-за неадекватности детей. На рентгенограммах черепа у 10 детей были выявлены депрессионные, у остальных 2 – отмечены импрессионные вдавленные переломы костей черепа. Из них у 7 детей вдавленные переломы располагались справа в теменной и теменно-височной, у остальных 5 детей вдавленные переломы были слева в лобно-височной областях с различными размерами. У 10 детей произведена спинно-мозговая пункция. Из них у 7 детей ликвор был слегка окрашен кровью с умеренным повышением ликворного давления. На глазном дне у 7 детей была ангиопатия сосудов сетчатки с наличием венозного застоя.

После постановки топического диагноза все дети оперированы под общим интубационным наркозом. После соответствующей обработки операционного поля производился небольшой разрез кожи, подкожной клетчатки овальной формы и обнажался вдавленный перелом костей черепа. Наложено фрезевое отверстие у края вдавленного перелома. Через фрезевое отверстие вводился металлический подъемник, конец которого находился под вдавленным переломом. Путем плавного нажатия на второй конец подъемника вправлялся участок вдавления до нормального состояния с окружающими костями черепа. Этим способом вправление вдавленного перелома осу-

ществлялось у 10 детей. Более широкие вдавленные переломы у остальных; детей вправлялись через 2 фрезевых отверстия, наложенных на противоположной стороне перелома. Концы выведенных металлических подъемников находились под вдавленным переломом костей черепа. Путем плавного нажатия на оба рычага подъемника плавно вправлялся вдавленный участок перелома до нормального состояния с окружающими костями черепа. После вправления вдавленных переломов костей черепа во всех случаях твердая мозговая оболочка не была повреждена и передавалась четкая пульсация мозга, что свидетельствовало о ликвидации признаков сдавления головного мозга. В послеоперационном периоде проводилось медикаментозное лечение, направленное на первичное заживление раны и восстановление функциональной деятельности сдавленных долей головного мозга. В результате проведенного комплексного лечения общее состояние детей улучшилось. Послеоперационные раны заживали первичным натяжением. Больные дети были выписаны с улучшением. Рекомендовано продолжать прием противосудорожных препаратов в малых дозах в течение 1-2 месяцев под наблюдением невропатолога и педиатра в условиях поликлиники.

Таким образом, устранение вдавленных переломов костей черепа с сохранением собственной костной ткани осуществлялось через наложение фрезевых отверстий и тем самым ликвидированы признаки сдавления головного мозга. Одновременно созданы условия для нормального функционального развития головного мозга у растущего и развивающегося ребенка грудного возраста.

К вопросу сегментирования рынка здравоохранения.

Пак В.И.

ГККП Родильного дома №4. г. Алматы.

Адаптация традиционных систем здравоохранения к условиям рыночных отношений, исследования врачебной медицинской деятельности с точки зрения производства и продажи медицинских услуг, раскрытие действия экономических законов при организации и осуществлении лечебно-диагностического процесса – объективные реалии современного этапа медицины конца XX века.

Несмотря на современные технократические подходы к оценке медицинской деятельности и рассматривание систем здравоохранения в качестве одного из производственных секторов государственной экономики – в основе методов и приемов врачевания, как и в прошлом, остаются проявления фундаментальных противоречий взаимоотношения человеческого организма и среды.

Именно факторы внешней среды и внутреннее состояние человека порождают определенный спектр нужд и приводят к формированию системы соответствующих предложений по удовлетворению потребностей.

Как известно, социальное значение медицинских проблем личности может быть рассмотрено с множества позиций, тремя основными из которых являются:

- смертность;
- утрата здоровья и потеря трудоспособности (болезни, временная и постоянная нетрудоспособность);
- ограничение свободы жизнедеятельности индивидуума (утрата «качества жизни»).

В соответствии с этими условными уровнями медико-социальных проблем у индивидуума возникает ощущение нехватки чего-либо: способности жить, трудиться, быть здоровым и пр. Такие чувства в маркетинговых системах характеризуются термином «нужда» и, в соответствии с индивидуальностью и культурным уровнем личности, порождают определенные индивидуальные либо коллективные потребности.

Специфические медицинские нужды приводят к потребности

в медицинской помощи, часть из этих потребностей, приобретая маркетинговую сущность спроса, порождает рынок здоровья с его целевыми функциями и соответствующими медицинскими предложениями и действиями.

Человеческие нужды, условно именуемые медицинскими, правомерно соотнести с обозначенными выше тремя позициями.

При таком подходе выделяются три группы (комплексы) основных нужд и потребностей, так или иначе связанных с необходимостью приобретения медицинских услуг:

1. нужда жить;
2. потребность быть здоровым с сохранением трудоспособности:
 - а – желание возврата к норме при временной потере трудоспособности,
 - б – желание сохранения определенной «ниши» трудоспособности при наличии инвалидности;
3. потребность в наивысшей степени свободы жизнедеятельности (физиологической, психосоматической, социальной), т.е. в этом случае состояние нужды характеризуется желанием достижения наивысшей степени «качества жизни».

Приведенная логика позволяет очертить границы своеобразного социально-экономического поля взаимоотношений пациента и врача, другими словами – обозначить хотя и условные, но вполне определенные границы рынка медицинских услуг и в пределах этих границ закономерно соотнести естественные человеческие нужды и потребности с категориями маркетинговой системы здравоохранения. То есть, рынок медицинских услуг может быть логически разбит на сегменты.

Таким образом, в системе медицинского маркетинга (предложений врачебной помощи) на самом верхнем уровне сегментирования рынка медицинских услуг правомерно выделить три основные направления со специфическими формами предложения медицинских услуг и удовлетворения медицин-

ских потребностей (вполне понятно, что границы между этими сегментами рынка в определенной степени условны).

1. Врачебные предложения медицинских услуг по сохранению жизни. Условно назовем данный сегмент рынка здоровья – «маркетинговым сегментом жизни».

2. Врачебные предложения медицинских услуг с целью возврата здоровья, восстановления и сохранения определенного уровня трудоспособности при ее временной потере. Детализация видов медицинских услуг в этом сегменте осуществляется по направлениям: а) медицинские услуги, направленные на лечение острых и недопущение обострений хронических заболеваний; б) медицинские услуги, направленные на недопущение перевода временной потери трудоспособности в стойкую (инвалидность); в) медицинские услуги по сохранению и поддержанию определенной степени хронических состояний и инвалидности. Этот сегмент рынка здоровья условно назовем «маркетинговым сегментом болезней».

3. Медицинские услуги, сохраняющие и поддерживающие состояние относительно здорового организма (иммунопрофилактика, диспансеризация и пр.). Этот сегмент охарактеризуем как «маркетинговым сегмент здоровья».

Опираясь на подобный методологический подход, представляется рациональным соотнести, с одной стороны, определенный сегмент рынка со специфическими функциями врачебного (медицинского) труда, с другой – охарактеризовать эти функции не только с точки зрения гуманитарной миссии здравоохранения (врачевания), но и предать видам и определенному набору медицинских услуг экономические характеристики, соответствующие конкретному сегменту рынка. Подобное сегментирование рынка здоровья представляется обоснованным именно с точки зрения экономической целесообразности, определенной унификации и, в частности, перспективного расчета рентабельности врачебной медицинской деятельности.

Так, при предоставлении медицинских услуг, направленных на сохранение жизни пациента, гуманитарная миссия здравоохранения и этическая сторона врачебной деятельности в современном обществе намного предпочтительнее экономической целесообразности. Хотя любой вид деятельности должен быть выражен экономическими характеристиками, если эта деятельность рассматривается в рамках маркетинговых отношений. Именно в этом сегменте рынка заметно оголяются противоречия сущностей, определенных категориями «медицинская помощь» и «медицинская услуга».

