

ВЕСТНИК ХИРУРГИИ КАЗАХСТАНА

№3 (27) 2011



Международные связи Национального научного центра хирургии им А.Н. Сызганова



С 7 по 15 августа с.г. группа специалистов ННЦХ им. А.Н. Сызганова в составе:

- Ж.А. Арзыкулов, профессор, генеральный директор ННЦХ;
- А.О. Сейдалин, д.м.н., зав. отделом кардиохирургии ННЦХ;
- Г.Б. Султанов, врач отделения кардиохирургии ННЦХ;
- Е.М. Миербеков, профессор, зав. отделом реаниматологии ННЦХ;
- В.В. Мутагиров, врач отделения реаниматологии ННЦХ

Делегация посетила ряд кардиохирургических клиник Чешской республики.

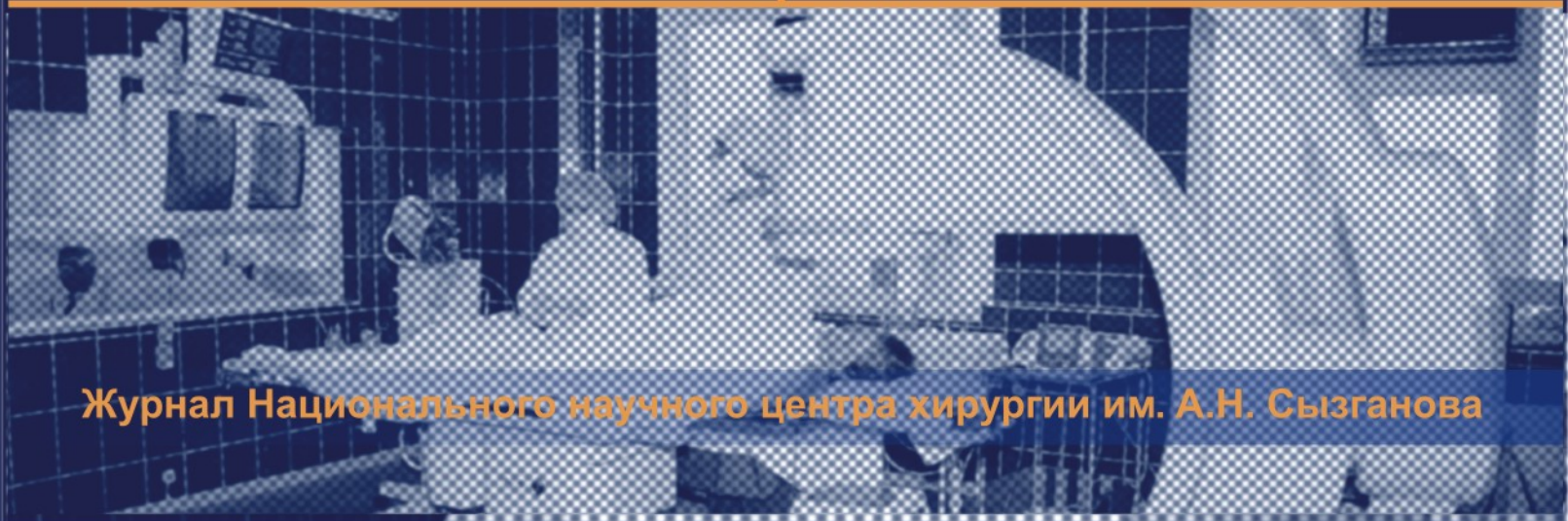
Целями визита были:

- Изучение опыта Чешской Республики при трансплантации сердца;
- Обмен опытом в области кардиохирургии и кардиоанестезиологии;
- Налаживание связей для дальнейшего сотрудничества;
- Подписание меморандумов о совместном сотрудничестве.

•••

С 7 по 11 августа с.г. группа кардиохирургов ННЦХ им. А.Н. Сызганова посетила Немецкий центр сердца (Берлин, Германия) для прохождения курса обучения по паракорпоральной поддержке сердца.

- Современное состояние хирургии кисти
- Сложности диагностики и лечения ОПН у больных после эндоваскулярной манипуляции на коронарных артериях. Описание клинического случая
- Остановка кровотечения из корня аорты: случай из практики
- Резекция аневризмы брюшной аорты у пациента со злокачественным образованием левой почки
- Результаты имплантации стентов с лекарственным покрытием у больных с ишемической болезнью сердца
- Удаление гигантской доброкачественной мезенхимомы забрюшинного пространства с симультанной левосторонней нефруретерэктомией и пластикой вентральной грыжи передней брюшной стенки по Сапежко с укреплением мышечно-апоневротического слоя викариловой сеткой
- Ультразвуковая оценка динамики нарастания проявлений портальной гипертензии у больных циррозом печени
- Некоторые аспекты влияния санации брюшной полости с антиоксидантом на ферментативной функции печени
- Осложненный острый аппендицит
- Проблема экстренной интраабдоминальной патологии у ВИЧ-инфицированных
- Герметизация желудочно-кишечных анастомозов препаратом Тахокомб в условиях «компрометированной» кишечной стенки
- Первичная резекция желудка при кровотечении язвенного генеза у больного с обширным ожогом туловища. Клиническое наблюдение



Журнал Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова

Вестник хирургии Казахстана

№3 (27) 2011

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

Издается с 2005 г.

Собственник журнала -
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:

*Ахметов Е.А., д.м.н.
Баймаханов Б.Б., проф.
Даирбеков О.Д., профессор
Жураев Ш.Ш., д.м.н., проф.
Миербеков Е.М., д.м.н., проф.
Мухамеджанов И.Х., д.м.н., проф.
Поцелуев Д.Д., д.м.н.
Сейдалиев А.О., д.м.н., проф.
Сейсембаев М.А., проф.
Султаналиев Т.А., проф.
Хвостиков Е.И., д.м.н., проф.*

Редакционный совет:

*Абдуллаев М.Ш. (Алматы)
Апсатаров Э.А. (Алматы)
Вишневский В.А. (Москва)
Изимбергенов Н.И. (Актобе)
Лохвицкий С.В. (Караганда)
Мамедов М.М. (Баку)
Мамекеев М.М. (Бишкек)
Назыров Ф.Г. (Ташкент)
Сабыр М.Ш. (Актобе)
Черноусов А.Ф. (Москва)*

Журнал Национального научного центра хирургии
им. А.Н. Сызганова

Содержание

Микрохирургия, ангиохирургия

Современное состояние хирургии кисти. *Мурадов М.И.* (4)

Сложности диагностики и лечения ОПН у больных после эндоваскулярной манипуляции на коронарных артериях. Описание клинического случая. *Султанов Э.Ш., Кабулбаева К.А., Зайналов А.К., Мырзашева Ж.И., Санатов С.С., Бетирова Д.Ш., Балабеков А.Г., Жамбулова А.С., Оразгалиев Т.Б.* (7)

Остановка кровотечения из корня аорты: случай из практики. *Квашин А.В.* (10)

Резекция аневризмы брюшной аорты у пациента со злокачественным образованием левой почки. *Демеуов Т.Н., Кенжебаев Б.Ж., Маткеримов А.Ж., Киргизбаев С.Ж., Аканов Е.К., Айдашова Б.Б., Тергеусизов А.С.* (11)

Результаты имплантации стентов с лекарственным покрытием у больных с ишемической болезнью сердца. *Омаров А.А., Батыралиев Т.А., Поцелуев Д.Д., Першуков И.В., Полумисков Д.В., Ештай А.А., Китуев Б.Б.* (14)

Абдоминальная хирургия

Удаление гигантской доброкачественной мезенхимомы забрюшинного пространства с симультанной левосторонней нефруретерэктомией и пластикой вентральной грыжи передней брюшной стенки по сапезко с укреплением мышечно-апоневротического слоя викарированной сеткой. *Койшыбаев А.К., Дюсембеков С.Т., Зайцева Л.С., Ажмуратов Б.А., Бегунов В.В., Жакипов С.Ж.* (16)

Ультразвуковая оценка динамики нарастания проявлений портальной гипертензии у больных циррозом печени. *Мехтизаде В.Б.* (18)

Некоторые аспекты влияния санации брюшной полости с антиоксидантом на ферментативной функции печени. *Шафиев И.А.* (20)

Осложненный острый аппендицит. *Кыжыров Ж.Н., Капанова Г.Ж., Байжигитов К.Ж., Исаинов Д.С., Исакова Т.А.* (22)

Проблема экстренной интраабдоминальной патологии у ВИЧ-инфицированных. *Шилкин В.В.* (23)

Герметизация желудочно-кишечных анастомозов препаратом Тахокомб в условиях «компрометированной» кишечной стенки. *Ахмеджанова Г.А.* (24)

Первичная резекция желудка при кровотечении язвенного генеза у больного с обширным ожогом туловища. Клиническое наблюдение. *Ахмеджанова Г.А.* (26)

Сравнительное изучение процессов заживления однорядного и традиционного двухрядного толстокишечного анастомоза в эксперименте. *Ахмеджанова Г.А.* (27)

Изменения метаболизма белка в крови в зависимости от видов токсических веществ накопившихся в брюшном выпоте при терминальной фазе перитонита. *Гараев Г.Ш., Алиев С.Д., Ахмедзаде У.И., Гасанов М.Дж., Дадашова Н.Р.* (29)

Фармакоэкономика в лечении сочетанного эхинококкоза (обзор литературы). *Курманбаев О.Н.* (31)

Анестезиология, реаниматология

Влияние некоторых анестезиологических препаратов на CD95-зависимый апоптоз и пролиферативную активность лимфоцитов у больных с разлитым гнойным перитонитом. *Гасанова Л.В., Исаев Г.Б.* (34)

Применение односторонней спинальной анестезии при операциях на нижних конечностях в травматологии. *Корнеев С.В.* (36)

Использование комбинированной анестезии при лапароскопической холецистэктомии у больных с артериальной гипертензией высокой степени. *Корнеев С.В.* (37)

Периоперационная динамика показателей гомеостаза у новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей. *Селбаева А.Д.* (38)

Анестезиологическое пособие при операциях на органах брюшной полости у больных, перенесших инфаркт миокарда. *Измаилов Ж.Г.* (40)

Гиповолемический шок – диагностика и лечение на современном этапе. *Тажимаев Д.А.* (41)

Применение модифицированного желатина в интенсивной терапии массивной кровопотери. *Ершова Д.В.* (42)

Онкология

Лучевая терапия в алгоритмах комбинированных методов лечения больных раком прямой кишки. *Кулиева Н.Г.* (44)

Первичная и отсроченная хирургическая реабилитация больных раком молочной железы. *Танжарыков Е.С.* (48)

Травматология

Видеоэндохирургия травм органов грудной клетки. *Рамазанов М.Е., Батырханов М.М., Ешмуратов, Т.Ш. Жарылкапов Н.С., Лукьянченко П.П., Сундетов М.М.* (49)

Случай из практики. Малоинвазивное оперативное лечение травматической хронической субдуральной гематомы закрытым наружным дренированием полости гематомы. *Марданов Е.Т.* (50)

Обоснованность активной хирургической тактики при проникающих ранениях груди в условиях районной больницы. *Жусупов А. И.* (52)

Тактика лечения при аспирации инородного вещества. *Мусаев А., Ата Ерденер., Джошкун Озджан* (53)

Острая черепно-мозговая травма. Тактика лечения. *Оразмаханулы Ш.* (54)

Использование раствора гидроксиэтилированного крахмала при неотложной терапии у больных с черепно-мозговой травмой. *Курманбаев О.Н.* (56)

Урология

Малоинвазивные методы лечения мочекаменной болезни. *Турысбеков К.Т.* (58)

Диагностика болезни Пейрони. *Турысбеков К.Т.* (58)

Биполярная трансуретральная резекция доброкачественной гиперплазии предстательной железы. *Турысбеков К.Т.* (59)

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия при мочекаменной болезни. *Турысбеков К.Т.* (59)

Билатеральная уретероскопическая контактная литотрипсия при двусторонних камнях мочеточника. *Мамедов Р.Н., Акперов Р.Ф., Заиров Н.Ф.* (60)

Использование препаратов Спеман и Конфидо* в сексологической и андрологической практике. *Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Корниенко А.М., Романюк М.Г., Бойко А.И., Джуран Б.В.* (62)

Разрыв ангиомиолипомы почки в родах. *Илюхин В.Г.* (65)

Выбор метода дренирования чашечно-лоханочной системы почки после реконструктивно-пластических операций по поводу гидронефроза. *Илюхин В.Г.* (65)

Открытая литолапаксия в лечении коралловидных камней почек. *Илюхин В.Г.* (66)

Оперативное акушерство, гинекология

Профилактика тромбозомболических осложнений в гинекологии. *Шабуров В. И.* (67)

Календарный метод предохранения от беременности. *Махатова Г.М.* (69)

Операция кесарево сечение в современном акушерстве. *Эзау Д.А.* (70)

Современные представления о патогенезе и принципах терапии невынашивания беременности эндокринного генеза. *Куренова Г.Б., Нугманова Ж.М., Эзау Д.А.* (71)

Сифилис при беременности. *Куренова Г.Б., Нугманова Ж.М., Эзау Д.А.* (72)

Преждевременные роды - современный взгляд на проблему. *Куренова Г.Б.* (72)

Стресс и беременность. *Куренова Г.Б., Нугманова Ж.М., Имангалиева Н.М., Эзау Д.А.* (73)

Внутриматочная спираль как один из методов контрацепции. *Махатова Г.М.* (74)

Эрозия шейки матки. *Махатова Г.М., Соболева О.В.* (74)

Особенности клинического течения бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста. *Багирова Л.* (76)

Пиелонефрит беременных. *Ковалева М.М.* (78)

Коррекция дефицита магния у женщин с предменструальным синдромом. *Мукашева А.С.* (79)

Эффективность препарата Флуконазол (Микосан) у больных с острым вульвовагинальным кандидозом. *Мукашева А.С.* (80)

Хламидиоз у женщин с невынашиванием беременности. *Мукашева А.С.* (81)

Применение Ферровита при лечении анемии у беременных. *Мукашева А.С.* (82)

Лейкоплакия шейки матки. *Мукашева А.С.* (83)

Динамика профилактического охвата в акушерско-гинекологической службе г. Алматы. *Избосинова Г. К.* (85)

Оценка качества и доступности ПМСП женскому населению г. Алматы. *Избосинова Г. К.* (86)

Публикации практических хирургов

Меры профилактики нарушений внешнего дыхания при хирургическом лечении вентральных грыж. *Жуловчинов М.М.* (88)

Опыт применения спленоренального анастомоза при декомпенсированном циррозе печени, портальной гипертензии. *Таласба-*

ев Е.Т., Кидирмаганбетов И.Л., Жуловчинов М.М. (88)

Применение ушных капель, содержащих ципрофлоксацин, при лечении острых и хронических воспалительных заболеваниях уха. *Байдельдинов М.Г.* (89)

Клинический опыт применения препарата Циннабсин в лечении синуситов. *Байдельдинов Б.Г.* (90)

Надгортанный воздуховод и его применение на догоспитальном этапе. *Ирхин А.В.* (90)

Реконструкция цепи слуховых косточек титановыми протезами при нарушении слуха. *Жакенова С.С., Амангалиев А.Б.* (93)

Инородные тела желудочно-кишечного тракта в экстренной хирургии. *Турганбаев С.М.* (94)

Язвенный колит – диагностика и лечение в экстренной службе. *Турганбаев С. М.* (95)

Организация здравоохранения

Развитие процесса планирования ресурсного обеспечения организаций здравоохранения. *Аманов А.Т.* (97)

Оценка ресурсного обеспечения организаций здравоохранения крупного города. *Аманов А.Т.* (98)

Стоматология

Возвратные особенности кристаллообразования ротовой жидкости. *Сактаганова С.К.* (99)

Профилактика стоматологических заболеваний у детей. *Сактаганова С.К.* (99)

Атакуем кариес: семь боевых тактик. *Сахибзадаева Г.Х.* (100)

Клинико-рентгенологическая характеристика премоляров и моляров, подлежащих лечению вкладками. *Сахибзадаева Г.Х.* (100)

Неправильный прикус. *Кондрахова С.А.* (101)

Ретракция десны. *Кондрахова С.А.* (102)

Кто умеет чистить зубы? *Ахметжанова Ж.О.* (103)

Зубная боль. *Ахметжанова Ж.О.* (104)

Сохранение молочных зубов до смены – основа профилактики зубочелюстных аномалий у детей. *Джалешев К.Ш.* (104)

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. *Джалешев К.Ш.* (105)

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. *Малтабарова Б.А.* (106)

Юбилей

Байжанов Сабихан Шынарбекович. К 60-летию со дня рождения (107)

Современное состояние хирургии кисти

Мурадов М.И.

ННЦХ им.А.Н.Сызганова, МЗ РК

УДК 617.576-089.844

Проблема лечения заболеваний, травм кисти и их последствий до настоящего времени остается актуальной. В числе других повреждений конечностей травмы кисти составляют 30-57% [1, 4, 16]. Сложность анатомического строения, топография кисти, ее высокодифференцированная, многогранная функция требуют у хирурга глубоких знаний в различных узконаправленных специальностях, таких как ангиология, неврология, травматология, комбустиология и др.

Многообразие повреждений кисти, различные их последствия, зависящие от сочетания индивидуальности пострадавшего и характера полученной травмы, ограничивают применение определенного стандарта в лечении данной патологии. На протяжении многих лет и не одним хирургом предпринимались попытки в выработке определенной тактике. В то же время у каждого пациента при его лечении возникают новые проблемы, которые решаются хирургом и пациентом в каждом конкретном случае индивидуально.

Несмотря на очевидные успехи в хирургии кисти, связанные с усовершенствованием методов кожной пластики, остеосинтеза, шов сухожилий и нервов, гетеропластики, микрохирургической техники, многие аспекты этой проблемы остаются спорными и нерешенными [2,23].

Существующие методы диагностики, традиционные способы лечения остаются разрозненными, так как систематизировать и объединить в одно целое заболевания, травмы кисти, их последствия, создать определенный стереотип, который позволяет успешно восстановить сложную функцию кисти, не представляется возможным. И как следствие у 60% пациентов развивается глубокая инвалидность, лишаящая их возможности участия в активной жизни общества [3,7,20].

Вместе с тем, заметно возросшие требования к качеству жизни и увеличение числа пострадавших с повреждением кисти, побуждают к пересмотру, и совершенствованию традиционных подходов при лечении этой сложной категории больных.

По данным различных авторов, инвалидность, при первичном направлении больных в бюро медико-социальной экспертизы достигает от 19% до 46% среди всех освидетельствованных и основной причиной её являются ампутиационные дефекты кисти и пальцев [6]. В специализированных отделениях хирургии кисти больные с последствиями повреждений составляют 40-56 % [8]. На лечение таких больных и выплату социальных пособий расходуются значительные финансовые средства. Высокая экономическая эффективность квалифицированного лечения пострадавших убедительно показана в работах В. В. Азолова и соавт. [2].

В то же время, не смотря на важное социально-экономическое значение проблемы, по данным А. В. Новикова [13], в 50-75 % все еще совершаются диагностические, технические и тактические ошибки в лечении этих пациентов. Практические врачи недостаточно осведомлены о современных достижениях и методах реконструктивно-восстановительного лечения повреждений кисти, в связи с чем, больные с такой патологией нередко считаются инкурабельными и хирургическое лечение оказывается им несвоевременно. Следует так же отметить, что со временем ткани травмированной кисти подвергаются вторичным дистрофическим изменениям, функциональные расстройства усугубляются, утяжеляя в дальнейшем реабилитацию этой категории больных. Удельный вес таких пострадавших увеличился в течение последних 30 лет вдвое и достиг уровня 50-60 % от общего числа пациентов с травмой кисти [10]. Не претерпели существенной положительной динамики частота выявления при

Қазіргі заманға сай қол хирургиясының жағдайы

Осы аталып өткен әдеби корсеткіштерде қолдың зақымдануы көп жағдайда психикалық және эмоционалық бұзулуына әкелкді, жарақат алғандардың мүгедектенуіне әкеліп соғады, біздің қоғамға материалдық зиянын тигізеді, сондықтан жаңа және қазіргі кезде пайдаланылатын функционалды маңызы зор қолдың анатомиялық структурасы

Современное состояние хирургии кисти

Мурадов М.И.

ННЦХ им.А.Н.Сызганова, МЗ РК

В данном обзоре литературных данных показано, травмы кисти, нередко приводящие к психологическим и эмоциональным расстройствам, высокому проценту инвалидизации пострадавших, наносящие материальный ущерб обществу, требуют разработки новых и усовершенствованию существующих методов реконструкции функционально важных анатомических структур кисти.

Current State Of Hand Surgery

This review of published data shows injury wrist, often leading to psychological and emotional disorders, a high percentage of disability suffered, causing material damage to society, will require the development of new and improve existing methods of reconstruction of functionally important anatomical structures of the wrist.

оказании первичной помощи повреждения сосудисто-нервных пучков и сухожильно-связочного аппарата кисти. По данным различных авторов, около 40-50% травмированных нуждаются в повторном хирургическом лечении [2,4,12].

Необходимо отметить и тот факт, что в современных социально-экономических условиях, характеризующихся сменной ценностных ориентации увечных больных, пол и возраст пациентов являются определяющими характеристиками их отношения к лечению. Высокий позитивный интерес к восстановлению функции выявлен в группах мужчин 16-30 и 31-50 лет; низкий - у лиц старше 51 года. У женщин, особенно 31-50 лет, выявлена низкая позитивная динамика к возможной хирургической реабилитации. Многие пострадавшие предпенсионного возраста, боясь потерять социальные пособия по инвалидности или по проценту утраты трудоспособности, не соглашаются на реконструктивно-восстановительное лечение поврежденной кисти в показанных случаях [7, 12].

С развитием микрохирургической техники стала возможной успешная реплантация участков тканей, начиная от уровня дистального межфалангового сустава до уровня основания конечности [4, 17]. В то же время, приживление сегмента конечности без восстановления его функции следует считать неудачей реплантации. Поэтому процент микрохирургических операций на сосудах при травмах конечностей с нарушением кровообращения может служить лишь промежуточным критерием их эффективности.

Наряду с этим, первично-реконструктивные операции на кисти с использованием микрохирургической техники проводятся немногими хирургами, что обусловлено высокой вероятностью ишемических и гнойных осложнений [10].

В общей структуре переломов костей кисти на долю фаланг пальцев приходится 56% (проксимальные фаланги - 23%, средние - 13%, дистальные - 20%) [9]. Функциональные исходы не всегда соответствуют анатомическому восстановлению фаланг.

обладают высокой васкуляризацией, причём одновременная пересадка их позволяет замещать дефекты независимо от локализации, размеров характера поражения. С успехом применяются в клинической практике комбинированные микрососудистые трансплантаты, которые дают возможность закрывать значительные по площади и глубине поражения дефекты.

Однако исключительная техническая сложность, требующая специального оснащения и подготовки хирургов, значительная продолжительность и тяжесть для пациента операции значительно ограничивают применение данного способа. Велик риск вторичной деформации донорской области и послеоперационных тромбозов с последующим некрозом лоскута [18].

Marec C.A., Pu L.L. [23], накопившие значительный опыт свободной пересадки, предупреждает, что не следует забывать о часто незамеченных недостатках. Всегда существует опасность гибели пересаженных тканей («всё или ничего»). Эти операции длительны, трудоёмки и могут осуществляться при наличии двух специализированных бригад хирургов и хорошо оборудованных центров.

В Атлантском медицинском центре, крупнейшем в США медицинском учреждении, имеющем высококлассную микрохирургическую службу, M.Molski [22] провёл обзор клинического материала. Сообщено, что серьёзные осложнения при пластике васкуляризованными лоскутами отмечены у 43,1% больных после микрохирургических операций. Полная потеря лоскута была в 13,3% случаев; частичная - в 6,9% случаев. В 5,2% отмечены осложнения в донорской области (чаще всего нагноения, подлопаточные гематомы).

Трудности реабилитации пострадавших обусловлены не только тяжестью самой травмы, но также недостаточной квалифицированным их лечением. Существование разноречивых, подчас противоположных рекомендаций исследователей по ведению послеоперационного периода после реконструктивных операций на кисти требуют дальнейшего изучения.

Кроме того, до сих пор сохраняются разные, а порой противоречивые взгляды на частные детали функционально-восстановительного лечения, такие как: продолжительность иммобилизации, начало активных и пассивных движений, начало неограниченной нагрузки, сроки, когда можно вернуться к тяжёлому физическому труду.

Заключая обзор литературы, следует подчеркнуть, что травмы кисти, нередко приводящие к психологическим и эмоциональным расстройствам, высокому проценту инвалидизации пострадавших, наносящие материальный ущерб обществу, требуют разработки новых и усовершенствованию существующих методов реконструкции функционально важных анатомических структур кисти.

Список использованных источников

1. Абалмасов К.Г. Микрохирургия на рубеже столетий (история, разумья перспективы) // *Анналы хирургии*. - 2001. - №1. - С. 19.
2. Азолов В. В. Александров Н. М. Эффективность реконструкции пальцев кисти при последствиях травм различной этиологии // *Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова*. - 2004. - № 2. - С. 82-88.
3. Александров Н. М. Реконструктивные операции при травматических дефектах пальцев кисти и адаптивная компенсация её нарушенных функций: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Н. Новгород, 2007. - 45 с.
4. Белоусов А. Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. - СПб: Гиппократ, 1998. - 744 с.
5. Богов А. А. Васкуляризованная кожная пластика при изолированных повреждениях первого пальца кисти // *Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации поврежденных и заболе-*

- ваний кисти: материалы научно-практической конференции. - М., 2005. - С. 119-122.
6. Боярышников М.А. Оперативное лечение повреждений пальцев кисти с применением микрохирургической техники: дисс.канд.мед. нук.-Санкт-Петербург, 2002.-183с.
7. Голубев И. О. Результаты реконструкции пальцев // *Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации поврежденных и заболеваний кисти: материалы научно-практической конференции*. - М., 2005.-С. 294-295.
8. Губочкин Н. Г. Шаповалов В. М. Избранные вопросы хирургии кисти / - СПб.: Интерлайн, 2000. - 108 с.
9. Исмаилов Г. Р. Метод чрескостного остеосинтеза как открытие новой эры в лечении патологии кисти и стопы // *Новые технологии в медицине: материалы научно-практической конференции*. - Курган, 2000. - С. 106.
10. Козлов А.В. Хирургическая коррекция трофических и функциональных нарушений при травме верхних конечностей. Автореф. ... док. мед. наук. -Новосибирск, 2010. -42с.
11. Коршунов В.Ф., Магдиев Д.А., Барсуков В.И. Стабильный интрамедуллярный остеосинтез при переломах пястных костей и фаланг пальцев кисти // *Вестн. травматол. ортопед.* - 2000. - № 2. - С. 22-26.
12. Николаева Е. В. Медицинская экспертиза при травмах конечностей / Е. В. Николаева // *Качество медицинской помощи*. - 2002. - № 1. - С. 6-20.
13. Новиков А. В. О выборе критериев эффективности реабилитации больных с патологией кисти // *Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации поврежденных и заболеваний кисти: материалы научно-практической конференции*. - М., 2005. - С. 394-396.
14. Обухов И. А. Система внешней фиксации в реконструктивно-восстановительной хирургии кисти: дис. ... д-ра мед. наук.-Пермь, 2002. -280 с.
15. Чичкин В. Г. Пересадка пальцев стопы на кисть // *Травматология и ортопедия России*. - 2006. -№2.-С. 299-300.
16. Beasley R. Beasley's surgery of the hand. - Philadelphia, 2003. -459 p.
17. Viegas S. A new modification of two stage flexor tendon reconstructive // *Tech. Hand Up Extrem. Surg.* - 2006. - Vol. 10. - № 3. - P. 177-180.
18. Chu N. Peripheral recovery and central response following the-to-finger trans-plantation // *Suppl. Clin. Neurophysiol.* - 2006. - Vol. 59. -P. 317-320.
19. Gohla T, Kehrer A, Holle G, Megerle K, Germann G, Sauerbier M. Functional and aesthetic refinements of free flap coverage at the dorsum of the hand and distal forearm. *Unfallchirurg*. 2007;110:5-13.
20. Hallok G., Goldwyn R.M., Cohen M.N. Reconstruction for lower extremity trauma / The unfavorable result in plastic surgery. Avoidance and treatment / Ed. -3 ed., Lippicott, 2001.-P.833-841.
21. Lilly S., Messer T Compilations after treatment of flexor tendon injuries // *J. Ann. Acad. Orthop. Surg.* - 2006. - Vol. 14. - № 7. - P. 387-396.
22. Molski M. Reconstructive microsurgery procedures in orthopedic departments performed by plastic surgeon // *Chir. Narzadow. Ruchu. Ortop. Pol.* - 2003.-Vol. 68.-N1.-P.71-5.
23. Munenchi J. Nonmicrosurgical replantation using a subcutaneous pocket for salvage of the amputated fingertip // *J. Hand Surg.* - 2005. - Vol. 30. - № 3. - P. 562-565.
24. Marec C.A., Pu L.L. Refinements of free tissue transfer for optimal outcome in lower extremity reconstruction // *Ann. Plast. Surg.* -2004.-Mar.-Vol. 52.-N3.-P. 270-5.-discussion 275.
25. Ozkan T. Pedicled flap procedures for sensory restoration of the hand: long-term results // *Acta Orthop. Traumatol. Turc.* -2006. - Vol. 40. - № 2. - P. 117-122.
26. Shaw Wilgis E. F. Classic Papers in Hand Surgery // *J. Hand Surg.* - 2000. -Vol. 25A, No 1. - P. 14-18.
27. Stevenson T.R. Goldwyn R.M., Cohen M.N. Reconstruction for lower extremity trauma /The unfavorable result in plastic surgery. Avoidance and treatment/ Ed/ 3 ed., Lippincott Williams@ Wilkins, 2001.-P. 842-843.
28. Zwick C, Schmidt G, Rennekampff HO, Schaller HE. Soft-tissue coverage of the hand using the posterior interosseous artery flap. *Handchir Mikrochir Plast Chir*. 2005;37:179-85.

Сложности диагностики и лечения ОПН у больных после эндоваскулярной манипуляции на коронарных артериях. Описание клинического случая

Султанов Э.Ш., Кабулбаева К.А., Зайналов А.К., Мырзашева Ж.И., Санатов С.С., Бетирова Д.Ш., Балабеков А.Г., Жамбулова А.С., Оразгалиев Т.Б.

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова

Одним из тяжело диагностируемых экстракардиальных осложнений после проведения стентирования коронарных артерий является атероземболизация почечных артерий, приводящая к инфаркту почек, клинически проявляющееся ОПН. Послеоперационная ОПН составляет около 15% всех случаев ОПН. Опасность ОПН заключается в высокой летальности и составляет по данным различных авторов от 35 до 55%. С появлением новых хирургических методов и расширением показаний к оперативному лечению увеличивается как частота послеоперационной ОПН, так и тяжесть ее диагностики. При этом практически в большинстве случаев для лечения ОПН требуется проведение диализа. Диагностика и лечение таких пациентов требуют специального опыта медицинского персонала. Мы представляем случай успешного лечения больного с ОПН, возникшей вследствие атероземболии почечных сосудов.

Атероземболия возникает преимущественно у пожилых больных атеросклерозом. Атероземболия почечных сосудов - состояние, обусловленное закупоркой мелких артерий (диаметром 150-200 мкм) множественными фрагментами атеросклеротических бляшек, состоящих главным образом из холестерина, вызывая вокруг них эозинофильную инфильтрацию. При этом микроэмболы могут наблюдаться как в почках, так и в других органах (сетчатке, головном мозге, поджелудочной железе, мышцах, коже и т. д.). Диагностика данного состояния сложна. И многие случаи атероземболии почечных артерий при поражении артерий мелкого калибра протекают без яркой клинической симптоматики, латентно. Небольшие очаги инфаркта почки не приводят к развитию почечной недостаточности и проявляются лишь мочевым синдромом.

Мы представляем случай успешного лечения ОПН у больного, развившейся после попытки стентирования коронарных сосудов.

Пациент С., 1936г.р., находился на стационарном лечении с 06.05.2009 по 02.07.2009 с клиническим диагнозом: Мультифокальный атеросклероз. Синдром Такаюсу-Лериша. 2-хсторонний стеноз общей сонной артерии, внутренней сонной артерии, наружной сонной артерии. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Нарушение артериального кровообращения нижних конечностей IIA ст. Состояние после острого нарушения мозгового кровообращения (2003). Ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз (2005, 2007). Состояние после холецистэктомии (2007). СД II типа, легкое течение, компенсация.

Целью стационарного пребывания пациента было – проведение коронароангиографии и стентирование коронарных сосудов.

Из анамнеза известно, что после перенесенного ОНМК(2003) появились периодические головные боли. Ежегодно получал амбулаторное лечение, однако в динамике состояние постепенно ухудшалось. Около 4 лет назад появились боли в нижних конечностях, после физических нагрузок. Страдает артериальной гипертензией более 10-и лет (макс. 180/100 мм.рт.ст.). Гипотензивные препараты пьет не регулярно. Перенес два инфаркта миокарда (2005, 2007).

Настоящее ухудшение состояния наступило после попытки стентирования коронарных артерий, провести проводник

Коронарлы артерияны стенттеуден кейнгі экстракардиалды асқынуларды анықтауда қиындық тудыратын бүйрек артериясының атероземболизациясы болып табылады. Бұл жағдай бүйрек инфарктын және клиникалық жедел бүйрек жетіспеушілігіне әкелуі мүмкін. Жедел бүйрек жетіспеушілігінің қауіптілігі - өлім дәрежесінің жоғарлауна. Әр автордың пайымдауынша өлім көрсеткіші 35-55 % құрайды. Барлық жедел бүйрек жетіспеушілігінің ішінде 15% операциядан кейінгі жедел бүйрек жетіспеушілігі құрайды. Хирургиялық жаңа әдістер мен ота жасау көрсеткіштері операциядан кейінгі жедел бүйрек жетіспеушілігі жиілеуіне әкелуде, сонымен қатар аурық дәрежесін жоғарлатуда. Аталған жағдайларға байланысты жедел бүйрек жетіспеушілігіне емі болып диализ жүргізу қажеттілік етуде. Диагностикасы мен емін жүргізу үшін бұл науқастарға арнайы медициналық қызметкерлер талап етіледі, осыған орай біз жедел бүйрек жетіспеушілігінің науқастардағы бүйрек қантамырларын атероземболиядан алдын алудағы емді сәтті қамтамасыз етеміз.

The complexity of diagnosis and treatment of acute renal failure in patients after endovascular manipulation of the coronary arteries. (A case description)

The embolization of renal arteries with atherosclerotic plaques is extracardiac complication after coronary artery stenting, which is very difficult to diagnose. It leads to an infarct of kidney and acute renal failure. Postoperative acute renal failure is about 15% of all cases of acute renal failure. The mortality rate in patients with acute renal failure is high: from 35 to 55% according to different authors. With the development of new surgical technologies and with expansion of indications for surgical treatment the frequency and complexity of diagnosing acute renal failure increased. In most cases the treatment of acute renal failure requires dialysis. Diagnosis and treatment of these patients require medical personnel to have special experience. We describe a case of successful treatment of patients with acute renal failure aroused as a result of emboli of renal vessels.

Проблема экстракардиальных осложнений у пациентов, перенесших стентирование коронарных артерий, весьма актуальна, так как в последние годы в Казахстане интервенционная кардиология активно внедряет в практику высокотехнологические способы восстановления коронарного кровотока. Коронарное стентирование - малотравматичный способ восстановления коронарного кровотока, сопряженный с низким уровнем острых осложнений, которые составляют менее 1%.

в общую подвздошную артерию не удалось с обеих сторон (03.06.2009). Вечером в день после манипуляции появились жалобы на сильные боли в поясничной области, животе, во всех отделах, повышение t тела до 40°C, отмечалось стойкое повышение АД до 200/100 мм.рт.ст., не поддающегося терапии (4-х компонентная гипотензивная терапия).

На момент осмотра врачами экстракорпоральной детоксикации данные объективного обследования (10.06.2009): жалобы

на плохой аппетит, одышку в горизонтальном положении, мочу цвета «мясных помоев», головную боль, стойкое повышение САД до 200 мм.рт.ст., общую слабость. Общее состояние тяжелое. Положение активное. Сознание ясное, вялый. Кожные покровы чистые, влажные, физиологической окраски. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Лимфатические узлы не увеличены. ЧСС 86 уд. в мин., ритм правильный, пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 180/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Шумы в сердце отсутствуют. При аускультации: ослабленное дыхание с обеих сторон в нижних полях, единичные влажные хрипы. Число дыханий 16–20 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон, больше справа. Мочеиспускание самостоятельное. Диурез до 0,5 л. в сутки. Динамика клинико-лабораторных данных представлена на рисунке 1.

Данные инструментального обследования при поступлении:

ЭКГ: Левogramма. Перегрузка левого желудочка.

УЗДГ: Облитерирующий атеросклероз. 2-х сторонний стеноз ОСА, ВСА, НСА. Критический стеноз ВСА справа. Стеноз левой позвоночной артерии. Окклюзия обеих ПБА. В ПКА и артериях голени коллатеральный кровоток.

УЗИ почек: хронический пиелонефрит слева. Пиелозктазия и гидрокаликоз слева. МКД. (размеры почек 11,6x4,8см; 11,0x6,0см; члс-2,1; 2,2см; паренхима-1,1; 1,3см, слева чашечки-1,4см, ед. эхоплотные включения).

МРТ головного мозга: снижение кровотока в левой позвоночной артерии.

14.05.09 Ангиография: Мультифокальный атеросклероз. Критический стеноз устья правой и умеренный стеноз устья левой внутренней сонной артерии. Сегментарная окклюзия А1 сегмента передней мозговой артерии справа. Функционирующий Вилизиев круг. Критический стеноз правой коронарной артерии до 90% на границе среднего дистального сегмента. Аневризма правой общей подвздошной; формирующаяся аневризма левой общей подвздошной артерии и облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей.

15.05.09 была первым этапом выполнена операция: каротидная эндартерэктомия справа. Ближайший п/о период без особенностей. П/о рана зажила рег рiта. Больной получал вазоактивную, симптоматическую, инфузионную терапию.

3.06.09 была проведена попытка стентирования коронарных артерий.

УЗИ: незначительный выпот в левой плевральной полости. Хронический панкреатит. Хронический левосторонний пиелонефрит. Пиелозктазия слева. МКД. Умеренная гепатомегалия. Диффузные изменения ткани печени.

КТ брюшной полости: признаки двухстороннего пиелонефрита. Киста верхнего полюса левой почки. Двусторонний плеврит.

Консультация кардиолога: ИБС. Стабильная стенокардия III ФК. ХСН IIa III ФК Артериальная гипертензия III ст, риск IV. Консультация уролога (до вмешательства): МКД. Обострение хронического пиелонефрита слева. Консультация кардиохирурга. ИБС. Стеноз ПКА. На данный момент в АКШ не нуждается. Консультация нефролога (10.06.09): Атероземблия сосудов почки, инфаркт почки? Острое повреждение почки. Стадия Риска (по классификации RIFLE). Вазоренальная гипертензия III ст., ФР III. НК 0. (креатинин-0,19, мочевины-14,6, белок-53,9; Нв-106,0, эр.-3,6, лейко.-10,2). Назначена консервативная терапия.

17.06.09 в связи с нарастанием клиники почечной недостаточности (Б/Х крови: К-3.1, креатинин – 0.495, мочевины – 43.0, олигоанурия, отеки на нижних конечностях) был созван консилиум с участием гемодиализных врачей. После консультации незамедлительно была начата заместительная почечная терапия: гемодиализ, всего было проведено 9 сеансов гемодиализа (17.06.09 - 29.06.09).

Сеансы перенес удовлетворительно.