Поиск разрешения объективных внутренних противоречий между этими категориями приводит отдельных авторов, казалось бы, к логическому заключению: оплате подлежит медицинская услуга, а не медицинская помощь. А в рамках мероприятий по оказанию медицинской помощи подлежат возмещению убытки, понесенные при совокупности определенных врачебных (медицинских) действий. По нашему мнению подобный методологический подход является в корне ошибочным. Во-первых, в этом случае придется детально разграничить виды медицинской деятельности на медицинскую помощь и медицинские услуги, что не всегда однозначно, и одним из критериев различия определить экономическую составляющую, т.е., по всей видимости, изначально не соотносить категорию «медицинская помощь» с маркетинговыми характеристиками, что сразу же исключает рыночные противоречия этих кате-

горий. Во-вторых, при обязательном объективном решении экономической стороны предоставления медицинской помощи в виде возмещения материальных и ресурсных убытков, невозможно будет определить какими-либо квалиметрическими критериями необходимость и достаточность именно данного объема медицинских процедур. При таком подходе конкурентные преимущества видов и приемов медицинской помощи в корне исключаются. Таким образом, категорию «медицинская помощь» правомерно рассматривать только вне рамок маркетинговых отношений врача и пациента, как только эти отношения переносятся в поле рынка – начинают действовать другие законы, при которых такие элементы системы маркетинга, как удовлетворение потребностей и спрос пациента (клиента), врачебные предложения медицинских услуг и врачебные действия в виде медицинских процедур – универсально и однозначно характеризуют целевые функции рынка здоровья.

Необходимо однозначно признать, что в маркетинговых системах здравоохранения нет места такому понятию, как медицинская помощь, а существует элемент рынка – медицинская услуга. Медицинская помощь – категория не рыночных отношений врача и пациента. В лучшем случае, определенную совокупность медицинских услуг и адекватных им прочих элементов системы маркетинга можно обобщенно охарактеризовать как медицинскую помощь.

При предоставлении медицинских услуг в маркетинговом сегменте болезней, в котором потребности и спрос на медицинские процедуры определяются временными нуждами при отклонениях в психосоматическом состоянии клиента (заболевании) – экономические факторы начинают играть свою определенную роль. Задача исследователей охарактеризовать эту рыночную сущность медицинской помощи, обосновать место, степень влияния и преобладания факторов маркетинговых взаимоотношений в системе других элементов, характеризующих «нерыночные» отношения врача и пациента.

Наконец, медицинские услуги, направленные на удовлетворение потребностей по повышению «качества жизни» в современном цивилизованном обществе на рынке здоровья могут характеризоваться высокой степенью рентабельности. В современных условиях, в структуру тарифа таких медицинских услуг, по существу, должны быть заложены экономические издержки производства медицинских услуг, возможные в двух других сегментах рынка здоровья – «маркетингового сегмента жизни» и «маркетингового сегмента болезней». Кроме того, полное удовлетворение нужд потребителей в этом сегменте рынка здоровья, в большей степени связано не с врачебной медицинской деятельностью, а определяется другими индивидуальными, природными и социально-экономическими факторами.

Предложенный подход основ сегментации рынка здоровья позволяет в рамках обозначенных направлений проводить дальнейшие исследования, изучать спрос на определенные виды медицинских услуг в каждом из сегментов; определять размер, рост и привлекательность сегмента на рынке здоровья по объективным критериям, используя традиционные медико-статистические показатели, разумно соотнося их с экономическими характеристиками маркетинговых отношений врача и пациента.

Конкуренция в здравоохранении и медицине (К вопросу разработки теоретических основ и построения модели конкуренции в сфере производства и потребления медицинских услуг)

Пак В.И.

ГККП Родильный дом №4 г. Алматы.

Конкуренция – спусковой крючок рыночных отношений. В условиях предстоящих преобразований системы здравоохранения Казахстана крайне актуальной остается проблема поиска модели национальной системы здравоохранения, адекватной современным реалиям общества. Именно в свете такого стратегического направления в настоящем сообщении представляется ряд тезисов, раскрывающих тему, заявленную в названии публикации.

Прежде всего, необходимо условно охарактеризовать сегодняшнее состояние отечественной системы здравоохранения с точки зрения объективной реальности, не позволяющей на данном этапе развития общества и государства реализовать желаемые принципы маркетинговых взаимоотношений в условиях формирующегося рынка медицинских услуг.

Как известно, рыночная экономика не мыслится без таких понятий как «конкуренция» и «конкурентоспособность».

Основными факторами низкой, порою, абсолютно отсутствующей конкурентоспособности в современной системе здравоохранения Казахстана, являются:

- революционный переход от административно-плановой системы социалистического здравоохранения к неуправляемому процессу становления маркетинговых отношений в условиях эволюционного формирования рынка медицинских услуг;
- консервативная форма собственности медицинских учреждений, неопределенность становления и развития малого предпринимательства в существующей системе здравоохранения, несоответствующей действию классических экономических законов и условиям конкуренции и конкурентоспособности;
- отсутствие современных менеджеров в системе общественного здоровья, способных грамотно решать организационно-технические и экономно-управленческие проблемы и задачи лечебного учреждения, функционирующего в новых экономических условиях развития общества и государства;
- отсутствие в медицинских образовательных программах (как правило) курсов «Управление конкуренцией в здравоохранении»;
- неоправданная осторожность реализации методов научного планирования (системного анализа, прогнозирования, оптимизации медицинской деятельности и пр.) в условиях формирования рынка медицинских услуг;
- отсутствие политической воли в реализации обоснованных управленческих решений по доведению до логического внедрения в учреждениях здравоохранения современных механизмов, методов и форм постоянного повышения качества медицинской помощи.

В проблеме построения и управления конкурентной средой производства и потребления медицинских услуг следует понять негативную роль стимулов в системе здравоохранения, способствующих созданию условий отсутствия либо непродуктивной конкуренции.

Некоторые факторы, порождающие обозначенную проблему и не позволяющие в принципе сформировать конкурентную среду в медицине, приведены ниже.

Многоуровневая система потребителей (посредников) медицинских услуг: государство (программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи); страховые медицинские организации; пациенты (относительное включение потребителя медицинских услуг в систему активного влияния

на качество медицинской помощи); администрации лечебно-профилактических учреждений (бюрократические директивно-командное регулирование взаимоотношений пациентов и медицинских работников); врачи (принятие решений о лечении своих пациентов и обеспечение этого лечения происходит в конкурентном и экономическом вакууме).

Противоречивые (порой антагонистические с точки зрения экономики) интересы субъектов сферы производства и потребления медицинских услуг.

Плательщики и посредники не несут конечной юридической ответственности за результаты лечения пациентов: (суррогатные формы конкурентной борьбы перемещены в область взаимоотношений пациентов и плательщиков, что приводит к конфликту их интересов – плательщик выкидывает всяческие способы для отказа по оплате дорогостоящих медицинских услуг, являясь, таким образом, не сторонником пациента, а его антагонистом).

Отсутствие для пациентов, врачей и плательщиков сколь-нибудь объективных показателей качества медицинской помощи. Невозможность установления однозначной взаимосвязи между ценой и качеством предоставленной медицинской услуги.

Специфическая характеристика пациента как потребителя медицинских услуг и отличающая его от потребителей иных (не медицинских) товаров и услуг - это своеобразный абсолютный приоритет сохранения жизни и здоровья, без обращения внимания на возможные расходы.

Отсутствие возможности и крайне недостаточная информированность пациентов о ценах на медицинские услуги у разных врачей. Определенная деликатность в вопросах получения подобной информации непосредственно у лечащего врача.

Все вышеперечисленное подводит исследовательскую мысль к мнению, что в современном состоянии отечественного здравоохранения (точнее – в формирующейся сфере производства и потребления медицинских услуг) отсутствует основополагающая системная структура и, следовательно, соответствующие отношения субъектов такой системы, позволяющие практически реализовать такой механизм повышения качества медицинских услуг как конкуренция.

В обширной научной литературе, начиная с публикаций исследований Адама Смита до современных авторов, дается множество определений понятия сущности конкуренции в приложении к рыночной экономике. Значительно меньше исследований конкуренции в медицине.

По нашему мнению, конкуренция в здравоохранении - это состояние и процесс взаимоотношений субъектов производства и потребления медицинских услуг в рамках специфической цивилизованной формы соперничества между медицинскими работниками (врачами) по достижению наивысшей степени удовлетворения целевых потребностей пациента.

В сущности понятия «конкуренция» важен не сам термин, не степень точности определения данной категории, а понимание и осмысливание некоего процесса, функции взаимоотношений субъектов, взаимоотношений - приводящих к определенному положительному результату, характеризующему качество медицинской помощи по достаточному набору конкретно установленных и принятых параметров.