На фоне проводимой терапии состояние больного стабили-

зировалось, появилась отчетливая положительная динамика в виде постепенного исчезновения признаков почечной недостаточности, появился аппетит, артериальное давление стабилизировалось на уровне 150/80 мм.рт.ст., улучшились лабораторные данные (уменьшение уровня креатинина). Суточный диурез, без стимулирования мочегонными препаратами – 800,0-1000,0 мл. Больной получал кардиотропную, антибактериальную, антикоагулянтную, инфузионную, симптоматическую терапию.

Пациент был выписан на 28-й день от начала развития ОПН в удовлетворительном состоянии.

Клиника

Клиническими проявлениями ОПН после проведения стентирования коронарных артерий на фоне атеросклеротических изменений могут являться боли в поясничной области, боли в животе, анорексия, лихорадка, геморрагическая сыпь, участки некрозов кожи, повышение АД, изменение цвета мочи (вплоть до цвета «мясных помоев»).

Из вышеописанных симптомов у описанного нами больного отмечались сильные боли в поясничной области, животе, во всех отделах, повышение t тела до 40°C, отмечалось стойкое повышение АД до 200/100 мм.рт.ст., не поддающегося терапии. В описанном случае мы не наблюдали кожных проявлений атероземблии, часто описываемых в литературе.

Лабораторно

Наиболее показательным в лабораторной диагностике является биохимическое исследование крови – креатинина, мочевины, электролитов, суточное количество мочи. (RIFLE, Acute Dialysis Quality Initiative, the first consensus criteria, 2003 г).

К дополнительным лабораторным исследованиям относятся общий анализ мочи (удельный вес, микро- или макрогематурия), общий анализ крови (повышение СОЭ, эозинофилия), уровень креатинина и натрия в моче, кислотно-основное состояние (метаболический ацидоз).

В нашем случае при лабораторной диагностике выявлено повышение уровня «азотистых шлаков» в крови, высокое СОЭ, макрогематурия, а также нехарактерные признаки – лейкоцитоз, умеренная анемия, высокая протеинурия, лейкоцитурия. Эозинофилии не наблюдалось.

Инструментальные исследования

Из инструментальных методов при диагностике ОПН чаще всего используется ультразвуковое исследование почек (размеры почек).

Реже применяется ультразвуковая доплерография сосудов почек. При визуальной оценке состояния сосудистого русла можно определить проходимость, размеры сосудов, состояние интимы, а также выявить эмболы внутри артерии. Также для подтверждения диагноза атероземблии используют фундоскопию (исследование глазного дна на наличие холестериновых эмболов), пункционную биопсию мышц, кожи. Пункционную нефробиопсию проводят при неясной этиологии ОПН.

В нашем случае было проведено ультразвуковое исследование почек, при котором выявлены нормальные размеры почек. Необходимости проведения других инструментальных методов диагностики не было, так как в данном случае была прямая корреляция развития признаков почечной недостаточности после проведения инвазивного вмешательства на сосудах, пораженных атеросклерозом.

Терапия

Алгоритм лечения синдрома холестериновой эмболизации не разработан. Выбор схемы лечения определяется тяжестью состояния пациента, показателем которой служит выраженность уремии и снижения диуреза.

При поставленном диагнозе ОПН необходима оценка степени тяжести и поражений других органов и систем. При неолитической ОПН или ОПН умеренной степени тяжести без критических симптомов может проводиться консервативная терапия. Длительность консервативной терапии не должна превышать 3-4 дней. При наличии хотя бы одного критического симптома, при ОПН выраженной или предельной степени тяжести требуется незамедлительное начало диализной те-

	6.05.09	13.05.09 Ангиогра- фия	15.05.09 Кар. Эн- доартеректомия	16.05.09	3.06.09 попытка стенги. кор.арт.	4.06.09	15.06.09	17.06.09	18.06.09	19.06.09	21.06.09	22.06.09	23.06.09	25.06.09	26.06.09	29.06.09	01.07.09
АД в мм.рт.ст.	140/70 - 150/80				200/100		180/100		170/80			150/70				140/80	
Диурез в л/сутки	1,5	1,2-2,0				1,0	0,5	0,2	0		0,3	0,5					0,8
Отеки	-	-		-		-	++	+++	++	+	+					-	-
Нв, г/л	148	140		131		118	93	106			98						99
Лейк-ты,*10/9 л	7,7	8,0		6,0		11,5	3,12	5,6			6,3						6,1
СОЭ, мм/час	15	11		9		45	20	22			21						20
Общий белок, г/л	65,4	70,7		58,5		61,4	46,8	45,0									51,1
Сг, ммоль/л	0,07	-		0,05		0,12	0,59	0,495	(0,5-0,2)								0,18
Мочевина, ммоль/л	5,1	-		7,6		8,5	29,8	43,0	30,3		16,5						10,2
Протеинурия, мг/л	-	-		-		832	9125										249
Гематурия	-	-		-		++++	+++	++			++						+
Гемодиализ									№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9

рапии. Решение вопроса о выборе метода диализной терапии зависит от состояния больного и распространенности поражений. При изолированной ОПН у относительно стабильного больного целесообразно проводить ежедневный прерывистый гемодиализ.

Заключение

Широкое применение инвазивных методов исследования на атеросклеротически измененных крупных сосудах может увеличить частоту развития ОПН вследствие атероземболии сосудов почек. Использование классификации RIFLE в реанимационных отделениях может способствовать ранней диагностике острого повреждения почки на стадии «риска» и предупреждению развития ОПН.

Литература

1. Hoste EA, Clermont G, Kersten A, et al. RIFLE criteria for acute kidney

injury are associated with hospital mortality in critically ill patients: a cohort analysis. *Crit Care* 2006, 10(3): R73.

2. Bouman C, Kellum 3A, Lamiere N, Levin N. Definition of acute renal failure. *Acute Dialysis Quality Initiative. 2nd International Consensus Conference, 2002.*

3. Смирнов А.В., Каюков И.И., Есаян А.М. и др. Проблема оценки скорости клубочковой фильтрации в современной нефрологии: новый индикатор — цистатин С // *Нефрология*. 2005. Т. 9. №3. С. 16-27.

4. Смирнов А.В., Седов В.М., Лхаахуу Од-Эрдэнэ и др. Снижение скорости клубочковой фильтрации как независимый фактор риска сердечно-сосудистой болезни // *Нефрология*. 2006. Т. 10. № 4. С. 7-17.

5. Ермоленко В.М., Николаев А.Ю. Острая почечная недостаточность. Руководство. Издательство «ГЕОТАР-Медиа». 2010. С.173-175.

6. Козловская Е.Н, Тугамбекова С.К., Сейсембеков Т.З. // *Нефрология и диализ*. 2002. Т. 4. №2. С.74-96.

7. Томилина Н. А., Подкорытова О. Л. Острая почечная недостаточность // *Нефрология и диализ*. 2009. Т. 11. №1. С. 4-30.

Остановка кровотечения из корня аорты: случай из практики

Квашин А.В.

Национальный научный центр хирургии им. А.Н.Сызганова

Корень аорты с клапанным аппаратом представляет собой весьма сложное анатомическое строение (Дземешкевич С.Л. и др. «Болезни аортального клапана»). При хирургических вмешательствах на аортальном клапане, требующем его замены на протез, иногда происходит повреждение фиброзной структуры корня аорты, что приводит к массивному кровотечению. Это и случаи абсцедирования стенки корня аорты, вследствие инфекционного эндокардита, и разрушение фиброзного кольца аортального клапана кальцинозом, вследствие ревматического поражения.

Для предотвращения этого грозного осложнения существуют методы укрепления корня аорты. Это и ушивание места абсцесса стенки корня аорты изнутри, фиксирование протеза аортального клапана однорядными швами, укрепление шва на аорте фетровыми или тефлоновыми прокладками, обшивание корня аорты сосудистым кондуитом. Ниже мы предоставляем случай укрепления корня аорты стенкой правого предсердия. В доступной литературе нам не удалось найти сообщение о таком методе остановки кровотечения из корня аорты.

Больная Рыбачек Т.Ф., 59 лет, поступила в кардиохирургическое отделение ННЦХ им. А.Н.Сызганова с жалобами на одышку при физической нагрузке (2 этаж), периодические колющие боли в области сердца, нарушение сердечного ритма, быструю утомляемость, слабость, тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита, отеки на нижних конечностях до коленных суставов. Ревматизмом страдает с 12-летнего возраста. Состоит на диспансерном учете у кардиоревматолога, но профилактическое лечение получала не регулярно. В 1972 году по поводу стеноза митрального клапана перенесла операцию «закрытая митральная инструментальная комиссуротомия».

При госпитализации состояние больной расценено, как тяжелое. Дыхание в легких жесткое, слегка ослаблено слева. Хрипов нет. ЧДД 20 в мин. В V межреберье слева от грудины имеется кожный рубец. Границы сердца расширены в обе стороны. Тоны сердца приглушены, аритмичные. На верхушке сердца выслушивается диастолический шум. Во II межреберье справа от грудины систолический и диастолический шумы. АД-125/80 мм.рт.ст., ЧСС – 80 уд/мин., ритм неправильный. Живот обычных размеров, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень на 3,0 - 4,0 см ниже края реберной дуги. Голени отечны.

Пациентке проведено полное клинико-инструментальное обследование. ОАК, ОАМ, биохимия крови, коагулограмма в пределах допустимых норм.

ЭКГ: мерцательная аритмия, ЧСС – 76 уд/мин. Вертикальное положение электрической оси сердца. Гипертрофия левого желудочка.

Рентгенография грудной клетки: кардиоторакальный индекс – 70%. Митральный стеноз. Аортальный стеноз. Недостаточность трикуспидального клапана.

ЭхоКГ: Ао на уровне синусов – 3,3 см; восходящий отдел – 4,0 см; фиброзное кольцо – 1,8 см. Аортальный клапан трехстворчатый. Створки уплотнены, мелкие очаги кальция на них, умеренное ограничение подвижности. При доплерэхоКГ систолический градиент на АК-72 мм рт.ст., регургитация II-III ст. ЛП-4,1 см; КДО ЛЖ-167 мл; ФИ-61%. Митральный клапан – створки фиброзно изменены, амплитуда движения передней створки снижена, хорды спаяны, укорочены, вкрапления кальция. S м-1,6 см; фиброзное кольцо МК-3,0 см. При доплерэхоКГ диастолический градиент – 16мм.рт.ст. Трикуспидальный клапан

– створки тонкие, подвижные, при доплерэхоКГ регургитация II ст.

Больной выставлен клинический диагноз: «Хроническая ревматическая болезнь сердца. Митральный рестеноз, осложненный кальцинозом (ЗМИК 1972г.). Аортальный порок, стеноз и недостаточность, осложненный кальцинозом. Относительная недостаточность трикуспидального клапана. Мерцательная аритмия. Cor bovinum. НК II Б ст., ФК IV».

18.08.2009 года пациентке произведена продольная стернотомия. В полости перикарда имелся выраженный спаечный процесс. Тупым и острым путем выделены аорта и правое предсердие. Канюляция аорты и полых вен. Начато искусственное кровообращение. На параллельном искусственном кровообращении частично выделены левые отделы. Зажим на аорту. Вскрыта аорта. Фармакоологическая кардиоплегия по коронарным артериям и наружное охлаждение льдом. Вскрыты правое предсердие и межпредсердная перегородка. Митральный клапан – грубый фиброз и кальциноз III ст. створок, стеноз до 1,5 см. Очень плохая экспозиция митрального клапана. Объединены разрезы на правом предсердии и межпредсердной перегородке. Митральный клапан иссечен единым блоком (профилактика материальной эмболии), п-образными швами на прокладках имплантирован искусственный протез Карбомедикс-31. Аортальный клапан представляет собой конгломерат кальция с переходом на корень аорты в области некоронарной створки. С техническими трудностями клапан удален, п-образными швами на прокладках имплантирован искусственный протез Мединж-19. Шов на аорту и межпредсердную перегородку. Трикуспидальный клапан - створки сохранены, фиброзное кольцо около 5,0 см. Гидравлическая проба показала хорошую замыкательную функцию. Подшиты миокардиальные электроды. Проведена профилактика воздушной эмболии. Снят зажим с аорты. Сердечная деятельность восстановилась самостоятельно, ритм навязан электрокардиостимулятором (ЭКС). Шов на правое предсердие. После стабилизации гемодинамики отмечается поступление артериальной крови из корня аорты. Попытка ушить место кровотечения снаружи – без эффекта. Продолжено искусственное кровообращение. Зажим на аорту. Кровяная кардиоплегия в корень аорты. Распущены швы на правом предсердии. Произведена пластика корня аорты стенкой правого предсердия изнутри. Снят зажим с аорты. Сердечная деятельность восстановилась самостоятельно, ритм навязан ЭКС. Шов на правое предсердие. Стабилизирована гемодинамика – кровотечения из корня аорты нет. Прекращено искусственное кровообращение. Проведена деканюляция. Грудная клетка ушита наглухо с оставлением дренажей в левой плевральной полости и за грудиной. Наложена асептическая повязка.

В послеоперационном периоде больной проведен курс кардиотропной и антибактериальной терапии. Контрольные клинико-инструментальные исследования в пределах допустимых норм. Пациентка выписана на амбулаторное долечивание у кардиоревматолога по месту жительства.

Таким образом, наряду с наиболее часто применяемыми способами остановки кровотечения из корня аорты, для гемостаза нами использована стенка правого предсердия. Хотя стоит уточнить, что данный метод применим при повреждении корня аорты в области некоронарной и частично правой створки аортального клапана.

Резекция аневризмы брюшной аорты у пациента со злокачественным образованием левой почки

Демеуов Т.Н., Кенжебаев Б.Ж., Маткеримов А.Ж., Киргизбаев С.Ж.,
Аканов Е.К., Айдашова Б.Б., Тергеусизов А.С.

Национальный научный центр хирургии имени А.Н.Сызганова
Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Проблема аневризм брюшной аорты (АБА) остается актуальной проблемой на современном этапе развития сосудистой хирургии, учитывая высокую летальность и асимптомное течение. При разрыве аневризм аорты смертность составляет 90% (1). Согласно исследованиям в Великобритании распространенность АБА составляет 1,3-12,7% в зависимости от возрастной группы. Частота симптомных АБА 25 на 100000 мужчин в возрасте 50 лет около, и увеличивается до 78 на 100000 мужчин старше 70 лет (2). Хирургическое лечение АБА само по себе является не простой задачей, а в редких случаях усложняется наличием конкурирующих заболеваний.

В данной статье описан случай успешного хирургического лечения пациента с АБА и злокачественным образованием левой почки.

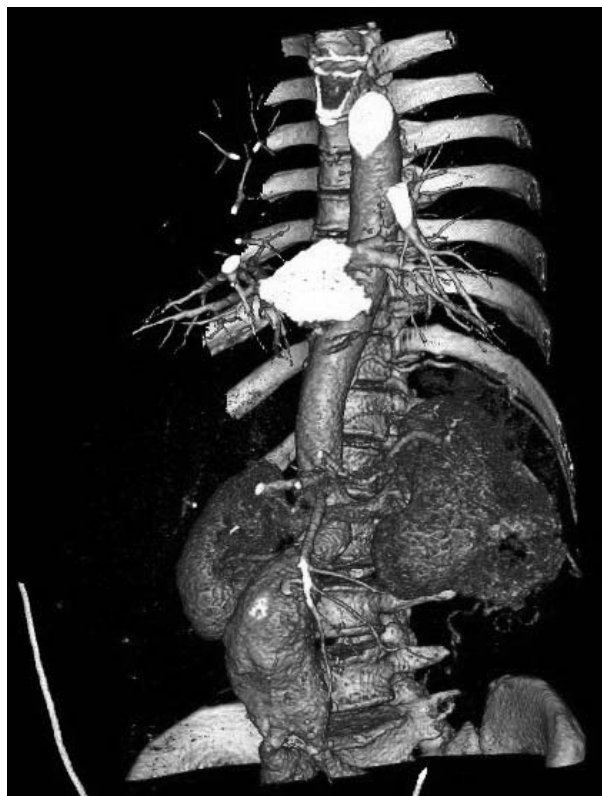
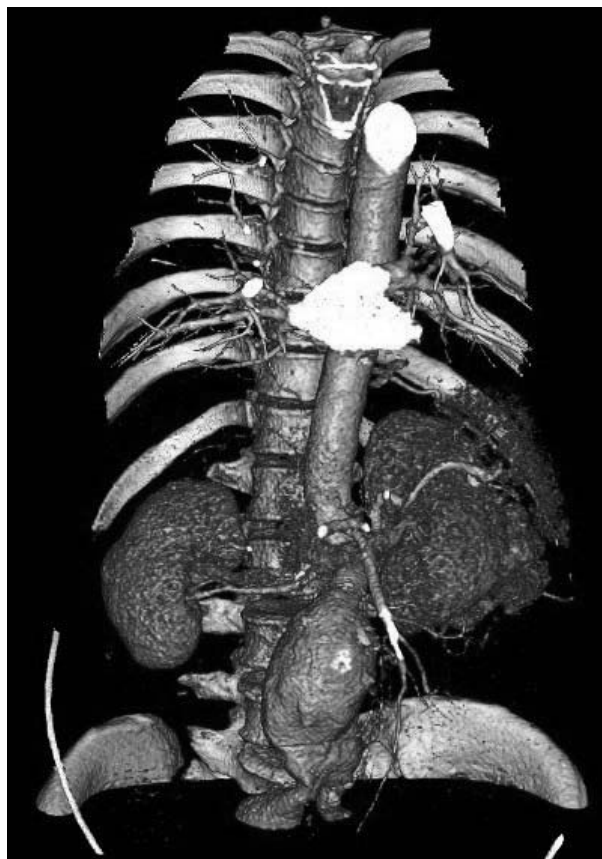
Пациент А., 60 лет, госпитализирован с жалобами на одышку, давящие боли в области сердца при физической нагрузке, дискомфорт, периодическое ощущение сердцебиения, слабость, головокружение при резкой перемене положения тела, ощущение пульсирующего образования в области пупка, боли в нижних конечностях при ходьбе.

Из анамнеза: аневризма и образование почки выявлено при обследовании во время очередной госпитализации по поводу стенокардии напряжения. Пациент наблюдается у кардиолога с диагнозом: «ИБС. Стенокардия напряжения ФК III. Нарушение ритма по типу единичные желудочковые экстрасистолы. Артериальная гипертензия III ст. риск 4. ХСН ФК II». Ранее был оперирован: аппендэктомия с нагноением дугласового пространства (1976 г.), паховая грыжепластика (1 год назад). Кроме того, у пациента год назад при попытке провести коронарографию развился временный спазм коронарных артерий.

Объективно при поступлении: Общее состояние при поступлении тяжелое, за счет основных и сопутствующих заболеваний. Кожные покровы с землистым оттенком и умеренным смешанным цианозом. Дыхание над легкими везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой, ритм неправильный. АД справа – 150/90, слева – 140/80 мм рт.ст., пульс – 84 в мин. Язык влажный, обложен у корня, девиации языка нет. Живот подвздут, в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, чувствительный в области пупка, где пальпируется пульсирующее, плотно-эластическое, не смещаемое образование, размером 10,0 x 5,0 см. Печень ниже края реберной дуги на 1 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Со слов пациента мочеиспускание несколько затруднено, безболезненно.

Ангиологический статус: Пульсация височных, сонных, лучевых артерий с обеих сторон определяется, шумовой симптоматики нет. Кожные покровы нижних конечностей обычных окрасок, отеков нет. Пульсация бедренных, подколенных, передних и задних большеберцовых артерий определяется с обеих сторон. Ниже пупка и над левой бедренной артерией – систолический шум.

Обследования: показатели общего анализа крови, биохимического анализа крови и коагулограммы в пределах нормы. В общем анализе мочи имеются единичные гиалиновые цилиндры. Проба Реберга: объем мочи за час – 50 мл, минутный диу-



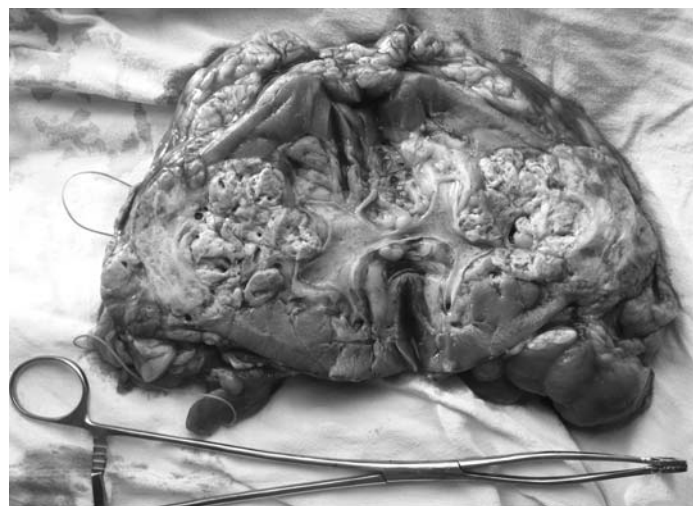
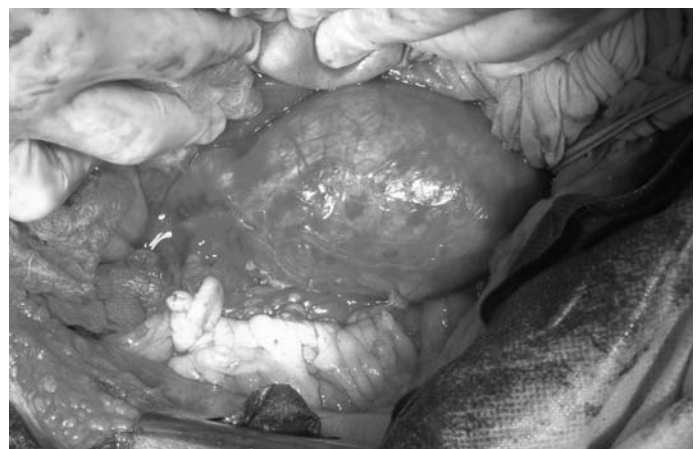
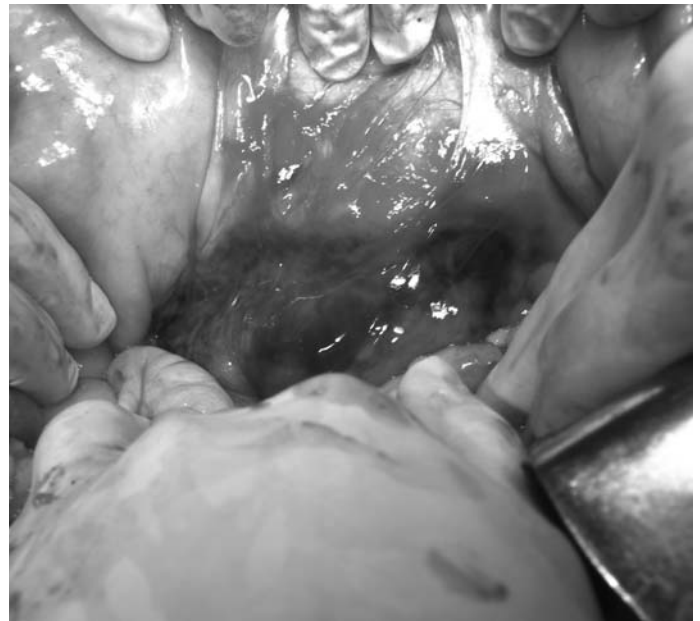
рез – 0,83 мл/мин, креатинин крови – 0,07 ммоль/л, креатинин мочи – 5,8, клубочковая фильтрация 69,0 мл в мин, канальцевая реабсорбция – 98,8%. Проба Зимницкого: удельный вес от 1010 до 1020. Проба Нечипоренко: лейкоциты – 1250,0, эритроциты – 750,0 в 1 мл.

ЭКГ: ритм синусовый, неправильный. ЧСС - 111 в мин. Нормальное положение ЭОС. Синусовая тахикардия. Желудочковая экстрасистолия. Перегрузка левого желудочка. Эхокардиография: Склероз аорты. Нарушение диастолической функции миокарда левого желудочка. Фракция изгнания – 60%. Фиброгастродуоденоскопия: Умеренная рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Атрофический гастрит в стадии обострения. Дуплексное ангиосканирование: Аневризма дистального отдела брюшной аорты и общей подвздошной артерии справа с признаками расслоения. КТ: Признаки объемного образования нижнего полюса левой почки, размерами 7,0 x 6,3 см, аневризмы брюшной аорты с пристеночными тромбами протяженностью 12 см, в поперечнике 6,6 см (рисунок 1-2). Экскреторная урография: Новообразование левой почки. Контрастное вещество выделяется обеими почками одновременно. Ангиография: Аневризма инфраренального и терминального отделов брюшной аорты (12,0-7,0 см) и правой общей подвздошной артерии. Объемное образование левой почки. Панаортографию и селективную коронарографию провести не удалось из-за приступов полной АВ-блокады и нестабильной гемодинамики (АД 50/30 мм рт.ст.).

Консультация кардиолога: ИБС. Стенокардия напряжения. ФК III. ХСН IIA, ФК III. Артериальная гипертония III ст., риск 3. Консультация уролога: С-г левой почки. Абсолютных противопоказаний к оперативному лечению нет. Рекомендовано: нефрэктомия слева.

Пациент по жизненным показаниям взят на операцию, выполнена срединная лапаротомия и лапаротомия по Черни.

Интраоперационно: при ревизии в брюшной полости имеются спайки, рассечены тупым и острым путем. Область аорты резко выпирает, имеется забрюшинная гематома размером 15,0 x 12,0 см (рисунок 3-4), париетальная брюшина имеет дефекты. Последняя вскрыта. При ревизии имеется аневризматическое расширение брюшной аорты 15,0 x 10,0 см., ревизия проксимальной части аневризмы затруднена. Учитывая данное обстоятельство, а также наличие образования левой почки, решено первым этапом выполнить нефруретерэктомия. Выполнено расширение лапаротомного разреза по Черни. При ревизии левая почка увеличена в размере, выделена тупым и острым путем вместе с паранефральной клетчаткой. Мочеточник пересечен между зажимами, обработан раствором повидона, прошит, перевязан. Почечная артерия пересечена между зажимами, перевязана. Левая почечная вена и центральная вена надпочечника также пересечены между зажимами, перевязаны. Выполнена нефруретерэктомия, почка на разрезе инфильтрирована опухолевой тканью (Рисунок 5). Аневризма выделена проксимально и дистально до бифуркации и подвздошных артерий. При ревизии правая общая подвздошная артерия также аневризматически расширена. Внутривенно введен раствор Гепарина 5000 ед. Наложен зажим ниже правой почечной артерии. Аневризматический мешок аорты вскрыт продольно, из просвета удалены организованные тромбомассы (рисунок 6), ушиты устья поясничных артерий. Стенка аорты рыхлая, атероматозно изменена. Подготовлена площадка аорты для анастомоза. Проксимальный анастомоз наложен по типу «конец в конец» с протезом Экофлон №18, задняя губа анастомоза сформирована с применением полукольца из синтетической заплаты по типу «сэндвич». Разрезом в верхней трети обеих бедер выделены общая, поверхностная, глубокая бедренные артерии, отдельно взяты на держалки. При ревизии бедренные артерии расширены с обеих сторон, пульсация определяется. Бранши протеза выведены на бедра. Дистальные анастомозы наложены по типу «конец в конец» на общие бедренные артерии. При этом ретроградный кровоток из правой поверхностной бедренной артерии слабый, из остальных артерий – удо-



влетворительный. Имело место тромбообразование в левой бранше протеза, выполнена тромбэктомия при помощи зонда Фогарти. Поэтапное снятие зажимов, получен магистральный кровоток, анастомозы герметичны. Аневризматическое расширение правой подвздошной артерии прошито. Протез укутан стенками аневризматического мешка. Схема реконструкции брюшной аорты представлена на рисунке 7. В ложе левой почки подведена дренажная трубка. Задняя париетальная брюшина ушита кетгутотом.

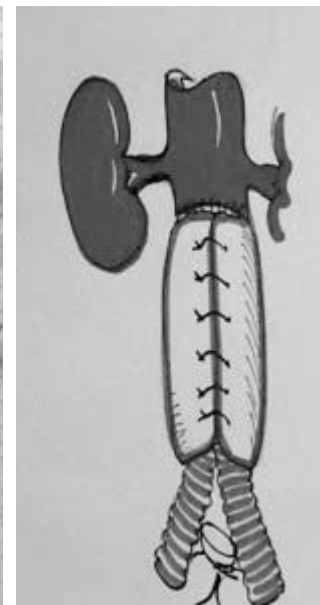
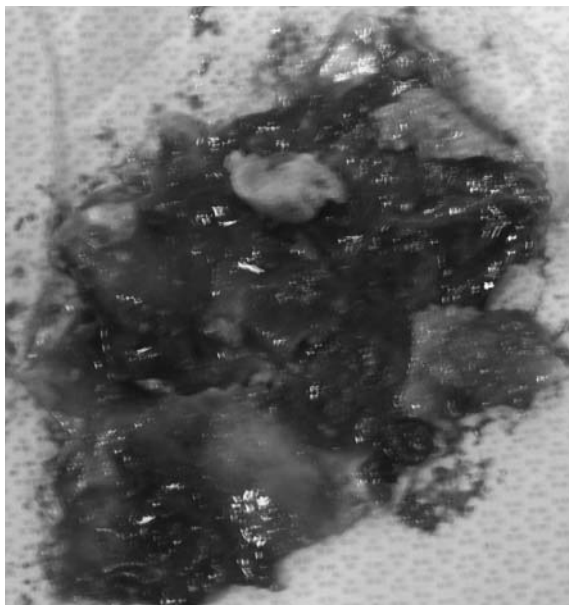
Гистологическое заключение: Почечно-клеточный рак левой почки, светлоклеточный тип. pT₂pN_x pM_x G₁ Стадия II (код 8130/3)..

Послеоперационный период протекал без осложнений. Наблюдалась склонность к гипертензии (до 160/100), гипопро-

теинемия (до 39,0 г/л), повышение амилазы крови до 496 У/л, снижение гемоглобина крови до 80 г/л, эритроцитов – до $3,0 \times 10^{12}/л$. Проводилось лечение: антибактериальная, инфузионно-трансфузионная, вазоактивная, антигипертензивная, антикоагуляционная, симптоматическая терапия, ежедневные перевязки.

Дренаж удален на 3-сутки после операции. Диурез адекватный, мочевины, креатинин в пределах нормы. АД снизилось до 120-130/70 мм рт.ст., общий белок повысился до 64,9 г/л, амилаза снизилась до 118 У/л, показатели «красной крови» стабилизировались (эритроциты- $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 104 г/л).

Пациент выписан на 16-сутки после операции. Окончательный диагноз: «Атеросклероз. Аневризма брюшной аорты и правой подвздошной артерии с ограниченным ретроперитонеальным разрывом. Почечно-



клеточный с-г левой почки, светлоклеточный тип. pT2pNx pMx G1 Стадия II (код 8130/3). ИБС. Стенокардия напряжения ФК III. Нарушение ритма по типу единичные желудочковые экстрасистолы. Артериальная гипертензия III ст. риск 4. ХСН ФК II. Умеренная рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Атрофический гастрит в стадии обострения».

Представленный клинический случай интересен наличием конкурирующих заболеваний и ряда усугубляющих факторов. Залогом успешного лечения в данном примере являлось:

комплексная диагностика и слаженная работа специалистов (сосудистых хирургов, онкологов, кардиологов).

Литература

1. Finnish Medical Society Duodecim. Aortic aneurysm and dissection. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine [Internet]. Helsinki, Finland: Wiley Interscience. John Wiley & Sons; 2007 Dec 14 [Various].
2. NICE technology appraisal guidance 167 Endovascular stent-grafts for the treatment of abdominal aortic aneurysms.

Правила оформления рукописей для журнала «Вестник хирургии Казахстана»

- Формат рукописи - А4.
- Текст должен быть написан в программе Word с использованием шрифта Times New Roman, кеглем 14, с пробелами полуторными.
- Статья подается на CD-диске со вкладышем, на котором обозначается имя автора и название статьи.
- Объем рукописи: научная статья - до 5 стр, случай из практики - 3-4 стр.; обзор, лекция - не более 8 стр.
- Список литературы - минимально необходимый.
- Рукопись визируется руководителем учреждения (кафедры), научным руководителем, скрепляется печатью.
- К рукописи прилагается резюме на казахском, русском, английском языках, ключевые слова, УДК.
- В конце рукописи - сведения об авторах: степень, должность, количество имеющихся публикаций.
- Адрес, телефоны (можно и мобильный), электронная почта.
- Рукопись подписывается лично автором как свидетельство полной аутентичности данных материала, ответственности автора за содержание рукописи.

Результаты имплантации стентов с лекарственным покрытием у больных с ишемической болезнью сердца

Омаров А.А., Батырралиев Т.А., Поцелуев Д.Д., Першуков И.В., Полумисков Д.В., Ештай А.А., Китуйев Б.Б.
Национальный научный центр хирургии им. А.Н.Сызганова МЗ РК,
МЦ им. Сани Конукоглы, Газиантеп, Турция

В течение последних десятилетий ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает одно из ведущих мест среди заболеваний сердечно-сосудистой системы взрослого населения большинства развитых и развивающихся стран (1,2). Распространенность этого заболевания приобретает эпидемический характер и на его долю приходится примерно одна треть всех смертей в странах мира. Стентирование коронарных артерий на сегодняшний день является основным методом лечения ИБС (3,4,5). Внедрение в клиническую практику стентов с лекарственным покрытием улучшило результаты стентирования при ИБС и привело к значительному снижению частоты возникновения рестенозов при стенозирующих и окклюзирующих поражениях коронарных артерий (6,7,8,9).

Цель

Оценка результатов лечения и выявление причин, ведущих к развитию тромбоза стентов с антипролиферативным покрытием после их имплантации в коронарные артерии.

В ННЦХ им. А.Н.Сызганова с 2000 по 2010 год стентирование коронарных артерий выполнено у 1168 больных с ИБС. Из них множественные стенозы венечных артерий были выявлены при селективной коронарографии у 762 (65,2%), а хронические окклюзии одной из коронарных артерий в сочетании со стенозирующими поражениями – у 356 (30,5%) пациентов. Всего этим больным было имплантировано 1774 стента с антипролиферативным покрытием (в среднем 1,6 стента на одного больного).

Клиническая характеристика больных представлена в таблице.

Показатели	(n = 1118)
Средний возраст, лет	63,1 ± 11,8
Мужской пол	1077 (96,3%)
Женский пол	41 (3,7%)
Стенокардия напряжения 2-4 ФК	1049 (93,8%)
Нестабильная стенокардия	69 (6,2%)
Артериальная гипертензия	1007 (90,1%)
Инфаркт миокарда в анамнезе	855 (76,5%)
Сахарный диабет	124 (11,1%)
Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе	38 (3,4%)
Курение в анамнезе	745 (66,6%)
Фракция выброса левого желудочка, %	50,9 ± 14,3

Больные были в возрасте от 28 до 90 лет, средний возраст пациентов составлял 63,1 ± 11,8 лет. Большинство больных были мужского пола (96,3%). В подавляющем большинстве случаев (93,8%), у обследованных была диагностирована стенокардия напряжения II-IV функционального класса (по классификации NYHA). Нестабильная стенокардия наблюдалась у 69 больных.

Метод эндоваскулярного вмешательства заключался в следующем. Под местной анестезией в условиях седации пунктировалась бедренная или лучевая артерия, в которую устанавливался интродьюсер 5F–7F. Внутривенно вводился гепарин в расчете 100 мг на кг массы больного. Выполнялась стандартная селективная полипозиционная коронарография,

Жүрек ишемиялық ауруымен науқастарға дәрімен қапталған стенттерді орнату нәтижелері.

Омаров А.А., Батырралиев Т.А., Поцелуев Д.Д., Першуков И.В.,

Полумисков Д.В., Ештай А.А., Китуйев Б.Б.

Жұмыста жүрек ишемиялық ауруы бар науқастардың коронарлы артерияларының көпшілік тарылу және созылмалы окклюзия жағдайында орнатылған дәрімен қапталған стенттерді орнату нәтижелері қарастырылған. Авторлар тері арқылы катетерлі әрекеттерінен кейінгі, әртүрлі мерзімде тромбоз пайда болу мүмкіндігін болжау моделін ұсынады

Results of drug-eluting stents implantation in patients with coronary heart disease.

Omarov A.A., Batiraliyev T.A., Potceluev D.D., Pershukov I.V., Polumiskov D.V., Yeshtay A.A., Kituyev B.B.

In this work the clinical results of drug-eluting stent implantation in cases with multivessels disease and chronicle total occlusion of coronary arteries were described. Authors suggest the prognosis model of probably stent thrombosis in various time after percutaneous coronary interventions.

с использованием неионных рентгеноконтрастных препаратов. Проводниковый катетер устанавливался в устье коронарной артерии. Через него в области стеноза или окклюзии коронарных артерий проводились различной степени жесткости коронарные проводники (0,014") и, в случае успеха, выполняли баллонную ангиопластику стенозированных и окклюзированных сосудов. После чего имплантировали стенты с антипролиферативным покрытием необходимого диаметра и длины в области стеноза или окклюзии сосуда. В случае бифуркационного стеноза коронарных артерий, прибегали к методике, когда в обе стенозированные ветви устанавливали коронарные проводники, а затем выполняли баллонную ангиопластику этих сосудов. Проводник в боковой ветви не извлекали с целью профилактики полной обтурации просвета фрагментами атеросклеротической бляшки. После установки стента, проводник извлекался из боковой ветви и повторно устанавливался в ее просвет через ячейку стента, после чего проводилась повторная дилатация устья боковой ветви. Данный метод выполнялся пациентам с устьевым поражением боковой ветви. При наличии в боковой ветви проксимального стеноза в ее просвет имплантировался второй стент с последующим раздуванием «целующихся баллонов». После имплантации стентов, выполнялась контрольная коронарография в двух, а по специальным показаниям и в трех и более проекциях. Все пациенты на сутки переводились в отделение интенсивной терапии, где удалялся интродьюсер и проводился гемостаз в области пункции сосуда. На протяжении первых суток пациентам назначали инъекции гепарина по 5000 ЕД через 4 часа с необходимой коррекцией дозы в зависимости от показателей свертываемости крови. Затем в течение 2-5 суток подкожно вводился фраксипарин или клексан через 12 часов. В стационаре и после выписки из клиники пациенты получали в течение длительного времени двойную дезагрегантную терапию (плавикс+тромбо-асс).

Эндоваскулярное вмешательство считали успешным по данным рентгеноконтрастной коронарографии, когда в ранее стент-

тированных сосудах отмечался антеградный кровоток ТИМІ 3 и резидуальное сужение просвета артерии было не более 20%. Дополнительно критериями успешного вмешательства считали: отсутствие летального исхода, инфаркта миокарда, окклюзии коронарной артерии, повторного чрескожного вмешательства, а также экстренной операции коронарного шунтирования.

Дополнительно, для выработки прогноза вероятности тромбоза стентов с лекарственным покрытием, в совместном исследовании проведен анализ 1082 чрескожных коронарных вмешательств в сопоставлении случаев развития тромбоза стента с неосложненными вмешательствами. Согласно критериям Академического исследовательского консорциума (ARC), анализировались только случаи определенного тромбоза, подтвержденного контрольной ангиографией. Выявление предикторов тромбоза осуществлялось логистическим регрессионным анализом. После выявления значимых причин развития тромбоза, они были ранжированы и им выставили коэффициенты пропорционального вклада в развитии данного осложнения.

Непосредственные результаты стентирования

Ангиографический успех и клиническая эффективность при устранении множественных стенозов коронарных артерий составили 93,6%, а при реканализации хронических окклюзий – 69,2%. Было отмечено три (0,27%) летальных исхода в первые часы после эндоваскулярного вмешательства в результате острого тромбоза стентированной артерии. Острый инфаркт миокарда до выписки пациентов из стационара развился у 5 (0,45%) больных в результате подострого тромбоза стентов. Этим пациентам были выполнены повторные эндоваскулярные вмешательства. Также у 5 больных в процессе выполнения стентирования коронарных артерий была отмечена фибрилляция желудочков сердца. Во всех случаях удалось быстро восстановить ритм сердца путем электрической дефибрилляции и завершить вмешательство в полном объеме.

Отдаленные результаты были изучены у 961 (86%) больного на протяжении 3 – 24 месяцев. В отдаленном периоде было отмечено 3 (0,3%) летальных исхода в результате развития острого инфаркта миокарда. Рецидив стенокардии в результате прогрессирования атеросклероза коронарных артерий или рестеноза стента был отмечен в 18,3% случаев. В данной ситуации у большинства больных проводились повторные эндоваскулярные вмешательства или открытые операции (АКШ).

В отдаленном периоде удовлетворительные и хорошие результаты после стентирования у пациентов с множественными стенозами и хроническими окклюзиями коронарных артерий, когда у них регистрировалось снижение функционального класса с III – IV до I – II класса, были получены в 74% случаев.

Что касается вопросов развития тромбоза имплантированных в коронарные артерии стентов с лекарственным покрытием, нами были выделены 6 переменных-предикторов. Ими оказались чрескожные коронарные вмешательства у больных с острым коронарным синдромом, многососудистое или многосегментное стентирование, бифуркационное поражение, стентирование

передней нисходящей артерии и хроническая тотальная окклюзия, а также низкая фракция выброса левого желудочка (<50%). Для быстрого расчета данным предикторам были выставлены целочисленные коэффициенты приблизительного риска: вмешательства при остром коронарном синдроме – 3 балла, многососудистое/многосегментное стентирование – 2 балла, бифуркационное стентирование – 2 балла, стентирование в передней нисходящей артерии – 2 балла, стентирование при хронической тотальной окклюзии – 2 балла и низкая фракция выброса левого желудочка – 4 балла. Стратификация риска тромбоза стента дала три градации: низкий риск – 0-2 балла, умеренный риск – 3-6 баллов, высокий риск – 7 и более баллов. При проверке прогностической модели выявлена достаточная степень ее точности: 0,77 для подострого тромбоза, 0,69 для позднего тромбоза и 0,73 для сверхпозднего тромбоза.

На основании оценки клинических результатов имплантации стентов с лекарственным покрытием можно заключить, что современные технологии эндоваскулярной хирургии позволяют в большинстве случаев у больных с множественными стенозами и хроническими окклюзиями коронарных артерий выполнить их успешную реканализацию и восстановить полноценный коронарный кровоток. Использование стентов с антипролиферативным покрытием позволяет значительно снизить число «ин-стент» стенозов и окклюзий коронарных артерий, а предложенная модель прогноза тромбоза стента с высокой степенью точности позволяет предсказывать риск развития данного осложнения в различные сроки после чрескожного катетерного вмешательства.

Литература

1. Фуфаев Е.Н. К вопросу о методике клинико-социальных исследований по изучению потребности в кардиохирургической помощи. *Качественная Клиническая Практика* 2003;
2. Бокерия Л.А. Гудкова Р.М. *Сердечно-сосудистая хирургия-2004. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения*. М., НЦССХ им А.Н. Бакулева. 2005;
3. Rogers C., Parich S., Seifer P., Edelman E., *Endogenous cell seeding. Remnant endothelium after stenting endances vascular repair. Circulation.* 1996;
4. Villegas B., Morice M.C. Hernandez S. et al. *Triple Vessel Stenting for Triple Vessel Coronary Disease. The Journal of Invasive Cardiology.* 2002;
5. Chauman A., Vu E., Ricci D.R., et al. *Early and intermediate term clinical outcome after multiple coronary stenting. Heart.* 1998;
7. Serruys P.W., De Jaegere P.P.T., Kiemeneij F. et al. *Comparison of Balloon-expandable stent implantation with balloon angioplasty in patients with coronary artery disease. N. Engl. J. Med.,* 1994, 331, 489-495.
8. Kastrati A., Dirschinger J., Boekstegers P. et al. *Influens of stent design on 1 year outcome after coronary stent placement: A randomized comparisone of five stent types in 1147 unselected patients. Cath. Cardiovasc. Interv.,* 2000, July, 50(03), 290-297.
9. Бокерия Л.А., Алесян Б.Г., Бузашвили Ю.И., Голухова Е.З. и др. «Применение стентов с антипролиферативным покрытием в рентгеноэндоваскулярном лечении хронических окклюзий коронарных артерий» // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия* 4.2010, С.51-52.

Удаление гигантской доброкачественной мезенхимомы забрюшинного пространства с симультанной левосторонней нефруретерэктомией и пластикой вентральной грыжи передней брюшной стенки по сапезко с укреплением мышечно-апоневротического слоя викриловой сеткой

Койшыбаев А.К., Дюсембеков С.Т., Зайцева Л.С., Ажмуратов Б.А., Бегунов В.В., Жакипов С.Ж.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М. Оспанова, кафедра онкологии с курсом лучевой терапии и лучевой диагностики и ЛОР-болезней, г.Актобе

Мезенхимомы забрюшинного пространства встречаются редко и представлены разнообразными клеточными элементами. В половине случаев они бывают злокачественными. Из-за длительного бессимптомного течения опухолевого процесса опухоли часто достигают больших размеров. Нередко во время операции создается впечатление нерезектабельности опухоли.

Приводим наше наблюдение. Поступила в плановом порядке с жалобами на увеличение живота, боли внизу живота, поясничной области, слабость.

Из анамнеза заболевания: Больной себя считает с мая 2004 года, когда заметила увеличение живота. Пациентка обследована в условиях КДО МЦ ЗКГМУ и с ДЗ: Кистозная яичника больших размеров. Миома матки госпитализирована в отделение онкохирургии для оперативного лечения.

15.05. 2004 года пациентке произведена операция – нижнесрединная лапаротомия, надвлагалищная ампутация матки с придатками, биопсия опухоли забрюшинного пространства. Опухоль не удалена из-за кровотечения во время операции и снижения АД до критических цифр.

В послеоперационном периоде у пациентки лапаротомная рана нагноилась. Отмечалась расхождение швов мышечно-апоневротического слоя с выпадением части опухоли в рану. Проводились перевязки и во время перевязки удалены некротизированные фрагменты опухоли. Размеры самого большого фрагмента опухоли составили 15 на 16 см.

Пациентка выписана на амбулаторное лечение. Находилась под наблюдением у онколога. В течение последнего полугодия отмечает повторное увеличение размеров опухоли.

Пациентка осмотрена руководителем кафедры онкологии к.м.н. Койшыбаевым А.К. рекомендовано обследование по поводу продолженного роста мезенхимомы забрюшинного пространства малого таза.

На КТ-графии определяется образование, исходящее из полости малого таза связанное с культей матки, размерами 28, 9 на 22, 7 на 31, 9 см. Плотность от +5 до +33 ед. Заключение: Картина более характерна для образования полости малого таза (забрюшинного пространства) (рис. 1, 2, 3, 4).

Пациентка после обследования 17.05.11г. госпитализирована в отделение онкохирургии. Дополнительно проведена экскреторная урография: функция левой почки отсутствует, функция правой почки сохранена. По данным УЗИ и КТ отмечается викарная гипертрофия правой почки и явления стаза мочи (гидроуретеро-каликоз).

После предоперационной подготовки пациентка оперирована. Непосредственно перед операцией произведена катетеризация правого мочеточника.

26.05.11г. под многокомпонентной анестезией с ИВЛ произведена тотальная срединная лапаротомия путем иссечения старого послеоперационного рубца по всей толщине передней брюшной стенки.

Далее вскрыт грыжевой мешок. Часть опухоли находится в

Ішперде артындағы кеңістіктің алып қатерсіз мезенхимомасын кесіп алу, симультанды нефруретерэктомия және вентральды жарықты сапезко әдісімен пластикалау, құрсақ қабырғасын викрил торшасымен бекіту

Ә.К.Койшыбаев, С.Т. Дүйсембеков, Л.С. Зайцева, С.Ж. Жақыпов, Б.А. Әжмұратов

Марат Оспанов атындағы БҚММУ онкология кафедрасы сәулелік терапия және сәулелік диагностика, оториноларингология курстарымен

Мақалада ішперде артындағы кеңістіктің алып қатерсіз мезенхимомасы туралы сөз болады. Авторлар симультандық нефруретерэктомия операциясына оның, ісіктің қысуы салдарынан дамыған, қызметінің жеткіліксіздігі негіз болғанын, сонымен қатар, операция алдында, іргелес ағзалардың қызметін бағалау мақсатында, толық кешенді тексеру жүргізу қажеттігін айтады.

Удаление гигантской доброкачественной мезенхимомы забрюшинного пространства с симультанной левосторонней нефруретерэктомией и пластикой вентральной грыжи передней брюшной стенки по сапезко с укреплением мышечно-апоневротического слоя викриловой сеткой

А.К. Койшыбаев, С.Т. Дюсембеков, Л.С. Зайцева, Б.А. Ажмуратов, В.В. Бегунов, С.Ж. Жакипов

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова, кафедра онкологии с курсом лучевой терапии и лучевой диагностики и ЛОР-болезней, г.Актобе

В данной статье описывается случай гигантской мезенхимомы забрюшинного пространства. Авторы удаление левой почки обосновывают ее функциональной неполноценностью, вследствие сдавления опухолью и указывают на необходимость комплексного обследования с целью выяснения функционального состояния соседних органов.

грыжевом мешке. Опухоль частично припаяна к стенкам грыжевого мешка. Стенки грыжевого мешка иссечены в пределах здоровых тканей вместе внутрибрюшной фасцией. Общий вид опухоли после лапаротомии представлен на рис.5.

При дальнейшей ревизии верхний полюс опухоли достигает до нижнего полюса селезенки. Опухоль полностью расположена в забрюшинном пространстве. Рассечена брюшина левого бокового канала. Левая половина ободочной кишки отведена медиально. Произведена мобилизация опухоли по периметру вместе с паранефральной клетчаткой. При этом обнажена левая почка. Левая почка маленьких размеров, сморщена, светлокорицевого цвета, при пальпации дряблая. Изменения в левой почке расценены как вторичные изменения вследствие сдавления опухолью. Решено функционально несостоятельную почку удалить. Сосуды левой почки пересечены между зажимами и перевязаны с прошиванием. Левый мочеточник пересечен

в нижнем сегменте и перевязан.

Левая почка включена в блок удаляемых тканей. Опухоль вместе с левой почкой удалены. После гемостаза культи влагилица ушита отдельными узловыми швами. Далее иссечен грыжевой мешок полностью. Края растянутого мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки частично иссечены. Произведена пластика вентральной грыжи по Сапезко (дубликатура). Передняя брюшная стенка дополнительно укреплена сеткой из викрила (рис. 6). Брюшная полость дренирована через контрапертуры в обеих подвздошных областях.

Иссечены избыточные края кожи (с каждой стороны иссечены лоскуты длиной 20 см, шириной 10 см). Подкожная клетчатка дренирована по Редону. Во время операции перелито 500 мл эрмассы и 800 мл свежезамороженной плазмы. Удаленная опухоль представлена на рис. 7.

Пациентке в послеоперационном периоде проводилась интенсивная терапия в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии: заместительная терапия (ЭМОЛТ, СЗП), инфузионная терапия, стимуляция диуреза, антибиотикотерапия. Катетер из правого мочеточника удален на 3-е сутки послеоперационного периода. Дренаж по Редону удален на 5-сутки. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Кожные швы сняты на 10-сутки после операции. Заживление раны первичным натяжением. Пациентка выписана на амбулаторное лечение на 12-сутки после операции.

Выводы

1. Течение доброкачественных забрюшинных опухолей длительное и бессимптомное.
2. Оперативные вмешательства по поводу забрюшинных опухолей больших размеров в ряде случаев сопряжены с необходимостью удаления вместе с опухолью соседних органов, не только ввиду прямого распространения опухоли, но, и при их функциональной неполноценности вследствие длительного сдавления (почка).
3. Перед операцией по поводу гигантских опухолей необходимо комплексное обследование, включающее исследование функции почек и тщательное планировать операцию.



Рис. 1. КТ-картина опухоли забрюшинного пространства на поперечном срезе



Рис. 2. КТ-картина опухоли на продольном срезе

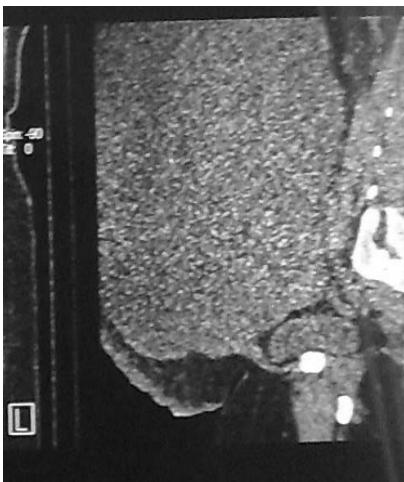


Рис. 3. Опухоль сдавливает левую почку, функция ее отсутствует



Рис. 4. Часть опухоли находится в грыжевом мешке

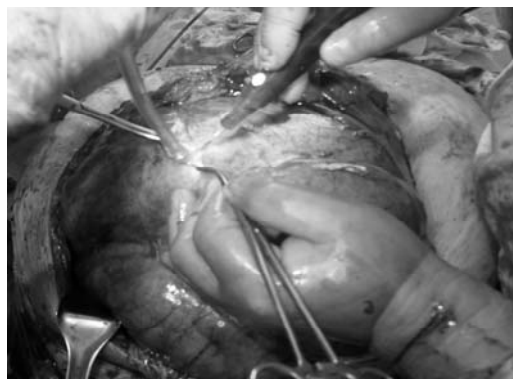


Рис. 5. Общий вид опухоли после тотальной срединной лапаротомии

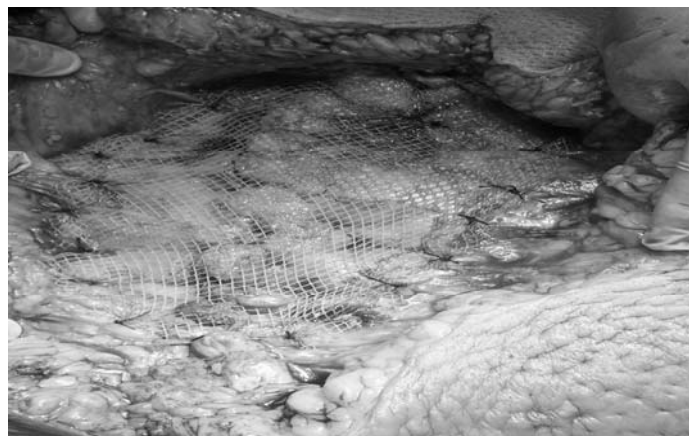


Рис. 6. Пластика вентральной грыжи по Сапезко с укреплением викриловой сеткой



Рис. 7. Общий вид удаленной опухоли

Ультразвуковая оценка динамики нарастания проявлений портальной гипертензии у больных циррозом печени

Мехтизаде В.Б.

Центральная больница нефтяников г. Баку

К основными причинам смерти больных циррозом печени можно отнести кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) и печеночно-клеточную недостаточность, поэтому степень ВРВП и функциональный класс по классификации Чайлд-Пью точно отражают стадию и прогноз развития данного заболевания (2,4,5,6). Выявление ультразвуковых признаков портальной гипертензии позволяет подтвердить ее наличие и оценить динамику ее нарастания у больных циррозом печени (1,3,7).

Для уточнения зависимости ультразвуковых признаков портальной гипертензии от степени портальной гипертензии и печеночно-клеточной недостаточности были проанализированы следующие группы больных:

А. 20 больных язвенной болезнью, не имевших признаков заболевания печени и портальной гипертензии (контрольная группа);

Б. 25 больных хроническим вирусным гепатитом без признаков цирроза и портальной гипертензии;

В. 10 больных циррозом печени с функциональным классом А по классификации Чайлд-Пью с отсутствием ВРВП и других очевидных признаков портальной гипертензии;

Г. 23 больных циррозом печени с функциональным классом А по классификации Чайлд-Пью с начальной степенью ВРВП (1 ст.);

Д. 18 больных циррозом печени с функциональным классом В по классификации Чайлд-Пью с выраженным ВРВП (2-3 ст.);

Е. 6 больных циррозом печени с функциональным классом С по классификации Чайлд-Пью с выраженным ВРВП (2-3 ст.).

У всех больных оценивались: диаметр воротной и селезеночной вен, средняя линейная скорость кровотока в основном стволе воротной и в селезеночной вене, длина селезенки, наличие и диаметр реканализированной параумбиликальной вены (PUV % - частота и D - диаметр), неровный контур печени (KON в %), частота асцита (AS в %). Полученные средние значения для каждого из оцениваемых признаков приведены в таблице 1.

При анализе полученных данных прослеживалась четкая эволюция диффузных изменений печени и ультразвуковых признаков портальной гипертензии у больных разных классов по Чайлд-Пью, имеющих разную степень ВРВП. У больных хроническим вирусным гепатитом без признаков цирроза пе-

чени и портальной гипертензии (группа Б), а также у больных циррозом печени с функциональным классом А по классификации Чайлд-Пью, не имевших ВРВП (группа В), ультразвуковых признаков портальной гипертензии выявлено не было. Средние величины оцениваемых признаков у них достоверно не отличались от таковых в контрольной группе. Таким образом, дифференциальная ультразвуковая диагностика хронического гепатита и ранней «доклинической» стадии цирроза печени не представлялась возможной. Клинический диагноз у таких больных подтверждается данными пункционной биопсии печени. У больных циррозом печени с функциональным классом А по классификации Чайлд-Пью, имевших начальную степень ВРВП (группа Г), отмечались умеренное расширение селезеночной вены - в среднем до $0,86 \pm 0,21$ см и умеренное увеличение селезенки - в среднем до $12,9 \pm 2,5$ см, что достоверно отличало этих больных от группы контроля и от больных хроническим вирусным гепатитом, не имевших признаков цирроза или портальной гипертензии ($p < 0,0005$ и $p < 0,005$; $p < 0,00001$ и $p < 0,0005$, соответственно). Скоростные показатели кровотока в венах воротной системы у больных данной группы имели тенденцию к снижению, однако их средние значения укладывались в пределы допустимой нормы. У трети больных был выявлен кровоток в реканализированной параумбиликальной вене, у 39 % отмечалась неровность контура печени. Асцит не был выявлен ни у одного из больных данной группы. Ультразвуковой метод показал невысокую чувствительность для диагностики цирроза печени у таких больных - 52,2 %, при высоких значениях специфичности, точности, положительного и отрицательного предсказательного тестов - 97,8 %, 82,4 %, 92,3 % и 80,0 %, соответственно.

У больных группы Д (функциональный класс В по классификации Чайлд-Пью с выраженным ВРВП) отмечалось дальнейшее нарастание ультразвуковых признаков портальной гипертензии: более выраженное расширение селезеночной вены - $0,98 \pm 0,17$ см, спленомегалия - длина селезенки достигала в среднем $14,8 \pm 2,7$ см. Часто наблюдалась реканализация параумбиликальной вены - у 61,1 % больных. В 38,9 % случаев был выявлен асцит, контуры печени у большинства были неровными (72,2 %). Скоростные показатели кровотока в воротной вене соответствовали нижней границе нормы. Ультразвуковой метод позволил поставить точный диагноз у всех больных циррозом данной группы (чувствительность метода для вы-

явления сформированного цирроза печени - 100 %, специфичность - 97,8 %, точность - 98,4 %, положительный предсказательный тест - 94,7 %, отрицательный предсказательный тест - 100 %). У больных с поздней стадией цирроза печени (группа Е), помимо сопоставимой с предыдущей группой спленомегалией и расширением селезеночной вены ($15,1 \pm 0,9$ см и $0,90 \pm 0,09$ см, соответственно), отмечались достоверное расширение основного ствола воротной вены - в среднем до $1,42 \pm 0,10$ см (в сравнении с контрольной группой - $p < 0,000001$, в сравнении с группой больных хроническим вирусным гепатитом - $p < 0,000001$), выраженное снижение линейной скорости воротного кровотока - в среднем до $10,0 \pm 2,3$ см/сек, что было значительно ниже общепринятой нормы (15 см/сек), значительное увеличение

Таблица 1. Признаки портальной гипертензии у больных с разными классами по классификации Чайлд-Пью.

	Dpv См	Dsv см	Vpv см/с	Vsv см/с	SL см	PUV %, D	KON %	AS %
А	$1,00 \pm 0,12$	$0,59 \pm 0,12$	$20,4 \pm 2,7$	$23,6 \pm 2,6$	$9,1 \pm 0,9$	-	-	-
Б	$1,09 \pm 0,11$	$0,68 \pm 0,12$	$19,0 \pm 3,1$	$20,3 \pm 2,6$	$10,7 \pm 1,2$	-	-	-
В	$1,15 \pm 0,12$	$0,78 \pm 0,10$	$17,9 \pm 3,9$	$23,2 \pm 5,7$	$11,9 \pm 1,7$	-	-	-
Г	$1,22 \pm 0,15$	$0,86 \pm 0,21$	$16,6 \pm 4,1$	$25,5 \pm 2,6$	$12,9 \pm 2,5$	30,4%, 0,38±0,14	39%	-
Д	$1,29 \pm 0,09$	$0,98 \pm 0,17$	$15,8 \pm 4,7$	$17,8 \pm 4,7$	$14,8 \pm 2,7$	61,1%, 0,34±0,08	72,2%	38,9%
Е	$1,42 \pm 0,10$	$0,90 \pm 0,09$	$10,0 \pm 2,3$	$18,5 \pm 4,7$	$15,1 \pm 0,9$	66,7%, 0,76±0,31	100%	100%

Примечание: Dpv - диаметр воротной вены; Dsv - диаметр селезеночной вены; Vpv - средняя линейная скорость воротного кровотока; Vsv - средняя линейная скорость кровотока в селезеночной вене; SL - длина селезенки. PUV - частота реканализации ПУВ, KON - неровный контур печени; AS - частота асцита

диаметра параумбиликальной вены - в среднем до $0,76 \pm 0,31$ см (в сравнении с группой Г - $p < 0,05$, в сравнении с группой Д - $p < 0,001$). Стойкий асцит и неровные контуры печени были характерны для всех больных этой группы. Ультразвуковой метод позволил поставить точный диагноз у всех больных циррозом класса С по Чайлд-Пью (чувствительность - 100 %, специфичность - 97,8 %, точность - 98,0 %, положительный предсказательный тест - 85,7 %, отрицательный предсказательный тест - 100 %). Результаты исследования содержания иммуноглобулинов и циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови больных с циррозом печени представлены в таблице 2. Как видно из таблицы у больных с циррозом печени отмечается повышение уровня иммуноглобулинов и ЦИК по сравнению с контрольной группой.

Таблица 2. Содержание иммуноглобулинов и циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови больных с циррозом печени (M+m)

Тип цирроза	IgG, г/л	IgA, г/л	IgM, г/л	ЦИК
Г	$13,5 \pm 0,68$	$2,11 \pm 0,23$	$1,96 \pm 0,21$	$131,3 \pm 8,9$
Д	$16,3 \pm 1,2$	$1,93 \pm 0,19$	$1,76 \pm 0,11$	$186,5 \pm 19,3$
Е	$16,8 \pm 1,1$	$2,04 \pm 0,17$	$1,81 \pm 0,18$	$193,2 \pm 20,1$
P1-2	$< 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$	$< 0,05$
P1-3	$< 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$	$< 0,05$
P2-3	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$
Контроль	$10,5 \pm 0,34$	$1,82 \pm 0,07$	$1,59 \pm 0,08$	$111,6 \pm 5,7$

Примечание: Достоверность (* - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$) рассчитана по отношению к контролю.

На основании вышеприведенных данных, к ранним ультразвуковым признакам сформировавшегося цирроза печени можно отнести спленомегалию (длина селезенки более 12,0 см) и расширение селезеночной вены (более 0,8 см), являющихся проявлением синдрома портальной гипертензии. Параллельно прогрессирующей спленомегалии и расширению селезеночной вены развивается коллатеральное русло (в нашем исследовании ВРВП и позднее или одновременно с ним реканализация параумбиликальной вены). Постепенно нарастает структурная перестройка паренхимы печени, проявляющаяся неровностью контура и неоднородностью структуры органа. Присоединяется

асцит, хорошо коррегирующийся вначале и стойкий на поздней стадии развития патологического процесса. К поздним ультразвуковым признакам декомпенсированного цирроза печени, помимо стойкого асцита, можно отнести расширение воротной вены, снижение скорости воротного кровотока и значительный диаметр реканализированной параумбиликальной вены. Таким образом, ультразвуковое и иммунологическое исследование позволяет проследить основные этапы развития синдрома портальной гипертензии - от ранней малосимптомной стадии до поздней манифестной стадии. Выявление признаков портальной гипертензии способствует правильной ультразвуковой диагностике цирроза печени. Ультразвуковая диагностика цирроза печени практически не возможна у больных, не имеющих признаков портальной гипертензии, часто затруднена при наличии ее начальных проявлений и имеет исключительно высокую информативность при исследовании больных с выраженным синдромом портальной гипертензии.

Список литературы

1. Гальперин Э. И., Ахаладзе Г. Г. Ультразвуковая доплеровская оценка функционального резерва печени. // Хирургия 1992 № 1 стр. 18-22
2. Зубарев А. В., Гаждонова В. Е., Кислякова М. В. Контрастная эхография. // Мед. Визуализация. 1998 №1 стр. 3-26
Зубарев А. В. Неинвазивная (или малоинвазивная) ультразвуковая ангиография. // Кремлевская медицина (клинический вестник) 1998 № 4 стр. 68-72
3. Ильина Е.Н., Говорун В.М., Иваников И.О., Сюткин В.Е., Петухова С.В. Хронические вирусные заболевания печени (методическое пособие для врачей). М., 2001
4. Кунцевич Г. И., Кокова Н. И., Белолапотко Е. А. Оценка портального кровообращения в группе практически здоровых лиц методом дуплексного сканирования до и после приема пищи. // Вестн. Рос. АМН 1994 № 6 стр. 16-19
5. Кунцевич Г. И., Кокова Н. И., Белолапотко Е. А. Возможности дуплексного сканирования для оценки кровотока в артериях и венах брюшной полости. // Визуализация в клинике. 1995 № 6 стр. 33-38
6. Митьков В.В., Митькова М.Д., Федотов В.А., Серебрянников В.А., Черешнева Ю.Н., Кравченко Н.А. Оценка портального кровотока при циррозе печени. // Ультразвуковая диагностика. 2000 № 4 стр. 10-17

Некоторые аспекты влияния санации брюшной полости с антиоксидантом на ферментативной функции печени

Шафиев И.А.

Кафедра хирургических болезней Азербайджанского медицинского университета

Актуальность проблемы лечения острого разлитого перитонита обусловлена высокой частотой этого осложнения, увеличением удельного веса больных пожилого и старческого возраста, удручающе высокой летальностью при разлитом перитоните, достигающей в терминальной стадии заболевания 50 - 70 % (8, 10, 12, 18, 19).

В монографиях, посвященных проблеме острого перитонита, вышедших за последние десятилетия, подробно изложены основные принципы диагностики и лечения этого заболевания, в них отчетливо прослеживается тенденция к углубленному изучению механизмов развития острого перитонита. Однако эта проблема далека от исчерпывающего разрешения. Остается много недостаточно ясных и спорных аспектов (5, 7, 9, 11).

По мнению большинства авторов, важнейшим звеном в комплексном лечении ОРП является санация брюшной полости. За длительную историю лечения перитонита предложено более 100 различных методов этой санации. Многие из них не прижились, имея лишь историческое значение; эффективность других спорна или недостаточна, некоторые из них громоздки, дороги или опасны (1, 2, 17). Анализируя данные литературного обзора, мы пришли к выводу, что следует продолжать исследование по этой направленности.

Материал и методы исследования

Экспериментальные исследования проведены в Научно-Исследовательском Центре Азербайджанского Медицинского Университета на 46 белых крыс. Подопытные животные были разделены на 3 группы. I группа (интактная) состояла из 10 белых крыс. Эти животные декапутировались и в крови были определены концентрации ферментов АСТ, АЛТ, ЛДГ, щелочная фосфатаза, ГГТ.

Перитонеальный экссудат богатый продуктами перекисного окисления липидов который необходимо было для проведения следующих этапов исследований получен следующим образом. Сначала перитонеальный экссудат был взят у больных, которые были оперированы по поводу разлитого перитонита различной этиологии. Каждый 100 мл экссудат был смешан со 100 мл физиологическим раствором. Эту смесь поместили в центрифугу силой 3000 оборот в минуту. После 10 минут центрифугирования верхняя часть в виде раствора извлечена из пробирок и подвергнута лабораторному анализу. Результатами исследования было установлено, что в терминальной фазе перитонита развивающийся вследствие перфорации желчного пузыря, перитонеальный экссудат богат триасилами, в терминальной фазе перитонита развивающийся вследствие перфорации язвенной болезни желудка, перитонеальный экссудат бывает обогащенным тяжелыми металлами, в терминальной фазе перитонита развивающийся при патологии тонкого кишечника, перитонеальный экссудат бывает насыщен продуктами перекисного окисления липидов.

Во II группе экспериментов изучались результаты опытов на 18 белых крыс, которым в брюшную полость был введен перитонеальный экссудат богатый продуктами перекисного окисления липидов. Подопытные животные этой группы были декапутированы по 5 крыс в 1-е, 3-е и 7-ые сутки после начала эксперимента. В крови этих животных были определены концентрации ферментов АСТ, АЛТ, ЛДГ, щелочная фосфатаза, ГГТ.

В Ш группе экспериментов опыты были, проведены аналогично со второй группой и спустя 3-е суток после начала экспе-

Некоторые аспекты влияния санации брюшной полости с антиоксидантом на ферментативной функции печени. Опыты проводились у 46 белых крыс. Подопытные животные были разделены на 3 группы. I группа (интактная), во II группе в брюшную полость животным был введен перитонеальный экссудат богатой продуктами перекисного окисления липидов, в Ш группе дополнительно в брюшную полость введен фермент супероксиддисмутаза. В крови всех крыс, были определены концентрации АСТ, АЛТ, ЛДГ, щелочная фосфатаза, ГГТ. На основании сравнительного изучения полученных данных установлено, что в крови подопытных животных которым в брюшную полость было введено перитонеальный экссудат богатой продуктами перекисного окисления липидов, в первые дни концентрации фермента АСТ снизилось, а концентрации остальных ферментов (АЛТ, ЛДГ, щелочная фосфатаза, ГГТ) повысились. Последующие дни концентрации всех ферментов достигло максимальной отметки. Когда дополнительно в брюшную полость было введено фермент супероксиддисмутаза, концентрации ферментов (АСТ, АЛТ, ЛДГ, щелочная фосфатаза, ГГТ) значительно снизились.

Полученные данные свидетельствует, что фермент супероксиддисмутаза играет важнейшую роль в предотвращении эндогенной интоксикации развивающийся при перитонитах, в частности способствует нормализацию нарушенных функций печени.

Some aspects of the impact of sanitation of the abdominal cavity with an antioxidant to the enzymatic function of the liver.

The investigations were carried out on 46 albino rats. I group were included intact animals, II group were included animals that peritoneal exudates reached with products of lipid per oxidation were injected to abdominal cavity and III group were included reached with animals that superoxidismutase together with products of lipid per oxidation were injected to abdominal cavity. In all group of animals the concentration of AST, ALT, LDH, alkaline phosphates, GGT enzymes were studied and the results were compared. It was revealed that after injection peritoneal exudates to abdominal cavity, the concentration of AST is decreased and the other (ALT, LDH, alkaline phosphates, GGT) concentration are increased. In further days the blood concentration of all enzymes reached to maximal level. Additionally the injection of superoxidismutase solution significantly decreases the concentration of these enzymes.

It confirms the role of superoxidismutase in prevention of endogenous intoxication developing in peritonitis, as well as in correction of hepatic dysfunction.

риментов в брюшную полость был введен фермент супероксиддисмутаза и после чего в 1, 3 и 7-ые сутки экспериментальные животные декапутировались. В крови этих крыс также были определены концентрации ферментов АСТ, АЛТ, ЛДГ, щелочная фосфатаза, ГГТ.

Результаты и их обсуждения

Результатами наших исследований установлено, что у животных I (интактной) группы содержание ферментов в крови составляет следующим образом АСТ $275,667 \pm 17,07$ у/л, АЛТ $110,65 \pm 5,86$ у/л, ЛДГ $2800,67 \pm 341,79$ у/л, ЩФ $579,35 \pm 85,81$ у/л, ГГТ $4,51667 \pm 0,38$ у/л.

В крови подопытных животных II группы, были определены концентрации тех же ферментов и полученные результаты были сопоставлены с результатами I группы. Сравнительный анализ результатов исследований показал, что в 1-е дни эксперимента концентрация фермента АСТ снизилась на 1,4%, а концентрации остальных ферментов (АЛТ на 10,6%; ЛДГ на 5,4%, щелочная фосфатаза на 36%, ГГТ на 77,1%) повысились, в 3-й день концентрация АСТ повысилась на 3,4%; АЛТ на 18,2%; ЛДГ на 4,1%; ЩФ на 37,5%; ГГТ на 101,5%, а в 7-ой день соответственно АСТ повысилось на 6,9%; АЛТ на 23,7%; ЛДГ на 6,8%; ЩФ на 40,4%; ГГТ на 113,9% (таблица 1).

В крови у экспериментальных животных, которые составляли III группу, также были определены концентрации тех же ферментов и полученные результаты были сравнены с результатами I группы животных. По результатам исследований было выявлено, что в 1 день эксперимента концентрация фермента АСТ снизилась на 5,4%, а концентрации остальных ферментов повысились (АЛТ на 4,1%; ЛДГ на 4,5%, щелочная фосфатаза на 35%, ГГТ на 55%), на 3-й день концентрация АСТ повысилась на 1,3%; АЛТ на 14,8%; ЛДГ на 3,8%; ЩФ на 34,5%; ГГТ на 62,1%, а на 7-й день концентрация АСТ повысилась на 5%; АЛТ на 18,9%; ЛДГ на 6,5%; ЩФ на 38%; ГГТ на 75,8%.

Важным патогенетическим фактором является гипоксия, развивающаяся из-за нарушения поступления кислорода к тканям вследствие нарушений микроциркуляции и угнетения утилизации кислорода в результате ингибирования эндотоксинами синтеза АТФ в митохондриях (19). Как известно, гипоксия ведет к выраженной активации перекисного окисления липидов с нарушением проницаемости клеточных мембран, распадом лизосом, выходом ферментов в кровотоки (14).

Развиваются структурные изменения в кишечной стенке, увеличивается ее проницаемость для компонентов энтеральной среды, что ведет к дальнейшему усилению эндогенной интоксикации, энтеральной и полиорганной недостаточности (6, 15). Возникающая эндогенная интоксикация приводит к выраженным расстройствам гомеостаза, одной из ведущих причин которых является патологическая интенсификация процессов перекисного окисления липидов (14, 19).

Известно, что системе антиоксидантной защиты принадлежит решающая роль в реализации механизмов адаптации при перитоните (19). Угнетение антиоксидантной защиты ведет к нарастанию продуктов перекисного окисления липидов, что углубляет эндогенную интоксикацию и способствует развитию синдрома полиорганной недостаточности (6, 15). Поэтому, комплексная терапия эндотоксикоза обязательно должна включать в себя лекарственные препараты, действующие на регулирующие активность процессов перекисного окисления липидов и состояние антиоксидантной защиты организма больных перитонитом. Наши исследования показали, что фермент супероксиддисмутаза играет важнейшую роль в коррекции нарушенной функции печени.

Выводы

По результатам исследований было выявлено что в крови подопытных животных которым в брюшную полость было введено перитонеальный экссудат богатой продуктами перекисной окисления липидов, в первые дни концентрация фермента АСТ снизилась, а концентрации остальных ферментов (АЛТ, ЛДГ, щелочная фосфатаза, ГГТ) повысились. Последующие дни концентрации всех ферментов достигло максимальной отметки. В тех случаях, когда в брюшную полость дополнительно был введен фермент супероксиддисмутаза, концентрации ферментов (АСТ, АЛТ, ЛДГ, щелочная фосфатаза, ГГТ) значительно снизились.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что фермент супероксиддисмутаза играет важнейшую роль в предотвращении эндогенной интоксикации развивающейся при перитонитах и способствует коррекцию нарушенных функций печени.

Таблица 1. Изменение некоторых ферментов в крови белых крыс по группам

	I группа	II группа			III группа		
		Изменение некоторых ферментов крови после введение перитонеального экссудат					
	В сост. интакта	I день	III день	VII день	I день	III день	VII день
АСТ	275,66± 17,07	271,84± 22,05	285,16± 28,37	294,64± 27,1	260,68± 18,63	279,26± 27,49	289,38± 26,8
АЛТ	110,65± 5,86	122,42± 6,4	130,78± 6,73	136,9± 6,47	115,17± 7,98	127,02± 7,2	131,52± 7
ЛДГ	2800,66± 341,79	2951,6± 292,85	2916± 317,82	2990,4± 359,1	2926,4± 284,97	2907,6± 320,86	2982± 357,77
ЩФ	579,35± 85,81	787,86± 91,52	796,32± 85,64	813,36± 89,55	781,84± 91,74	779,32± 85,58	799,36± 88,54
ГГТ	4,51± 0,38	8± 0,55	9,1± 0,45	9,66± 0,58	7± 0,63	7,32 0,77	7,94± 0,75

Список литературы

1. Абдуллаева А.З. Антиоксиданты в комплексном лечении перитонита: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1998, 16с.
2. Ахметели И.Т., Саникидзе Т.В., Папаева М.Б., Датунашвили И.В. Окислительные процессы при лимфогенном лечении хирургического эндотоксикоза // *Gergian medical news*, 2001, т. 74, № 5, с. 7-9
3. Ватазин А. В., Круглов Е. Е., Фомин А. М., Суслев В. П., Кошелев Р.В., Астахов П. В. Селективная детоксикация крови из воротной вены при токсической гепатопатии у больных перитонитом // *Анестезиология и реаниматология*, 2002, № 1, с. 12-16.
4. Власов Л.П., Герасименко А.В., Конышева О.В. Морфофункциональное состояние печени при комплексной терапии острого перитонита / *Мат. научно-практической конференции «Стандарты диагностики и лечения в гнойной хирургии»*. М., 2001, с.54-57
5. Гостищев В.К. Распространённый гнойный перитонит: комплексный подход к лечению // *Врач*, 2001, № 6, с. 32-33
6. Давыдов Ю.А., Козлов А.Г., Волков А.В. Перитонеально-энтеральный лаваж при общем гнойном перитоните в стадии полиорганной недостаточности // *Хирургия*, 1991, №5, с. 13-18
7. Ерюхин И.А., Шляпников С.А. Тяжелая абдоминальная инфекция. Проблема перитонита и абдоминальный сепсис // *Хирургия*, 2005, т. 7, № 6, с. 45-48.
8. Илюкевич Г.В. Абдоминальный сепсис: новый взгляд на нестарующую проблему // *Медицинские новости*, 2001, № 9, с. 35-41
9. Каримов Ш.И., Бабаджанов Б.Д. Диагностика и лечение острого перитонита. Нальчик, 2006, 400 с.
10. Каримов Ш.И., Бабаджанов Б.Д., Ташаев О.Р., Бекетов Г.И., и др. Роль и место длительной внутри артериальной терапии при распространенном гн. перитоните // *Хирургия*, 2000, № 12, с. 17-19.
11. Кузнецов Н.А. Результаты применения синтетических антиоксидантов в лечении больных деструктивным панкреатитом // *Хирургия*, 2005, № 3, с.36-39
12. Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш., Зайнутдинов А.М., и др. Лапароскопические санации брюшной полости в комплексном лечении перитонита // *Хирургия*, 2002, № 6, с. 30-33
13. Онищенко Н.А., Гульмухамедов Б.А., Расулов М.Ф. и др. Индукция монооксидантной активности печени перфтораном при перитоните // *Физиологически активные вещества на основе перфторуглеродов в военной медицине*, СПб, 1997. с. 37-42
14. Сазонов К.Н., Филленко Б.П., Борсак И.И. Высоочастотная инфузия лекарственного аэрозоля в брюшную полость в комплексном лечении острого распространенного перитонита // *Хирургия*, 2003, № 4, с.27-31
15. Хрупкий В.И., Ханевич Н.Д., Шестопалов А.Е. и др. Энтеральная терапия синдрома кишечной недостаточности у больных с перитонитом // *Вестник хирургии*, 2003, т. 162, № 6, с. 16-19
16. Шуркалин Б.К., Фаллер А.П., Горский В.А. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита // *Хирургия*, 2007, №2, с. 24-28
17. Holzheimer R., Gresser D. Re-operation for complicated secondary peritonitis how to identify patients at risk for persistent sepsis // *European Journal of Medical Research*, 2003, No 8, p.125-134
18. Nathens A. Anaya D. Risk Factors for Sever Sepsis in Secondary Peritonitis // *Surgery Infections*, 2003, v. 4, No 4, p.355-362
19. Welcker K., Lederle J., Schorr M., Siebeck M. Surgery and Adjuvant Therapy in Patients with Diffuse Peritonitis: Cost Analysis // *World Journal of Surgery*, 2002, v. 26, p.307-313

Осложненный острый аппендицит

Кыжыров Ж.Н., Капанова Г.Ж., Байжигитов К.Ж., Исаинов Д.С., Исакова Т.А.
Кафедра общей хирургии, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, №7 ГКБ

Диагностика острого аппендицита может не вызывать затруднений, если все протекает типично, но задача усложняется при его атипичном течении. Врач должен хорошо знать как типичную, так и замаскированную форму течения острого аппендицита. В сложных по диагностике ситуациях сразу надо производить инструментальные методы исследования (УЗИ, КТ и МРТ, лапароскопию). Приведем пример из нашей практики.