Конкуренция – это своеобразный внутренний механизм,

объективная и необходимая функция жизнедеятельности и эволюции рынка медицинских услуг.

В конкурентоспособности, по нашему мнению, могут синтезироваться многие аспекты, стороны, факторы функционирования и развития учреждений здравоохранения и врачебных практик.

Вместе с тем конкурентная среда сама по себе не однозначна и противоречива.

Исследователи выделяют некоторые противоречия, возникающие при функционировании системы конкуренции в здравоохранении. В частности, к отдельным из них могут быть отнесены:

1) противоречие между системой стимулов в здравоохранении и фундаментальными законами конкуренции (высокие цены на медицинские услуги остаются даже при избыточном предложении);

2) противоречие между дорогостоящими медицинскими технологиями и всеобщей доступности в получении медицинской услуги;

3) противоречие между реальным наличием пациентов и высокой стоимостью медицинской услуги (без улучшения качества медицинской помощи);

4) противоречие, в котором заключена сущность того, что действующая система стимулирования медицинского труда поощряет внедрение инноваций, увеличивает издержки либо повышает качество без соответствующего снижения стоимости медицинской услуги.

Сфера конкуренции подразделяется на определенные уровни. Логично выделение следующих условных уровней конкурентной среды в сфере производства медицинских услуг.

Конкуренция и конкурентоспособность – понятия универсальные для любого рынка товаров и услуг. Вместе с тем, определенная отрасль хозяйствования накладывает специфические ограничения при формировании конкурентной среды либо оценки конкурентоспособности. Если конкурентоспособность товара потребитель либо эксперт способен оценить непосредственно, то оценка услуги (в частности медицинской), как правило, производится опосредованно.

Некоторые особенности оценки конкурентоспособности медицинских услуг заключены в следующем:

- объектом оценки является деятельность организации (лечебно-профилактического учреждения, врачебной практики и пр.), предоставляющей медицинские услуги;

- оценка услуг связана с оценкой качества процесса и технологии обслуживания;

- оценка деятельности медицинских работников непосредственно потребителем;

- оценка временных характеристик предоставления медицинской услуги;

- оценка предоставленной услуги по соответствию стандартов качества обслуживания (условия и культура обслуживания);

- оценка и интегрирование субъективных мнений пациентов, получивших разовую медицинскую услугу.

Исходя из изложенного, следует заключить, что в эволюционном развитии системы здравоохранения Казахстана на этапе первого десятилетия XXI века в сфере предоставления медицинской помощи отсутствует как сама конкурентная среда производства и потребления медицинских услуг, так и реальные условия, позволяющие сформировать такую среду.

Наличие сферы конкуренции в условиях производства и потребления медицинских услуг, повышение конкурентоспособности лечебно - профилактических учреждений и медицинских практик особенно важны при перспективном развитии отечественной системы здравоохранения в условиях глобализации.

Создание условий конкуренции в системе здравоохранения, запуск механизмов цивилизованного соперничества между врачами, наконец, управление конкурентоспособностью медицин-

ских учреждений и врачебных практик – задачи, без осмысливания и решения которых невозможны качественные изменения в теперешнем состоянии отечественного здравоохранения. С позиций системности и комплексного подхода конкурентные преимущества медицинских услуг обеспечиваются правовыми, профессиональными, технологическими, рыночными, научными, экономическими, организационными, психологическими и другими аспектами, а также их системным соотношением.

Поле привлекательной и умеренной конкуренции на рынке медицинских услуг может быть сформировано при выполнении ряда обязательных условий к некоторым из которых отнесены приведенные в таблице 1.

Таблица 1. Условия формирования конкурентной среды на рынках медицинских услуг

Виды и уровни управления	Некоторые условия и возможные мероприятия
Уровень пациента	-1 право свободного выбора врача; -2 обеспечение свободного доступа пациентов в медицинские учреждения и во врачебные практики; -3 равный гарантированный доступ к выбору поставщиков медицинских услуг; -4 защита прав пациентов; -5 система медицинского страхования; -6 система вневедомственного контроля качества медицинской помощи
Врачебный уровень	-7 лицензирование врачей; -8 стандартизация медицинской деятельности; -9 право лечебных учреждений и частнопрактикующих врачей зарабатывать и иметь прибыль; -10 система фиксированных контрактных гонораров с предварительной оплатой; -11 партнерские права медицинского персонала; -12 открытый наём медицинских работников; -13 принятие профессиональных этических норм.
Уровень медицинского учреждения	-14 аккредитация медицинских учреждений; -15 повышение качества стратегических управленческих решений; -16 свобода приспособления функций и организационной структуры ЛПУ к динамичным рынкам медицинских услуг; -17 свобода учреждений здравоохранения на самофинансирование и независимую деятельность; -18 система непрерывного обучения кадров
Научные, экономические и информационные задачи	-19 научное обоснование моделей конкуренции в сфере производства и потребления медицинских услуг; -20 экономические методы управления медицинскими учреждениями; -21 свобода коммерческого инвестирования в сектор здравоохранения; -22 информационная открытость рынка медицинских услуг
Административно-управленческие и организационные мероприятия	-23 демонаполизация предоставления медицинской помощи; -24 устранение административного разделения и вертикального интегрирования медицинских учреждений и служб; -25 приватизация медицинских учреждений; -26 интеграция служб первичной медико-санитарной помощи; -27 реализация оптимальных и функциональных решений по реструктуризации учреждений и служб первичной медико-санитарной помощи; -28 открытие ранее закрытых (ведомственных) медицинских учреждений для всех граждан

Государственное регулирование	-29 разработка законодательства, создающего условия, гарантии и стимулы для предпринимательства, конкуренции и структурной перестройки системы здравоохранения; -30 переориентация новых программ и проектов в области здравоохранения с вертикально координированных учреждений на уровень центров первичной медико-санитарной помощи; -31 регулирование конкурентной среды на рынках медицинских услуг; -32 система адресных социальных гарантий в получении медицинской помощи отдельными категориями населения
-------------------------------	---

Создание условий формирования конкурентной среды в медицине, становление и развитие конкурентоспособности медицинских услуг и медицинского труда - эффективный инструмент на пути качественного изменения производственных

отношений в самой отрасли здравоохранения и, самое главное, абсолютно необходимое условие формирования современных маркетинговых отношений между пациентом и врачом.

Библиография

1. *Вопросы политики в области здравоохранения в бывших социалистических странах. Стратегия улучшения систем здравоохранения в бывших социалистических странах.* / Г.Жаркович и др. М.: Федеральный фонд ОМС, 1998. – 424 с.
2. *Кулешова А.Б. Конкуренция в вопросах и ответах: Учеб. Пособие.* - М.: ТК Вебли, Изд-во Проспект, 2004. – С. 168-179
3. *Лифиц И.М. Формирование и оценка конкурентоспособности товаров и услуг: - Учеб. пособие.* - М.: Юрайт-Издат, 2004. – 335 с.
4. *Портер Е. Майкл Конкурентная стратегия: Методика анализа и конкурентов / Пер с англ.* – М.: Альпина Бизнес Букс, 2005. – 454 с.
5. *Фатхутдинов Р.А. Управление конкурентоспособностью организации. Учебное пособие.* - М.: Изд. Эксмо, 2004. – 544 с.

Опыт применения Ципролета в условиях амбулаторной хирургии

Бердибаев Д.К., Сейтмуратова О.С., Рахмани Б.Р., Кузин А.Н.

ЦРБ п.Узынагаш, ЛДЦ «Авиценна», Амбулаторный центр, г.Усть-Каменогорск

Рациональная антибиотикотерапия в условиях Амбулаторной Хирургии должна отвечать критериям максимальной эффективности, иметь минимальные побочные действия и обладать наименьшей стоимостью.

Антибактериальный препарат при раннем начале эмпирической антибиотикотерапии должен отвечать следующим требованиям:

- иметь спектр антимикробного действия, адекватный наиболее частым возбудителям данного заболевания;
- подавлять большинство штаммов чувствительных видов бактерий;
- не вызывать селекции полирезистентных штаммов;
- обладать фармакокинетическими и фармакодинамическими характеристиками, обеспечивающими парентеральное и (или) пероральное введение не более 1-2 раз в сутки;
- иметь доказанную клиническую эффективность;
- иметь минимальные прогнозируемые побочные эффекты;
- иметь наименьшую стоимость среди препаратов с равной эффективностью.