Больной Х., 29 лет, доставлен в приемный покой хирургии №7 ГКБ г. Алматы бригадой скорой медицинской помощи 15.03.2011г. Заболел 01.03.2011г., когда на фоне полного здоровья появились незначительные боли в правой половине живота, в правой поясничной области, иррадирующий на переднюю брюшную стенку, в правый бок, при движений в правую нижнюю конечность, которые сопровождались небольшим повышением температуры тела, слабостью, недомоганием. В связи с ухудшением самочувствия к врачу обратился на 14-е сутки после начала заболевания, когда боли усилились, сохранялась высокая температура.

При осмотре живот был мягким, слабо болезненным, без четкой локализации болей, температура тела 37,8°C. ОАК: лейкоциты $15,8 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты $4,32 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 125 г/л. общий белок 52 г/л. ОАМ: удельный вес 1020, рН -5. Сразу назначено УЗИ и КТ брюшной полости. УЗИ заключение - признаки аппендикулярного инфильтрата.

Компьютерная томография от 15.03. 2011 г. Справа, в забрюшинном пространстве, ограниченная сверху паранефральной клетчаткой снизу и сзади M. Iliacus, спереди брюшиной наблюдается абсцедирующая полость размерами приблизительно 61x78x57 неправильной формы, с нечеткими и местами полициклическими контурами и тонкой капсулой (рисунок 1). По периферии фиброзные наложения и инфильтрация клетчатки. Возможно, абсцесс исходит из толщи м. Iliacus - мышца утолщена и умеренно инфильтрирована. Кишечник в илеоцекальном углу, умеренно инфильтрирован, брыжеечные сосуды здесь утолщены. Паранефральная клетчатка и почка справа - не изменена. Поясничная мышца умеренно смещена влево за счет компрессии со стороны абсцесса, однако остается интактной. Изменений со стороны других органов и систем на уровне исследования не выявлено. Заключение: абсцесс забрюшинного пространства справа.

При повторном тщательном совместном осмотре хирургов и специалиста-ми КТ прослежен ход ретроперитонеального аппендикса с куполообразным расширением его верхушки расположенного в толще м. Iliacus (рисунок 2). С диагнозом аппендикулярный абсцесс забрюшинного пространства справа взята на операцию. 1) Проведен разрез в правой поясничной области над гребнем подвздошной кишки и вскрытие абсцесса исходящий из толщи м. Iliacus, из полости которого эвакуировано около 100 мл гноя с колибациллярным запахом, санация и дренирование, оставление тампона в полость абсцесса. 2) Вслед за вскрытием гнойника разрезом Мак-Бернея – Волковича - Дьяконова вскрыта брюшная полость. При ревизии выявлено свободное расположе-

ние червеобразного отростка в брюшной полости, выпота нет, куполообразное расширение его верхушки расположенное ретроперитонеально (рисунок 3), других патологических изменений не установлено. Выполнено ретроградная аппендэктомия, дренирование брюшной полости. Диагноз после операции: острый гангренозно-перфоративный ретроперитонеальный аппендицит, осложненный абсцессом забрюшинного пространства справа.

В отделении проводилось: антибактериальная, инфузионная, дезинтокси-кационная, противовоспалительная, общеукрепляющая терапия, анальгетики, местное лечение раны антисептиками. Обработка проводилась 3% перекисью водорода,



Рис. 1. Абсцедирующая полость



Рис. 2. Ход отростка



Рис. 3. Удаленный отросток, верхушка куполообразно расширена

хлоргексидином, гипертоническим раствором, борной кислотой, мазью левомеколь. Послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением. 31.03.2011г. больной выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства.

Таким образом, клиническая картина острого аппендицита, протекавшего под маской «Psoas-синдрома» справа при отсутствии патологических изменений брюшной полости, была обусловлена рядом анатомических условий и патологических факторов. Представленное наблюдение позволяет сделать некоторые выводы и обобщения. Прежде всего, при позднем обращении за медицинской помощью возникают различные осложнения острого аппендицита. Определенную помощь в диагностике острого аппендицита в таких случаях оказывает инструментальные методы исследования (УЗИ, КТ и МРТ, лапароскопия).

Проблема экстренной интраабдоминальной патологии у ВИЧ-инфицированных

Шилкин В.В.

Городская больница № 3, г. Петропавловск

Лечение ВИЧ-инфицированных больных с острой хирургической патологией является актуальной проблемой современной медицины. В тоже время эта проблема недостаточно раскрыта, хотя в связи с нарастающей эпидемией ВИЧ, все большее количество ВИЧ-инфицированных обращаются за хирургической помощью [1-4]. Пациенты, инфицированные ВИЧ, нуждаются в специальном медикаментозном и хирургическом лечении, особенно те, у кого ВИЧ-инфекция переходит в СПИД. У ВИЧ-инфицированных пациентов можно выделить следующие типы хирургического вмешательства [5]:

- внутривенные вмешательства;
- аноректальная хирургия;
- диагностические мероприятия;
- серьезные хирургические вмешательства.

Серьезные хирургические вмешательства [5] в основном выполняются по поводу интраабдоминальной патологии: камни в желчном пузыре, аппендицит, желудочно-кишечные кровотечения и пилорический стеноз.

Представляем клиническое наблюдение пациента с ВИЧ. В данном случае больному было проведено серьезное хирургическое вмешательство: Лапаротомия с ревизией внутренних органов, аппендэктомия.

Больной Н., 39лет, поступил в хирургическое отделение 3 городской больницы 03.09.2010г в 8.10.с ДЗ: острый аппендицит.

Состоит на диспансерном учете в ОЦ СПИД, осмотрен инфекционистом ОЦ СПИД 10.09.2010г. ДЗ: В20 III клиническая стадия. Инфильтративный туберкулез легких в фазе уплотнения, МТ (-), Хронический вирусный гепатит С, легкой степени активности, (HCV+), токсический гепатит. Хронический алкоголизм, синдром зависимости. Хронический токсоплазмоз. Состояние после перенесенной левосторонней пневмонии, осложненной плевритом. Терминальный илеит. Тазовый фибринозный перитонит. Вторичный аппендицит.

Доставлен скорой помощью. При поступлении в хирургическое отделение жалобы: на боли в правой подвздошной области, тошноту, сухость во рту.

При поступлении состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Язык обложен белым налетом. В легких жесткое дыхание тоны сердца ритмичные, АД- 120/80 мм.рт.ст. ЧСС- 84 в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, не вздутый, болезненный в правой подвздошной области. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье - Михельсона. Печень – не пальпируется, перистальтика вялая, газы отходят. Мочеиспускание свободное, безболезненное, диурез адекватный, стул - не оформлен. Выставлен ДЗ: Острый аппендицит неуточненный. При поступлении общий анализ крови: лейкоциты- 13, 8x10⁹/л, НВ 126 г/л, эр- 4, 2x10¹²/л, ц.п.- 0,9, п-8, с- 81, м-3, л-8, время кровотечения -4 мин 10 сек, тромбоциты: 197x10⁹/л; в общем анализе мочи: белок- 0, 0бб г/л, лейкоциты- 3-4 в поле зрения, эритроциты- 0-1 в поле зрения. Рентгеноскопия легких: без особенностей. ЭКГ: умеренная синусовая тахикардия.

03.09.2010г. под интубационным наркозом проведена операция: Лапаротомия, ревизия внутренних органов, аппендэктомия.

Послеоперационный диагноз: Болезнь Крона тонкой кишки. Терминальный илеит. Тазовый серозно-фибринозный перитонит. Вторичный аппендицит.

После проведенной операции больной в 13.00 доставлен

в реанимационное отделение. Состояние больного тяжелое, кожные покровы обычной окраски, дыхание ч/з эндотрахеальную трубку. Дыхание в легких жесткое ЧСС-86 в 1 мин. живот мягкий, на пальпацию не реагирует. В 15.00 на фоне ясного сознания проведена экстубация трахеи.

Назначено лечение: Кетотоп 1,0х 3р/д (в/м), ципрофлоксацин- 100мл 2р/д (в/в), метрид 100мл х 2 р/д (в/в), Цеф-3, 1,0 х 2р/д (в/в), перевязки - 1р/д. С целью обезболивания в реанимационном отделении в послеоперационном периоде получал: S. Promedoli 2%- 1,0(в/м).

Лабораторные показатели в динамике. Общий анализ крови: 04.09.10г.: лейкоциты- 12, 8x10⁹/л, НВ- 119 г/л, эр- 3, 88x10¹²/л, ц.п.- 0,92, п-12, с-78, м-5, л-5, тромб -197x10⁹/л; общий анализ мочи: цвет- соломенный, реакция - кислая, белок- 0, 033 г/л, глюкоза- отрицательная, эпителий-2-4, лейкоциты- 2-5 в поле зрения, эритроциты- 0-2 в поле зрения, Кровь на RW- отрицательный. Общий анализ крови: 06.09.10г.: лейкоциты- 6,4x10⁹/л, НВ-113 (г/л), эр- 3,76x10¹²/л, п-12,с-67,м-5,л-6, токсическая зернистость нейтрофилов, тромб-435x10⁹/л; Общий анализ крови: 08.09.10г.: лейкоциты- 6,9x10⁹/л, НВ- 111 (г/л), эр- 3,68x10¹²/л, ц.п.- 0,9 п-4, с- 70, м-6, л-20, токсическая зернистость нейтрофилов, биохимический анализ крови: общий белок- 75 г/л, мочевины 5,9 ммоль/л, креатинин- 0,05 ммоль/л, билирубин общий- 10,2 ммоль/л, Алт- 71 ед/л, Асат- 71 ед/л, холестерин- 2,5 ммоль/л, глюкоза 5,7 ммоль/л, калий- 4,0 ммоль/л, натрий- 140 ммоль/л. Кровь на маркеры гепатитов: HbsAg- не обнаружено, а-HCV IgG- обнаружено.

Узи внутренних органов от 06.09.2010г.: Гепатомегалия. Диффузные изменения печени по типу токсического гепатита. УЗ признаки хронического холецистита. Диффузные изменения поджелудочной железы. Спленомегалия. УЗ признаки наличия жидкости в брюшной полости. Выраженная пневмотизация кишечника. УЗ признаки уплотнения паренхимы почек.

В реанимационном отделении у больного периодически спутанное сознание, психомоторное возбуждение, временами дезориентирован, критика снижена, 07.09.10 консультирован наркологом. Выставлен дз: ППР, связанная с употреблением алкоголя, синдром отмены с делирием. Лечение согласовано с наркологом.

8.09.10 больной с положительной динамикой больной переведен в хирургическое отделение. Жалобы на боли в области оперативного вмешательства. Больной в сознании адекватен, ориентирован. Состояние стабильно тяжелое, кожные покровы обычной окраски. Язык обложен белым налетом. В легких жесткое дыхание, проводится по всем легочным полям. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС- 78 в 1 мин, АД- 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, подвздутый, умеренно болезненный. Умеренная болезненность в области оперативного вмешательства. Перистальтика вялая, газы отходят. Диурез адекватный. Послеоперационная повязка сухая. По дренажу скудное серозно-геморрагическое отделяемое. 08.09.10 в 23.30 у больного психомоторное возбуждение, клиника психоза. По органам без динамики. Учитывая клинику психоза, больному назначена медикаментозная седация. Назначено: S/ Relanii 0,5%- 2,0 (в/м).

10.09.10г. Консультирован врачом ОЦ СПИД, В АРВТ - не нуждается, наблюдение в ОЦ СПИД после выписки.

В дальнейшем состояние больного без ухудшения, по органам - динамика положительная, улучшение лабораторных показателей. 16.09.10 больной выписан из хирургического от-

деления. Диагноз: Болезнь Крона тонкой кишки. Терминальный илеит. Вторичный аппендицит. Тазовый серозно-фибринозный перитонит. Сопутствующий диагноз: ВИЧ- инфекция, 3 клиническая стадия.

Полученное лечение: Кетотоп 100мг/ 2мл x 2 р (в/м)- 5 дн, ципрофлоксацин- 200мг/ 100мл x3р (в/в)- 6 дн, метронидазол 0,5%-100 мл x 3 р (в/м)- 6дн, Цеф III 1,0 x 2р (в/м), дезинтоксикационная, обезболивающая, седативная терапия. Больной выписан из отделения с улучшением по хирургическому профилю на 14 день лечения под наблюдение хирурга поликлиники, терапевта, гастроэнтеролога. Рекомендован прием сульфасалазина 500мг x 3р/д и наблюдение у инфекциониста и нарколога.

В данной статье больному с ВИЧ- инфекцией было проведено серьезное оперативное вмешательство. Объем операции: лапаротомия, ревизия внутренних органов, аппендэктомия. Послеоперационный диагноз: болезнь Крона. Кроме того, послеоперационный период осложнился развитием у больного

клиники психоза. Это наблюдение будет представлять интерес для врачей- хирургов и специалистов, занимающихся оказанием помощи ВИЧ-инфицированным.

Литература

1. Гранитов В.М. ВИЧ- инфекция / СПИД, СПИД - ассоциированные инфекции и инвазии.- 122с.
2. Дизенгоф И.М. Принципы антибактериальной терапии гнойной инфекции кожи и мягких тканей при сопутствующем ВИЧ – инфицировании. Автореферат. 2009. -134с.
3. Дизенгоф И.М., Хачатрян Н.Н., Смирнов Г.Г., Лазуткина Л.И. Хирургическая инфекция кожи и мягких тканей у ВИЧ- инфицированных. Городская клиническая больница № 81 Департамента здравоохранения г. Москва, 2007.
4. Змушко Е.И., Белозеров Е.С. ВИЧ- инфекция.- Санкт-Петербург, 2000.- 318с.
5. Wastell C, Cerless D, Keeling N. Surgery and human immunodeficiency virus-1 infection. Am J Surg 1996; 172: 89-92.

Герметизация желудочно-кишечных анастомозов препаратом Тахокомб в условиях «компрометированной» кишечной стенки

Ахмеджанова Г.А.

Казахский национальный медицинский университет, кафедра хирургических болезней №1

Актуальность проблемы

В ургентной хирургии проблема надежности кишечного шва особенно актуальна: частота развития внутрибрюшных осложнений после экстренных операций существенно выше, чем после планового вмешательства и достигает 62,3% (1, 2). Причина в том, что восстановление непрерывности ЖКТ выполняется в условиях некупированного воспаления брюшины, нарушенного мезентериального кровообращения и микроциркуляции, на фоне постгеморрагической или септической анемии, раковой интоксикации – регенеративные ресурсы у данного контингента больных резко ограничены (3). При перитоните и острой кишечной непроходимости (ОКН) положение усугубляется развитием синдрома интраабдоминальной гипертензии и наличием так называемой «компрометированной» кишечной стенки как следствия реализации синдрома системного воспалительного ответа: генерализованного висцерального отека с прогрессирующей перитонеальной экссудацией и энтеральной недостаточностью. Формирование анастомоза в этих условиях – вынужденная мера, чреватая высоким риском его несостоятельности, поэтому повышенная механическая прочность, физическая и биологическая герметичность соустья приобретают особую значимость. Еще большим риском сопровождается хирургическое лечение несостоятельного шва или анастомоза ЖКТ с развитием послеоперационного перитонита. Несмотря на наличие отработанной лечебной тактики, хирург нередко оказывается перед сложным выбором как в тактических, так и в технических вопросах, например, при несостоятельности шва двенадцатиперстной кишки (ДПК), наложенного при перфорации так называемой «седловидной» язвы, при ранениях задней стенки ДПК с развитием забрюшинной флегмоны и перитонита, когда иссечение тканей вокруг несостоятельного шва не представляется возможным. Наиболее оптимальным выходом из таких ситуаций является защита соустья путем дополнительной герметизации, «выключения» из пассажа кишечного содержимого или декомпрессии кишечного тракта.

Материалы и методы

С целью герметизации анастомозов, сформированных на «компрометированной» стенке полых органов, в нашей клинике используется фибрин-коллагеновая субстанция «Та-

Ішек қабырғасы қабынған (өзгерген) кезде салынған асқазан және аш ішек тігістерінің герметизациясы.

Г.А.Ахмеджанова

Бұл мақалада 33 науқасқа жасалынған жедел хирургиялық ауруларға, сонымен қатар перитонитке байланысты асқазан, аш ішек және тоқ ішекке жасалынған анастомоз бен тігістердің герметизация жөнінде жүргізілген тәжірибелік жұмыстары көрсетілген. Ішек қабырғасы қабынған (өзгерген) кезде салынған асқазан және ішек тігістерінің герметизациясы «ТахоКомб» қолдану арқылы операциядан кейіні асқынуларды томендетті (тігістердің жетіспеушілігіне байланысты).

Hermetic Sealing Gastric And Intestinal Sutures, Imposed In Conditions Of Inflamed Intestinal Wall

G.A. Akhmedjanova

It is presented experience sealing sutures and anastomoses on a stomach, a thin and thick gut at 33 patients operated concerning acute surgical diseases, and also concerning a peritonitis. Hermetic sealing gastric and intestinal sutures, imposed in conditions of inflamed intestinal wall by tachocomb, has allowed to avoid heavy after the operational complications connected with insufficiency of a sutures.

хокомб», производитель: «Nycomed», Австрия. «Тахокомб» - пластина-губка почти белого цвета с желтым покрытием на одной стороне, состоящая из коллагена, фибриногена, тромбина, аprotинина, рибофлавина. При контакте с раневой поверхностью содержащиеся в покрывающем коллаген слое факторы свертывания высвобождаются и тромбин превращает фибриноген в фибрин, который обеспечивает гемостатический и адгезивный эффекты. Аprotинин препятствует преждевременному фибринолизу плазмином. Коллагеновая пластина при этом служит хорошим защитным слоем, не пропускающим жидкость и воздух.

В нашей клинике ТК с успехом использовался для достижения гемостаза при холемических кровотечениях из ложа желчного пузыря, при ранениях печени, в том числе и при обширных ранениях. При оценке эффективности препарата в экспериментальных работах или клинической практике всеми

исследователями подчеркивается простота аппликации на раневую поверхность с обеспечением быстрого и надежного гемостаза.

С 2007 годамы используем ТК для герметизации анастомозов на ЖКТ. Пластины моделируем по длине анастомоза с захватом части брыжейки в виде полоски шириной не менее 2-2,5 см, т.е. по 1 см с каждой стороны от линии шва, тщательно сушим зону соустья. Аппликацию препарата производим стороной, покрытой факторами свертывания и помеченной желтым цветом. Фиксацию осуществляем сухими рабочими марлевыми тупферами в течение 3-5 мин (необходимо заранее приготовить несколько сухих рабочих тупферов, так как при прикосновении влажным тупфером происходит адгезия и отрыв пластины от кишки). Важно: аппликацию препарата необходимо проводить в последнюю очередь – после санации брюшной полости, перед закрытием раны передней брюшной стенки. В противном случае может произойти отрыв пластины.

Герметизация линии швов полых органов ТК была применена нами у 33 больных в возрасте от 17 до 84 лет, оперированных по поводу острых хирургических заболеваний желудочно-кишечного тракта (табл.1).

Чаще всего ТК использовался при перитонитах - 27, в том числе, послеоперационных - 14, при операциях по поводу язвенного гастродуоденального кровотечения – 4, рака толстой кишки, осложненного кровотечением тяжелой степени – 2. Источником перитонита явились: несостоятельность швов, наложенных на различных уровнях ЖКТ при первичной операции, перфоративные гастродуоденальные язвы, ОКН, рак толстой кишки.

Чаще всего ТК использовался при операциях по поводу гастродуоденального кровотечения, кровотечения из распадающейся опухоли толстой кишки, при перитонитах, в том числе и послеоперационных. Источником перитонита явились: несостоятельность швов, наложенных на различных уровнях ЖКТ при первичной операции, перфоративные гастродуоденальные язвы, ОКН, осложненный рак толстой кишки.

Таблица 1. Распределение больных по характеру и объему оперативного вмешательства

Характер и объем операции	Кол-во больных
1 Релапаротомия, ушивание несостоятельного шва желудка	1
2 Релапаротомия, ушивание несостоятельного шва ДПК	2
3 Релапаротомия, ушивание несостоятельного шва ДПК с выключением ДПК и формированием переднего впередиободочного гастроэнтероанастомоза	3
4 Релапаротомия, прошивание кровоточащей язвы ДПК	2
5 Релапаротомия, ушивание несостоятельных швов печени, ушивание разрыва тонкой кишки	1
6 Релапаротомия, резекция тонкой кишки с анастомозом «бок в бок»	2
7 Релапаротомия, устранение спаечной кишечной непроходимости, адгезиолизис, аппликация десерозированных участков кишки	2
8 Релапаротомия, резекция тонкой кишки с илеоасцендоанастомозом «конец в бок»	1
9 Релапаротомия, правосторонняя гемиколэктомия с продольным термилолатеральным илеотрансверзоанастомозом	2
10 Ушивание перфоративной язвы	2
11 Ушивание перфоративного отверстия тощей кишки	1
12 Резекция 2/3 желудка	5
13 Субтотальная резекция желудка	1

14	Резекция тонкой кишки с анастомозом «бок в бок»	3
15	Ушивание свищевого отверстия тонкой кишки	1
16	Правосторонняя гемиколэктомия с продольным инвагинационным илеотрансверзоанастомозом	4
	Всего	33

Результаты

Несмотря на то, что ТК применялся в крайне неблагоприятных условиях, в послеоперационном периоде лишь в 1 случае имела место несостоятельность шва после ушивания свища тонкой кишки с герметизацией линии шва ТК, 1 больная умерла от полиорганной недостаточности (диагноз: Ожоговая болезнь. Состояние после релапаротомии, резекции тонкой кишки с илеоасцендоанастомозом «конец в бок»); гнойно-воспалительных заболеваний брюшной полости не наблюдалось.

Таким образом, результаты наших клинических исследований дали вполне обнадеживающие результаты: использование метода герметизации шва ТК в условиях «компрометированной» кишечной стенки, перитонита, при наличии токсикоанемического синдрома, постгеморрагической анемии, гипопротейнемии, когда регенеративные ресурсы организма угнетены, позволяет избежать тяжелых послеоперационных осложнений, связанных с несостоятельностью шва.

Дополнительная герметизация линии шва ТК позволяет увереннее использовать прецизионные швы. Некоторая осторожность в отношении применения однорядных швов, особенно в ургентной хирургии, представляется нам не оправданной. Еще Холстед подчеркивал, что второй ряд швов таит в себе больше опасности, чем надежности. Проведенное нами ранее экспериментальное и клиническое исследование (4, 5) обосновало целесообразность использования однорядного серозно-мышечно-подслизистого шва при операциях на ЖКТ. Параметры шва обеспечивают прецизионное сопоставление равных поверхностей кишечной стенки с адекватной адаптацией слоев без образования тканевого валика в просвете кишки, без сквозного прокалывания слизистой, что благоприятно влияет на характер и сроки регенерации тканей. Аппликация линии однорядного шва ТК изолирует соустье от неблагоприятных внешних факторов (перитонеальный экссудат), обеспечивая ему дополнительную физическую и биологическую герметичность.

Однорядный шов с герметизацией ТК был использован нами в 9 случаях на различных уровнях ЖКТ: при ушивании перфоративной язвы (3), ушивании перфоративного отверстия тощей кишки (1), тонко-тонкокишечного анастомоза по типу «бок в бок» (1), продольного инвагинационного илеотрансверзоанастомоза (4); случаев несостоятельности шва не отмечалось.

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о соответствии ТК заявленным свойствам и целесообразности его применения как средства повышения герметичности швов, наложенных в неблагоприятных условиях: при перитоните, ОКН, при наличии токсикоанемического синдрома, постгеморрагической анемии, гипопротейнемии.

Литература

1. О. Б. Милонов, К. Д. Тоскин, В. В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии, ... Издательство: Медицина, 1990 г. Твердый переплет, 560 стр. ...
2. Каншин, Н. Н. Хирургическое лечение послеоперационного перитонита, вызванного несостоятельностью кишечных швов / Н. Н. Каншин. – М.: Профиль, 2004. – 64 с. ...
3. Савельев, В. С. Перитонит: практич. руковод.; под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова. – М.: Литтерра, 2006. 208 с.
4. Султаналиев Т.А., Тлеуф Б.Д., Казыбаев Н.К., Ахмеджанова Г.А. Реконструктивные операции на толстой кишке. // Материалы II Конгресса Ассоциации хирургов им. Пирогова, г. Санкт-Петербург, 1998, С.187-188.
5. Ахмеджанова Г.А. Сравнительное изучение процессов заживления однорядного и традиционного двухрядного анастомоза в эксперименте. // Известия Академии наук РК, 2003, №5, С. 92-96.

Первичная резекция желудка при кровотечении язвенного генеза у больного с обширным ожогом туловища. Клиническое наблюдение

Ахмеджанова Г.А.

Казахский национальный медицинский университет, кафедра хирургических болезней №1

Ожоговая болезнь – это сложный комплекс взаимосвязанных патогенетических реакций, в структуре которой можно выделить три основных клинических синдрома: ожоговый шок, ожоговая токсемия, ожоговая септикотоксемия. Начавшиеся во время ожогового шока метаболические нарушения в период острой ожоговой токсемии прогрессируют и приобретают разрушительные тенденции. В результате на фоне микроциркуляторной тканевой гипоксии возникают тяжелые функционально-морфологические изменения со стороны внутренних органов и систем. Эти изменения и определяют клинические проявления таких опасных для жизни осложнений ожоговой болезни как ранняя пневмония с прогрессирующим развитием легочно-сердечной недостаточности, эрозивно-язвенные изменения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), перфоративная язва ЖКТ, сепсис и ряд других. В 0,15–41,5% (1, 2, 3, 4, 5) случаев у больных с ожогами стресс-язвы (в том числе так называемые язвы Курлинга), а также хронические язвы осложняются тяжелым желудочно-кишечным кровотечением, часто профузным, что отягощает течение болезни, нередко становится непосредственной причиной смерти больных. Прижизненная диагностика осложняющих ожоговую болезнь острых хирургических заболеваний органов пищеварения обычно трудна и нередко является секционной находкой. Разнообразие проявлений ожоговой болезни и ее осложнений, частое использование при лечении обожженных обезболивающих и седативных средств, антибиотиков и кортикостероидных гормонов маскируют или извращают симптоматику развивающегося острого патологического процесса в брюшной полости. Сложен и выбор оптимальной лечебной тактики при язвах ЖКТ, осложненных кровотечением, так как у обожженных больных, как правило, имеются и общие нарушения, значительно повышающие риск операции. По данным некоторых авторов (Stein H.J., 1989, Pruitt V.A., 1981, Б.С.Вихриев, 1985), летальность у данной группы больных при радикальных операциях на желудке достигает 100%. Высокий уровень летальности обусловлен совокупностью взаимоотяжеляющих факторов: ожоговой болезнью с развитием ожогового истощения на фоне септикотоксемии, которое подавляет репаративные процессы в целом и хирургическим вмешательством на фоне кровотечения и постгеморрагической анемии, что также создает крайне неблагоприятные условия для регенерации и значительно ухудшает непосредственные результаты операций.

В настоящей работе представлено клиническое наблюдение – радикальное хирургическое лечение язвенной болезни ДПК, осложненной кровотечением тяжелой степени на фоне ожоговой болезни (ожог I-II-III степени, площадь - 45%) в стадии септикотоксемии (на 15 сутки с момента получения термической травмы) с удовлетворительным результатом.

Больной А., 46 лет, госпитализирован 3.06.07 22.50 с диагнозом:

Термический ожог I-II-III степени 45% лица, туловища, обеих верхних и нижних конечностей. Ожог верхних дыхательных путей. Ожоговый шок. Отравление продуктами горения.

Из анамнеза: Доставлен через 30 минут после травмы – получил ожог пламенем в результате взрыва газового баллона.

Объективно: Состояние тяжелое. В сознании, возбужден. Голос осиплый. Дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы, тахипноэ. Тахикардия, ЧСС 120/мин, АД – 100/60. Живот мягкий, безболезненный. Локальный статус: Термическое поражение I-II-III степени 45% лица, туловища, обеих верхних и нижних

конечностей в виде гиперемии, вскрывшихся пузырьей, плотных ожоговых струпов. Осмотрен терапевтом: Хронический бронхит, ремиссия. Хронический гастрит, ремиссия. Больному в течение 5 суток проводилась интенсивная терапия в ОАРИТ: анальгетики, инфузионная терапия в объеме 5,0л, симптоматическая терапия, местное лечение ожоговых ран под в/в обезболиванием.

В ожоговом отделении через 6 суток с момента поступления в стационар у больного появились жалобы на боль в эпигастрии с иррадиацией в спину, многократную рвоту, икоту. Осмотрен хирургом, рекомендовано ЭФГДС: Хроническая язва луковицы ДПК диаметром 3,0 см, с глубоким кратером, подрытыми краями и перифокальным воспалением. Пенетрация? Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости, пневмогастрография: свободного газа под куполом диафрагмы не выявлено, УЗИ брюшной полости: Свободной жидкости в брюшной полости и сальниковой сумке нет. В ОАК: лейкоцитоз – $22,0 \times 10^9/\text{л}$. Больному отменены нестероидные противовоспалительные препараты, назначена противоязвенная терапия: антисекреторная терапия, антибиотики, антациды.

Через 17 суток от момента поступления 20.06.07 у больного появились клинические признаки ЖКК: жалобы на слабость, головокружение, жидкий черный стул; изменение показателей гемодинамики: ЧСС – 104/мин, АД – 80/40; снижение показателей «красной крови»: Hb – 70г/л, эритроциты – $2,4 \times 10^9/\text{л}$. На ЭФГДС: Хроническая язва луковицы ДПК, осложненная кровотечением, Forrest II b. Больной переведен в ОАРИТ, проводилась антисекреторная, гемостатическая терапия, гемотрансфузия. В динамике у больного на фоне гемотрансфузии имело место снижение показателей красной крови: Hb – 68 – 60, эритроциты – 2,1 – 2,0; на ЭФГДС - Хроническая язва луковицы ДПК, осложненная продолжающимся кровотечением, Forrest I b, рекомендовано хирургическое лечение в экстренном порядке по жизненным показаниям, предполагаемый объем – ушивание язвы.

21.06.07 произведена операция – Лапаротомия, резекция 2/3 желудка по Бильрот-II с гастроэнтероанастомозом на длинной петле с межкишечным анастомозом по Брауну. Операционная находка: в брюшной полости около 400 мл крови, хроническая «нижкоксидающая» язва ДПК с перфоративным отверстием, из которого пролабирует рыхлый кровяной сгусток, дуоденотомия – язва диаметром 2,5 см, кровотечение продолжается, после извлечения сгустка – профузное кровотечение, пенетрирует в головку поджелудочной железы, перифокальное воспаление. Учитывая наличие сочетания осложнений, принято решение о расширении объема операции до резекции желудка. Низкое расположение язвы, сложное выделение задней стенки ДПК и, как следствие, «трудная культура», явились причиной формирования гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом по Брауну. Интраоперационно перелито 1,040 л эрмассы, 940 мл СЗП. Больному проводилось комплексная интенсивная терапия в ОАРИТ в течение 11 суток, выявлен инфильтративный туберкулез S_1 в фазе распада, назначено специфическое лечение (изоиазид, рифампицин, этамбутол) и изоляция. В ожоговом отделении продолжена антибактериальная терапия, дезинтоксикационная, симптоматическая терапия, средства, улучшающие микроциркуляцию, альбумин. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 14 сутки. Местное лечение ожоговых ран проводилось под общим обезболиванием. После очищения ран выполнена аутодермопластика.

ЭФГДС через 25 суток с момента операции: Оперированный желудок, анастомоз проходим, кольцо анастомоза округлой формы.

Больной выписан на 90-е сутки с момента поступления в стационар после приживления кожных трансплантатов.

Больной обследовался в динамике.

Больной обследован через 1 год 11 месяцев и через 4 года после операции на желудке. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Больной удовлетворительного питания. Диспепсических нарушений нет. ЭФГДС: Резецированный желудок (2007 год). Область анастомоза без особенностей. Складки желудка средние, расправляются, перистальтика нормальная. Приводящая и отводящая кишки без особенностей. Рентгенокопия желудка: Эвакуаторных нарушений нет.

Литература

1. Ермолов А.С. и др. Эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта у обожженных. Сб. научных трудов, посвящая памяти акад. Б.А. Петрова. М 1998; 82-87.
2. Ермолов А.С. и др. Эрозивно-язвенные поражения желудочно-

кишечного тракта у тяжелообожженных: патогенез и профилактика. Желудочно-кишечные кровотечения у тяжелообожженных: Материалы городской научно-практич. конференции М: НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского 1999; 4-6.

3. Мизиев И.А. Комплексное лечение больных с острыми язвами и эрозиями желудка и двенадцатиперстной кишки. Современные аспекты неотложной хирургии. Ростов-на-Дону 1996; 66-78.

4. Осипов И.С. Повреждения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта у пациентов с полиорганной недостаточностью. Желудочно-кишечные кровотечения у тяжелообожженных: материалы городской научно-практич. конференции. М 1999; 13-15.

5. Турсунов Б.С., Ахматов Ж.А., Кадыров Р.Н. Клинико-эндоскопическая диагностика поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у обожженных. Материалы международной конф., посвященной 60-летию ожогового центра НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Скорая мед помощь 2006; 3: 91-92.

6. Stein H.J., Esplugues J., Whittle B.J. et al. Direct cytotoxic effect of oxygen radicals on the gastric mucosa. Surgery 1989; 106: 2: 318—324.

7. Pruitt B.A., Goodwin C.W. Stress ulcer disease in burned patient. World J Surg 1981; 5: 2: 209—222.

8. Вихриев Б.С. Острые хирургические заболевания органов пищеварения у обожженных. Л: Медицина 1985; 165.

Сравнительное изучение процессов заживления однорядного и традиционного двухрядного толстокишечного анастомоза в эксперименте

Ахмеджанова Г.А.

Казахский национальный медицинский университет, кафедра хирургических болезней №1

Процесс заживления ран представляет собой саморегулирующую систему со стереотипной динамикой: повреждение – микроциркуляторная реакция – экссудация и эмиграция клеток из сосудов – очищение от продуктов распада – пролиферация фибробластов и рост сосудов – фибриллогенез коллагена – созревание и фиброзное превращение грануляционной ткани – реорганизация и инволюция рубца тканях (1). В первые часы после рассечения тканей раневой канал заполняется рыхлым кровяным сгустком, в котором быстро появляются плазменные (циркулирующие) и клеточные (локальные, связанные с деятельностью клеток – лаброцитов, тромбоцитов, макрофагов, лимфоцитов, полиморфноядерных лейкоцитов) медиаторы, вызывающие типичные воспалительные изменения в виде расширения сосудов, гиперемии, стаза, экссудации, лейкоцитарной инфильтрации. В воспалительном экссудате, который пропитывает края раны, содержится большое количество белков, протеолитических ферментов, микрофагов (нейтрофильных лейкоцитов) и макрофагов (моноцитов, гистиоцитов); происходит лизис некротизированных тканей, развивается макрофагальная реакция, во многом определяющая ход репаративного процесса. Именно макрофаги являются посредниками привлечения иммунной системы в воспалительную реакцию, индуцируют появление фибробластов, образование капилляров и синтез коллагена, т.е. стимулируют наступление завершающей фазы репаративной регенерации при воспалении. Выраженность макрофагальной реакции и связанной с ней пролиферации фибробластов находится в обратной зависимости от выраженности лейкоцитарной инфильтрации: чем менее выражены деструктивные явления и связанная с ними лейкоцитарная инфильтрация, тем более выражены процессы репаративной регенерации. Таким образом, важным условием для ускоренного течения заживления любой раны является минимальное дегенеративное изменение ее краев, что обеспечивается минимальной травматизацией тканей, хорошим кровоснабжением, минимальным микробным обсеменением. Кроме того, существенное значение для активации регенеративных процессов в ране имеет соприкосновение раневых поверхностей, в идеале – контактирование одноименных анатомических структур. При

Бірқатарлы және дәстүрлі екіқатарлы тоқ ішектік анастомоздың жазылу үрдісін салыстырмалы бағалау
Г.А.Ахмеджанова

Біздің зерттеуіміздің негізгі мақсаты бірқатарлы және дәстүрлі екіқатарлы тоқ ішекаралық анастомоз аймағындағы тіндердің регенерация ерекшелігі мен мерзімін салыстырмалы морфологиялық бағалау болып табылады. Тәжірибелік 40 көртышқанда бірқатарлы тігістің дәстүрлі екі қатарлы тігіске қарағанда жазылу мерзімі мен регенерация сипатында анағұрлым артықшылығы анықталды.

The comparative morphological study of one-lined healing processes and traditional two-lined large intestinal anastomose in experiment

G.A.Akhmedjanova

The comparative morphological study of one-lined healing processes and traditional two-lined large intestinal anastomose in experiment revealed the important advantage of one-lined anastomose. Its healing course has a minimal expressed inflammatory reaction and a character of aseptical productive inflammation with earli activization of proliferative phase and with approach of reparative phase in short period.

этом раневой канал должен быть изолирован от агрессивного воздействия внешних факторов (микроорганизмы, биологические жидкости, высыхание).

Динамика раневого процесса, а также факторы, влияющие на него, являются общими для всех ран, в том числе и для межкишечного анастомоза. Поэтому при выборе способа формирования толстокишечного анастомоза необходимо учитывать возможность активного воздействия на течение раневого процесса путем создания наиболее благоприятных условий для регенерации.

Целью

нашего исследования было сравнительное изучение процессов заживления анастомозов, сформированных однорядным непрерывным обвивным швом и традиционным двухрядным швом

Альберта-Шмидена-Ламбера.

Материал и методы

Экспериментальное исследование выполнено на 40 белых крысах линии Вистер массой 200-250г на базе КНМУ им. С.Д.Асфендиярова. Все этапы эксперимента проводились с соблюдением обязательных правил гуманного обращения с животными.