Наиболее часто к амбулаторным хирургам обращаются пациенты с инфекциями кожи и мягких тканей, а также с гнойными заболеваниями пальцев кисти.

Инфекции кожи и мягких тканей могут быть подразделены на несколько категорий: подкожные абсцессы, раневые инфекции (травматические или послеоперационные) и инфекции язв нижних конечностей (обычно у больных сахарным диабетом).

Среди большого числа антибактериальных препаратов, применяемых при лечении инфекции кожи и мягких тканей, одно из ведущих мест занимают антибактериальные препараты группы фторхинолонов. Среди них наиболее широкое распространение имеет «Ципролет» ципрофлоксацин Компании «Д-р Редди'с».

Нами накоплен определенный опыт применения Ципролет при лечении различных инфекций кожи и мягких тканей в условиях амбулаторной хирургии.

В зависимости от обширности раневого процесса и выраженности интоксикации лечение проводили методом ступенчатой терапии. Вначале в течение 3–7 суток препарат вводили внутривенно по 400 мг/сут, а затем, после стабилизации состояния больного, лечение в течение 3–5 суток продолжали с использованием таблетированной формы в дозе 1 г/сут.

Суточная и курсовая доза, длительность использования внутривенной или таблетированной формы препарата для разных пациентов варьировали. Так, например, при локальном гнойном процессе и радикальной хирургической обработке гнойного очага было достаточно назначение Ципролет только в таблетированной форме в дозе 1 г/сут на протяжении 5–7 дней.

Во всех случаях системную антибактериальную терапию гнойных очагов дополняли лечением под повязками с мазью на полиэтиленгликолевой основе (левосин, левомеколь, диоксиколь, диоксидиновая мазь, растворы повидон-йода, мирамистина, диоксидина). В целом, у подавляющего большинства больных положительную динамику раневого процесса наблюдали к концу 1-й недели лечения Ципролетом.

Хорошую переносимость препарата отмечали у подавляющего большинства больных на всем протяжении периода лечения. Во всех случаях мы наблюдали хорошую клиническую эффективность препарата Ципролет.

Применение Ципролет внутрь в дозе 500 мг с 12-часовым интервалом или внутривенно по 200 мг каждые 12 часов оказывало выраженный терапевтический эффект при лечении больных с инфекциями кожи и мягких тканей.

Метод ступенчатой терапии при использовании Ципролет позволяет значительно уменьшить нагрузку на медицинский персонал, сократить затраты на расходные материалы.

Таким образом, Ципролет является высокоэффективным препаратом при лечении хирургических инфекций и, несмотря на многолетнее применение, сохраняет хорошее терапевтическое действие.

Литература:

1. *Падейская Е.Н., Яковлев В.П. Антимикробные препараты группы фторхинолонов в клинической практике.* М.: Логата, 1998; 351.
Яковлев В.П., Падейская Е.Н., Яковлев С.В. «Ципрофлоксацин в клинической практике». М., 2000.
2. *С. В. Яковлев, «Место фторхинолонов в лечении бактериальных инфекций», Журнал Лечащий врач, №02/08*
3. *Яковлев В.П. Антибактериальные препараты. Рус мед журн 1997; 5: 21*
Л.А.Блатун, Р.П.Терехова, А.М.Светухин, А.А.Звягин ФГУ Институт хирургии им.А.В.Вишневского Росмедтехнологий, Москва

РЕГИОНАРНЫЕ МЕТОДЫ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Акатаев Н.А., Мукушев М.М., Кабдулов А.Е., Ирзин К.С., Аубакиров Г.Б., Нурманов К.Ж.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе

Актуальность. Гнойно-некротические поражения тканей стопы у больного сахарным диабетом представляют собой грозные осложнения, влекущие за собой тяжелые последствия: от высокой ампутации нижней конечности до смерти пациента. Сочетание гнойно-некротических поражений с критической ишемией нижней конечности практически не оставляет шансов на сохранение последней. Количество больных с нейроишемической формой поражения постоянно растет и достигло уже 40% в структуре синдрома диабетической стопы. Как правило, эти больные обременены тяжелым возом сопутствующих заболеваний, резко повышающих риск хирургического лечения и ставящих под сомнение возможность проведения анестезиологического пособия. Приведенные факторы в течение длительного периода времени обусловили доминирование больших ампутаций нижних конечностей у этой категории больных.

Цели исследования. Улучшение результатов лечения синдрома диабетической стопы

Материалы и методы лечения. В хирургическом отделении МЦ ЗКГМУ им. М.Оспанова проводится стационарное лечение больных с синдромом диабетической стопы. За период с 2006 по 2010гг на стационарном лечении находилось 256 пациентов с нейроишемической и ишемической формами диабетической стопы. Все пациенты имели сахарный диабет 2 типа. При поступлении в стационар пациенты переводились на препараты инсулина. Назначалась комплексная терапия, в соответствии с имеющимися сопутствующими заболеваниями, смежными специалистами

Обследование всех пациентов проводили по программе, состоящей из клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики. Для определения характера и объема поражения нижних конечностей использовали: рентгенографию, компьютерную томографию стоп; дуплексное сканирование

сосудов нижних конечностей; определение транскутанного PO₂; ангиографию артерий таза и нижних конечностей.

Учитывая выявленные нарушения кровообращения пациентам назначается комплексное лечение для улучшения микроциркуляции и кровообращения стоп.

Полученные результаты и их обсуждение. Были сформированы три группы пациентов, в первой применялась традиционное лечение спимением таких препаратов как реополиглюкин в сочетании с тренталом. Во второй группе- применялся препарат альпростадил в дозировке 60 мкг ежедневно в/в капельно в течении 10 суток и в третьей группе альпростадил вводился регионарно: внутрикостно в пяточную кость с предварительным наложением венозных жгутов проксимальнее введения в дозировке 20 мкг Анализ проводился по динамике течения процесса воспаления на стопе, состояния чрезкожного напряжения кислорода в тканях. В группе пациентов где применялся традиционный комплекс препаратов отмечался незначительный прирост напряжения кислорода в среднем на 5-7 мм.рт.ст. динамика процесса заживления оставалась низкой и нахождение больного в стационаре в сравнении с другими группами занимало большее количество времени в среднем на 13-16 дней. После применения Вазопростана особенно в случаях внутрикостного введения отмечается более быстрое очищение ран. При последнем способе введения препарата вторичный некроз ран после некрэктомий и экзартикуляций пальцев вследствие сохраняющейся ишемии тканей не наблюдался. Прирост напряжения кислорода в тканях пораженных конечностях был в пределах 17- 20 мм.рт.ст. Каких либо местных осложнений от внутрикостного введения препаратов не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, полученные результаты проведенного лечения свидетельствуют о высокой эффективности регионарного введения вазоактивных препаратов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРАВСТОРОННЕГО КОЛОНОНЕФРОПТОЗА

Акатаев Н.А., Кононенко А.Ф., Ирзин К.С., Балшамбаев М.Е.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе.

Цель: Оптимизация тактики хирургического лечения больных правосторонним колононефроптозом.

Лечение больных с аномалиями развития и положения толстой кишки является важной, но до конца не разрешенной проблемой. Объясняется это прежде всего индивидуальностью и многообразием форм аномалий и их клинических проявлений, а также отсутствием единых подходов к лечению таких больных.

Среди нарушений фиксации отделов толстого кишечника чаще всего встречается правосторонний колоноптоз, сопровождающийся запорами. Нередко данная аномалия сочетается с правосторонним нефроптозом и дизурическими явлениями.

В клинике хирургических болезни ФУВ ЗКГМУ им. М.Оспанова за 2001-2011гг прооперированы 10 больных с правосторонним колононефроптозом. Из них 7 женщин, 3 мужчин в возрасте 18 до 60 лет. Больных при поступлении беспокоили не только запоры, но и боли в пояснице временами, жалобы характерны для правосторонней почечной колики.