После отбора здоровых особей мужского пола и 10-дневного карантина животные были разделены на 2 равные группы: основную (I) и контрольную (II).

Предоперационная подготовка кишечного тракта была идентичной в обеих группах: в течение 12 часов до операции крыс лишали пищи.

Операции выполнялись в асептических условиях под наркозом (эфирный наркоз под стеклянным колпаком в течение 3 минут дополняли в/м введением 0,03 мл специального ветеринарного наркоза "Рометар"). После выбривания и обработки операционного поля широким срединным разрезом вскрывали брюшную полость, извлекали толстую кишку. Резецировали сегмент нисходящей ободочной кишки длиной 2,0 см и формировали толсто-толстокишечный анастомоз по типу "конец в конец".

В основной (I) группе – 20 крыс – толсто-толстокишечные анастомозы формировали по типу "конец в конец" однорядным непрерывным обвивным серозно-мышечно-подслизистым швом без захвата слизистой оболочки.

В контрольной (II) группе – 20 крыс – толсто-толстокишечные анастомозы формировали по типу "конец в конец" традиционным двухрядным швом Альберта-Шмидена-Ламбера: внутренний непрерывный шов выполняли викрилом, наружные узловы швы - шелком на атрауматической игле. Расстояние от края раны кишки, между рядами швов и между стежками составляло 0,2 см.

Антибиотикопрофилактику в обеих группах проводили интраоперационно путем введения в брюшную полость раствора цефамизина (0,004г).

Брюшную полость ушивали послойно непрерывным обвивным швом.

В послеоперационном периоде осуществляли систематическое наблюдение за животными.

По срокам изучения процессов заживления (3, 7, 12, 30 сутки) животные были разделены на 4 серии по 5 особей в каждой.

Таблица 1 – Распределение животных по группам и срокам эксперимента

Группы животных	Кол - во животных	Сроки выведения животных из эксперимента (в сутках после операции)			
		3	7	12	30
I группа	20	5	5	5	5
II группа	20	5	5	5	4+1

Соответственно, на 3, 7, 12, 30 сутки после операции в обеих группах под адекватным наркозом (эфирный наркоз в сочетании с рометаром) производили релапаротомию и иссечение сегмента толстой кишки с анастомозом длиной 2,0 см. Эвтаназию осуществляли передозировкой рометара. После изучения макропрепарата фиксировали его в 10% растворе формалина и направляли на морфологическое исследование. Микропрепараты были изготовлены и изучены в патогистологической лаборатории ЦГКБ.

Результаты и обсуждение

Морфологические исследования в основной (I) группе показали, что однорядный шов создает оптимальные условия для

заживления межкишечного анастомоза. При макроскопическом изучении зоны анастомоза отмечалось соприкосновение рана-вых поверхностей кишечной стенки без образования тканевого валика и диастаза слизистой и серозной оболочек; уже на 7 сутки после операции зона анастомоза со стороны серозной оболочки обнаруживалась с трудом – новообразованный серозный покров практически полностью скрывал линию шва. Гистологически отмечалось адекватное сопоставление одноименных слоев кишечной стенки, отсутствие явлений некробиоза в зоне контакта тканей, заживление протекало с минимальной воспалительной реакцией как по степени выраженности, так и по продолжительности, носило характер асептического продуктивного воспаления, о чем свидетельствовало отсутствие нейтрофильной инфильтрации, ранняя активная пролиферация клеток фибробластического ряда, ранняя эпителизация. Так, например, уже на 3 сутки макрофагальная реакция была уже практически завершена, определялась грануляционная ткань с преобладанием фибробластов, по всему периметру анастомоза четко прослеживалась линия регенерации эпителия слизистой; на 7 сутки зона анастомоза была заполнена грануляционной тканью с выраженной сетью кровеносных сосудов, богатой фибробластами, серозная оболочка была восстановлена на всем протяжении; на 12 сутки слизистая была эпителизована, регенерация - завершена. В брюшной полости во все сроки наблюдения отмечено отсутствие выпота, массивного спаечного процесса, что является косвенным подтверждением биологической герметичности анастомоза.

При морфологическом исследовании в контрольной (II) группе установлено, что заживление традиционного двухрядного анастомоза протекает с выраженными воспалительно-деструктивными явлениями. Макроскопическое изучение зоны анастомоза выявило наличие тканевого валика, выступающего в просвет кишки, участки некроза и изъязвлений по внутреннему ряду шва, которые обнаруживались на 12 сутки после операции, в 3 случаях - дефект анастомоза. При гистологическом исследовании установлено, что заживление анастомоза, сформированного двухрядным швом сопровождается нарушением микроциркуляции – отек распространяется на все слои кишечной стенки, явлениями некробиоза - участки некроза и выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами выявлены во всех тканях, обработанных в просвет кишки. Лишь на 7 сутки отмечены признаки регенерации - единичные фибробласты, гистиоциты. Эпителизация слизистой начиналась на 12 сутки, на 30 сутки сохранялись точечные эрозии по периметру анастомоза и отдельные элементы воспаления.

Сравнительное морфологическое изучение характера и сроков регенерации тканей в области межкишечного соустья в основной и контрольной группе выявило значительное преимущество однорядного анастомоза, заживление которого протекает с минимально выраженной воспалительной реакцией, носит характер асептического продуктивного воспаления с ранней активизацией пролиферативной фазы и наступлением репаративной фазы в короткие сроки.

Таким образом, получено экспериментальное обоснование целесообразности применения однорядного непрерывного обвивного серозно-мышечно-подслизистого шва при восстановительных и восстановительно-реконструктивных операциях на толстой кишке.

Литература

Грубник В.В., Ковальчук А.В. Особенности заживления анастомозов при операциях на пищеварительном канале, выполненных с использованием лазерного излучения. // Клин. хирургия, 1991, № 5, С. 57-61.

Изменения метаболизма белка в крови в зависимости от видов токсических веществ накопившихся в брюшном выпоте при терминальной фазе перитонита

Гараев Г.Ш., Алиев С.Д., Ахмедзаде У.И., Гасанов М.Дж, Дадашова Н.Р.

Азербайджанский медицинский университет, Научно-исследовательский центр, кафедра патологической физиологии и общей хирургии

Среди острых патологий брюшной полости перитонит занимает особое место вследствие высокой смертности (Ю.Б. Стручков, И.В. Горбачева, 2007). Основной причиной смертности является стремительное развитие эндогенной интоксикации с переходом в септический шок (Анауа et al., 2003). Известно, что первопричиной эндогенной интоксикации является образование токсических веществ вследствие жизнедеятельности микрофлоры в брюшной полости, нарушение пищеварительного тракта, в конечном итоге, приводящее к деструкции. Все это кровью и лимфой распространяется по всему организму и приводит к интоксикации (Федоров В.Д. с соавт., 2000; Гараев Г.Ш. с соавт., 2010; Hernandes et al., 2006).

Несмотря на имеющиеся многочисленные данные о элиминации токсических веществ в брюшную полость, являющихся продуктами жизнедеятельности микрофлоры, очень мало известно о токсических веществах, образованных во время деструктивных процессов тканей. В связи с этим в последние годы Научно-исследовательский центр АМУ занимался изучением токсических метоболитов внутрибрюшной жидкости во время перитонита. Были обнаружены в перитонеальном экссудате продукты липидпероксидазы, триацилглицериды и ненасыщенные жирные кислоты (Garaev G.Sh. et al. 2008).

Изучение влияния этих веществ на синтез белка в клетках печени представляет большой интерес. Так, общий белок и его метоболиты являются важными компонентами физиологических функций, в частности, участвуют в адаптационно-компесаторных, иммунно-реактивных механизмах, а во время перитонеальной интоксикации их действие ослабевает (Пашенко Ф.Ф. с соавт 2007, Li.J., et al. 2006; Felix N.J. et al., 2007).

Материал и методы

Исследования проводились на 42 белых крысах, разделенных на 3 группы.

1 группа - 6 интактных белых крыс.

2 группа - 18 белых крыс, которым вводили в брюшную полость 10 мл перитонеального экссудата, содержащего высокую концентрацию продуктов липидпероксидазы.

3 группа - 18 белых крыс, вводили в брюшную полость 10 мл перитонеального экссудата, в составе которого содержалась высокая концентрация ненасыщенных жирных кислот.

Во всех группах забор крови производили на 1,3,7 дни. В крови определялось количество общего белка, альбумина, глобулина, α_1 -глобулина, α_2 -глобулина, β -глобулина. Анализ производился на FP-500 микроанализаторе. α_1 , α_2 и β - глобулины под воздействием продуктов фосфатов в различных концентрациях проводили через серологическую белковую фракцию, затем через микроанализатор (производство Швейцарии).

Перитонеальный экссудат в терминальной фазе перитонита был взят из брюшной полости после хирургической операции, отфильтрован и помещен в стеклянную посуду. Полученный экссудат во 2-й раз фильтровался через бумажный фильтр в стеклянную посуду.

В используемом перитонеальном экссудате определялись концентрации малондеальдегидов (Uchiyama и Mishara предложенный метод, модифицированный И.Д.Стальная), смесь диеновых конъюгантов (И.Д.Стальная) и общая антиоксидантная активность (Е.В.Спектор с соавт.). Ненасыщенные жирные кислоты определялись хроматографически (Л.М.Осадчая, 1982).

В перитонеальной жидкости взятой из брюшной полости в терминальной фазе перитонита обнаружены липидпероксидаза, и ненасыщенные жирные кислоты.

Изучалось влияние этих веществ на белковой метаболизм в крови.

Ключевые слова: перитонит, перитонеальный экссудат, продукты липидпероксидазы, ненасыщенные жирные кислоты, метоболиты белка.

The changes of albumen's metabolism in blood dependence of the species of toxic substances wich are accumulating in the abdominal ligured at the terminal phase of the peritonitis.

Qarayev Q.Sh., Aliyev S.D. Achmedzade U.I., Qasanov M.C., Dadashova N.R.

The changes of the albumen's metabolism in blood connect with the presense of toxic substance in the terminal phase of the peritonitis. We staded the influence of lipidperoxidaze and unsaturated fat acid on the albuminous metabolism in the blood.

Полученные результаты

В крови, взятой у 1-ой группы подопытных животных, количество общего белка колебалось между 64-85 г/л, что приравнивается к среднему показателю 72,3±3.47 г/л. Количество альбуминов и глобулинов – соответственно 30-45 г/л и 28-40 г/л. Их средние показатели соответственно - 38,66±2.09 г/л и 33,66±1.8 г/л. α_1 - глобулины – 3,01 – 4,5 г/л ($M \pm m = 3,60 \pm 0,22$ г/л); α_2 - глобулины – 7-8 г/л ($M \pm m = 7,55 \pm 0,15$ г/л); β - глобулины - 18-28,2 г/л ($M \pm m = 22,51 \pm 1,62$ г/л). Во 2-ой группе подопытных животных, которым в брюшную полость был введен перитонеальный экссудат с продуктами липидпероксидазы, на 1-й день исследования в крови количество общего белка возрасло на 1,4%, глобулинов – 6,4%, α_2 - глобулинов на 5%. Наряду с этим альбумины увеличились до 31%, α_1 - глобулины – до 9,2%, β - глобулины - 3,5% (таблица 1).

Как видно из этой таблицы в группе животных, которым ввели перитонеальный экссудат с липидпероксидазой в крови все показатели белкового метаболизма изменились. Увеличилось содержание общего белка и альбуминов. Мы считаем, что увеличение содержания вышеуказанных показателей белкового обмена связано с компенсаторной функцией организма. Показатели α_1 и β - глобулинов в сравнении с другими показателями более выражено изменены.

На 3-й день в связи с всасыванием токсических продуктов из брюшной полости общий белок в сравнении с интактной группой уменьшен на 5%, а в сравнении с первым днем после введения продуктов липидпероксидазы - на 3%. Параллельно с этим уменьшилось количество альбуминов в крови на 6% (по сравнению с интактной) и на 9% (по сравнению с 1-ым днем введения токсического экссудата из брюшной полости).

Количество глобулинов в сравнении с интактным состоянием изменилось незначительно (на 1%). Но в сравнении с 1-м днем опыта достигло 8%.

Как видно из таблицы № 1 в 2-ой группе животных на 3 сутки после введения экссудата в брюшную полость в крови концентрации α_1 и β - глобулинов в сравнении с другими показателями изменились.

Повышение содержания α_1 и β - глобулинов в крови по

Таблица 1. Динамика изменений маркеров белкового обмена в крови белых крыс при введении высокой концентрации продуктов липидпероксидазы в перитонеальный экссудат.

Этап исследований	Стат. показ.	Общ. белок	Альбумины	Глобулины	Фракции глобулинов		
					α_1	α_2	β
Интакт состоян.	Мин	64	30	28	3.01	7	18
	Max	85	45	40	4.5	8	28.2
	M±m	72.33±3.47	38.66±2.09	33.66±1.89	3.60±0.22	7.55±0.15	22.51±1.62
1-й день *	Мин	61	35	23	3	6.5	19
	Max	85	43	43	5	7.5	28.8
	M±m	71.33±3.66	39.83±1.24	31.5±2.96	3.93±0.29	7.18±0.15	23.3±1.51
3-й день	Мин	59	30	25	3.4	7	21
	Max	82	40	42	6	8.6	32
	M±m	68.66±3.68	36.33±1.64	34±2.78	4.46±0.37	8±0.22	26.41±1.73
	П	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	>0.05	>0.05
7-й день	Мин	54	28	16	4	8	17.3
	Max	78	38	50	7.5	10.5	30
	M±m	65±3.61	33.66±1.64	31.33±4.78	5.51±0.51	9.61±0.35	23.61±2.01
	П	>0.05	<0.05	>0.05	<0.01	<0.01	>0.05

* - P>0.05

сравнению с интактным состоянием соответственно составляло 24% и 6%. В сравнении с 1-м днем опыта рост содержания α_1 и β глобулинов в крови соответственно составлял 14% и 15%.

Достаточно повысилось содержание β - глобулинов. Этот рост в сравнении с интактным состоянием составлял 17%, с 1-м днем после введения экссудата - 13%.

Отсюда видно, что после введения в брюшную полость белым крысам перитонеального экссудата с добавлением продуктов липидпероксидазы показатели белкового метаболизма выражено изменились. Это связано с тем, что на 3-й день после введения перитонеального экссудата взятой в терминальной фазе перитонита, происходит более интенсивное всасывание в кровь и лимфу и распространение по организму. Поэтому в крови, в сравнении с 1-м днем на 3-й день содержание общего белка на 4%, альбумина на 9% уменьшилось; глобулины - на 8%, α_1 , α_2 и β глобулинов соответственно на 14, 11 и 13% увеличилось.

Через 7 дней после введения в брюшную полость перитонеального экссудата в крови обнаружены более выраженные изменения количества общего белка. В сравнении с интактным состоянием оно уменьшилось на 10%. А по сравнению на 1-й день - 9%; на 3-й день - 5%. Количество альбуминов уменьшилось соответственно на 13, 16 и 7%. Концентрация глобулинов в сравнении с интактным состоянием уменьшилась на 7%, на 3-й день - 8%. В сравнении с 1-м днем существенных изменений не отмечалось (таблица 1).

В соответствии с этим содержание α_1 , α_2 и β глобулинов увеличивается. В сравнении с интактным состоянием количество α_1 - глобулинов достигло 53%, α_2 - глобулинов - 27%, β - глобулинов - 5%. В сравнении с 1-м днем увеличение соответственно составляло - 40, 34 и 1,4%. В сравнении с 3-м днем отмечалось увеличение α_1 - глобулинов на 23%, α_2 - глобулинов - на 20%. В отличие α_1 и α_2 глобулинов происходило уменьшение β - глобулинов.

По сравнению 3-м днем после введения экссудата в брюшную полость количество β - глобулинов уменьшилось на 11%.

Все это указывает на то, что введенный в брюшную полость перитонеальный экссудат, в течение 7 дней полностью всасывается в кровь и лимфу и распространяясь по организму приводит к функциональному нарушению различных органов, в том числе, печени. Следовательно изменяется функция белкового синтеза печени. Анализ полученных данных во 2-ой группе показал, что на 1-й день исследования в результате слабого всасывания перитонеального экссудата в брюшной полости происходит незначительное изменение белкового синтеза. Показатели α_1 - глобулинов на протяжении исследования в сравнении с интактным состоянием мало изменились (табл.1). На 3-й день резкое увеличение α_1 - глобулинов, отличаясь от других показателей. Возникло парадоксальное положение в измене-

нии количества глобулинов. Так в динамике глобулины вместо уменьшения в сравнении с интактным состоянием, увеличились. Полученные данные объясняются усилением компенсаторных функций организма, На 7-й день после введения перитонеального экссудата в брюшную полость, продукты липидпероксидазы полностью всасываются в кровь и в связи с уменьшением компенсаторной функции организма показатели белкового метаболизма резко ухудшаются.

Полученные данные дают возможность прийти к соответствующему выводу. При перитоните присутствие продуктов липидпероксидазы в брюшной полости, всасываясь в кровь, нарушают в печени функцию белкового синтеза и вследствие этого ослабевает иммунно-реактивная функция организма. Ослабление защитно-компенсаторной реакции создает условие для усиления развития

эндогенной интоксикации.

В 3-ей группе подопытных животных после введения в брюшную полость перитонеального экссудата с высокой концентрацией ненасыщенных жирных кислот, в 1-й день исследования количество общего белка в крови почти не отличается от показателей в интактной группе (табл.2.).

Количество альбумина по сравнению с интактной группой уменьшилось на 3%. Очень интересные изменения происходили с показателями глобулинов. Если максимальный показатель глобулинов не отличался от интактной группы, то минимальный значительно снизился и составлял - 23 г/л, поэтому его средний показатель (M±m=35±2,65г/л) на 8% ниже показателя в интактной группе. Количество α_1 -глобулинов в сравнении с интактной группой увеличилось на 8%, α_2 - глобулинов на 9% снизилось, β -глобулины уменьшились на 5% по сравнению с интактным состоянием.

Если сравнивать с данными полученными во 2-й группе подопытных животных, то воздействие на белковый метаболизм в обеих группах практически одинаково, за исключением количества α_2 - глобулинов.

На 3-й день введения перитонеального экссудата содержащего на высокую концентрацию ненасыщенных жирных кислот, количество общего белка в сравнении с интактной группой на 3%, а с первым днем на 2% уменьшилось. Если показатели количества альбуминов в сравнении с интактной группой находились на одном уровне, то через день уменьшились на 3% (таб.2.). Глобулины в сравнении с интактной группой на 6% уменьшились, а в сравнении с 1-м днем увеличились на 2%. Концентрация α_1 -глобулинов в сравнении с интактным состоянием увеличилась на 12%, а с 1-м днем-на 3%.

Изменение концентрации α_2 - глобулинов также привлекает внимание. Его количество в сравнении с интактной группой уменьшилось, но в сравнении с 1-м днем увеличилось на 20%. Концентрация β -глобулина в сравнении с интактной группой уменьшилась на 11%, а с 1-м днем после введения экссудата - на 7%.

Таким образом, полученные в 3 группе данные показывают, что введение в брюшную полость перитонеального экссудата с высокой концентрацией ненасыщенных жирных кислот отличаются от показателей 2-ой группы. Во 2-ой группе изменения концентрации общего белка, альбумина, α_1 - глобулинов, β_2 - глобулинов в крови сильно выражены. В 3-ей группе обращает на себя внимание изменения показателей глобулинов и α_2 - глобулинов. Отсюда можно сделать вывод, что наличие в перитонеальном экссудате продуктов липидпероксидазы по мере всасывания в кровь оказывает сильное влияние на изменения количества общего белка, альбуминов, α_1 - глобулинов, β - глобулинов, в то время как ненасыщенные жирные кислоты создают дисбаланс влияя на концентрацию глобулинов и α_2 -

Таблица 2. Динамика изменений маркеров белкового обмена в крови белых крыс при введении высокой концентрации ненасыщенных жирных кислот в перитонеальный экссудат

Этап исследований	Стат. по-каз.	Общий белок	Альбумины	Глобулины	Фракции глобулинов		
					α_1	α_2	β
Интактное состояние	Мин	64	30	28	3.01	7	18
	Мак	85	45	40	4.5	8	28.2
	М±м	72.33±3.47	38.66±2.09	33.66±1.89	3.60±0.22	7.55±0.15	22.51±1.62
1-й день	Мин	64	36	23	3.4	5.8	18
	Мак	82	43	40	5	7.5	26
	М±м	71.66±2.97	39.66±1.14	31±2.65	3.91±0.24	6.86±0.25	21.5±1.33
3-й день	Мин	63	35	27	3.5	5.8	17
	Мак	80	43	40	5	7.7	24
	М±м	70.33±2.78	38.66±1.28	31.66±1.85	4.01±0.23	6.96±0.27	20±1.06
7-й день	Мин	59	30	28	3.7	6	13
	Мак	77	40	42	5	8	21
	М±м	67.16±2.70	34.33±1.54	34.5±2.02	4.16±0.21	7.16±0.27	17.5±1.17
	П	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

глобулинов.

На 7-й день исследования количество общего белка в крови колеблется между 59-77 г/л (М±м=67,16±2,7 г/л). Это количество в сравнении с данными интактной группы уменьшилось на 7%, на 1-й день - 6%, на 3-й день - 5%. Следует отметить, что во 2-ой группе количество белков в крови по сравнению с 3-й группой более выражено уменьшилось (Таблица 2).

Альбумины в сравнении с интактной группой уменьшились на 11%, с 1-м днем - 13%, а с 3-м днем - 11%.

Сравнение полученных данных на 7 день исследования со 2-ой группой, показывает более выраженное уменьшение альбуминов во 2-ой группе.

Резко выражено изменение количества глобулинов на 7-й день исследования. Установлено, что количество глобулина в крови в сравнении с интактной группой на 3% повысилось, но на 1-й и 3-й дни эти данные соответственно составляли 11 и 9%. Более выраженные изменения отмечались в показателях α_1 - глобулинов. Количество α_1 - глобулинов в сравнении с интактной группой увеличилось на 16%, в последующем количество α_1 - глобулинов на 1-й день увеличилось на 6%, на 3-й день - 4%.

Количество α_2 - глобулинов, в сравнении с данными интактной группы на 5% уменьшилось, но в последствии на 1-й и 3-й дни соответственно увеличилось на 4 и 3%.

Более резко выражено влияние ненасыщенных жирных кислот на количество β - глобулинов. Ее концентрация, составляющая 13-21 г/л (М±м=17,5±1,17 г/л) в сравнении с интактной группой уменьшилась на 22%, на 1-й день - 19%, 3-й день - 13%. Это указывает на сильное влияние ненасыщенных жирных кислот на концентрацию β - глобулинов.

Таким образом, при перитоните всасывание в брюшной

полости продуктов липидпероксидазы влияет на общий белок, глобулины и α_1 , α_2 - глобулины; ненасыщенные жирные кислоты - на альбумины, α_1 и β - глобулины, нарушая их синтез.

Образовавшийся при перитоните экссудат брюшной полости содержит много продуктов метаболизма белка. Наши исследования показали, что одним из этих компонентов являются продукты перекисного окисления липидов и ненасыщенные жирные кислоты. Каждый компонент находящийся в содержимом брюшной полости оказывает разное действие на метаболизм, в частности, белкового обмена в организме. Следовательно, с целью проведения эффективной детоксикации организма при перитонитах надо определить состав образовавшегося экссудата.

Литература

- Гараев Г.Ш., Гасанов М.Дж. К вопросам факторов эндогенной интоксикации при перитонитах. В кн.: *Современные проблемы сердечно-сосудистой, легочной и абдоминальной хирургии. // Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конф. с международным участием. Санкт. Петербург. 2010. с.22-23.*
- Лакин Г.Ф. Биометрия М. Высшая школа. 1990. 352 с.
- Осадчая Л.И. Выделение и хроматографическое разделение липидов из субклеточных фракций ткани головного мозга // В кн.: *Методы биохимических исследований // Под.ред.М.И.Прохоровой. Л. 1982. С.58-62.*
- Пащенко А.Ф., Абрамов В.В., Козлов В.В. Цитокины факторы нейророзной регуляции // *Успехи физиологических наук. 2007. т.38. №3. С.40-46.*
- Стручков Ю.Б., Горбачева И.В. Оценка тяжести течения послеоперационного перитонита. // *Хирургия 2007. № 7. С.12-15.*
- Федоров В.Д., Гостищев В.К., Ермолов А.С., Богинская Т.Н. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных. // *Хирургия 2000. №4. С.58-62.*
- Anaya D.A., Nathens A.B. Risk factors for severe sepsis in secondary peritonitis. *Surg infect 2003. N 4. p.335-362.*
- Felix N.J., Allen P.M. Specificity of T - Cell all reactivity. // *Rev.Immunol. 2007. N 12. p.942-953.*
- Garayev G.Sh., Nasirov M.Y., Hasanov M.J., Shafiyev I.A., Gasimov A.S. The results of the research exudates of determination of toxicity collecting in the abdominal cavity depending on the etiologic factors. XI international Euroasian Congress of surgery and gastroenterology. Baku 12-15. June 2008. p.33.
- Hernandes J.R., Velasco C., Romero L., et al. Comparative in vitro activity of ertapenem against extended - Spectrum β - lactamaseproducing *Escherichia coli* and *klebsiella pneumonia* isolated in Spain. *Antimicrobial Agents. 2006. N 10. p.1016-1018.*
- Li J., Rarreda D.R., Zhang Y.A. et al. B lymphocytes from early vertebrates have proteint phagocytican and microbicical abilities. // *Nature Immunology. 2006. N 7. p.1116-1124*

Фармакоэкономика в лечении сочетанного эхинококкоза (обзор литературы)

Курманбаев О.Н.

ОМЦ, г. Кызылорда

УДК:616-002.951.21-089:616-089.5:33

Актуальность

Совершенствование хирургической техники и успехи анестезиологии и реаниматологии значительно расширили возможности выполнения крупных сочетанных операций на разных органах человеческого тела.

Экономическая оценка процесса лечения становится в последнее время все более актуальной задачей медицины

Жанамаласқан эхинококкоздың хирургиялық емінің анестезиологиялық қамтамасыз ету және фармакоэкономикалық аспектері

Жанамаласқан операцияларда анестезиологиялық қамтамасыз ету және экономикалық аспектілері, соңғы жылдры негізгі өзектілікке айналды, себебі бұл операциялар медикосоциалдық және жоғары экономикалық эффекті

вообще и в отрасли анестезиологии и интенсивной терапии в частности. Развитие системы стандартизации в здравоохранении подразумевает разработку и внедрение протоколов ведения больных на основании комплексной клинической и экономической оценки того или иного метода лечения, фармакоэкономического анализа, представляющего собой двустороннюю сравнительную характеристику качества методик и связанных с ними расходов. Анализ минимизации затрат является одним из первых видов фармакоэкономического анализа цель которого – выявить более дешевый способ достижения определенного результата (исхода).

Хирургическое лечение сочетанных заболеваний является актуальной проблемой хирургии, анестезиологии и представляет значительный практический интерес. Экономические аспекты сочетанных операций в последние годы приобрели особую актуальность, поскольку эти операции обеспечивают, наряду со значительной медико-социальной, и высокую экономическую эффективность.

В настоящее время неуклонно растет количество хирургических больных с одновременным поражением эхинококкозом органов обоих грудных, грудной и брюшной полостей. При хирургическом лечении таких больных в Национальном научном центре хирургии им. А.Н. Сызганова наметилась тенденция к отказу от поэтапной (за несколько операций) тактики в пользу хирургической коррекции, выполняемой за одно оперативное вмешательство. Таким образом, сразу устраняются два и более заболеваний органов, отпадает необходимость в повторных оперативных вмешательствах, снижается связанный с ними риск периоперационных осложнений, сокращаются сроки лечения и экономические затрат, пациенты избегают от тягостного ожидания повторных операций. Но вместе с тем, одноэтапные операции при сочетанном эхинококкозе легких более травматичны и продолжительны по времени, и существенно возрастает риск проведения анестезиологического пособия. В настоящее время такие сочетанные оперативные вмешательства в Казахстане выполняются в среднем лишь у 3-5% этой категории больных.

Учитывая важность проблемы, в ННЦХ им. А.Н. Сызганова посчитали необходимым усовершенствовать анестезиологическое обеспечение и оценить экономические возможности при выполнении сочетанных операций на органах грудной и брюшной полостей, которые складываются из сокращения сроков пребывания больных в стационаре, реанимации, расхода анестезиологических средств за счет однократного вмешательства.

Цель

Усовершенствовать анестезиологическое обеспечение и оценить экономические аспекты хирургического лечения сочетанного эхинококкоза.

Материал и методы

Исследования проведены у 142 пациентов с сочетанным эхинококкозом легких и органов брюшной полости. У 67 пациентов контрольной группы оперативные вмешательства при сочетанном эхинококкозе выполнялись поэтапно в условиях тотальной внутривенной анестезии (ТВА) и искусственной вентиляции легких (ИВЛ). У 75 пациентов основной группы оперативные вмешательства при сочетанном эхинококкозе выполнялись одновременно в условиях комбинированной анестезии и ИВЛ.

В Национальном научном центре хирургии им. А.Н.Сызганова разработан комбинированный метод анестезии (ТВА плюс высокая эпидуральная анестезия на уровне T₇₋₉). Комбинированный метод анестезии позволяет обеспечивать адекватное обезболивание, уменьшает потребность в наркотических анальгетиках, миорелаксантах, создает условия для раннего перевода больных на самостоятельное дыхание и для адекватного послеоперационного обезболивания.

береді.

Жанамаласқан эхинококкозды кезегеп және бірмезгілді хирургиялық емдеуінде алған мәліметтерді салыстырғанда көрінеді, кезеңмен емдеуінде ауруханада жату орны 59,9%, жандандыру бөлімінде 54,7%, бірмезгілді емдеуден жоғары. Алған мәліметтерде жанамаласқан эхинококкозды кезекпен операциялық емдеуде қолданылған ТВА фентанил 65,3%, ардуан 54,3%, кетамин 54,5%, реланиум 49,8% көбірек қолданылған бірмезгілдік операциялық емдеуде қолданған комбинирленген анестезиядан.

Анестезиологическое обеспечение и экономические аспекты сочетанных операций в последние годы приобрели особую актуальность, поскольку эти операции обеспечивают, наряду со значительной медико-социальной, и высокую экономическую эффективность.

При сравнительной характеристике полученных результатов экономических затрат поэтапного и одномоментного хирургического лечения сочетанного эхинококкоза видно, что расход койко-дней в клинике на 59,9 %, койко-дней отделения интенсивной терапии на 54,7 % больше чем при одномоментных вмешательствах. Полученные результаты оперативных вмешательств при сочетанном эхинококкозе, выполняемых поэтапно в условиях ТВА указывают на то, что расход фентанила на 65,3%, ардуана на 54,3%, кетамина на 54,5%, реланиума на 49,8% больше чем при одномоментных оперативных вмешательствах выполняемых в условиях комбинированной анестезии.

Для сравнительного анализа экономических затрат в двух равноправных по диагнозу группах в расчет принимали:

1. сроки нахождения в стационаре,
2. сроки нахождения в отделении реанимации,
3. расход наркотического анальгетика (фентанил),
4. расход ненаркотического анальгетика (калипсол),
5. расход седативного препарата (реланиум),
6. расход антидеполяризующего миорелаксанта (ардуан),
7. сроки продленной ИВЛ после операции.

Полученные результаты и обсуждение

Сравнительная оценка результатов научного исследования при оперативных вмешательствах проводимых поэтапно и одномоментно по поводу сочетанного эхинококкоза указаны в таблице.

Таблица - Показатели экономических затрат при одноэтапном и одномоментном хирургическом лечении сочетанного эхинококкоза

Показатель	Поэтапная операция (контр. группа n=67)	Одномоментная операция (основн. группа n=75)
Койко-дней в клинике (дни)	34,2±6,62 (59,9%)	13,7±3,03*
Койко-дней в отдел. интенс. терапии (дни)	2,21±0,41 (54,7%)	1,0±0*
Расход фентанила (мг)	1,24±0,37 (65,3%)	0,43±0,12*
Расход ардуана (мг)	12,8±1,95 (54,3%)	5,85±2,39*
Расход кетамина (мг)	798,6±129,22 (54,5%)	363,1±147,9*
Расход реланиума (мг)	21,5±3,15 (49,8%)	10,8±7,33*

* - p < 0,01 в сравнении с контрольной группой

При сравнительной характеристике полученных результатов экономических затрат поэтапного и одномоментного хирургического лечения сочетанного эхинококкоза видно, что расход койко-дней в клинике на 59,9 %, койко-дней отделения интенсивной терапии на 54,7 % больше чем при одномоментных вмешательствах. Полученные результаты оперативных вмешательств при сочетанном эхинококкозе, выполняемых поэтапно в условиях ТВА указывают на то, что расход фентанила на 65,3%, ардуана на 54,3%, кетамина на 54,5%, реланиума на 49,8%

больше чем при одномоментных оперативных вмешательствах выполняемых в условиях комбинированной анестезии.

Таким образом, подводя итоги можно с уверенностью заключить, что одномоментные оперативные вмешательства по поводу сочетанного эхинококкоза, выполняемые в условиях комбинированной анестезии в экономическом аспекте во много раз предпочтительней, чем поэтапные операции в условиях тотальной внутривенной анестезии.

Список использованной литературы

1. «Экономическая оценка эффективности лекарственной

терапии» (фармакоэкономический анализ) / Под ред. П.А. Воробьева. – 2000.

2. Вабишевич А.В., Кожевников В.А., Титов В.А. и др. // *Анестезиология и реаниматология*. – 2000. – № 5. – С. 11-13.
3. «Анестезиологические аспекты хирургического лечения сочетанного эхинококкоза легких» / Батырханов М.М. дисс.док. мед.наук. – 2007.
4. Греджев А.Ф., Шаталов В.Ф., Рогалин Я.Ф. / *Симультанные операции при сочетанной хирургической патологии*. – *Клин. Хир.*, 1997, № 1.- С.28-29.
5. Федоров В.Д. / *Одномоментные обширные и сочетанные операции*. – *Хирургия*, 1993, № 3. С. 8-15.

Влияние некоторых анестезиологических препаратов на CD95- зависимый апоптоз и пролиферативную активность лимфоцитов у больных с разлитым гнойным перитонитом

Гасанова Л.В., Исаев Г.Б.

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

Методом выбора у больных с разлитым гнойным перитонитом (РГП) является многокомпонентная общая анестезия с искусственной вентиляцией легких на фоне тотальной миорелаксации, при этом анестезиологическое пособие должно быть безопасным и эффективным [2,4]. Однако общая анестезия, так же как и хирургический стресс, влияет на основные компоненты иммунной системы: фагоцитоз, гуморальный иммунитет, клеточный иммунитет, систему цитокинов [5,8,9]. Даже транзиторная депрессия иммунной системы может иметь серьезные последствия, особенно у таких «иммунокомпрометированных» больных как больные с перитонитом [5]. В настоящее время из литературных данных известно, что пролиферирующий клеточный ядерный антиген является индуктором митоза и по существу отражает наличие пролиферативной активности клетки. Уже в первые сутки после операции, как правило, уменьшается число Т- лимфоцитов с одновременным снижением их функциональной активности, способности к пролиферации и синтезу ряда цитокинов [1,6]. Наряду с пролиферацией апоптоз является одним из основных механизмов функционирования иммунной системы. В лимфоцитах при их активации происходит индукция апоптоза [1,7]. Учитывая тот факт, что почти половина лимфоцитов периферической крови в здоровом организме находятся в активированном состоянии, готовом к апоптозу и несет на себе маркер CD95+ (Fas/APO – 1), можно предполагать особую значимость влияния анестезиологических препаратов (АП) на процесс запрограммированной гибели клетки. Исходя из вышеизложенного, целью данного исследования являлось определить влияние АП на CD95+/Fas – зависимый апоптоз и пролиферативную активность лимфоцитов в серии нагрузочных тестов *in vitro* у больных с разлитым гнойным перитонитом.

Материалы и методы исследования

Влияние АП на маркер апоптоза CD95+ определено у 15 больных с РГП. Состояние больных оценивалось как II степени тяжести согласно Мангеймскому индексу перитонита (МИП) – (средний балл –23,6±1,26). Влияние АП на пролиферативную активность лимфоцитов было исследовано у 12 больных с РГП (средний балл 23,5±1,45). Забор крови для исследований производили до вводной анестезии.

Влияние АП на мембранный маркер CD95+ и пролиферативную активность лимфоцитов определяли по предложенному нами способу. Лимфоциты из суспензии клеток выделяли центрифугированием в градиенте плотности раствора фиколловорографина (ДИАМ, Швеция). Свежевыделенные лимфоциты использовали для определения рецептора CD95+. Параллельно проводились две серии опытов. Лимфоциты инкубировали в течение 3-х часов при температуре 4°C в присутствии и без АП, наиболее часто используемых при общей анестезии в нашей клинике: промедол, морфин, омнопон, фентанил, сибазон, дроперидол, калипсол, тиопентал-натрий, пропофол, натрия оксibuтират. Концентрация препарата рассчитывалась с учетом 5 мкл на 50 мкл взвеси лимфоцитов (опыт), т.е. с расчетом 1:10.

Для исследования маркера апоптоза применяли метод люминесцентной микроскопии с использованием моноклональных антител CD95+, меченых флуоресцеин изотиоцианатом, производства «Сорбент» (Россия). Индекс стимуляции апоп-

The effect of anesthesiologist agents on membrane marker of CD95+ and proliferative activity of lymphocytes in vitro in patients suffering from diffuse purulent peritonitis

Hasanova L.V., Isayev H.B.

In our study, we wanted to assess the effect of anesthesiologist agents (AA) on CD95-Fas-dependent apoptosis (15) and proliferative activity in patients with diffuse purulent peritonitis (DPP) (12). Regarding the percentage of lymphocytes ready for apoptosis in the experiments using AA to percentage of CD95+ in control tests not using AA, we determined a stimulation index (SI) of apoptosis and proliferation index (PI). However, it is important to note that in vitro system in practically normal subjects and in patients suffering from DPP the more low SI showed sibazon that indicated to the inhibition of CD95+ marker activity under its action. The highest SI showed droperidol and morphine, namely this drugs are induces CD+95 marker activity. The highest PI showed sibazon, and lowest PI showed morphine. Moreover, as different from that of practically normal subjects, patients suffering from DPP showed the highest SI for morphine. It was on average 1.07, and most likely morphine induces CD95+ activity like as droperidol.

тоза оценивали по соотношению процента готовых к апоптозу лимфоцитов в опыте с АП к процентному содержанию CD95+ в контрольных пробах без АП. Аналогичным образом в пробах опыт – контроль изучалось влияние АП на пролиферативную активность лимфоцитов. Индекс пролиферации определяли по соотношению процента пролиферации с АП (опыт) к контрольной пробе (без препарата). Подсчет бластоподобных клеток проводили с помощью световой микроскопии (увеличение 7x100) при просмотре 100 лимфоцитов. За бласты принимали клетки с диаметром 15-20 мкм с большим гиперхромным ядром и узким ободком цитоплазмы.

Результаты исследования обрабатывали на компьютере с использованием пакета прикладных программ Excel. Определяли среднюю арифметическую вариационного ряда (M), среднее квадратичное отклонение (±δ), среднюю ошибку средней арифметической (±m). Достоверность различий параметров определяли по t-критерию Стьюдента для зависимых выборок. При этом в каждой группе наблюдений с отдельным препаратом рассматривали разницу (d) между двумя измерениями (контроль и после опыта). Вычитая первые значения из вторых, расчеты проводили по формуле

$$t = \sum d / \sqrt{(N \sum d^2 - (\sum d)^2) / (N - 1)}$$

где N – число больных [3].

Результаты исследований и их обсуждение

Полученные результаты о влиянии АП на экспрессию маркера CD95+ лимфоцитов *in vitro* у больных с РГП представлены на рис.1.

На основании сравнительного анализа и статистической обработки полученных данных у больных с РГП в системе *in vitro* выявлено различное влияние АП на апоптоз лимфоцитов. Более выраженное ингибирующее действие на активность маркера CD95+ оказывал сибазон. Индекс стимуляции под

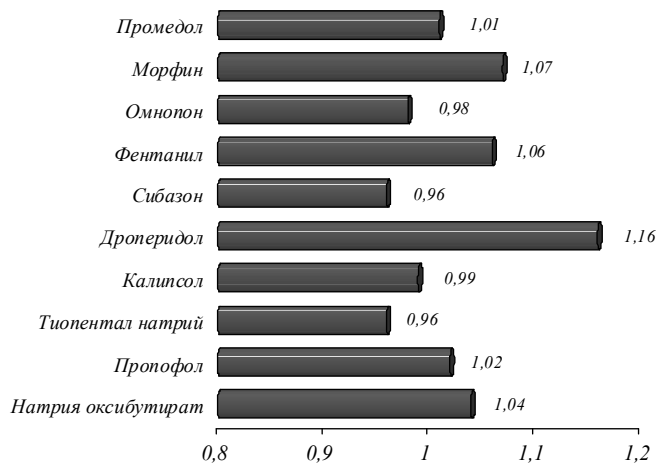


Рис. 1 Индекс стимуляции (опыт/контроль) уровня CD95+ под воздействием АП у больных с РГП

его действием был самым низким и в среднем составлял 0,96. По данным t-критерия Стьюдента, для зависимых выборок снижение уровня CD95+ под влиянием сибазона было статистически достоверным ($p < 0,05$). Индекс стимуляции был самым высоким в опытных пробах с применением дроперидола (1,16) и морфина (1,07). Повышение активности маркера CD95+ под действием данных препаратов было статистически значимым ($p < 0,05$).

Показатели, отражающие состояние пролиферативной активности лимфоцитов *in vitro* при их инкубации с АП представлены на рис. 2.

Как видно из рис. 2, самые низкие индексы пролиферации были выявлены у морфина – 0,82 и у дроперидола – 0,87. При чем по данным t-критерия Стьюдента для зависимых выборок морфин статистически значимо ($p < 0,05$) ингибировал пролиферативную активность лимфоцитов, в то время как для дроперидола данный показатель был статистически недостоверным ($p > 0,05$). Статистически значимое индуцирующее влияние на пролиферацию мононуклеарных клеток периферической крови оказывали сибазон и тиопентал натрия. У данных препаратов были самые высокие индексы пролиферации: у сибазона в среднем – 1,73 ($p < 0,001$) и у тиопентал натрия – 1,54 ($p < 0,05$).

Таким образом, наши исследования выявили, что АП влияют на мембранный рецептор CD95+ и на пролиферативную активность лимфоцитов и помогают более точно оценить состояние иммунного статуса у больных с перитонитом. Полученные данные необходимо учитывать при проведении общей анестезии у больных с перитонитом.

Выводы

Препараты, применяемые при общей анестезии оказывают различное влияние на CD95- зависимый апоптоз и пролиферативную активность лимфоцитов *in vitro*.

У больных с РГП отмечаются статистически значимые ($p \leq 0,05$) высокие индексы стимуляции маркера CD95+ для

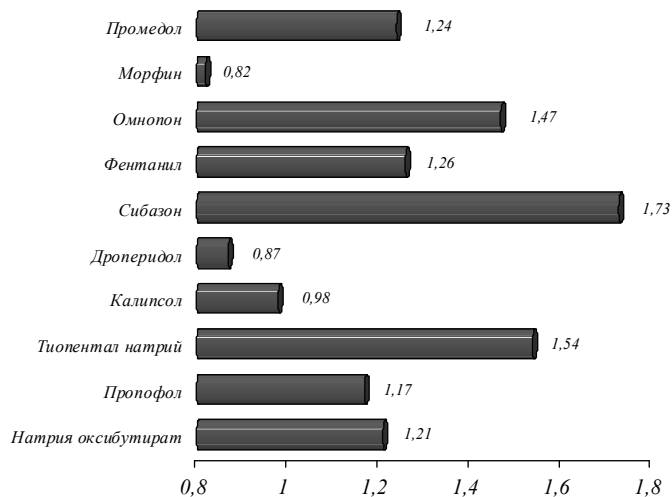


Рис. 2 Индекс пролиферации (опыт/контроль) лимфоцитов под воздействием АП у больных с РГП

морфина (1,07) и дроперидола (1,16); высокий индекс пролиферации для сибазона (1,73).

Рекомендуется ограничить применение морфина и дроперидола при проведении общей анестезии и в послеоперационном периоде у больных с перитонитом.

Следовало бы также не применять дроперидол во время общей анестезии, а тем более применение и дроперидола и морфина у данной категории пациентов.

Литература

1. Барышников А.Ю., Шишкин Ю.В. Иммунологические проблемы апоптоза.-М.: Эдиториал УРСС, 2002, 320 с.
2. Векслер Н.Ю., Бояринов Г.А., Макаров Н.А. и др. Тактика ведения больных с диффузным перитонитом с позиций анестезиолога-реаниматолога // Вестник интенсивной терапии, 2004, №5, с. 178-180
3. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкина В.И. Прикладная медицинская статистика СПб.: Фолиант, 2003, 432 с.
4. Исмаилов И.С. Выбор метода общей анестезии у больных с разлитым гнойным перитонитом // *Azərbaycan Tibb Jurnalı*, 1997, №2, с.20-25
5. Китиашвили И.З., Буров Н.Е. Влияние интраоперационных факторов на иммунореактивность (обзор литературы) // Клиническая анестезиология и реаниматология, 2005, т.2, №3, с.9-17
6. Шиффман Ф. Дж. Патолофизиология крови Пер с англ. - М.-СПб.: «Издательство БИНОМ» - «Невский диалект», 2000, 448 с.
7. Elmore S. Apoptosis: a review of programmed cell death // *Toxicology Pathology*, 2007, v.35, №4, p.495-516
8. Procopio M.A, Rassias A.J., DeLeo J.A. et al. The In Vivo Effects of General and Epidural Anesthesia on Human Immune Function. *Anesth Analg* 2001, v.93, p.460-465
9. Schneemilch C., Hachenberg T., Ansoorge S., Ittenson A., Bank U. Effects of different anaesthetic agent on immune cell function in vitro // *Eur J Anaesthesiol.*, 2005, v.22, № 8, p.616-623

Применение односторонней спинальной анестезии при операциях на нижних конечностях в травматологии

Корнеев С.В.

Костанайская областная больница, г. Костанай

Использование спинальной анестезии местными анестетиками при операциях на нижних конечностях занимает ведущее место в спектре анестезиологических средств в травматологии (4). С появлением местных анестетиков пролонгированного действия возможности метода расширились (3). Благодаря простоте метода, эффективности обезболивания и релаксации, невысокой медикаментозной нагрузке для пациента 92% всех блокад составили спинальные. Инфузионная нагрузка в параоперационном периоде составляла около 2,3 литров различных инфузионных сред. Однако у большей части больных – около 87% - оперативные вмешательства производились на одной поврежденной конечности. Использование в этом случае блокады периферических нервов зачастую невозможно из-за вынужденного положения больного, опасности дополнительной травматизации при смещении костных отломков, необходимости блокады нескольких нервов, а также нежелательна ввиду выраженной психоэмоциональной реакции пациента. Традиционная спинальная анестезия имеет свои недостатки: необходимость инфузионной нагрузки перед пункцией, артериальная гипотония после развития спинального блока, которая не всегда хорошо переносится больными, особенно пожилого возраста, задержка мочеиспускания при достаточном объеме инфузии может потребовать катетеризации мочевого пузыря, медленное восстановление движений в нижних конечностях. В последнее время появились сообщения об использовании монолатеральной спинальной анестезии при ортопедических операциях у детей и взрослых (1,2). В отечественной литературе мы не встречались с клиническим применением указанной методики.

Цель работы

- сравнить эффективность односторонней и классической спинальной анестезии при оперативных вмешательствах на нижних конечностях у взрослых травматологических больных.

Материалы и методы

Исследование было проспективным рандомизированным контролируемым. Рандомизация методом случайных чисел. Статистическая обработка с использованием критерия Стьюдента. В исследование включены 48 человек, которые разделены на две группы в зависимости от вида применяемой анестезии: основная (n=24), где выполнялась односторонняя спинальная анестезия, и контрольная (n=24) с классической спинальной анестезией. Обе группы сопоставимы по возрасту, объему оперативного вмешательства и характеру сопутствующей патологии. Критерии включения в исследование:

- возраст от 18 до 60 лет;
- предстоящая операция на костных структурах бедра и голени одной из нижних конечностей;
- отсутствие декомпенсированной хронической патологии дыхательной и сердечно-сосудистой системы, эндокринной патологии;
- отсутствие тяжелой анемии;
- возможность поворота больного на операционном столе для проведения пункции.

Премедикация за 30 мин. до манипуляций (атропин 0,1% - 1 мл в/м, димедрол 1% - 1 мл в/м, промедол 2% - 1 мл в/м). Всем больным перед пункцией осуществляли инфузию физиологического

Традиционная спинальная анестезия не лишена недостатков, касающихся нестабильности гемодинамики и ряда осложнений, связанных с длительным моторным блоком. В работе проведено сравнение влияния двухстороннего и одностороннего спинального блока на показатели гемодинамики и развитие постпункционных осложнений.

Traditional spinal anesthesia has some minuses linked with hemodynamic instability and number of complications associated with motor unit. In our investigation comparison was conducted of bilateral and unilateral spinal blocks influence on hemodynamics and development of postpuncture complications.

раствора 10 мл/кг веса в течение 20-25 минут. После укладки больного на бок (пораженная конечность внизу) из срединного доступа спинальной иглой (модификация Quincke 22G) выполняли пункцию субарахноидального пространства на уровне L3-L4. Отверстие иглы ориентировали вниз (в сторону пораженной конечности). В основной группе в спинномозговой канал вводили 0,5% изобарический бупивакаин в дозе 10 мг в течение 2 мин., после чего больные лежали на боку еще 15 минут, а затем укладывались на спину. В контрольной группе в субарахноидальное пространство вводился 0,5% изобарический бупивакаин в дозе 20 мг в течение 0,5 мин., после чего больной сразу поворачивался на спину. Интраоперационная инфузионная поддержка осуществлялась в обеих группах физиологическим раствором без применения коллоидов.

Оценивались гемодинамические показатели: артериальное давление систолическое (САД), диастолическое (ДАД) и среднее (СрАД), частота сердечных сокращений (ЧСС) исходно до пункции, через 15, 30, 60, 120 минут, а также скорость развития анестезии, общий объем инфузии, длительность восстановления болевой чувствительности и движений в пораженной конечности, наличие осложнений (озноб, тошнота, задержка мочеиспускания). Сенсорный блок оценивали методом булавочных уколов, двигательный по шкале P.Bromage.

Результаты и обсуждение

Скорость развития анестезии (оценивалась анестезия пораженной конечности) не имела достоверных различий в обеих группах и составляла $15 \pm 4,3$ мин. в основной и $16,2 \pm 3,9$ мин. в контрольной группе, что, по-видимому, обусловлено больше фармакодинамическими свойствами препарата, чем положением больного на столе. Общий объем инфузии в основной группе $17,8 \pm 3,2$ мл/кг, контрольной $20,8 \pm 4,4$ мл/кг, однако различия статистически недостоверны ($p > 0,05$). Изменение гемодинамических параметров в обеих группах носило преходящий характер, более выражены колебания на 15 и 30 минутах в контрольной группе: снижение СрАД от $95,6 \pm 8,3$ мм рт.ст. (исходное) до $82,1 \pm 9,2$ мм рт.ст. (на 15 минуте) и $75,4 \pm 7,2$ мм рт.ст. (на 30 минуте), в основной группе СрАД было соответственно $93,4 \pm 9,1$ мм рт.ст., $90,1 \pm 8,1$ мм рт.ст. и $88,7 \pm 7,5$ мм рт.ст. (различия между группами в последних двух измерениях статистически достоверны ($p < 0,05$)). В остальных периодах измерения значительных различий между группами не отмечалось, в обеих группах имелось снижение САД, ДАД и СрАД к 120 минуте в среднем на $10,5 \pm 3,5\%$ от исходных значений. Колебания ЧСС составляли $12,3 \pm 3,5$ уд. в мин. в основной и $14,1 \pm 3,2$ уд. в мин. в

контрольной группам и не имели статистической достоверности. Осложнения в основной группе распределились следующим образом: озноб – 1 случай (контрольная – 4), тошнота – 1 (контрольная – 2), задержка мочеиспускания – нет (контрольная – 5). Длительность восстановления двигательной функции в основной группе составила $129,5 \pm 22,2$ мин., в контрольной – $164,7 \pm 22$ мин., болевой чувствительности 135 ± 13 мин. и $155,1 \pm 18,2$ мин. соответственно.

Выводы

Односторонняя спинальная анестезия по сравнению с классической спинальной анестезией протекает в условиях большей гемодинамической стабильности. При этом уменьшается расход анестетика и необходимый объем инфузии. Длительность

эффективной анальгезии при односторонней блокаде составляет 135 мин., а количество осложнений значительно меньше.

Литература

1. Козырев А.С., Ульрих Г.Э., Заболотский Д.В. и др. *Монолатеральная спинальная анестезия при ортопедических вмешательствах на нижней конечности у детей. // Эфферентная терапия. -2009. – Т.15, №1-2. – С. 74-75.*
2. Корячкин В.А., Мороз Е.А., Хряпа А.А. *Клинико-экономическая оценка односторонней спинальной анестезии. // Эфферентная терапия. -2009. – Т.15, №1-2. – С. 85-86.*
3. *Региональная анестезия // Рамфел Д.П., Нил Д.М., Вискоуми К.М. Под ред. А.П. Зильбера, В.В.Мальцева. - Москва, «МЕДпресс-информ». – 2007. – 272 с.*
4. Пашук А.Ю. *Региональное обезболивание. – Москва, Медицина. – 1987. – 159 с.*

Использование комбинированной анестезии при лапароскопической холецистэктомии у больных с артериальной гипертензией высокой степени

Корнеев С.В.

Костанайская областная больница, Костанай

Актуальность

Анестезиологическое обеспечение лапароскопических операций проводится с применением общего наркоза и аппаратной вентиляции легких. Это обусловлено высоким риском интраоперационной гипоксии в условиях пневмоперитонеума, повышенной концентрации углекислого газа и высокого внутрибрюшного давления. Последнее приводит к ограничению подвижности диафрагмы, смещению ее в краниальном направлении, уменьшению экскурсии легких и ограничению притока крови к сердцу за счет сдавления нижней полой вены и, как следствие, к синдрому «малого выброса». Проведение аппаратной респираторной поддержки позволяет нивелировать отрицательные эффекты пневмоперитонеума (3). В то же время эндотрахеальный наркоз не сопровождается стойкой ноцицептивной блокадой в зоне оперативного вмешательства, нередко сопровождается вегетативной реакцией на хирургическую агрессию, которая сохраняется в интраоперационном и ближайшем послеоперационном периоде. У больных с тяжелой артериальной гипертензией и высоким риском осложнений симпатoadреналовый блок приобретает особое значение из-за появления дополнительных факторов риска развития осложнений: гиподинамии, компрессии вен нижней половины тела, нарушения гемостаза в условиях хирургического вмешательства (4). Применение региональной анестезии при абдоминальных операциях способствует ограничению выброса «стрессовых» гормонов и связанных с ними гемодинамических и катаболических нарушений (2). Субарахноидальная анестезия обеспечивает наиболее адекватную защиту от интраоперационного стресса и стабильную гемодинамику (1). Простота выполнения, возможность пролонгированного обезболивания в ближайшем послеоперационном периоде, гипотензивный эффект как неотъемлемый компонент спинномозговой анестезии, возможность проведения гемодилюции при исходной гиповолемии и интраоперационной гиперкоагуляции, характерной для больных с тяжелой артериальной гипертензией, делают этот вид региональной анестезии привлекательным для применения у больных данной категории (3). Однако использование спинальной или перидуральной анестезии в изолированном виде может увеличить риск гипоксии за счет создания высокого блока и релаксации грудной дыхательной мускулатуры. Оптимальным вариантом в этой ситуации может служить сочетание общей анестезии по стандартной методике с интубацией трахеи и спинальной анестезии.

Цель работы

Оценить эффективность комбинированной анестезии при проведении лапароскопической холецистэктомии у больных с тяжелой артериальной гипертензией.

Материалы и методы

Исследование было рандомизированным контролируемым проспективным. В группы исследования отобрали 40 больных в возрасте от 45 до 70 лет. В зависимости от проведенного анестезиологического пособия больные были разделены на 2 группы. В первой группе – основной – проводилась спинальная анестезия с последующим общим наркозом с использованием эндотрахеальной интубации в условиях искусственной вентиляции легких (20 больных), средний возраст $52,6 \pm 4,1$ лет. Во второй группе – контрольной – проводилась общая анестезия по стандартной методике с эндотрахеальной интубацией (20 больных), средний возраст $54,1 \pm 5,8$ лет. Обе группы были сопоставимы по характеру сопутствующей патологии (ишемическая болезнь сердца, хронический обструктивный бронхит, ожирение), тяжести артериальной гипертензии. Больные с сахарным диабетом были исключены из исследования. Степень артериальной гипертензии и 10-летний риск развития инфаркта или инсульта оценивалась по классификации ВОЗ 2003 г. кардиологом при осмотре перед операцией (4). В группы исследования были включены больные с тяжестью гипертензии не ниже II степени и риском не ниже III категории. Все больные получали поддерживающую антигипертензивную терапию.

В обеих группах степень операционно-анестезиологического риска соответствовала II- III степени по ASA (классификация Американской ассоциации анестезиологов, 1963). С целью премедикации накануне операции на ночь назначался нозепам 20 мг. Утром перед операцией внутримышечно вводили атропин 1 мг, димедрол 20 мг, промедол 20 мг. Лапароскопическая холецистэктомия проводилась на эндоскопическом оборудовании «KARL-STORZ-endoscope». Пневмоперитонеум достигался нагнетанием углекислого газа и поддержанием внутрибрюшного давления постоянно на уровне 14-15 мм рт.ст. Длительность операции составляла в среднем $64,5 \pm 12,8$ минут. Общий наркоз по характеру применяемых компонентов анестезии не имел существенных различий. Количество введенного фентанила в основной группе составило 100 ± 12 мкг/час (аркурон $1,5 \pm 0,3$

мг/час), в контрольной - 340 ± 24 мкг/час (аркурон $4,5 \pm 0,8$ мг/час). В основной группе спинномозговая пункция проводилась после поступления пациента в операционную и катетеризации периферической вены в положении сидя, вводился бупивакаин 0,5% 17,5 мг на уровне верхних поясничных позвонков.

Во время операции всем пациентам обеих групп с помощью монитора UM-300 (Utas) регистрировали следующие параметры: ЭКГ, АД (систолическое - САД, диастолическое - ДАД, среднее СРАД), частота пульса, сатурация (SpO_2), уровень глюкозы в крови определялся до и сразу после операции (инфузия глюкозы во время операции не проводилась). После операции оценивалось время восстановления болевой чувствительности.

Результаты и обсуждение

Результаты проведенных исследований представлены в таблицах 1 (основная группа) и 2 (контрольная группа).

Таблица 1. Показатели гемодинамики на различных этапах операции при комбинированной анестезии (n=20)

Клинические параметры	До пневмо-перитонеума	Период пн.-перитонеума	После пневмо-перитонеума
САД, мм рт.ст.	$130,2 \pm 16,8$	$125,9 \pm 18,1$	$122,8 \pm 15,0$
ДАД, мм рт.ст.	$85,6 \pm 10,1$	$70,8 \pm 9,4$	$71,8 \pm 12,2$
ЧСС, уд.в мин.	$98,6 \pm 12,1$	$94,3 \pm 8,6$	$92,2 \pm 11,4$
SpO_2 , %	$98,3 \pm 2,2$	$97,6 \pm 2,1$	$98,5 \pm 3,0$
Глюкоза, ммоль/л	$5,6 \pm 0,6$	-	$6,3 \pm 0,7$

Таблица 2. Показатели гемодинамики на различных этапах операции при общей анестезии (n=20)

Клинические параметры	До пневмо-перитонеума	Период пневмо-перитонеума	После пневмо-перитонеума
САД, мм рт.ст.	$152,2 \pm 18,4$	$160,1 \pm 15,1$	$155,7 \pm 18,2$
ДАД, мм рт.ст.	$92,5 \pm 8,1$	$96,8 \pm 9,2$	$86,8 \pm 11,5$
ЧСС, уд.в мин.	$96,1 \pm 10,2$	$100,4 \pm 12,6$	$102,2 \pm 10,6$
SpO_2 , %	$98,5 \pm 1,8$	$97,6 \pm 3,1$	$98,5 \pm 1,5$
Глюкоза, ммоль/л	$5,3 \pm 0,8$	-	$8,3 \pm 0,9$

Периоперационная динамика показателей гомеостаза у новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей.

Селбаева А.Д.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

Основные причины неблагоприятных исходов у новорожденных с диафрагмальной грыжей связаны с тяжелой дыхательной недостаточностью вследствие гипоплазии одного или обоих легких, высокой легочной гипертензией с развитием персистирующего фетального кровотока (ПФК), нестабильностью гемодинамики и правожелудочковой недостаточностью. Возникающие при этом гипоксия, гиперкапния и ацидоз, приводят к каскаду патологических реакции с развитием тяжелых нарушений гомеостаза и декомпенсации основных систем организма.

Цель

- исследование показателей эндокринной, иммунной систем и системы гемостаза у новорожденных с диафрагмальной грыжей в периоперационном периоде.

Материалы и методы

Исследование проведено среди 27 новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей (таб. 1).

Все дети с врожденной диафрагмальной грыжей после рождения переводились на ИВЛ с предварительной установкой назогастрального зонда с целью декомпрессии желудка. 10

В основной группе отмечается отсутствие артериальной гипертензии на всех этапах исследования, менее выраженная тахикардия и невысокая гипергликемия (подъем уровня гликемии на 12% от исходного). В контрольной группе отмечается стойкая артериальная гипертензия, тахикардия, нарастающая к концу операции по мере выведения пациента из медикаментозной седации, и более высокий уровень гипергликемии (увеличение на 57% от исходного уровня). Уровень сатурации в обеих группах не имеет существенных различий на всех этапах исследования. Восстановление болевой чувствительности в основной группе отмечалось через 75 ± 15 мин. по окончании операции, в контрольной группе через 15 ± 4 минуты.

Вывод

Спинномозговая анестезия на основе бупивакаина 0,5% в дозе 17,5 мг как компонент комбинированной анестезии с эндотрахеальной интубацией и искусственной вентиляцией легких обеспечивает более надежное обезболивание и нейровегетативную блокаду на всем протяжении лапароскопической холецистэктомии и в ближайшем послеоперационном периоде у больных с тяжелой артериальной гипертензией.

Литература

1. Джумагельдиев А.И., Солтанов Б.С., Сергиенко С.И. Стрессовая реакция у пациентов во время лапароскопической холецистэктомии в зависимости от вида проводимой анестезии. // Эфферентная терапия. – 2009. – Т.15, №1-2. – С.41-42.
2. Корячкин В.А., Страшнов В.И. Эпидуральная и спинномозговая анестезия // С.-Пб., Медицина. - 1997. – 236 с.
3. Рамфелл Д.П., Нил Д.М., Вискоуми К.М. Региональная анестезия // Под ред. А.П. Зильбера, В.В. Мальцева. – Москва, «МЕДпресс-информ». – 2007. – 272 с.
4. Фоякин А.В., Гераскина Л.А. Артериальная гипертензия, цереброваскулярная патология и сосудистые когнитивные расстройства. Краткое руководство для врачей. // Под ред. член.-кор. РАМН, проф. З.А. Суслиной. – Москва, 2006. – С. 6-14.

Таблица 1. Клиническая характеристика детей с диафрагмальной грыжей

Группа	Кол-во детей		Масса тела, гр.	Пол		Оценка по Апгар на 1 минуте	Оценка по Апгар на 5 минуте
	донош.	недон.		м.	ж.		
Диафраг. грыжа	24	3	$3084,6 \pm 579,3$	17	10	$4,7 \pm 1,6$	$7 \pm 1,1$

новорожденным детям в предоперационном периоде проводилась ВЧО ИВЛ аппаратом Sensor Medics 3100A в виду тяжелой дыхательной недостаточности. Показаниями для перевода на высокочастотную вентиляцию были: нарастание дыхательного ацидоза при $P_{reak} \geq 30$ см H_2O , выраженная гипоксемия при FiO_2 1,0, повышение индекса оксигенации ($OI = MAP \times FiO_2 \times 100\% / PaO_2$) ≥ 12 . Для синхронизации с респиратором и исключения участия дыхательной мускулатуры использовалось сочетание различных комбинаций препаратов: бензодиазепины (диазепам 0,3-0,5 мг/кг, мидазолам 0,05-0,1 мг/кг) у 11 новорожденных (41%), опиоиды (фентанил 5-10 мкг/кг, промедол 0,5 мг/кг) у 20 (74%), миорелаксанты (нимбекс 0,15 мг/кг, тракриум 0,6 мг/кг)

у 16 детей (59%).

Для уменьшения право-левого сброса через фетальные коммуникации проводилось поддержание системного артериального давления выше давления в легочной артерии, с использованием инотропных препаратов: добутамин (5-20 мкг/кг/мин), допамин (5-15 мкг/кг/мин), адреналин (0,05-0,5 мкг/кг/мин). Тяжелая легочная гипертензия отмечалась у 9 детей (33%). В комплексе предоперационной подготовки проводилась инфузионная терапия 91,5±8,9 мл/кг/сут, антибактериальная и гемостатическая терапия (этамзилат, викасол). Новорожденные данной группы соответствовали V классу ASA. Средний возраст на момент операции составил 2±0,5 суток.

Критериями готовности к оперативному вмешательству были стабильная гемодинамика в течение 12 часов (среднее артериальное давление выше 50 мм.рт.ст), дыхательные функции (SpO₂≥90%, при FiO₂-0,5-0,6), компенсированное кислотно-основное состояние, адекватный диурез 1-2 мл/кг/ч. В предоперационном периоде умерло 4 детей (15%), причиной смерти были выраженная легочно-сердечная недостаточность на фоне высокой легочной гипертензии. В послеоперационном периоде умерло 3 новорожденных детей (11%) на 18±4,2 сутки, причиной смерти была прогрессирующая легочно-сердечная недостаточность.

Анестезия проводилась без предварительной премедикации, индукционная доза фентанила составила 5,7±2,1 мкг/кг, мидазолама – 0,6±0,2 мг/кг, миорелаксация проводилась введением одного из недеполяризирующих мышечных релаксантов (нимбекс – 0,1±0,04 мг/кг, тракриум – 0,5±0,06 мг/кг, ардуан – 0,08±0,01 мг/кг). Базис-наркоз осуществлялся введением фентанила в дозе – 18,5±8,1 мкг/кг/час. Объем интраоперационной инфузионной терапии составил 24,1±10,2 мл/кг/ч. В качестве стартового раствора использовали 5% раствор глюкозы в сочетании с физиологическим раствором (1:1), по показаниям с целью восполнения ОЦК 12 новорожденным детям дополнительно переливался раствор 6% ГЭК (инфукол) в дозе 9,7±6,4 мл/кг, 5 детям альбумин 20% в дозе 10,4±4,5 мл/кг, 1 новорожденному свежзамороженная плазмаП (15 мл/кг).

Показатели иммунного, эндокринного статуса и системы гемостаза оценивали до и после операции. Фенотипический анализ клеточных популяций проводили методом проточной цитометрии на цитофлуориметре «FACScan» фирмы «Becton Dickinson». Концентрацию тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ), трийодтиронина (Т₃), тироксина (Т₄), кортизола, пролактина регистрировали иммуноферментным методом с использованием тест-систем концерна «Hoffmann La Roche» Cobas Core (Швейцария). При исследовании системы гемостаза проводили оценку прокагулянтного звена и тромбоэластографию.

Статистический анализ данных выполнялся с использованием ППП «Statistica 6.0» (Stat.Soft, Inc., США).

Результаты исследования: уровень гормонов у новорожденных с диафрагмальной грыжей в предоперационном периоде соответствовал возрастной норме (таб.2). Концентрация пролактина была выше нормативных значений. По данным Riverso Р тест на пролактин является более чувствительным по сравнению с кортизолом для определения степени анестезиологической защиты. Относительно низкие показатели пролактина и кортизола в предоперационном периоде, по-видимому, были связаны с седативной терапией и введением опиоидных анальгетиков в условиях ИВЛ.

Таблица 2. Показатели эндокринного статуса у новорожденных с диафрагмальной грыжей (Me [Q₁; Q₂])

Показатели	Норма 1-3 сутки	До операции n=11	После опер. n=14	P, (U-test)
ТТГ, мМЕ/л	8 [1,0-17]	6,1 [3,4; 20,1]	3,9 [1,6; 7,4]	0,12
Т ₃ , нмоль/л	>0,5	1,4 [1,0; 2,8]	0,9 [0,6; 1,1]	0,03*
Т ₄ , нмоль/л	>77	136 [109; 156]	98 [66,3; 19,5]	0,02*
кортизол, нмоль/л	55-304	86 [64; 427]	173 [52; 271]	0,58

Пролактин, мМЕ/л	112-2454	1872 [1028; 3180]	1263 [367; 1618]	0,09
------------------	----------	-------------------	------------------	------

* статистически значимые различия показателей в послеоперационном периоде по сравнению с показателями до операции

В первые сутки после операции выявлено отсутствие значительной динамики по уровню кортизола и тенденция к снижению концентрации пролактина. Динамика гормонов щитовидной железы (тироксина и трийодтиронина) характеризовалась достоверным снижением в послеоперационном периоде под влиянием анестетиков с возможным переходом периферического дейодирования Т₄ на альтернативный путь, результатом которого является уменьшение Т₃ с повышением концентрации метаболически неактивного резервного Т₃ (гТ₃), а также их активным потреблением и метаболизмом в тканях [1,2,3]. Отсутствие изменений в уровне тиреотропного гормона гипофиза после оперативных вмешательств подтверждает литературные данные, что ни общая, ни регионарная анестезия, а также хирургический стресс не влияют на секрецию ТТГ и его плазменную концентрацию [3]. Колебания в его уровне в основном зависят от суток жизни новорожденного ребенка.

В предоперационном периоде по показателям иммунограммы отмечено снижение абсолютного количества CD3⁺ Т-лимфоцитов на 60%, Т-хелперов-индукторов на 70%, CD8⁺ цитотоксических Т-лимфоцитов на 56% и значительное снижение NK-клеток (CD16⁺CD56⁺) на 80% (рис.1). Представленная картина лабораторных сдвигов свидетельствует о тяжелом иммуносупрессивном состоянии уже перед оперативным вмешательством у новорожденных с диафрагмальной грыжей. Абсолютная лимфопения в предоперационном периоде, по-видимому, связана с апоптозом Т-клеток на фоне гипоксии и воспалительного процесса. Лимфоциты в силу своей структуры (2-3 митохондрии, слабо развитый эндоплазматический ретикулум, малое количество цитоплазмы) сильно подвержены к гипоксическим нарушениям и другим воздействиям антиметаболического характера.

После операции в клеточном звене иммунитета выявлено повышение иммунно-регуляторного индекса за счет Т-хелперов-индукторов при отсутствии статистически значимых различий по другим показателям субпопуляционного состава лимфоцитов от дооперационного уровня. Состояние иммуносупрессии на фоне тяжелой гипоксии, усугубляющиеся операционно-анестезиологическим стрессом, способствуют высокому риску инфекционно-воспалительных осложнений.

В предоперационном периоде у новорожденных с диафрагмальной грыжей, по сравнению с показателями гемостаза здоровых новорожденных, выявлено умеренное снижение концентрации фибриногена, нормальные показатели прокагулянтного звена; по данным тромбоэластограммы – изокоагуляция. Ранний послеоперационный период характеризуется статистически значимым увеличением концентрации фибриногена, незначительным удлинением АЧТВ на 16% без изменений в показателях протромбинового индекса и тромбоэластограммы на фоне проводимой гемостатической и инфузионной терапии в периоперационном периоде.

Таким образом, новорожденные с диафрагмальными грыжами являются самой тяжелой группой пациентов хирургического профиля. Это связано с гемодинамической нестабильностью, требующей иногда возрастающих доз инотропных препаратов, дыхательной недостаточностью вследствие гипоплазии легочной ткани и легочной гипертензией. Оптимальная предоперационная подготовка со стабилизацией параметров гемодинамики и газообмена способствуют удовлетворительному течению анестезии. При операциях на грудной клетке легочная ткань одновременно является объектом приложения как хирургической, так и операционной агрессии (Кассиль В.Л., 2004). В условиях скомпрометированной гемодинамики это может привести к декомпенсации и тяжелым интраоперационным осложнениям. Повышение пикового давления больше 30 см. вод ст. опасно риском развитием пневмоторакса, выраженная

гипервентиляция - неврологическими и легочными осложнениями. Одним из путей решения проблемы адекватной оксигенации при пороках развития грудной полости является использование возможностей ВЧО ИВЛ. Комбинированная анестезия на основе фентанила в дозе от 10 до 20 мкг/кг, хорошая миорелаксация в сочетании с гипнотиками обеспечивает достаточно эффективную анестезиологическую защиту. Проводимая в периоперационном периоде седативная терапия, не вызывает резких колебаний в уровне стресс-гормонов. Тяжелая гипоксия, ослабление тканевых барьеров, расстройства гемодинамики, нарушение перфузии органов на фоне иммуносупрессивного состояния predisполагают к высокому риску септических осложнений у детей данной группы.

Литература

1. Adami H., Johansson H., Thoren L., Wide L. *Acta Endocrinologica*. -

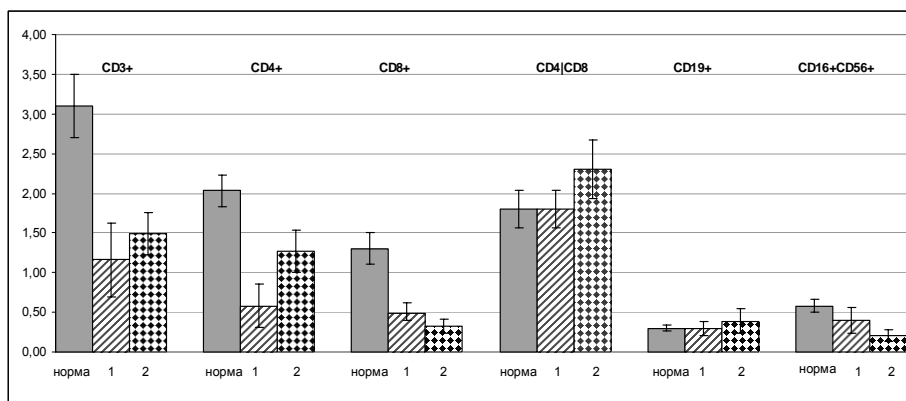


Рис.1 Субпопуляционный состав лимфоцитов до и после операции у новорожденных с диафрагмальными грыжами

1978. - Vol. 88. - P. 482

2. Halevy S., Liu-Barnett M., Ross P.L. *Br.J. Anaesth.* - 1980. -N 52. - P. 975-980

3. Oyma T. *et al. Endocrinology and the Anaesthetist.* - Elsevier Science Publishers B. V -1983.

Анестезиологическое пособие при операциях на органах брюшной полости у больных, перенесших инфаркт миокарда

Измаилов Ж.Г.

Центральная больница УДП РК, г. Алматы

Анестезиологическое обеспечение оперативных вмешательств у лиц с острыми заболеваниями терминального отдела толстой кишки, перенесших инфаркт миокарда, является актуальной проблемой современной хирургии и анестезиологии. Это связано с необходимостью проведения оперативного вмешательства, обусловленной жизненными показаниями, при высоком риске развития повторного инфаркта во время операции и ближайшем послеоперационном периоде. Особенностью обезболивания операций является необходимость обеспечения полной блокады ноцицептивной импульсации из обильно иннервируемой зоны с элементами профилактики и интенсивной терапии инфаркта миокарда. Современные подходы к обезболиванию требуют использования методик опережающей анальгезии, одним из наиболее эффективных методов которой является регионарная анестезия [1-3].

Цель исследования

- обеспечить адекватную анестезию пациентов, перенесших инфаркт миокарда, включая создание условий полной нечувствительности к операционной травме, хорошую перфузию и транспорт кислорода к жизненно важным органам.

Материалы и методы

С 2009 по 2010 год в отделении анестезиологии и реанимации ЦКБ УДП РК наблюдались 26 пациентов, перенесших в различные сроки инфаркт миокарда, которым было проведено оперативное лечение по неотложным показаниям. По возрастным группам больные распределились следующим образом: 50-60 лет - 12 человек и 61-70 лет - 14.

В кардиологическом анамнезе всех 26 больных отмечался острый инфаркт миокарда, по поводу которого данные пациенты лечились в кардиологических стационарах. Срок давности перенесенного острого инфаркта миокарда до поступления в клинику варьировал от 1 до 10 лет.

У 2 пациентов, которые перенесли инфаркт миокарда менее 1 года назад, отмечались изменения на ЭКГ в виде нарушения процесса деполаризации, реполяризации (блокада, ишемия). У

11 пациентов с давностью перенесенного инфаркта миокарда до 5 лет электрокардиографические данные соответствовали признакам нарушений процесса реполяризации. Из 13 пациентов, перенесшего инфаркт миокарда от 5 до 10 лет назад, у одного больного был имплантирован искусственный водитель ритма, у другого отмечались признаки аневризмы в области передней стенки и рубцовые изменения по задней стенке. Пациенты получали анестезиологическое обеспечение по поводу различных хирургических вмешательств: холецистэктомия, резекция желудка, экстирпация матки, трансуретральная резекция предстательной железы. Профилактика и устранение острых коронарных нарушений при операции у больных являлось важной задачей анестезиологического пособия проходило под мониторным контролем ЭКГ и ЦВД на всех его этапах.

Предоперационная подготовка включала коррекцию метаболизма, в первую очередь устранение метаболического ацидоза и создание клеточной и плазменной нормокалиемии с помощью инфузионной поддержки растворами кристаллоидов. В премедикацию обязательно включались транквилизаторы.

В операционном периоде ИВЛ выполнялась в режиме нормовентиляции, проводилось мониторирование ЭКГ и ЦВД. Небольшие операции, выполняемые под различными видами местной анестезии, требовали подавления психоэмоциональной сферы транквилизаторами, центральными анальгетиками. 12 больным проведена эпидуральная анестезия (2% лидокаин 20 мл + нарופן 1%- 10мл). Всем больным проводилась оксигенотерапия, мероприятия по стабилизации пульса и артериального давления, предупреждению увеличения работы сердца.

В послеоперационном периоде важным моментом была адекватная анальгезия (кетанов) и транквилизация (трамадол, стадол), применялась коронаро-расширяющая терапия. Инфузионная терапия выполнялась под постоянным контролем ЦВД и ЭКГ.

Результаты

Тщательный выбор обезболивания, предоперационная подготовка, адекватное анестезиологическое пособие, проведенные

пациентам, перенесшим острый инфаркт миокарда с различной давностью, позволили избежать во всех случаях опасных нарушений функций кровообращения, как во время операции, так и в послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Аксельрод Б.А., Бабалян Г.В., Бунятян А.А. Анализ вариабель-

ности сердечного ритма и безопасность анестезии у больных с ИБС // *Материалы междунар. конф.-М.- 2005.- С. 10-12.*

2. Бояркин М. В., Вахрушев А. Е., Марусанов В. Е. Оценка адекватности анестезиологического пособия с помощью спектрального анализа синусового ритма сердца // *Анест. и реаниматол. -2003. -№4.- С.7-11.*
3. Кеннет Дж. Тьюман *Периоперационный риск развития сердечно-сосудистых осложнений: Оценка и тактика* // *Освежающий курс лекций.- Архангельск- 2003.- С. 93-101*

Гиповолемический шок – диагностика и лечение на современном этапе

Тажигаев Д.А.