Материалы и методы исследования: Для диагностики колоноптоза применяли функциональную ирригоскопию, которая предполагает рентгеновское изображение внешней и

внутренней архитектуры толстой кишки до и после акта дефекации в вертикальном и горизонтальном положении. Степень нефроптоза определяли ультрозвуковым исследованием. Этой категории больных можно помочь только хирургическим путем. Следует устранить врожденный дефект нарушения фиксации, переведя правый фланг толстой кишки из интраперитонеальное положения в мезоперитонеальное и возвращая опущенную почку в их нормальное положение. Нами применяется способ колоноренопексии по П.А. Романову, который состоит в чрезбрюшинном ушивании ложа правой почки снизу и снаружи, подшивании восходящей кишки за мышечную ленту к фасциальным узлам боковой брюшной стенки, правого изгиба к предпочечной фасции. Подшивание восходящей ободочной кишки к задней-боковой брюшной стенке, обеспечивает ликвидацию брыжейки, создает условия для формирования позади нее отсутствующей паракольной фасции и дополнительно укрепляет почечное ложе спереди на всем протяжении.

Результаты. Больные осмотрены через 1-2 года. Результаты оценены положительными. У всех больных отмечался ежедневный самостоятельный стул, дизурии нет, боли в животе исчезли.

На контрольных ирригоскопии и УЗИ почек рецидива колонефроптоза нет.

Выводы. Способ колоноренопексии доступен, малотравма-

тичен, не сопровождается сложными техническими приемами на толстой кишке и почках.

АВТОРСКОЕ ПРОМЫВНОЕ УСТРОЙСТВО В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН

Бекишев Б.М., Бекишева А.Н.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы

Перспективным направлением в проблеме местного лечения гнойных ран является создание новых эффективных аппаратов для промывания гнойных ран. С этой целью нами разработаны 2 устройства для местного лечения гнойно-некротических ран конечностей (Инновационный патент на изобретение РК №22134 и №22135, опубл. 15.01.2010, бюл.№1).

Основные эффекты предлагаемых устройств:

1. Механическое воздействие на рану: струи жидкости освобождают рану от слабо фиксированных омертвевших тканей, фибриновых отложений, мелких инородных тел, гнойного экссудата, сгустков крови и микробных тел.

2. В результате промывания жидкостью под давлением и вихревой струей уменьшается бактериальная обсемененность раны.

3. Микромассаж подлежащих мягких тканей, что улучшает микроциркуляцию крови и восстанавливает нарушенное кровоснабжение.

Совокупность воздействия этих 3 факторов ускоряет процессы заживления раны.

Цель исследования – улучшить непосредственные результаты лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей путем разработки и внедрения эффективных способов местного лечения.

Материал и методы исследования. В нашем исследовании в зависимости от метода лечения больные были разделены на 2 группы (контрольная и основная группы).

В контрольной группе 15 больных с гнойными процессами мягких тканей, лечение которым проводилось традиционными методами с ежедневным применением в местном лечении Ультразвукового диссектора Sonoca 180® (Германия). В основной группе (n=42) при лечении гнойно-воспалительных процессов конечностей применяли разработанный нами способ местного

лечения с применением авторских устройств.

Эффективность местного лечения оценивали с помощью клинических данных, цитологических методов исследования на 1-19 сутки лечения.

Обсуждение полученных результатов. При макроскопической оценке динамики течения раневого процесса отмечено, что нормализация общего состояния больных в основной группе, по сравнению с контрольной, происходила достоверно быстрее в 2,1 раза; купирование отека и гиперемии – в 1,5 раза; очищение раны от гнойно-некротических тканей и появление грануляций – в 1,5 раза; сроки начала краевой эпителизации – в 1,4 раза.

Анализ цитологических исследований мазков-отпечатков из ран показал, что лечение традиционными методами на значительный срок затягивало первую фазу раневого процесса, более длительно держались гнойно-некротические и фибриновые наложения в ране, которые в эти же сроки были выражены достоверно меньше в основной группе больных. Переход к регенераторно-воспалительному типу цитограммы во второй группе исследования происходил уже на 7 сутки лечения, тогда как в контрольной – на 12-13 сутки лечения, что достоверно быстрее в 1,7 раза ($P < 0,05$).

Таким образом, разработанный нами способ с применением устройств для местного лечения гнойно-некротических ран конечностей показал свою большую эффективность по сравнению с традиционными методами лечения, он позволил быстрее купировать воспалительные явления, очистить гнойный очаг от некротических тканей, активизировать процессы репарации, тем самым, сокращая первую фазу течения раневого процесса. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности широкого клинического использования предложенного устройства.

ПИБАКТЕРИОФАГИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН

Бекишев Б.М., Бекишева А.Н.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы

Цель исследования – разработка способа лечения гнойных ран, обеспечивающего местное многокомпонентное воздействие на течение раневого процесса, позволяющего сократить сроки и улучшить результаты лечения.

Материал и методы исследования. В нашем исследовании в зависимости от метода лечения больные были разделены на 3 группы (контрольная и 2 основные группы). При местном лечении больных первой группы (контроль – 15 больных) использовались 0,05% раствор хлоргексидина биглюконата (1:400) и трипсин; больным второй группы (28 больных) рану накладывалась повязка с раствором пибактериофага поливалентного (против *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Proteus*, *Klebsiella*, *E. Coli*, *Pseudomonas aeruginosa*); больным третьей группы (24 больных) – повязка с раствором пибактериофага поливалентного и раствором имозимазы активностью 50 ПЕ на 1 мл 1 раз в сутки до полного очищения раны. Эффективность местного лечения оценивали с помощью клинических данных, микробиологических и гистологических методов исследования на 1-19 сутки лечения.

Обсуждение полученных результатов. При макроскопической оценке динамики течения раневого процесса отмечено, что нормализация общего состояния больных во второй и третьей

группах, по сравнению с контрольной, происходила достоверно быстрее в 2,0 и 2,7 раза; купирование отека и гиперемии – в 1,9 и 2,1 раза; очищение раны от гнойно-некротических тканей и появление грануляций – в 2,0 и 2,1 раза; сроки начала краевой эпителизации – в 1,6 и 2,0 раза, соответственно.

Количественные показатели содержания микрофлоры объективно отражали эффективность проводимого лечения. Изначальный микробный пейзаж был сходным у больных всех 3 групп наблюдения, а микробная обсемененность ран составляла 108-109 КОЕ/г. В процессе проводимого местного лечения микробная обсемененность раны прогрессивно уменьшалась, но с разной скоростью в разных группах наблюдения. Во второй и третьей группах с первых по третьей сутки количество микробных тел сократилось с 109 до 105 КОЕ/г. После пятого дня лечения бактериальная обсемененность ран снизилась до 103-102 КОЕ/г, а на 7 сутки бактериальные посевы были отрицательными. В контрольной группе высеваемость микроорганизмов продолжала оставаться высокой в течение длительного времени, на 3-5 сутки уровень содержания микроорганизмов составлял 108 КОЕ/г, к 10 суткам снизился до 105 КОЕ/г и лишь к окончанию исследования (14-15 сутки) результаты посевов были отрицательными.

При гистоморфологическом исследовании гнойно-некротической раны мягких тканей в контрольной и основных группах больных были выявлены существенные различия. Во ТОрой и третьей групп больных отмечалось более быстрое очищение раны от некротических масс и тканевого детрита (на 6-7 сутки и 6 сутки, соответственно), происходило интенсивное формирование грануляционной ткани (на 8-9 сутки и 7-8 сутки, соответственно) и ее созревание. В контрольной группе формирование грануляционной ткани происходило лишь к 14-15 суткам.

Таким образом, на основании проведенных исследований, можно сделать вывод, что применение в местном лечении гнойных ран пиаобактериофага поливалентного, а также фармацевтической композиции пиаобактериофага поливалентного с имозимазой благоприятно влияет на течение раневого процесса, заключающемся в достоверном сокращении сроков очищения раны от гнойно-некротических тканей и патогенной микрофлоры, ускорении процессов образования грануляционной ткани и эпителизации, тем самым сокращая сроки заживления раны в 1,9 раза ($P < 0,05$) и 2,2 раза ($P < 0,05$), соответственно.

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ЭВАКУАЦИИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА.

Есенбаев Д.Б.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет г. Актобе.

Нами изучена эффективность эндогастрального применения постоянного электрического тока малой силы у 60 пациентов (основная группа), оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, в сравнении с контрольной группой – 68 больных.

Все 128 больных оперированы. Объем операции состоял в резекции 2/3 желудка, в том числе: по Бильрот-I оперированы в основной группе 21 больной, в контрольной – 25, по Бильрот-II – 39 пациентов в основной, 43 - в контрольной группе больных.

Исследования в раннем послеоперационном периоде начинали с изучения общеклинических проявлений функционального состояния области желудочно-кишечного соустья. Нами изучались сроки купирования диспепсических проявлений (рвота, тошнота, изжога), сроки купирования болевого синдрома в эпигастрии, а также наличие инфильтрата в этой области. При этом, в контрольной группе диспепсические явления купировались на $7,3 \pm 0,9$ сутки, в основной на $3,4 \pm 0,7$ сутки. Средний срок купирования болевого синдрома, в эпигастриальной области, составил в контрольной группе – $12,1 \pm 1,2$ суток, в основной – $7,2 \pm 1,1$. Анализируя симптоматику послеоперационного периода, обращает внимание увеличение количества больных с рвотой на пятые сутки, это можно объяснить возникновением проявлений анастомозита в эти сроки.

Кроме того, нами изучена динамика уменьшения застойного содержимого, полученного из культы желудка, которая

Таблица 1. Результаты изучения общеклинических признаков.

Симптомы	основная (n=60)			контрольная (n=68)		
	3сут.	5сут.	7сут.	3сут.	5сут.	7сут.
изжога (%)	25%	10%	3,3%	55,9%	23,5%	13,2%
тошнота (%)	28,3%	8,3%	5%	52,9%	20,6%	16,2%
рвота (%)	-	8,3%	-	7,4%	29,4%	7,4%
болевого синдрома в эпигастрии (%)	66,7%	13,3%	3,3%	100%	52,9%	26,5%
наличие инфильтрата (%)	-			2,9%		
сроки купирования диспепсии (сут)	3,4			7,3		
сроки купирования болей (сут)	7,2			12,1		

в основной группе на 3 и 5 сутки после операции составила 275 ± 50 и 150 ± 25 мл, в то время как в контрольной 335 ± 70 и 225 ± 35 мл соответственно. Сроки начала энтерального приема жидкой и твердой пищи в основной группе составили $2,8 \pm 0,8$ и $5,3 \pm 1,3$ сут., а в контрольной $4,6 \pm 1,1$ и $6,8 \pm 1,6$ сут.

Также проанализировали длительность пребывания в стационаре в послеоперационном периоде. Средняя продолжительность лечения после операции составила в основной группе $10,5 \pm 0,6$ койко-дня, в контрольной – $14,8 \pm 0,9$.

Таким образом, из изученных клинических данных следует, что восстановление эвакуаторной функции культы желудка, купирование диспепсии и болевого синдрома в основной группе происходят в более ранние сроки.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ

АППЕНДЭКТОМИИ ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Жумабаев М.Н.

ЖКГМУ имени М.Оспанова, г. Актобе

Цель: изучение ошибок и осложнений при лапароскопической аппендэктомии, разработка мер их профилактики.

Материалы и методы исследования: Работа основана на результатах всестороннего анализа лапароскопической аппендэктомии у 1320 пациентов, находившихся на лечении в период с марта 1990 года по сентябрь 1999 года в областной клинической, областной детской клинической больнице и железнодорожной больницах. Лапароскопическую операцию всегда начинали с диагностического этапа. Осложнения ЛА мы разделили по этапам выполнения операции. При этом установлено, что для каждого этапа характерны свои специфические осложнения. Они могут быть как общими, так и местными. Общие осложнения характерны для всех этапов операции. К ним относятся осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Эти осложнения связывают наложением и поддержанием на весь период операции пневмоперитонеума, повышением внутрибрюшного давления и нарушением веноз-

ного кровообращения. В процессе выполнения самой операции, мы осложнений общего характера не наблюдали.

В наших наблюдениях у 35 больных (2,6%) развились послеоперационные бронхиты, а у 8 (0,6%) пациентов очаговые пневмонии, которые купировались обычной терапией местные осложнения ЛА наблюдались на всех этапах лечения больных. Они имели место, как в брюшной полости, так и вне ее со стороны троакарных ран. Для изучения причин их возникновения и, самое главное, разработки мер профилактики они обсуждены нами на этапах операции.

Осложнения 1 – этапа. При наложении пневмоперитонеума, введение иглы Вереша и первого троакара вслепую создают предпосылки для возникновения осложнений. В нашем наблюдении их было 15 случаев (1,1%), а именно: введение воздуха в предбрюшинное пространство – 4 (0,4%), кровотечение из сосудов сальника – 3 (0,2%), введение воздуха в просвет кишечника – 1 (0,07%), кровотечение из мест введения троакара – 5 (0,4%),

ранение тонкой кишки (серозно-мышечный слой) – 2 (0,1%),

Профилактика осложнений заключается в методически правильном проведении специальных проб и оценке их результатов при наложении карбоксиперитонеума.

Осложнения 2 этапа: На втором этапе осложнения возникли у 36 больных (2,8%) - кровотечение из сосудов брыжейки отростка -24 (1,8%), повреждение кишечника -6 (0,5%), отхождение петли Редона – 6 (0,5%)

Самым частым осложнением явилось кровотечение из брыжейки червеобразного отростка, вследствие применения монополярного электрода, что свидетельствует о необходимости пользоваться только биполярным. Все эти осложнения были устранены без перехода на лапаротомию. Повреждения кишечника были без вскрытия их просвета, но, тем не менее, были наложены серо – серозные швы.

В послеоперационном периоде могут наблюдаться ослож-

нения, проявляющиеся кровотечением из брыжейки отростка с образованием гематомы, ятрогенные повреждения полых органов, не диагностированные во время операции; нагноительные – вследствие прогрессирования инфекции тазовый или поддиафрагмальный абсцессы, перитониты, нагноение и инфильтрация ран, послеоперационный илеус, послеоперационные вентральные грыжи параумбиликальной области.

Заключение: таким образом, лапароскопические операции при всех их преимуществах перед традиционными должны применяться по строгим показаниям, выполняться опытными врачами, способными не только оперировать, но и своевременно выявлять и квалифицированно исправлять возникшие осложнения. Для профилактики возможных осложнений и повышения эффективности ЛА необходимо знать типичные осложнения, их причин и этапов развития.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

Жумабаев М.Н.

Западно – Казахстанский Государственный Медицинский Университет им. М. Оспанова г. Актобе

За период 2001 - 2010 г. включительно в хирургических отделениях г. Актобе и Актюбинской области выполнено 1320 лапароскопических аппендэктомий (ЛА) при различных формах ОА, пациентам обоого пола от 5 до 67 лет.

Несмотря на высокую эффективность лапароскопической хирургии (малоинвазивность, быстрая реабилитация, экономический эффект), она, как любая метод хирургического вмешательства имеет свойственные ей ошибки, опасности и осложнения.

Осложнения ЛА могут быть общими и местными. К общим относятся осложнения со стороны сердечно – сосудистой и дыхательной систем. Эти осложнения связаны наложением и поддержанием на весь период операции напряженного пневмоперитонеума, приводящего к повышению внутрибрюшного давления, нарушением венозного кровообращения. Местные осложнения ЛА наблюдаются на всех этапах лечения больных: в момент наложения пневмоперитонеума и введения первого троакара, во – время интраоперационных манипуляций и в послеоперационном периоде.