Центральная клиническая больница УДП РК, г.Алматы

Гиповолемический шок (ГШ) относится к состояниям, при которых быстрая потеря жидкости приводит к мультиорганной недостаточности, обусловленной неадекватным объемом циркулирующей крови (ОЦК) и последующим нарушением перфузии [1]. Наиболее распространенными причинами ГШ являются острая наружная кровопотеря при пенетрирующей травме, выраженном желудочно-кишечном кровотечении, упорных гастроэнтеритах, обширных ожогах; и острая внутренняя кровопотеря в грудную и брюшную полости (повреждения паренхиматозных органов и разрыв аневризм аорты) [2,3].

Гематологическая система отвечает на острую кровопотерю активацией коагуляционного каскада, сокращением кровотока сосудов и активацией тромбоцитов за счет местного высвобождения тромбосана А2, формированием незрелого кровяного сгустка. При повреждении сосудов обнажается коллаген, вызывающий осаждение фибрина и стабилизацию тромба. Формирование плотного тромба происходит примерно за 24 часа [4].

Сердечнососудистая система (ССС) реагирует на ГШ увеличением ЧСС, возрастанием сократимости миокарда и констрикцией кровяных сосудов, а также перераспределением крови к жизненно важным органам (ЖВО)[4].

Почки реагируют на ГШ увеличением секреции ренина, который превращает ангиотензиноген в ангиотензин I, который затем трансформируется в ангиотензин II. Последний обладает двумя основными действиями, помогающими инвертировать ГШ, - вазоконстрикцией артериол гладких мышц и стимуляцией секреции альдостерона корой надпочечников, под действием которого активно реабсорбируется натрий и вода [3].

Нейроэндокринная система реагирует на ГШ путем увеличения антидиуретического гормона (АДГ) и концентрации натрия и приводит к опосредованному увеличению реабсорбции воды и солей (NaCl) дистальными канальцами, собирательными трубочками и петлями Генле [5].

Кровопотеря I степени (потеря 0-15%). При отсутствии осложнений может отмечаться лишь легкая тахикардия. Не обнаруживаются изменения параметров АД, пульса и частоты дыхания. Задержка наполнения капилляров более 3 секунд соответствует потере приблизительно 10% от ОЦК[4].

Кровопотеря II степени (потеря до 15-30%). Клиника: тахикардия (ЧСС>100/мин.), тахипноэ, уменьшение пульсового давления (ПД), холодная влажная кожа, задержка капиллярного наполнения, беспокойство. ПД снижается в результате увеличения уровня катехоламинов, которые вызывают возрастание периферического сосудистого сопротивления с последующим повышением диастолического АД (ДАД) [4].

Кровопотеря III степени (потеря до 30-40%). В этой стадии у больных обнаруживается заметная тахикардия, снижение систолического АД (САД), олигурия, спутанность сознания и агитация.

Кровопотеря IV четвертой степени (потеря>40%). Симптомы: выраженная тахикардия, снижение САД, снижение

ПД (или неопределяемого ДАД), олиго- или анурия, потеря сознания, холодная и бледная кожа [4]. Осложнения ГШ: неврологические нарушения и смерть. Прогноз зависит от степени потери ОЦК.

Лечение. Существуют три цели лечения больных с ГШ: 1) максимальное обеспечение кислородом с гарантированной адекватной вентиляцией, увеличением сатурации крови кислородом и восстановлением кровотока, 2) контролирование дальнейшей кровопотери, 3) восполнение ОЦК [6].

Максимальная доставка кислорода: дыхательные пути пациента следует безотлагательно проконтролировать и при необходимости – стабилизировать, оценить глубину и частоту дыхания, дыхательные шумы. Согласно закону Пуазейля, ток жидкости обратно пропорционален длине в/венного катетера и прямо пропорционален его диаметру. Следовательно, короткий катетер с большим калибром идеально подходит для восполнения жидкости, но при этом диаметр катетера имеет большее значение, чем его длина. Катетер устанавливают в артерию, что позволяет проводить длительный мониторинг кровяного давления и облегчает определение газового состава крови. После установки в/венного доступа начальное восполнение жидкости осуществляют изотоническим кристаллоидным раствором (Рингер-лактата, физиологический раствор). Вначале вводится болюсно 1-2 литра и определяется реакция больного [6]. У больных с желудочно-кишечным кровотечением рекомендуется в/венное введение вазопрессина и блокаторов H2-рецепторов. Вазопрессин вызывает побочные реакции, такие как гипертензия, аритмия, гангрена и ишемия миокарда и спланхических органов. Поэтому его применяют при отсутствии реакции на первоочередные мероприятия.

В настоящее время рекомендуется агрессивное восполнение жидкостей при помощи раствора Рингер-лактата и физиологического раствора всем больным с признаками шока независимо от обусловивших причин [7].

Литература

1. Dutton RP, Mackenzie CF, Scalea TM. Hypotensive resuscitation during active hemorrhage: impact on in-hospital mortality. *J Trauma. Jun 2002;52*
2. Graham CA, Parke TR. Critical care in the emergency department: shock and circulatory support. *Emerg Med J. Jan 2005;22*
3. Ogino R, Suzuki K, Kohno M, et al. Effects of hypertonic saline and dextran 70 on cardiac contractility after hemorrhagic shock. *J Trauma. Jan 1998;44*
4. Leppaniemi A, Soltero R, Burris D, et al. Fluid resuscitation in a model of uncontrolled hemorrhage: too much too early, or too little too late?. *J Surg Res. Jul 1 1996;63*
5. Silbergleit R, Satz W, McNamara RM, et al. Effect of permissive hypotension in continuous uncontrolled intra-abdominal hemorrhage. *Acad Emerg Med. Oct 1996;3*
6. Skagius E, Siegbahn A, Bergqvist D, Henriksson A. Activated coagulation in patients with shock due to ruptured abdominal aortic aneurysm. *Eur J Vasc Endovasc Surg. Jan 2008;35*
7. Stern SA. Low-volume fluid resuscitation for presumed hemorrhagic shock: helpful or harmful?. *Curr Opin Crit Care. Dec 2001;7*

Применение модифицированного желатина в интенсивной терапии массивной кровопотери

Ершова Д.В.

Городская клиническая больница №1, Караганда

УДК 616-005.1-085

Актуальность

Для восполнения объема циркулирующей крови (ОЦК) в современных условиях существует целый ряд препаратов. Основные аргументы в пользу выбора того или иного раствора инфузионной терапии должны основываться на правильной интерпретации различных показателей, характеризующих данную клиническую ситуацию, и сопоставимость с ней физико-химических показателей препарата. При выборе стратегии и тактики ИТТ кровотечений необходимо учитывать безопасность применения инфузионной среды с учетом волемических, реологических, гемостатических показателей крови и кислотно-основного состояния; возможность стабилизации эндотелия; влияние инфузионной среды на гемостаз; величину волемического коэффициента; осмолярность препарата и время нахождения в сосудистом русле.

Целесообразно при катастрофически низких показателях гемодинамики незамедлительно начинать инфузионную терапию с введения коллоидных и кристаллоидных растворов, так как ни серьезность ситуации, ни крайняя необходимость не исключают строгого соблюдения правил переливания препаратов крови (СЗП, Эритроцитной массы и т.п.). Кроме того, необходимо помнить, что кислородно-транспортная функция крови начинает страдать только при уровне гемоглобина < 70 г/л и гематокрита < 20%.

В последние годы широкое применение и признание как препарат первой помощи в нашей клинике получил Гелофузин 4% фирмы B. Braun Melsungen AG (Германия). Гелофузин представляет собой 4% раствор модифицированного жидкого желатина в растворе 0,9% NaCl. Гелофузин производят из коллагеновой ткани (хрящей) крупного рогатого скота методом термической деградации, гидролиза и сукцинирования. По этой причине в некоторых работах раствор называют сукцинированным желатином. Это плазмозамещающий раствор с периодом полувыведения около 9 ч, имеющий среднюю молекулярную массу 30 000 Да, КОД 453 мм водн. ст. или 33,3 мм рт. ст. и осмолярность 274 мосм/л, рН 7,4. Большая часть (90-95%) Гелофузина выводится почками, остальная – через кишечник.

Гемодинамические эффекты Гелофузина 4% не оказывают специфического влияния на систему гемостаза. Максимальная суточная доза – до 200 мл на килограмм массы тела.

Эффекты Гелофузина:

- не влияет специфически на систему гемостаза
- имеет волемический коэффициент 100%
- технология изготовления исключает риск передачи инфекции
- малая анафилактигенность
- возможность применения больших доз
- низкая стоимость
- не вызывает развития осмотического нефроза
- увеличивает фильтрационную способность почек
- уменьшает количество переливаемых препаратов крови

В странах ЕС в структуре потребления инфузионных средств использование препаратов желатины занимает 26%, производных ГЭК – 21%, а декстранов – лишь 1%.

Результаты исследования

В нашем исследовании, интенсивная инфузионная терапия начиналась после изменения гемодинамических показателей при

Бүгінгі күнде айналып жүрген қанның көлемін толықтыру үшін бірталай препараттар бар. Инфузиялық терапияның кей бір ерітінділерді таңдау үшін негізгі дәлелдер бұл клиникалық ахуалды бейнелеген түрлі-түрлі көрсінкіштердің дұрыс түсіндіруіне және препараттың физико-химиялық көрсеткіштердің аталған клиникалық ахуалмен салыстырымдылығына сүйену керек. Инфузиялық-трансфузиялық терапияның қансыраудың стратегиясымен әдісін таңдағанда инфузиялық ортасының қатерсіз пайдалануын қанның волемикалық, реологиялық, гемостатикалық көрсеткіштер және қышқыл-сілті баланспенен бірге эндотелийдың тұрақтандыру мүмкіндігін; инфузиялық ортаның гемостазға әсерін; волемикалық коэффициенттің мөлшерін; препараттың осмолярлығын және көктамыр ішінде сақталынатын уақытын есепке алу керек.

Гемодинамиканың тым аласа көрсеткіштердің кезінде инфузиялық терапияны тез бастау қажет мысалы коллоид және кристаллоид ерітінділерінің көмегімен, өйткені жағдайдың қауіптілігі немесе ақырғы мәжбүрлік қан препараттардың құю ережелердің сақтауын шығармайды (жаңадан мұздатылған плазма, эритроцитті масса, т.б.). Бұдан басқа қанның өттегі-транспорттық функциясы гемоглобинның < 70 г/л және гематокриттың < 20% деңгейінде азаптаныуын есте сақтау керек.

Соңғы жылдары біздің клиникамызда ауқымды қолдануын және мойындауын алғашқы көмек препараттың ретінде B. Braun Melsungen AG (Германия) фирмасының Гелофузин деген препарат ұтып алды.

Currently we may see a full range of preparations which are used for replacement of the volume of circulating blood. Main arguments for the choice of any solution of the infusion therapy must be based on a correct interpretation of various indicators characterizing clinical situation and compatibility with it of physicochemical indicators of the preparation. When choosing the strategy and approach of infusion-transfusion therapy bleedings it is necessary to consider a safe use of the infusion media taking into account volemic, rheological, haemostatic indicators of blood and acid-base balance; possibility of endothelium stabilization; effects of infusion media on haemostasis; value of volemic ratio; osmolarity of the preparation and the time of persistence in a vascular compartment.

In case of critically low indicators of haemodynamics it is useful to start immediately the infusion therapy by means of administration of colloids and crystalloids, because neither gravity of the situation nor extreme necessity do not exclude a strict observation of rules of the blood products transfusion (fresh frozen plasma, packed red blood cells, etc.). In addition it is necessary to keep in mind that oxygen-transport function of blood can be impaired only when level of Hb is <70 g/l and of Ht <20%.

Recently, Gelofusine 4% from B. Braun Melsungen AG (Ger-

продолжающейся кровопотере, которая в среднем составила 750 мл в обеих группах. В основной группе объем инфузионной терапии составлял в среднем 1600 мл раствора модифицированного желатина (Гелофузина 4%). В группе сравнения с применением соотношения 2:1 ГЭК к кристаллоидам, объем инфузионной терапии составлял 2000 мл. Скорость инфузии не отличалась между группами и составила в среднем 140мл/час. Результаты исследования отражены в таблице.

Таблица. Гемодинамические показатели на этапах исследования (АДсреднединамическое, ЧСС)

Показатели АД и ЧСС на этапах исследования		Основная группа (n=30)	Группа сравнения (n=39)
До начала инфузии	ЧСС	102,86±1,2	105,36±1,43
	АДср	70,02±1,76	69,3±1,9
После начала инфузии через 10 минут	ЧСС	78,62±0,8*✓ (15,33 %)	89,94±1,34✓ (14,63 %)
	АДср	84,95±1,02*✓ (11,27 %)	78,8±2,69✓ (27,9 %)
После полного гемостаза и стабилизации гемодинамики	ЧСС	86,77±1,36✓ (15,55 %)	90,1±1,94✓ (14,48 %)
	АДср	92,64±1,17✓ (30,44 %)	91,9±1,76✓ (30,21 %)

* – различия между группами достоверны (p < 0,05);

✓ – различия между этапами в группах достоверны (p < 0,05);

Выводы и практические рекомендации

Необходимо использовать растворы коллоидов с целью коррекции гемодинамических нарушений в качестве инфузионной терапии (с учетом противопоказаний), предпочтительно проводить инфузионную терапию препаратом модифицированного желатина, так как при инфузионной терапии ГЭК с кристаллоидами, гемодинамический ответ менее выражен, в то время как при применении модифицированного желатина быстрее стабилизируются показатели гемодинамики после начала инфузии.

Литература

1. Аскали Ф., Фестер Х. Гидроксизтилкрахмал из сырья различного происхождения: сопоставление фармакокинетики и фармакодинамики. // Вестник интенсивной терапии, 1998, № 1.
2. Братусь В.В., Бутылин Ю.П., Дмитриев Ю.Л. Интенсивная терапия в неотложной хирургии. Киев, 1980.
3. Глушнев И.В., Таратина, Т.М., Иванова, и др. Возможность применения конъюгатов гидролизатов желатин и декстрана в качестве плазмозаменителей и дезинтоксикантов. // В кн.: Актуальные проблемы улучшения качества кровезаменителей, консервантов крови, гормональных и органолепептических препаратов. М., 1991. с.98.
4. Кочетыгов Н.И. Кровезаменители при кровопотере и шоке. "Медицина", Л., 1984.
5. Малышев В.Д. Интенсивная терапия. М., 1997.
7. Франке Р. Восполнение объема циркулирующей крови с использованием коллоидных растворов. // Анест. и Реан. 1999. №3 с.70-76.
8. Хлябич Г.Н. Основные направления исследований по созданию перспективных технологий производства кровезаменителей. // В кн.: Актуальные проблемы улучшения качества кровезаменителей, консервантов крови, гормональных и органолепептических препаратов. М., 1991. с. 3-9.
9. Laubenthal H. Dextrananaphylaxie, Pathomechanismus und Prophylaxe. 1986. Springer-Verlag, S. 51-83.
10. Lutz H. Plasmaersatzmittel. 4 Auflage. S. 87-154. Thieme-Verlag. 1986.
11. Singl S., Schaeffer R.C., Valdes S. Cardiorespiratory effects of volume overload with colloidal fluids in dogs. // Crit. Care Med. 1983. V.33 p.585-590

Лучевая терапия в алгоритмах комбинированных методов лечения больных раком прямой кишки

Кулиева Н.Г.

Национальный центр онкологии Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики

Несмотря на заметную тенденцию к росту выживаемости больных раком прямой кишки (РПК) в большинстве европейских стран, обусловленную совершенствованием хирургических методов, все заметнее усиливаются позиции комбинированных и комплексных видов лечения [2, 6, 7]. Обе эти тенденции обусловлены общемировым техническим прогрессом, открывающим возможности как к осуществлению радикальных, расширенных хирургических вмешательств, так и к внедрению новых технологий и программ при реализации курсов лучевой терапии (ЛТ), а также совершенствованию и расширению спектра применяемых при данной патологии химиопрепаратов. При этом особо актуализируется выбор адекватной тактики лечения, с наиболее обоснованной и рациональной последовательностью применения каждого из его компонентов [3, 5]. Это представляется реальным только при наличии лечебных схем, построенных на основании как теоретических, так и практических обобщений накопленного опыта в лечении данного контингента больных [1, 4, 5, 8].

Материал и методы

В течение последних двадцати лет в Национальном центре онкологии проводится мониторинг результатов комбинированных методов лечения больных РПК при различных объемах оперативных вмешательств, неотъемлемым компонентом большинства из которых является ЛТ. Проанализированы результаты лечения 750 больных РПК, среди них – 124 пациентам осуществлялось только оперативное лечение, а 626 – различные варианты комбинированного и комплексного. Соответственно, 84 больным РПК были произведены различные виды радикальных оперативных вмешательств, а 40 – паллиативных. В силу различных причин этим пациентам консервативная терапия не проводилась, и их данные послужили группой контроля. Средний возрастной состав больных колебался в пределах от 35 до 74 лет, отмечалось 412 мужчин и 338 женщин. Диагноз был гистологически верифицирован в 100% случаев, у большинства больных выявлена аденокарцинома. Исходя из постулата, что при сочетании двух и более методов лечения применение каждого из компонентов, а также их последовательность должны быть строго аргументированы, оценены различные варианты предоперационной ЛТ, послеоперационной – при радикальных операциях и при неудаленной опухоли, сочетания их с радиомодификацией и химиопрепаратами.

Исходя из объема основного метода- хирургического, больные были распределены на 2 группы: 478 больным была произведена радикальная операция, а 272 больным- паллиативная. В свою очередь, в зависимости от компонентов комбинированного метода данные группы больных РПК подразделялись на подгруппы. В первой группе контрольную подгруппу, в которой проводилось только оперативное лечение, составило 84 больных РПК, а во второй – 40. Дистанционная лучевая терапия проводилась в статическом режиме на аппаратах «РОКУС-М», «ТЕРАГАМ», «CLINAK», в большинстве случаев – с 4-х полей, по «box» методике, ей предшествовало топодозиметрическое планирование с использованием систем «ХЮ», а в последние годы в ряде случаев-и «FocalSim», с виртуальной симуляцией и обеспечением системы контроля пространственного распределения полей облучения, в том числе и с помощью системы «PORTAL VISION».

Проводимые методы лечения в обеих подгруппах схематически представлены в таблицах № 1 и № 2.

В результате проведенного исследования выявлен ряд закономерностей, позволяющих на основании интегративной оценки клинических особенностей каждого пациента прогнозировать эффективность планируемого лечения. Учитывая мировую тенденцию к стандартизации, это позволит разработать адекватные программы для больных РПК, с координацией последовательности всех вышеуказанных видов лечения.

Radiotherapy in combined treatment modalities of patients with rectal cancer

N.H. Quliyeva

National center of oncology, Ministry of health, Azerbaijan Republic

Key words: rectal cancer, radiotherapy, combined treatment

Results of this research revealed a number of regularities based on integrative assessment of clinical features of each patient what allows to predict efficacy of treatment. Taking into account the tendency to standardization this let us to work out adequate treatment programs for patients with rectal cancer.

Таблица №1. Комбинированные методы лечения больных рпк при радикальных операциях

Группы	Число больных	Методы лечения
I	84	Радикальная операция
II	76	Лучевая терапия + радикальная операция РОД – 5,0Гр. * 5 – izoef. СОД – 40,0Гр.
III	72	СВЧ – гипертермия+лучевая терапия+радикальная операция РОД – 5,0Гр. * 5 – izoef. СОД – 40,0Гр.
IV	60	Лучевая терапия+радикальная операция РОД – 2,0Гр. * 5 – . СОД – 40,0Гр.
V	48	Лучевая терапия+5 ФУ+радикальная операция РОД – 2,0Гр. * 5 – СОД – 40,0Гр.+5ФУ-500мг *3р. в неделюдо 5,0г+радикальная операция.
VI	35	РОД – 2,0*5. – СОД – 40,0Гр.+ЭАС-100,мл.*3р. в неделю -7-10 вливаний+радикальная операция
VII	36	Радикальная операция+ лучевая терапия РОД – 2,0-Гр.– СОД –50,0- 60,0Гр.
VIII	32	Радикальная операция+ ПХТ FOLFOX4.-VI курсов
IX	35	Радикальная операция+ЛТ+ ПХТ РОД – 2,0Гр.-СОД -50-60 Гр.+ .FOLFOX4 –VI курсов
Всего	478	

Как видно из таблицы №1, в группе из 84 больных РПК проводилось только радикальное хирургическое вмешательство. Чаще всего – брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, реже – брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмы, внутрибрюшная резекция, операция Гартмана-Инаятова.

II группа включала 76 больных, которым в предоперационном периоде проводилась крупнофракционная ЛТ. После соответствующей топодозиметрической подготовки сеансы дистанционной ЛТ осуществлялись в разовой очаговой дозе (РОД) – 5,0 Гр. в течение 5 дней ежедневно. Достигнутая за этот

период времени суммарная очаговая доза (СОД) равнялась 25,0 Гр., что соответствовало СОД-40,0 Гр., подведенной в традиционном режиме. Последующее оперативное вмешательство производилось не позднее, чем через 3-5 дней, во избежание манифестации лучевых реакций.

В III группе из 72 больных предоперационное облучение в идентичном крупнофракционном режиме сочеталось с физическим радиомодифицирующим агентом – внутривенной локальной СВЧ-гипертермией. Локальное нагревание опухоли проводилось на аппарате «Плот» с частотой колебания 915 МГц, с помощью гибких СВЧ-излучателей, введенных в соответствии с локализацией опухоли в прямой кишке. Температурно-экспозиционный режим поддерживался в течение 45 минут при 43°C. Манипуляция проводилась через день, за 0,5 часа до ЛТ: в 1, 3 и 5 дни недели.

В IV группе 60 больным РПК ЛТ проводилась в пролонгированном режиме – в РОД-2,0 Гр. ежедневно до СОД-40,0 Гр. – дозы излучения, теоретически достаточной для дезактивации наиболее чувствительных опухолевых клеток и как правило не вызывающей выраженных лучевых реакций со стороны здоровых тканей и организма в целом. Для реализации этой программы требовалось 4 недели, с последующим 1-2 недельным перерывом перед плановой операцией. Этот интервал соблюдался и в других группах, в которых применялся данный режим.

В V группу были включены 48 больных РПК, которым на фоне идентичного пролонгированного курса ЛТ вводился химиопрепарат-5-фторурацил, как радиомодификатор-синхронизатор клеточного цикла. Введение препарата осуществлялось внутривенно по 500 мг 3 раза в неделю, за 1-1,5 часа до облучения. Всего за курс вводилось 3,0-5,0 г 5-ФУ.

В VI группе 35 больным РПК, наряду с предоперационным облучением в пролонгированном режиме, также применялся химический радиомодификатор – электронакцепторные соединения (ЭАС) – как правило, раствор К्लीона. За 0,5 часа до ЛТ внутривенно переливалось 100,0 мл раствора, 3 раза в неделю, всего 6-7 инфузий.

В VII группу вошли 36 больных, которым ЛТ проводилась после радикальной операции, как адьювантная. Целью ее проведения являлось стремление максимально снизить вероятность возникновения локально-регионарных рецидивов. ЛТ начинали не позднее 3-4 недель после операции, осуществлялась она в статическом режиме, как правило – с 4-х полей, в РОД- 2,0 Гр. до СОД -50-60 Гр.

В VIII группу вошли 32 больных РПК, которым после радикальной операции осуществлялась только лекарственная терапия. Химиотерапия в этой группе больных проводилась как правило по схеме FOLFOX4 в количестве VI курсов.

В IX группе – 35 пациентам в послеоперационном периоде проводилось как лучевое, так и лекарственное лечение. В большинстве случаев послеоперационная терапия была начата с курса ЛТ, которая проводилась в тех же параметрах, что и в I группе, а затем, после небольшого перерыва – от 1 до 3 недель, проводилось лекарственное лечение по схеме FOLFOX4.

Таблица №2. Комбинированные методы лечения больных рпк при паллиативных операциях

Группы	Число больных	Методы лечения
I	40	Паллиативная операция
II	40	Паллиативная операция+ ЛТ РОД-2,0Гр.-СОД-60,0-65,0 Гр.
III	38	Паллиативная операция+ЛТ+ЭАС РОД-2,0 Гр-СОД-60,0-65,0 Гр.+р-рКлиона-100,мл*3р.в неделю-7-10 введений
IV	32	Паллиативная операция+ЛТ+5ФУ РОД – 2,0Гр.- СОД– 60,0-65,0 Гр.+5ФУ-500мг*3р.в неделю-5,0-7,0 г.

V	34	Паллиативная операция+ЛТ+ЭАС+5ФУ РОД –2,0Гр. * 5 -. СОД – 60,0-65,0 Гр.+р-р К्लीона-100,0мл.*3р.в неделю-7-10введений+ 5ФУ -500,0мг*3р.в неделю-5,0-7,0г.
VI	42	Паллиативная операция+ПХТ FOLFOX4,FOLFOX6,FOLFIRI,5ФУ/лейковорин
VII	46	Паллиативная операция+ЛТ+ПХТ РОД – 2,0Гр.* 5 - СОД – 60,0-65,0Гр.+ПХТ, как в VI гр.
Всего	272	

В таблице №2 приводятся данные о методах лечения больных РПК после паллиативных операций.

I группу, где проводилась только послеоперационная ЛТ в указанных в таблице параметрах, было объединено 40 больных.

Во II группе, состоящей из 38 больных, наряду с облучением, применялись химические радиомодификаторы – электронакцепторные соединения (ЭАС) – как правило, раствор К्लीона-100,0 ml. За 0,5 часов до облучения внутривенно капельно переливался раствор ЭАС три раза в неделю, в большинстве случаев – 6-7 инфузий.

В III группе больных РПК из 32 человек, наряду с идентичным курсом облучения, применялся химиопрепарат 5-фторурацил, как радиомодификатор-синхронизатор клеточного цикла. Введение препарата осуществлялось внутривенно по 500 мг 3 раза в неделю, за 1-1,5 часа до облучения. Всего за курс вводилось в среднем до 5,0 г 5-ФУ.

В IV группе 34 больным ЛТ проводилась на фоне полирадиомодификации – с применением как ЭАС, так и 5-ФУ. Препараты вводились внутривенно капельно, поэтапно, через день. Как правило, между введениями радиомодифицирующих средств капельно переливались изотонические солевые растворы.

В V группу были объединены 42 больных РПК, которым после паллиативной операции проводились поэтапно курсы ПХТ (обычно 6-8 циклов) по схемам FOLFOX4, FOLFOX6, FOLFIRI, 5-ФУ/лейковорин.

В VI группу вошли 46 пациентов, которым в послеоперационном периоде проводился как полный курс ЛТ, так и поэтапные курсы ПХТ по вышеуказанным схемам.

Результаты и обсуждение

Все полученные данные были проанализированы и обработаны методами вариационной статистики. Критериями оценки полученных результатов были приняты результаты лечения, которые выражались в двух основных важнейших параметрах – выживаемости больных и качестве их жизни. Учитывались также количество и тяжесть интра- и послеоперационных осложнений, длительность реконвалесценции, отдаленное метастазирование и др. Выживаемость больных РПК при комбинированных методах лечения с радикально выполненным оперативным вмешательством представлена в диаграммах №1 и №2.

Анализируя полученные данные, можно было заключить, что предоперационная терапия улучшала показатели выживаемости во всех группах больных ($P < 0,05$). Из этой же диаграммы видно, что наиболее высокий процент 3-летней и 5-летней выживаемости больных РПК после радикальных операций был в тех группах, где в предоперационном периоде проводилась крупнофракционная ЛТ в сочетании с локальной ГТ, а также - ЛТ в пролонгированном режиме при сочетании с химическим радиомодификатором 5-ФУ. Предоперационная ЛТ улучшила 3-х и 5-летние результаты, независимо от режима фракционирования дозы ионизирующего излучения, при тенденции к лучшим показателям 5-летней выживаемости при крупнофракционном курсе по сравнению с пролонгированным. Использование ЭАС в сочетании с ЛТ заметно не повлияло на эффективность лечения. Выявленная тенденция к улучшению результатов просматривалась при сочетании ЛТ с 5-ФУ, а наи-

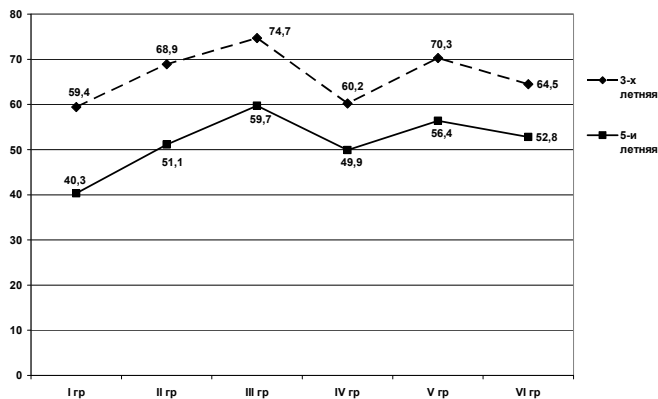


Диаграмма №1. Выживаемость больных рпк при различных методах предоперационной лучевой терапии

лучшие результаты предоперационной терапии с последующей радикальной операцией у больных РПК отмечались при сочетании ЛТ и локальной ГТ ($P < 0,05$).

При анализе представленных в диаграмме №2 данных о выживаемости больных РПК после адъювантной постоперационной терапии больных РПК было выявлено, что при любой программе показатели годовой выживаемости больных в ближайшие три года достоверно улучшаются по сравнению с чисто хирургическим методом. В то же время, не найдено значительных различий между показателями выживаемости больных VII и VIII групп, то есть при реализации одного вида постоперационной терапии - лучевой или лекарственной. В IX группе, у тех больных РПК, которым осуществлялось поэтапное химиолучевое лечение, выживаемость оказалась существенно выше ($P < 0,05$).

Одновременно было выявлено, что у больных РПК всех IX групп длительность жизни коррелировала со степенью инвазии стенки кишки, характеризующейся символом T, наличием или отсутствием регионарных метастазов на момент начала лечения (N), локализацией опухоли в органе, степенью гистологической дифференцировки опухоли. Наилучшие результаты в рамках данных параметров отмечены при локализованных формах опухоли (стадии T2N0M0), расположенной опухоли в проксимальных отделах кишки и высокой степени дифференцировки.

Между тем, данная закономерность проявлялась в различных группах больных неодинаково. Если при опухолевом процессе, соответствующем символу «T₂», различия показателей выживаемости в группах больных были не столь значительными, то при символах «T₃₋₄» отмечалась выраженная тенденция к улучшению при пред- и постоперационной лучевой терапии и значительное повышение показателей 3-х и 5-летней выживаемости при предоперационной ЛТ в сочетании с СВЧ-гипертермией и 5-ФУ, и постоперационной химиолучевой терапии по сравнению с чисто хирургическим методом ($P < 0,05$). При оценке показателей выживаемости больных РПК, в зависимости от величины символа N, были выявлены еще более выраженные различия. У всех пациентов с наличием в параректальной клетчатке метастазов в лимфоузлы, что характеризовалось символами N₁₋₂, выживаемость резко снижалась по сравнению с больными, у которых эти метастазы отсутствовали (N₀). Отмечалось некоторое улучшение результатов во всех группах больных, получавших постоперационную терапию, наиболее выраженное в IX группе, при сочетании лучевой и химиотерапии ($P < 0,05$).

У больных РПК с локализацией опухоли в дистальных отделах, наиболее высокая выживаемость отмечалась при предоперационной ЛТ в сочетании с СВЧ-гипертермией, при тенденции к улучшению в сочетаниях ЛТ и химиотерапии ($p \leq 0,05$).

Одновременно было выявлено, что частота рецидивов при различных вариантах лечения также была неодинаковой, данные представлены в диаграмме № 3.

При анализе отмечено, что у больных РПК в среднем частота рецидивов через 3 года после операции в 1.5 раза выше,

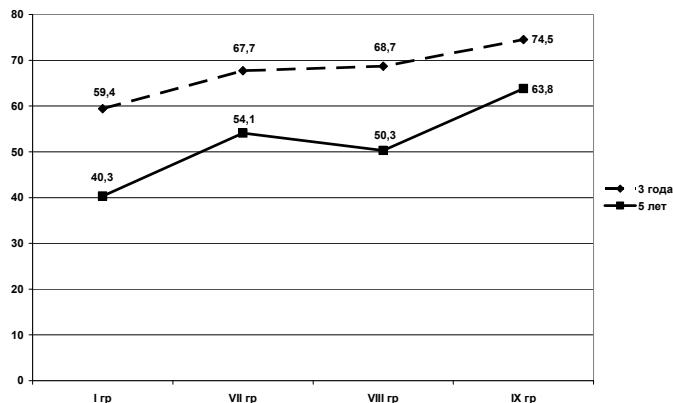


Диаграмма №2. Выживаемость больных рпк при различных методах адъювантной терапии после радикальных операций

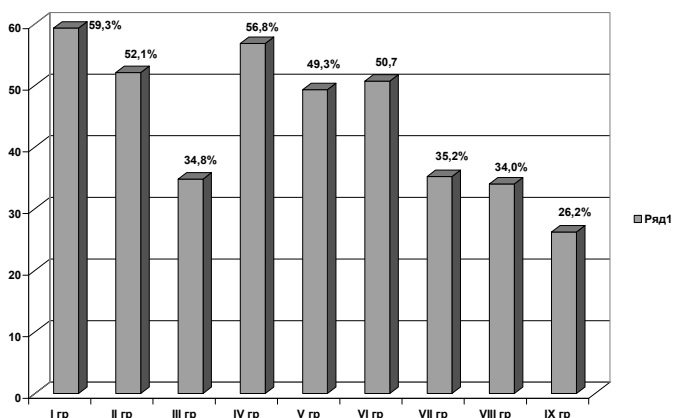


Диаграмма № 3. Частота рецидивов после различных комбинированных методов лечения больных рпк при радикальных операциях (Сроки наблюдения – 3 года).

чем у больных, которым после оперативного вмешательства проведены адекватные курсы лучевой или химиотерапии, и более, чем в 2 раза выше, чем у пациентов, получивших комплексное химиолучевое лечение в постоперационном периоде. Предоперационная ЛТ в пролонгированном режиме, а также ее сочетание с ЭАС на данный показатель заметно не повлияли, в то время, как сочетание с локальной СВЧ-гипертермией, 5-ФУ уменьшили его, соответственно, на 10% и 24,5%, а крупнофракционная ЛТ - на 7,2% ($p \leq 0,05$).

В диаграмме №4 приведены данные о выживаемости больных РПК после паллиативных операций, при неудаленной опухоли. Из больных, которым постоперационная терапия не проводилась, 1-й год прожили 15%, 3 года не прожил ни один, поэтому их данные в диаграмме не приводятся. Как видно из последней, применение монорадимодификации повысило 1, 3-х и 5-летнюю выживаемость у больных II и III групп по сравнению с чисто ЛТ и ПХТ ($P < 0,05$). Между тем, наиболее выраженный эффект был зарегистрирован при полирадимодификации, а также сочетании ЛТ и ПХТ. Очевидно, это обусловлено тем обстоятельством, что, выступая синергистами и влияя на разные звенья механизма преодоления радиорезистентности, данные компоненты лечения при рациональном сочетании позволяют добиться более выраженных повреждений опухоли.

Обращают на себя внимание более высокие показатели выживаемости в группах, где ЛТ применялась в сочетании с электронакцепторными соединениями-ЭАС. Как указывалось выше, у больных с операбельными формами РПК значительного повышения результатов при таком сочетании не выявлено. Очевидно, данный факт объясняется наличием более значительной массы опухоли и, соответственно, количества гипоксичных клеток в неоперабельных опухолях, что повышает их чувствительность к ЭАС. Длительность безметастатического периода у больных местнораспространенным РПК после комбинированного лечения также была неодинаковой, и зависела от метода лечения. У больных РПК, включенных в данное исследование,

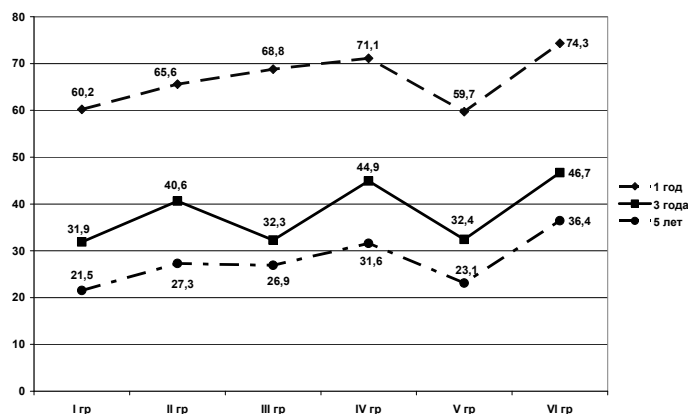


Диаграмма №4. Выживаемость больных рпк при различных видах лечения после паллиативных операций

дование, на этапах динамического наблюдения наиболее часто манифестировали метастазы в печень, в паховые, бедренные и забрюшинные лимфоузлы, кости, у 1 пациента III группы – в головной мозг. В среднем длительность безметастатического периода составляла 16-18 месяцев. В то же время, у больных III, IV и VI групп отмечалась тенденция к его увеличению на 1,0-2,5 месяца соответственно ($p \leq 0,05$).

При оценке качества жизни больных РПК после паллиативных операций основополагающими синдромами мы посчитали: боль, общее астеническое состояние, серозно-кровянистые выделения из прямой кишки. В послеоперационном периоде у 203 больных из 232 (87,5%) отмечался болевой синдром различной степени выраженности. К концу послеоперационного лечения и в первый месяц динамического наблюдения, когда терапевтический эффект можно было считать реализованным, редукция болевого синдрома отмечалась у 167 пациентов, у 52 больных боли значительно уменьшились, у 13 человек заметных изменений не было, притом у 3-х из них болевой синдром рассценивался как довольно интенсивный (соответственно – 71,7%, 22,7%, 5,5% - из них 1,3%).

При анализе было отмечено, что число больных с зарегистрированной полной редукцией болевого синдрома в группах больных было неодинаковым (диаграмма №5). Между тем, принимая во внимание цель столь масштабного по времени исследования – разработку оптимальных алгоритмов комбинированных методов лечения больных РПК, полученные результаты оценивались с учетом индуцируемых многокомпонентным лечением негативных реакций и осложнений – как локальных, так и со стороны организма больного. С этой целью на разных этапах проводился комплекс клинико-инструментальных исследований. Предоперационная терапия в наших наблюдениях ни разу не послужила поводом для отмены или значительной отсрочки планируемой операции, а в других группах больных РПК некоторое усиление локальных и общих негативных реакций являлось прогнозируемым явлением и поддавалось коррекции.

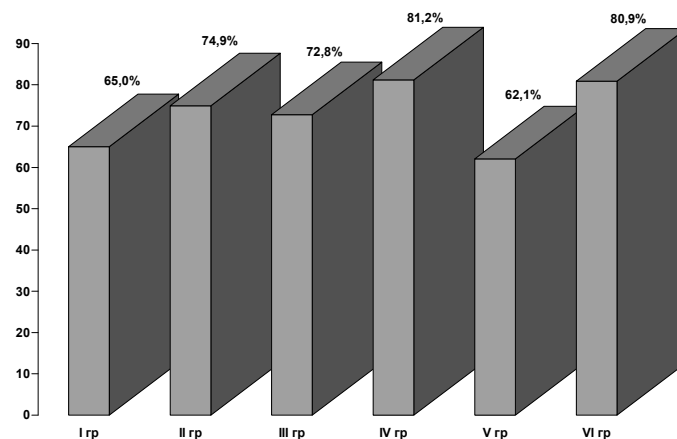


Диаграмма №5. Частота полной редукции болевого синдрома у больных рпк после комбинированных методов при паллиативных операциях.