Из 1320 ЛА у 15 больных (1,1%) осложнения возникли на I этапе, у 36 (2,8%) во II этапе, у 115 (8,7%) на III этапе. Условно выделяя 3 этапа возникновения местных осложнений ЛА нами предложена нижеследующая

Программа профилактики и лечения осложнений ЛА

Осложнения	причины	профилактика
Наложение пневмоперитонеума и введение первого троакара		
Подкожная эмфизема	Неправильное положение иглы Вереша	Точное соблюдение правил проведения проб их оценка
Отслоение брюшины газом	Неправильная оценка проб	Тоже самое
Кровотечение из сосудов брюшной стенки	Повреждение ветвей эпигастральных артерий	Диафаноскопия брюшной стенки
Повреждение полых органов	Неправильна оценка проб	Тоже самое
Кровотечение из сосудов сальника	Тоже самое	
Интраоперационные		
Повреждение кишечника	Манипулирование без контроля оптики	Все манипуляции под контролем оптики
Отхождение петли Редера с культы ч/ отростка	1. Близкое расположение branшей каутера к петле Редера 2. Оставление коротких концов нити при срезании	Bранши располагать не менее 0,5 см от петли Редера, кончик нити оставлять не менее 0,7 см
Кровотечение из артерии ч/отростка	1.Использование монополярного каутера 2. Несоблюдение времени экспозиции при работе с каутером 3. Захват в branши толстого слоя брыжейки	1.Использовать только биполярный каутер 2 Адекватное время экспозиции, коагуляция на протяжении брыжейки
Послеоперационные		
Гематома по ходу троакарных ран	Повреждение межмышечных сосудов или сосудов передней брюшной стенки	Прошивание или коагуляция всех троакарных ран
Инфильтрат, нагноение троакарных ран	Использование неадекватного размера троакара при экстракции ч/отростка	1.Применение троакара неадекватного 2Извлечение ч/отростка в пластиковых мешках 3. Назначение антибиотиков и физиопроцедур
Кровотечение из артерии ч/отростка	1.Использование монополярного коагулятора 2.Несоблюдение времени экспозиции при коагуляции	1.Использование только биполярного каутера 2. Учет времени экспозиции, при инфильтрированной брыжейке наложение дополнительно клипс
Абсцесс брюшной полости	1Неполная санация брюшной полости 2. Неадекватное дренирование брюшной полости 3. Несостоятельность культы ч/ отростка	1.Тщательная санация брюшной полости 2.Обязательное дренирование брюшной полости 3. Правильный выбор метода обработки культы ч/ отростка
Кишечные свищи	1. несостоятельность культы ч/ отростка 2. Электрожоги кишечника	1.Правильный выбор метода обработки культы 2 Использование погружных швов даже при незначительных ожогах

Лигатурный свищ	1. Первичное инфицирование троакарных ран 2. Некачественный шовный материал	Применение качественного шовного материала
Грыжа	Нагноение umbilicalной раны	Адекватное ушивание umbilicalной раны
Спаечная болезнь	Чаще при деструктивных формах аппендицита	1. Ранняя активация больных 2. Назначение физиотерапевтических процедур

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кабдулов А.Е.

ЗКГМУ им. Марата Оспанова, г. Актобе

Цель: Оценка эффективности комплексного лечения больных с острым тромбозом поверхностных вен нижних конечностей.

Материалы и методы: Анализированы результаты обследования и лечения 67 больных с острым тромбозом подкожных вен нижних конечностей. Всем больным проводили полный комплекс общеклинического обследования и ультразвуковое дуплексное сканирование (УДС) венозной системы нижних конечностей и таза. При УДС оценивалось состояние глубоких, коммуникантных и подкожных вен нижних конечностей, определялись характер, локализация и протяженность тромботического процесса. Сопоставление клинических данных с результатами УДС вен позволило оптимально наметить вид и объем оперативного вмешательства. В комплекс медикаментозного лечения входили: спазмолитики, антикоагулянты, венопротекторы и др. А также применялось лечение постоянным электрическим током (ПЭТ) малой силы.

Результаты и обсуждение: По данным УДС в большой подкожной вене центральный конец тромба на уровне средней трети бедра определялась у 28 (41,7%), верхней трети бедра – у 24 (35,8%), в области овальной ямки сафенофemorального соустья – у 12 (18%), тромб сафенофemorального соустья с переходом в общую бедренную вену – 3 (4,5%) больных. В зависимости от выраженности воспаления курс лечения ПЭТ составлял в предоперационном периоде 3-4 процедуры. Хирургическое лечение больных варикозной болезнью осложненной тромбозом подкожных вен проводится по принципам неотложной хирургии. При лечении ПЭТ острых тромбозов подкожных варикозно расширенных вен в предоперационном периоде создается благоприятный фон выполнения операций как за счет снятия острых явлений воспаления, так и за счет улучшения регионарного кровообращения в конечности. После снятия острых явлений воспаления больные были прооперированы. Анализ результатов лечения показал, что предоперационный период у больных леченных ПЭТ сократился до 3-4 койко дней. Больным с острым тромбозом подкожных варикозно

расширенных вен с локализацией тромботического процесса в области овальной ямки на уровне и выше сафенофemorального соустья для предотвращения восходящего тромбоза и угрозой тромбозомболических осложнений выполнено оперативное вмешательство на 1-2 сутки пребывания в стационаре. Показанием к экстренной операции явился острый восходящий, прогрессирующий тромбоз большой подкожной вены. Больным с острым тромбозом с локализацией патологического процесса в средней и верхней трети бедра оперативное вмешательство выполнялось на 4-5 сутки по стихании острых воспалительных явлений. Операция при остром тромбозе выполнялась по Троянову – Тренделенбуру и кроссэктомия по Дитерихсу с одновременным удалением тромбированных вен туннельным методом Сидориной, а так же дополнительно по Нарату с надфасциальной перевязкой коммуникантных вен по Коккетту. При локализации тромба в области сафенофemorального соустья с переходом патологического процесса в общую бедренную вену выделяли большую подкожную вену у места впадения в бедренную. На центральный конец тромбированной бедренной вены, выше тромба, накладывали турникет. Тромб бедренной вены удаляли катетером Фогарти, введенный через устье большой подкожной вены. При наличии выраженного перифлебита тромбированные вены удаляли с участками покрывающей их воспаленной кожей и паравенозной клетчаткой по Вознесенскому.

Заключение. В сочетании с фармакологическими препаратами постоянный электрический ток малой силы используемый для лечения больных с острым тромбозом подкожных варикозно расширенных вен нижних конечностей в предоперационном периоде позволяет в наиболее краткий срок снять явления воспаления по ходу вен и создает благоприятный фон для выполнения операций. Активное радикальное хирургическое вмешательство при остром тромбозе подкожных вен предупреждает тромбозомболические осложнения, распространение тромботического процесса на глубокие вены и развитие посттромботической болезни нижних конечностей.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕПРЯМЫХ СПОСОБОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Мукушев М.М.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе

Актуальность. Развитие гангрены конечности при сахарном диабете служит показанием к ампутации, которая является наиболее распространенной хирургической операцией при диабетической стопе и чаще всего проводится на уровне бедра, непосредственно после которой летальность доходит до 25%, при этом в течение 5 лет после операции возрастает вероятность развития соответствующих изменений другой конечности, сопровождающейся смертностью, достигающей 68%. За последние 20 лет отношение к ампутациям изменилось

в сторону максимально возможного сохранения конечности. Поэтому, снижение процента высоких ампутаций у больных с диабетической стопой является основной задачей лечения при этой патологии.

Цель исследования - изучение эффективности сочетанного применения не прямых способов реваскуляризации в комплексной терапии синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы исследования. В отделении общей хирургии Медицинского центра Западно-Казахстанского го-

сударственного медицинского университета имени Марата Оспанова 2006 по 2011 г. пролечено 356 больных с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы.

Проводилось стандартное инструментальное исследование гемодинамики и микроциркуляции по диагностической программе этого заболевания: реовазография, фотоплетизмография, транскутанная оксиметрия, дуплексное ангиосканирование и ангиография.

По глубине деструктивных изменений наблюдалась следующая картина: трофические язвы – 23,4%, абсцессы и флегмоны 33,6%, остеомиелит пальцев стоп – 14,7%, гангрена стопы или отдельного пальца 28,3% больных.

По распространенности поражения сосудистого русла патология бедренных артерий встречалась у 15,7% больных, подколенных артерий – у 24,8% больных, на уровне берцовых артерий – у 39,2% пациентов. Многоэтажное поражение сосудистого русла нижних конечностей выявлено было у 19,6% пациентов.

Неэффективность консервативной терапии, наличие тяжелой сопутствующей патологии, невозможность проведения реконструктивных методов лечения явились основными показаниями для непрямо́й реваскуляризации

Полученные результаты и их обсуждение. Оптимизация непрямо́й реваскуляризации достигалась одновременным выполнением реваскуляризирующей остеоперфорацией на голени по методике Зусмановича и туннелированием мягких тканей передне-боковых поверхностей бедра и задней поверхности голени по Ишенину, что обеспечивает дополнительный приток крови в мышечные каналы из фрезевых отверстий в кости в мягкие ткани. В туннелированных мышцах формируется гематома, которая является источником васкулогенеза. При анализе исходов проведенного комплексного лечения отмечалось снижение частоты высоких ампутаций нижних конечностей в среднем в 1,6 раза по сравнению с ранними годами, при этом удалось сохранить опороспособную стопу у 65,7% больных.

Повторные госпитализации из-за гнойно-некротических поражений стоп потребовались 66,4% больным. Из них 7,9% больным в связи с прогрессированием некротического процесса потребовалось проведение ампутаций нижних конечностей.

Выводы. Сочетанное применение реваскуляризирующей остеоперфорации и миотуннелирования улучшает результаты лечения критической ишемии у больных с синдромом диабетической стопы, позволяет сохранить опороспособную стопу и сократить сроки пребывания в стационаре.

РОЛЬ МИКОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ СТОП В РАЗВИТИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Мукушев М.М.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актюбе

Актуальность. В настоящее время остаются спорными некоторые механизмы внедрения инфекции на стопе при синдроме диабетической стопы. Широкое распространение грибкового поражения, в том числе и кандидоза на коже стоп, как среди всего населения в целом, так и среди больных сахарным диабетом диктуют необходимость изучения влияния кандидоза на пути внедрения инфекции при синдроме диабетической стопы. О роли грибов рода *Candida* в патогенезе гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы нет единого мнения. Среди факторов развития грибковой инфекции у больных сахарным диабетом доказана роль узости межпальцевых промежутков, нарушения потоотделения кожи в области стоп.

По литературным данным грибковые инфекции нижних конечностей, в состав которых входят и грибы рода *Candida albicans* встречаются не у всех пациентов, а только у 30% населения, независимо от наличия диабета, кроме того взаимодействие макроорганизма и грибов нередко носит характер носительства. Так по данным ряда авторов у 40% здорового персонала хирургического отделения с рук высеивают различные штаммы грибов рода *Candida*. Также почти у половины больных с декомпенсированным сахарным диабетом выявляются антитела к *Candida albicans*, а при клиническом исследовании у 44-66% больных сахарным диабетом без клинических признаков кандидоза выявлено повышенное кандидоносительство по сравнению со здоровыми лицами при нормальном уровне антител.

С целью изучения значения микотической инфекции в формировании входных ворот для проникновения инфекции при синдроме диабетической стопы нами было обследовано 15 пациентов с данной патологией.

Материалы и методы исследования. Из 15 больных сахарным диабетом перенесших малые ампутации на стопе в связи с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы только у 3-х больных в биопсийном материале взятом интраоперационно, на границе некротизированных и жизнеспособных тканей выявлены микроскопически и микологически грибы рода *Candida albicans*. Положительные микроскопические результаты получены у двух женщин и у одного мужчины. У девяти больных при серологическом исследовании выявлено наличие титра антител к грибам рода *Candida albicans*, причем у пятерых больных, даже с отрицательным результатом микроскопического и микологического исследования, что может быть расценено как кандидоносительство.

Общие результаты микологического и серологического исследования позволили заключить, что у 3 больных с микроскопическим и микологическим подтверждением грибкового поражения по глубине поражения оно может быть расценено как поверхностный инвазивный микоз.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что грибковая инфекция не является ведущим фактором в проникновении инфекции в ткани стоп.

К 50 летию профессора Б.Б. Баймаханова

Баймаханов Болат Бимендиевич родился 3 сентября 1962 г. в г. Кызыл-Орда. В 1979 году закончил школу и поступил по конкурсу на лечебный факультет Алма-Атинского государственного медицинского института. Закончив ВУЗ в 1986 г., по направлению работал врачом-хирургом, эндоскопистом в Кызыл-Ординской областной больнице. Дальнейшая практическая работа и научная карьера Б.Б. Баймаханова связана с ведущим научным учреждением Казахстана - Институтом клинической и экспериментальной хирургии им. А.Н. Сызганова: с 1990 г. научный сотрудник, с 1995 г. старший научный сотрудник, завотделом хирургии печени и поджелудочной железы, директор института с 2003-2007 гг. В 2000 г. назначен на должность начальника Южно-Казахстанского областного управления здравоохранения, с 2008 по 2011 гг. начальник управления здравоохранения Кызыл-Ординской области; эту работу он совмещал с должностью председателя Совета директоров АО «НЦХ им. А.Н. Сызганова», когда в полной мере проявился его организаторский талант.



Занимая ответственные должности, Б.Б.

Баймаханов нашел возможность получить звание бакалавра экономики, закончив в 2006 г. экономический факультет Казахского экономического университета им. Т. Рыскулова.

В 2011 г. работал в должности председателя Совета директоров АО «Республиканский центр неотложной медицинской помощи» г. Астаны. В настоящее время проф. Б.Б. Баймаханов возглавляет многопрофильную клиническую больницу №7 г. Алматы, которая оказывает специализированную медицинскую помощь населению г. Алматы и республики

В 2000 г. защитил диссертацию на соискание степени доктора медицинских наук на тему: «Эзофагопластика при послеожоговом рубцовом сужении пищевода». И кандидатская, и докторская диссертации защищены под руководством выдающегося ученого-хирурга, академика НАН РК, профессора М.А. Алиева. Диссертация представляет собой фундаментальный научный труд, основанный на большом практическом материале с использованием современных методов исследования и лечения.

Научно-исследовательская деятельность профессора

Б.Б. Баймаханова нашла отражение в более чем 200 научных работах, 4 монографиях, 42 патентах на изобретения. Под его руководством было защищено 16 диссертаций, в том числе 4 докторские. Научным направлением Б.Б. Баймаханова является хирургия пищевода, панкреато-гепато-билиарная хирургия, эндовидеолапаро-, торакоскопическая хирургия, трансплантация органов и тканей. Практическим выходом последнего направления работы явилась выполненная впервые в Казахстане видеоассистированная трансплантация родственной почки с благоприятным ближайшим и отдаленным результатом.

За выдающиеся заслуги, значительный вклад в практическую медицину д.м.н., профессор Б.Б. Баймаханов избран действительным членом АМН РФ, является членом: Всемирной Ассоциации хирургов, Всемирной Ассоциации хирургов-гепатологов, почетным членом Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ, врач-хирург высшей категории.

Работая директором «НЦХ им. А.Н. Сызганова», создал печатный орган хирургов Казахстана – «Вестник хирургии Казахстана», который вошел в реестр ВАКа РК, является членом редколлегии международного журнала хирургов-гепатологов России и стран СНГ.

Б.Б. Баймаханов - высокоэрудированный специалист, прекрасный организатор, отличающийся комплиментарностью и коммуникативным талантом, является руководителем здравоохранения новой генерации, создал свою школу хирургов, читает профессорский курс лекций студентам и практическим врачам.

Заслуги Б.Б. Баймаханова перед Родиной отмечены правительственными наградами: юбилейная медаль «Қазақстан Республикасының тәуелсіздігіне 10 жыл» - 2001 г., юбилейная медаль «Астанаға 10 жыл» - 2008 г., орден «Құрмет» - 2006 г. и государственными знаками отличия: «Денсаулық сақтау ісінің үздігі» - 2001 г., «Алтын дәрігер» - 2010 г., лауреат стипендии Президента Республики Казахстан – молодым ученым.

Коллектив кафедры Хирургических болезней №3, коллеги, ученики поздравляют Болата Бимендиевича с юбилеем, желают дальнейших творческих успехов, семейного благополучия, здоровья.

*Заведующий кафедрой «Хирургические болезни №3» КазНМУ
профессор А.С. Ибадильдин*

*Администрация и коллектив
Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова*

Для заметок