Выводы

Предоперационная и послеоперационная терапия в рамках комбинированных методов лечения повышает выживаемость больных РПК после радикальных операций и уменьшает количество рецидивов. Наибольший эффект выявлен при сочетании ЛТ с СВЧ-гипертермией и 5-ФУ в предоперационном курсе, а также при сочетании ЛТ с циклами полихимиотерапии при послеоперационной терапии;

Проведение послеоперационной терапии при паллиативных операциях повышает выживаемость больных РПК и улучшает качество их жизни, наиболее эффективна полирадиомодификация- сочетание ЛТ с химиопрепаратами и ЭАС.

Литература

1. Барсуков Ю.А., Ткачев С.И., Олтаржевская Н.Д. и др. Полирадиомодификация в комбинированном лечении больных раком прямой кишки // Рекомендации к лечению -М., 2009, С. 45.
2. Гордеев С.С. American Society of Clinical Oncology (ASCO), 2010. Annual Meeting: Abstrakt, 3507.
3. Дворниченко В.В., Афанасьев С.Г., Шелехов А.В., Москвина Н.А. Лучевая терапия в комбинированном лечении рака прямой кишки (обзор литературы) // Сибирский онкологический журнал-2009-№1-С.72-77.
4. Помазкин В.И. Метаанализ влияния опыта и специализации на отдаленные результаты хирургического лечения колоректального рака // Вопросы онкологии-2010-№3-Т.56-С.359-365
5. Bosser J.F. Chemotherapy with preoperative radiotherapy in rectal cancer // New Engl. J. Med. -2006-№355-P.1114-1123.
6. Greenle R.T., Murray T., Bolden S. et all. Cancer Statistics // CA Cancer J.-Clin.50-2007- p.7-33
7. Irvin T., Marriot S. The results of specialists and general surgeons in colorectal cancer surgery // Colorectal.Dis.-2004.- Vol.6 (Suppl.1).- P.55.
8. Wolff B.G., Fleshman J.W., Beek D.E. et al //The ASCRS. Text book of Colon and Rectal Surgery-2007.

Первичная и отсроченная хирургическая реабилитация больных раком молочной железы

Танжарыков Е.С.

Городской онкологический диспансер г. Алматы

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) стойко удерживая «пальму первенства» среди других злокачественных новообразований у женщин, последние годы в нашей республике занимает 2-е место при доле 11,5% в 2008 году (10,8% в 2007 году) в структуре всех злокачественных опухолей, хотя в течение предыдущих 3-х лет (2004-2006) находился на 3-ьем месте [1].

Радикальная мастэктомия в модификации Маддена и Пейти является наиболее часто выполняемым оперативным вмешательством при РМЖ. Это связано с тем, что большое количество больных с впервые выявленным РМЖ имеют стадию заболевания, при которой выполнение органосохраняющего лечения невозможно [2]. Радикальная мастэктомия является инвалидизирующей операцией с утратой молочной железы, которая ассоциируется с женственностью, физической привлекательностью и сексуальностью. Потеря же этих качеств приводит к серьезным психологическим травмам, которые приводят к необратимым изменениям в социальной жизни пациентки.

Одним из важнейших и эффективных реабилитационных мероприятий является реконструкция молочной железы, которая может выполняться как одновременно с мастэктомией, так и отсроченно [3].

Одним из перспективных направлений психо-социальной реабилитации больных РМЖ является разработка методики мастэктомии с сохранением кожи, ареолы и соска (сосково-ареолярного комплекса) в виде подкожной мастэктомии [4]. Обоснованием для широкого применения данной методики послужили работы по исследованию риска развития местных рецидивов при сохранении большей части кожи молочной железы во время мастэктомии. Результаты убедительно доказали отсутствие увеличения частоты местных рецидивов при возникновении рецидива после мастэктомии с сохранением кожи, такой же, как и после стандартной радикальной мастэктомии [5,6].

Материал и методы

В Городском онкологическом диспансере за период с 2009 по 2011 г. выполнено 8 операций по восстановлению молочной железы, удаленной по поводу рака. В 2 наблюдениях проведена первичная реконструкция молочной железы, а еще в 6 наблюдениях - отсроченная реконструкция.

Результаты

При первичной реконструкции пациентам выполнялась подкожная мастэктомия с сохранением ареола и соска. Дополнительно выполнялась лимфаденэктомия. Во всех наблюдениях имплантаты размещались под кожей. Операция завершалась дренированием ложа имплантата.

Отсроченная операция по реконструкции молочной железы является двухэтапной. На первом этапе выполняется иссечение рубца, мобилизация кожи и большой грудной мышцы и установка экспандера. Через 10 суток после установки экспандера производится его растяжение путем введения через порт стерильного изотонического раствора. Катетер, призванный для подачи жидкости в полость экспандера, выводится через кожный прокол наружу. Период растяжения 2-2,5 месяца. После достижения необходимого объема выполняется второй

Первичная и отсроченная хирургическая реабилитация больных раком молочной железы

Танжарыков Е.С.

Городской онкологический диспансер г. Алматы

В работе представлены результаты внедрения одно- и двухэтапных реконструктивных операций при раке молочной железы с применением органосохраняющей техники в виде подкожной мастэктомии и моделирования молочной железы с помощью современных эндопротезов, что позволило добиться хороших эстетических результатов.

Алғашқы және кейінгі сүт безі науқастарының хирургиялық реабилитациясы

Танжарыков Е.С.

Қалалық онкологиялық диспансері Алматы қ.

Бұл жұмыста сүт безі рагына сақтаушы яғни, тері асты мастэктомия және сүт безін қайта модельдеу үшін қазіргі кездегі эндопротездеуді қолдана отырып бір – екі этапты реконструктивті операциялар көрсетілген. Осының нәтижесінде жақсы эстетикалық жетістіктерге қол жеткізілді.

этап реконструкции, заключающийся в замене экспандера на постоянный эндопротез.

Послеоперационный период протекал гладко. Серьезных послеоперационных осложнений не наблюдалось. Во всех случаях достигнут хороший эстетический результат.

Заключение. Применение методов первичной и отсроченной хирургической реабилитации у больных РМЖ, подвергнутых калечащей операции в виде экстирпации органа с использованием имплантатов позволяет выполнять одноэтапные и двухэтапные реконструктивные вмешательства с хорошим эстетическим результатом.

Литература

1. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Д., Игисинов С.И. и др. Показатели онкологической службы в Республике Казахстан. Алматы, 2009 – С. 85.
2. Коренькова Е.В., Боровиков А.М. Пластика молочной железы как средство коррекции психосоциальных нарушений // Материалы Первого междунар. симп. по пластической и реконструктивной хирургии в онкологии. – М., 1997. – С. 152.
3. С.Н. Блохин, С.М. Портной, К.П. Лактионов и др. Злокачественные опухоли молочных желез: варианты выполнения первичной пластики в условиях химиолучевой терапии // Материалы Первого междунар. симп. по пластической и реконструктивной хирургии в онкологии. – М., 1997. – С. 135.
4. Downess K.J., Glaff B.S., Kanchwala S.K. et al. Skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction is an acceptable treatment option for patients with high-risk breast carcinoma // Cancer. – 2005. – 1/103 (5). – P. 906-913.
5. Newman L.A., Kuerer H.M. Presentation treatment and outcome of local recurrence after skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction // Ann. Surg. Oncol. – 1998. – Vol. 5 (7). – P. 620-626.
6. Slavin S.A., Schnitt S.J., Duda R.B. et al. Skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction: oncologic risk and aesthetic results with early-stage breast cancer // Plast. Reconstr. Surg. – 1998. – 102 (1). – P. 49-62.

Видеоэндохирургия травм органов грудной клетки

Рамазанов М.Е., Батырханов М.М., Ешмуратов, Т.Ш. Жарылкапов Н.С., Лукьянченко П.П., Сундетов М.М.
Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы
УДК №615.47: 616-073-001: 611.712.

Актуальность

Лечение травм грудной клетки остается одной из актуальных проблем современной хирургии. Интенсивность современной жизни, насыщенность ее техникой и высокими скоростями, сложная криминогенная обстановка обуславливают травматизм в наши дни.

Несвоевременная или не квалифицированная помощь при травмах грудной клетки приводит к возникновению и развитию различных осложнений – свернувшийся инфицированный гемоторакс, эмпиема плевры, коллапс легкого, легочно – плевральные свищи. Неоправданно проводимая консервативная терапия таких осложнений усугубляет тяжесть общего состояния пострадавших, значительно усложняет необходимое хирургическое лечение, ставит задачи определения показаний к хирургическому лечению, разработки эффективных способов оперативного вмешательства.

По результатам проведенного исследования и лечения больных с травмами грудной клетки, применение видеоторакоскопии как диагностического и лечебного метода при подозрениях на ранение органов грудной клетки обеспечивает своевременного распознавания характера повреждения, является малоинвазивным методом и позволяет избежать необоснованных торакотомии.

Высокая социальная значимость травмы органов грудной клетки определяется тем, что около 90% пострадавших – лица трудоспособного возраста, со значительной длительностью лечения и реабилитации, большим количеством гнойно - септических осложнений (до 20%) и высокой летальностью (от 17% до 30%).

До сих пор спорной и нерешенной является проблема хирургической тактики при травмах грудной клетки: одни травматологи и хирурги стоят на позициях широкой торакотомии, другие наоборот, более склоны к выжидательной тактике. Наконец, третьи отстаивают практику тактического маневра, определяемого особенностями каждого конкретного случая. Поэтому, тактические вопросы, по-прежнему остаются дискуссионными, далекими от своего окончательного решения [1-2-3-4-5].

Цель исследования

- усовершенствование малотравматичных способов лечения травм органов грудной клетки.

Материал и методы исследования

В клинике с 1991г. по 2011г. с осложнениями травм органов грудной клетки наблюдались 200 пациентов. Подавляющее большинство составляли лица мужского пола в возрасте от 17 до 75 лет. Мужчин было 174 (87%), женщин – 26 (13%).

При обследовании использовался следующий диагностический комплекс: лабораторное, рентгенологическое, эндоскопическое, микробиологическое, иммунологическое, морфологическое, ультразвуковое исследования.

У пациентов были установлены: посттравматический гемоторакс - 49, посттравматический гемопневмоторакс - 13, посттравматический пиопневмоторакс - 6, посттравматический пневмоторакс - 24, посттравматический бронхоплевральный свищ - 7, эмпиема плевры - 17, посттравматический фибринозный плеврит - 27, проникающее колото-резанное ранение грудной клетки - 41, огнестрельное ранение грудной клетки-5, тупая травма грудной клетки - 6.

Кеуде жарақатының емі қазіргі хирургияда ауқымды мәселелерді бірі болып табылады.

Қазіргі кезде қиын қылмыстық жағдайлардан, техниканың маңыздылығымен және өте қатты жылдамдықтың себебінен күнделікті өмірде жарақаттар туындап жатады.

Кеуде тінінің жарақатында уақытынсыз және мамандандырылған көмекте әртүрлі асқынулардың дамуы, соның ішінде ұйған ифекциялық гемоторакс, плевра эмпиемасы, өкпе коллапсы, өкпе плевралық жылангөзінің туындауына әкеп соқтырды. Осындай асқынулардың дәлелсіз жүргізілген консервативтік емінде жәбірленушінің жалпы жағдайы өрши түсті, керекті хирургиялық ем бірнеше рет қындатылды, осыған байланысты хирургиялық тәсіл тура әсер ету көрсеткіш болып табылды.

Жүргізілген тексеру нәтижесінде бейнеторакоскопия диагностикалық және емдік тәсілдері кеуде қуысының күдіктенген жарақаттарында қолдану торакотомияның болдырмауына әкеледі.

Лечение травм грудной клетки остается одной из актуальных проблем современной хирургии. Интенсивность современной жизни, насыщенность ее техникой и высокими скоростями, сложная криминогенная обстановка обуславливают травматизм в наши дни.

Несвоевременная или не квалифицированная помощь при травмах грудной клетки приводит к возникновению и развитию различных осложнений – свернувшийся инфицированный гемоторакс, эмпиема плевры, коллапс легкого, легочно – плевральные свищи. Неоправданно проводимая консервативная терапия таких осложнений усугубляет тяжесть общего состояния пострадавших, значительно усложняет необходимое хирургическое лечение, ставит задачи определения показаний к хирургическому лечению, разработки эффективных способов оперативного вмешательства.

По результатам проведенного исследования и лечения больных с травмами грудной клетки, применение видеоторакоскопии как диагностического и лечебного метода при подозрениях на ранение органов грудной клетки обеспечивает своевременного распознавания характера повреждения, является малоинвазивным методом и позволяет избежать необоснованных торакотомии.

Treatment of injuries of the chest remains one of the urgent problems of modern surgery. The intensity of modern life, the richness of its technology and high-speed, complex criminal situation cause injury to the growth of our days.

Late or non-skilled care in case of chest injuries leads to the beginning and development of various complications – as s clotted infected hemothorax, pyothorax, pulmonary collapse, pulmopleural fistula. Unjustified pursue of conservative therapy of similar complications exacerbates the gravity of the overall state of the affected, significantly complicates the necessary surgical treatment, determine indications for surgical treatment and development of effective methods of surgical interventions.

According the results of the study of treatment of patients with injuries of the chest, videotoracoscopy is useful as a diagnostic and therapeutic method with suspected injury of the chest ensure the timely detection of the nature of injury. The method is minimally invasive and avoids unfounded thoracotomy.

У 142 пациентов травмы носили закрытый характер, остальные поступали с проникающими ранениями грудной клетки.

Закрытые травмы грудной клетки у 52 больных сочетались с переломами ребер: в том числе - у 15 справа, у 26 слева. В одном случае ранения грудной клетки носили двусторонний характер. Наиболее частым осложнением в этой группе больных был гемоторакс, который наблюдался в 20 случаях; в 6 случаях сопровождался пневмотораксом. У одной больной имелась гематома легкого, в 8 случаях сочетался с посттравматическим пневмотораксом, у 5 с посттравматическим плевритом. У одного больного имелась тупая травма грудной клетки, в 1 случае перелом ребер возник после огнестрельного ранения грудной клетки.

Среди проникающих ранений груди осложненные травмы наблюдались у 41 больного. Из них у 17 больных имелись ранения внутренних органов, в 5 случаях осложнение наступило после огнестрельного ранения грудной клетки. В 18 случаях имело место ранения с повреждением легкого, у 4 больных ранения носили торакоабдоминальный характер.

Двум пациентам с подозрением на наличие артериовенозного свища произведена ангиопульмонография с последующим выполнением эмболизации свищей.

Выполнялись следующие виды оперативного вмешательства: первичная хирургическая обработка раны, пункция плевральной полости, дренирование плевральной полости, торакоскопия, торакотомия.

Всем больным с колото-резаной раной грудной стенки, производилась первичная хирургическая обработка раны.

Видеоторакоскопические операции по поводу посттравматических заболеваний грудной полости выполнены 92 пациентам, торакотомия произведена 35 пациентам, пункционным способом пролечено 28 пациентов. 10 больным вылечены путем дренирования.

Наиболее часто видеоторакоскопические операции произведены по поводу гемоторакса. Видеоторакоскопическим способом ушивание легкого произведено 4 больным, у 3 больных произведено торакоскопическое ушивание межреберной артерии. У 10 больных произведена торакотомия, ушивание легкого. Пункционной метод лечения выполнен у 3 больных.

Осложнений и летального исхода в послеоперационном периоде не было.

Проведен анализ набранного клинического материала, на основе которого были определены показания и противопоказания к проведению различных видов оперативных вмешательств в зависимости от характера, объема травмы и сроков госпитализации с момента травмы. Показаниями к экстренному оперативному вмешательству определены следующие виды

травм грудной клетки:

- Внутривидеоплевральное кровотечение
- Напряженный пневмоторакс
- Тампонада перикарда
- Пневмомедиастинум с напряженным газовым синдромом.

Показаниями к срочному оперативному вмешательству определены следующие виды травм грудной клетки:

- Свернувшийся гемоторакс
- Хилоторакс
- Ателектаз лёгкого
- Нагноившийся гемоторакс
- Эмпиема плевры
- Медиастинит
- Флегмона грудной стенки.

Показаниями к плановому оперативному вмешательству определены следующие виды осложнений травм грудной клетки:

- Панцирный плеврит
- Остеомиелит ребер
- Диафрагмальная грыжа
- Инородное тело грудной полости.

Противопоказаниями явились травмы несовместимые с жизнью и агональное состояние больного.

Результаты и обсуждение

По результатам проведенного исследования и лечения больных с травмами грудной клетки, применение малотравматичных способов эндовидеохирургии при травмах органов грудной клетки обеспечивает своевременного распознавания характера повреждения, является малоинвазивным методом и позволяет избежать необоснованных торакотомии.

Список использованной литературы

1. Вагнер Е.А. Хирургия повреждений груди. М.: Медицина, 1981.
2. Дергунова С.А., Новиков С.Д., Толстокорова А.С., Слесаренко А.С., Кузнецова Ю.В. Видеоторакоскопическое лечение свернувшегося гемоторакса. // Эндоскопическая хирургия – 2001-№2-с. 19.
3. Жестков К.Г., Гуляев А.А., Абакумов М.М. Роль торакоскопии в хирургии ранении груди. // Хирургия им. Н.И. Пирогова, 2003. №12-с. 19-23.
4. А.М. Шулуток., А.А. Овчинников О.О. Ясногородский., И.Я. Мотус Эндоскопическая торакальная хирургия. 2006-212с.
5. Черкасов В.А., Копытов Л.Ф., Брунс В.А. Хирургия поздних осложнений и последствий поврежденной грудной клетки - новый этап в изучении травмы груди // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.- 2005. -№6.-С. 34-42.

Случай из практики. Малоинвазивное оперативное лечение травматической хронической субдуральной гематомы закрытым наружным дренированием полости гематомы

Марданов Е.Т.

Отделение нейрохирургии Военного клинического госпиталя Министерства Обороны Республики Казахстан
УДК 617.76- 001: 616.831.957- 003.215- 036.12- 089.48

Определение, классификация, статистика, диагностика

Субдуральная гематома – травматическое кровоизлияние между твердой и паутинной мозговыми оболочками, вызывающее местное и общее сдавление головного мозга. Источником кровоизлияния чаще всего являются синусы, корковые сосуды, “мостиковые” вены (перекидывающиеся в виде мостика между поверхностью мозга и твердой мозговой оболочкой), вены впадающие в синусы. Частота субдуральных гематом в отношении всех случаев черепно-мозговой травмы составляет 0,5%-2%,

В данной статье рассмотрен случай малоинвазивного оперативного лечения хронической субдуральной гематомы методом закрытого наружного дренирования полости гематомы. Представлены определение, классификация, статистика, диагностика и основные методы оперативного лечения хронических субдуральных гематом. Ключевые слова: хроническая субдуральная гематома, закрытое наружное дренирование.

Бұл мақалада гематома қуысының жабық сыртқы құрғату әдісімен созылмалы субдуральді гематоманы кішіинвазивті

среди кровоизлияний вызывающих сдавление головного мозга – 40%. Субдуральная гематома чаще всего имеет серповидно-плоскостную форму, при относительно небольшой толщине ее (от 0,5 см до 4 см, в среднем 1-1,5см) вызывает выраженное сдавление головного мозга с развитием дислокационного синдрома.

Хроническая субдуральная гематома клинически проявляется через 2 недели после травмы, к этому времени у нее образуется соединительно-тканная капсула, имеющая два листка, между которыми скапливается измененная кровь. В последующем из листков капсулы в полость гематомы вырастают новообразованные неполноценные тонкостенные лакунарные сосуды. Содержимое гематомы (коричнево-зеленого цвета, содержащее продукты дегенерации фибрина) за счет гиперфибринолиза оказывает на новообразованные сосуды повреждающее действие, что приводит к повторным кровоизлияниям и увеличению объема гематомы, нарастанию сдавления головного мозга. Возникает порочный круг - повторное кровоизлияние приводит к увеличению объема гематомы, возрастанию из капсулы в полость гематомы новых сосудов, за повреждением которых следует повторное кровоизлияние.

В дифференциальной диагностике хронических субдуральных гематом наибольшее значение имеют компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга.

На МРТ головного мозга четко видна хроническая субдуральная гематома, имеющая повышенный сигнал (яркое свечение) на T1 и T2 – взвешенных сканах в связи с изменением содержимого гематомы - переходом диоксигемоглобина (обладающим слабым ферромагнитным потенциалом) в метгемоглобин (сильный ферромагнетик).

При компьютерной томографии головного мозга хроническая субдуральная гематома представлена в виде изо - или гиподенсивного образования (нормальной или пониженной плотности по сравнению с плотностью мозговой ткани, но всегда выше плотности ликвора) либо гетероденсивного (содержимое гематомы одновременно с участками пониженной и повышенной плотности- при частых повторных кровоизлияниях), обычно имеющего серповидную форму, вызывающее сдавление и дислокацию головного мозга в противоположную сторону.

Лечение

Консервативное лечение хронических субдуральных гематом проводится при объеме до 30мл., отсутствии масс-эффекта, стабильном состоянии больного, при наличии противопоказаний к оперативному лечению.

Оперативные методы лечения :

1. Трепанация черепа (костно-пластическая, костно-резекционная), удаление хронической субдуральной гематомы с капсулой (применяется при плотном содержимом гематомы, кальцинатах в полости гематомы, многокамерных гематомах, рецидивах гематомы после нескольких попыток наружного дренирования хронических субдуральных гематом).

2. Одномоментное дренирование хронической субдуральной через фрезевое отверстие с последующим ушиванием операционной раны наглухо.

3. Закрытое наружное дренирование хронической субдуральной гематомы, при этом в проекции хронической субдуральной гематомы накладывается фрезевое отверстие, в полость гематомы вводится мягкий катетер с боковыми отверстиями, дренаж выводится через контрапертуру, подсоединяется к системе пассивной или активной аспирации, дренирование проводится в течении 1-3 суток. Методика направлена на разрыв порочного круга в патогенезе хронической субдуральной гематомы, на эвакуацию содержимого гематомы с сохранением капсулы, которая в последующем самостоятельно рассасывается (доказано длительным КТ и МРТ мониторингом).

В нейрохирургическое отделение ВКГ МО РК госпитализирован военнослужащий С. 1976 года рождения (34 лет) с диа-

операциялық емдеу жағдайы көрсетілген. Анықтама, жіктеу, статистика, диагностика және созылмалы субдуральді гематоманы операциялық емдеудің негізгі әдістері көрсетілген. Кілтті сөздер: созылмалы субдуральді гематома, жабық сыртқы құрғату әдісі.

In this issue the case of microinvasive surgical treatment of the subdural hematoma by the method of closed external drainage is observed. The determination, classification, statistics, diagnostics and basic methods of chronic subdural hematomas surgical treatment are presented. Key words: chronic subdural hematoma, closed external drainage.

гнозом: Сдавление головного мозга хронической левосторонняя субдуральной гематомой лобно – височной локализацией.

Известно, что больной ранее перенес сотрясение головного мозга, лечился амбулаторно. Через месяц перенес повторно черепно-мозговую травму – упал в подъезде своего дома, ударился головой. При обращении в ВКГ МО РК выполнена КТ головного мозга, выявлена хроническая субдуральная гематома, госпитализирован для оперативного лечения.

При поступлении состояние больного средней степени тяжести. В неврологическом статусе отмечались: умеренное оглушение, снижение памяти на текущие события, слабость конвергенции обоих глаз, сглаженность левой носогубной складки, повышение сухожильных рефлексов, без убедительной разницы сторон, снижение силы мышц правой верхней конечности, слабо положительные двусторонние патологические симптомы Бабинского, Оппенгейма, координаторные нарушения.

На фоне стабильного состояния под эндотрахеальным наркозом выполнена операция - наложение фрезевого отверстия в левой височной области, опорожнение, закрытое наружное дренирование хронической субдуральной гематомы, при этом во время операции получено 70 мл содержимого гематомы (измененная кровь). В первые 2 суток по дренажу из полости хронической субдуральной гематомы получено дополнительно 70 мл измененной крови, дренаж удален на 3 сутки. Послеоперационный период протекал без осложнений, сознание восстановилось до ясного, неврологическая симптоматика регрессировала до остаточных явлений астенического синдрома. Выписан в удовлетворительном состоянии.

КТ головного мозга до операции - в левой лобно-височной области имеется участок пониженной плотности, серповидно-плоскостной формы, до 10мм толщиной, тело левого желудочка сдавлено. Заключение: хроническая субдуральная гематома в левой лобно-височной области.

КТ головного мозга через 15 дней после операции - определяется дефект в левой височной кости до 1,0см в диаметре, с четкими контурами, желудочковая система не деформирована, субдуральная гематома, ранее выявляемая на КТ, отсутствует.

Выводы

Методика малоинвазивного оперативного лечения хронических субдуральных гематом путем закрытого наружного дренирования полости гематомы является операцией выбора у большинства больных, при наличии показаний к операции. Данный случай интересен тем, что для лечения хронической субдуральной гематомы применено малоинвазивное оперативное пособие, приведшее к опорожнению хронической субдуральной гематомы и выздоровлению больного.

Литература

1. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия. Руководство для врачей. Издательство "Медицина", Москва, 2000 год, стр. 223-230.
2. Лихтерман Л.Б. Нейротравматология. Справочник. Издательство "Феникс", Ростов на Дону, 1999 год, стр. 276-280.

Обоснованность активной хирургической тактики при проникающих ранениях груди в условиях районной больницы

Жусупов А. И.

Хирургическое отделение ГККП «Аральская центральная районная больница», г. Аральск

Частота повреждении груди в настоящее время не имеет тенденции к снижению. Так, по данным Ю. В. Антонова (1998г.) в мирное время она составляет 35- 40 % всех повреждении. Увеличение числа травм груди в мирное время обусловлено ростом частоты транспортного, производственного и бытового травматизма. При этом ,частота проникающих ранении груди, среди которых преобладают ножевые, составляет до 50- 60%

(Колесников И. С. И др. 1982; Антонов Ю. В., 1998). По относительной частоте травма груди состоит на третьем месте после повреждении конечностей (41,3%) и головы (32, 5). Летальность при травме груди остается довольно высоким и по данным Е. А. Вагнера составляет 11,7 %, послеоперационная летальность- 20,3%.

Большинству пострадавших с травмами груди хирургическая помощь оказывается в районных больницах, где применение высокотехнологичных лечебно-диагностических пособия ограничено вследствие отсутствия оборудования и кадров. Тяжесть состояния больных с травмами груди, трудности транспортировки и быстрое развитие угрожающих жизни осложнения не позволяют оказать хирургическую помощь в специализированных учреждениях, расположенных в больших городах.

В хирургическое отделение Аральской ЦРБ в период с 2000 по 2009 гг. поступило 186 больных с травмами груди, из них с проникающими ранениями- 54 больных, что составило 29%. Сочетанные травмы груди составило 20,3% (11). В 4 случаях травма груди сопровождалась с повреждениями органов брюшной полости, 3 случая с черепно-мозговой травмой, 2- с переломом трубчатых костей, в 1 случае с переломом костей таза. При сочетанной травме отчетливо прослеживалось синдром взаимного отягощения, то есть более тяжелое течение сочетанных повреждении, нежели можно было бы ожидать при оценке их суммарной тяжести, выражающееся в изменениях общего состояния пострадавших, а равно и в прогнозе течения травматической болезни. (Шакот Ю. Б. 1986)

Диагностическая тактика заключалось в проведении общеклинического и лабораторного исследования, рентгенографии грудной клетки, УЗИ грудной клетки и органов брюшной полости, плевральной пункции, первичной хирургической обработки и ревизии ран. В последние годы (с 2001 года) мы придерживаемся активной хирургической тактики при проникающих ранения груди. При отчетливых клинических и рентгенологических данных и отсутствии абсолютных противопоказаний всем пострадавшим с проникающими ранениями груди мы проводим диагностическую торакотомия под эндотрахеальным наркозом. Почти во всех случаях торакотомия была оправданной, так как в 30 случаях обнаружено ранение легких, в 9 случаях - ранение сердца и перикарда, в 3 случаях изолированное повреждение перикарда, 3 случаях повреждение средостения и в 4 случаях повреждение сосудов грудной клетки с угрожающим кровотечением, в 3 – ранение диафрагмы. В 8 случаях повреждение носило торакоабдоминальный характер. На наш взгляд, активная хирургическая тактика более оправдана, чем выжидательная, когда угрожающие жизни осложнения травм груди могут быть не диагностированы в связи с дефектами диагностического исследования. Нижеприведенный случай служит примером обоснованности активной хирургической тактики при проникающих ранениях груди.

Больной М. 48 лет поступил в хирургическое отделение Аральской ЦРБ 19.10.1991 г. с диагнозом: « проникающее

ранение груди справа, пневмоторакс» с жалобами на боли и наличие раны в грудной клетке справа. Около 5 часов назад на почве бытовой ссоры жена нанесла удар острым предметом в грудную клетку.

Состояние больного средней тяжести. В сознании. На правой половине грудной клетки в проекции VIII межреберья по задне - подмышечной линии имеется колото- резаная рана размерами 2 см на 0,6 см, из раны умеренное кровотечение. Незначительная подкожная эмфизема. Дыхание слева везикулярное, справа дыхание ослаблено, перкуторно- коробочный звук и сухие хрипы. Тоны сердца приглушены и ритмичные. Артериальное давление- 110/70 мм. рт. ст. Пульс- 96 ударов в минуту. Живот мягкий, слегка болезнен в верхних отделах ближе к зоне травмы. Симптомов раздражения брюшины не определяются. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены.

Проведено рентгенография грудной клетки, обнаружено свободный газ в плевральной полости и коллабирование легкого.

Ограниченный дефанс и болезненность в верхних отделах живота расценено как последствия раны груди. Произведено плевральная пункция, получено около 300 мл воздуха. Назначена антибактериальная терапия, гемостатики, анальгетики. Велось динамическое наблюдение.

Через 8 часов больному проведено контрольная рентгенография грудной клетки, нарастании пневмоторакса и теней, подозрительных на гемоторакс не обнаружено.

Через 16 часов от момента поступления состояние больного ухудшилось. Артериальное давление упало до 60/20 мм. рт. ст. Тахикардия до 122 ударов в минуту. Нарастает бледность кожных покровов. Анализ крови: Эритроциты- 2,7 ×10¹²/л; Нв- 62г/л; Ht- 29 %

Несмотря на положительные рентгенологические данные заподозрено внутреннее кровотечение, проведено УЗИ грудной клетки и органов брюшной полости. При УЗИ обнаружено небольшой линейный дефект в IV сегменте печени и свободная жидкость в брюшной полости.

17. 10. 1991г. под эндотрахеальным наркозом произведено типичная переднебоковая торакотомия в IV межреберье справа. В плевральной полости незначительная кровь в синусах. Обнаружено рана купола диафрагмы размерами 2 см на 1 см. Из раны поступает алая кровь. Рана диафрагмы расширена, обнаружено ранение печени размерами 1,5 см на 1,0 см, которая сильно кровоточит. Рана печени и диафрагмы ушиты, плевральная полость дренирована. Экстренная лапаротомия. В брюшной полости около 2 литров крови со сгустками. Кроме ушитой раны печени и диафрагмы повреждении не обнаружено. Брюшная полость осушена и промыта 0,002% раствором хлоргексидина. Больной выздоровел.

Описанный случай указывает на адекватность активной хирургической тактики в отношении проникающих ран груди и на необходимость обязательного включения в протоколы диагностики травм груди ультразвукового исследования грудной полости и внутренних органов. Активная хирургическая тактика позволило нам снизить летальность при проникающих ранениях груди. Если летальность от травм груди в период активно- выжидательной тактики составило 6,2%, то в период активной хирургической тактики она составила 3,7%. В указанный период

умерло 2 больных: 1- от ранении сердца, больной поступил поздно агональном состоянии с необратимым постгеморрагическим шоком, второй больной – от сочетанной травмы, когда ранение легкого сочеталось с множественным повреждением органов брюшной полости и нижней полой вены.

Таким образом, активная хирургическая тактика при проникающих ранениях груди, когда имеются достоверные

клинико-рентгенологические данные и отсутствуют абсолютные противопоказания к оперативному лечению, позволяет снизить летальность у больных с травмами груди. Ультразвуковое исследование грудной полости и органов брюшной полости, которое позволяет диагностировать торакоабдоминальные травмы, должно быть включено в протокол диагностики травм груди.

Тактика лечения при аспирации инородного вещества

Мусаев А., Ата Ерденер., Джошкун Озджан

Институт педиатрии Баку,

Эгейский университет, кафедра детской хирургии, Анкара

Введение

С целью лечения аспирации инородного вещества (АИН) обязательна бронхоскопия. План лечения (АИН) создает необходимость принятия решения о плане лечения первой ступени - об анамнезе, радиодиагностике и клинических параметрах, а также взятия правильного направления. Учитывая клинические опыты, анамнез, радиодиагностику и клинические признаки, совершались попытки снижения количества бронхоскопии. Однако, по происшествии некоторого времени столкнулись с тяжелыми осложнениями в группе больных с подозрениями о АИН. Для уточнения диагноза аспирации инородного вещества (АИН) бронхоскопия является планом лечения второго этапа, и ее своевременное проведение может дать хорошие результаты. Вместе с уточнением диагноза бронхоскопию можно делать с целью лечения. Без анамнеза, радиодиагностики и клинических признаков у пациента АИН должно вызвать сомнения. С целью устранения этих подозрений необходимо провести бронхоскопию.

Целью исследования

является исправление на основе истории болезней запоздалых диагнозов и осложнений, имеющих в показателях по бронхоскопии, и их своевременное проведение для предотвращения легочных осложнений в случае аспирации.

Материалы и методы

За период 1999-2008гг, на базе кафедры детской хирургии Эгейского университета под наблюдением находились 226 детей, нами ретроспективно были просмотрены истории болезни пациентов, получавших лечение по подозрению АИН. Были изучены рентгеновские снимки легких и результаты бронхоскопии. Были просмотрены анамнезы больных, данные о физических обследованиях и радиодиагностики признаков аспирации инородного вещества, результаты бронхоскопии и статистические анализы.

Для статистического анализа была использована программа «SAS», Заключительный тест Фишера (Fisher's Exact Test), для диагностической достоверности применялся «Gold test», число $p < 0,05$ было признано статистически верным.

Результаты исследования

226 детям, поступившим в больницу, были сделаны рентгеновские снимки легких, 50 пациентов прошли компьютерную томографию и 240 прошли бронхоскопию (несколько больных, уже прошедших бронхоскопию, повторно прошли бронхоскопию). Был использован телескоп с 0 градусом, аспирация инородного вещества была обнаружена у 165 больных (73%), а у 61 больного не обнаружено. У 73% больных, прошедших бронхоскопию, инородное вещество было изъято. А больные, у которых не было обнаружено инородного вещества, прошли анализ, получив бронхиальный лаваж. У большинства больных, прошедших бронхоскопию, было обнаружено инородное

Plan Of The Treatment In The Aspiration Of Foreign Bodies.

Bronchoscopy is one of endoscopic methods of research with possible deadly complication., The diagnosis of foreign body aspiration should be made before performance of bronchoscopy. For specification of key parametres of diagnostics we had considered clinic and results of bronchoscopy at patients with suspicion on FBA.

The patients with FBA share on 2 groups by results of bronchoscopy : with taken and not taken foreign bodies.

We have considered an age, sex, the anamnesis, results of physical and radio diagnostic inspections; types of the foreign matters often met in pediatric age group; symptoms of aspiration a foreign body, results bronchoscopy; complications the statistical analysis also has been made.

The program «SAS» has been applied to the statistical analysis. The foreign bodies were seen and extracted on 165 patients (73%) throughout foreign body forceps.

вещество. Если диагностика ошибочна в анамнезе-радиологии-аускультации, результат бронхоскопии часто устраняет сомнения и может дать положительный результат. Целью проведения бронхоскопии является выявить положительные результаты вместе диагностикой.

Обсуждение

В нашей работе негативное соотношение было 27%, в литературе имеется 9-16,5% (30%, 40-65%). Причиной полученного соотношения негативного результата стало то, что бронхоскопия была проведена на основе анамнезов, полученных от родителей (больные перед приемом извлекли инородное вещество, откашляя их). Если бы анамнез был верным, то вероятность положительного результата была бы высокой. При сравнении результатов нашей работы с данными, имеющимися в литературе, мы видим, что негативных результатов в нашей работе больше. Отсюда делаем вывод, что неправильно была проведена бронхоскопия – на основании анамнеза. Детальный сравнительный статистический анализ анамнеза-аускультации-радиологических параметров представлен в таблице. 1

Диагностическая чувствительность аускультации огромная, но из-за низкой положительной оценки аускультации она не выражает точное наличие чужеродного тела. Чувствительность рентгенограммы легких меняется в пределах в 93,3%, - по данным наших исследований, между 18 % и 90% - по литературным данным. Чувствительность рентгенограммы легких в направлении уточнения локализации чужеродного тела равна 77%, как и дано в литературных источниках. Согласно данным наших результатов радиологические показатели даже при отсутствии аспирации чужеродного тела могут всплывать, и при наличии инородного тела фактор очевидного диагноза может отсутствовать. Как единственный диагностический фактор проведение бронхоскопии наряду с рентгеном легких не будет правильным и

Таблица 1. Сравнительный статистический анализ анамнеза-аускультации-радиологических параметров

	Анамнез		Аускультация		Радиология		Анамнез + радиология		Анамнез + аускультация		Анамнез + радиология		Анамнез + аускультация + радиология	
	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)
С коэффициентом обнаружения ЧТ	144	21	150	15	154	11	133	32	95	70	110	55	94	71
С коэффициентом не обнаружения ЧТ	40	21	52	9	46	15	27	34	18	43	22	39	16	45
Диагностическая достоверность (%)	73.0%		70.4%		74.8%		73.9%		61.1%		65.9%		61.5%	
Итого (%)	87.3%		90.9%		93.3%		80.6%		57.6%		66.7%		57%	
Точность (%)	34.4%		14.8%		24.6%		55.7%		70.5%		63.9%		73.8%	
Полож. общее значение (%)	78.3%		74.8%		77.0%		83.1%		84.1%		83.3%		85.5%	
Отриц. Общее значение (%)	50.0%		37.5%		57.7%		51.5%		38.1%		41.5%		38.8%	

не даст положительного результата. Положительные результаты рентгена в наших опытах высоки по сравнению с литературными данными и причиной этому является квалифицированность врачей, оценивающих рентгеновские показатели.

С целью уточнения диагноза и устранения сомнения устанавливается необходимость в проведении бронхоскопии. При обнаружении чужеродного тела в ходе выполнения бронхоскопии оно выводится одновременно в том же сеансе. Вероятность выведения чужеродного тела составляет 90%. Данное соотношение с данными литературы в пределах 80%. С целью повышения данной вероятности оценка трех факторов у пациента с проведением повторного обследования обязательна. Как указано в литературных источниках, бронхоскопию назначают всем пациентам с сомнением на наличие чужеродного тела. Своевременное проведение бронхоскопии поможет обнаружить чужеродное тело, предотвратит осложнения и повысит положительные результаты.

Заключение

Всем пациентам с сомнением на аспирацию инородного тела после проверки на наличие вышеперечисленных параметров назначают бронхоскопию.

У пациентов с сомнением на наличие аспирации чужеродного тела следует, прежде всего, учесть 3 признака:

- Анамнез.
- Аускультация.
- Рентген лёгких (при наличии сомнения провести компьютерную томографию).

На втором плане предусматривается проведение повторной бронхоскопии. Точный диагноз аспирации чужеродного тела устанавливается во время бронхоскопии. Показание к бронхоскопии – это положительность вышеперечисленных параметров в наличии сомнения на аспирацию чужеродного тела.

Среди диагностических параметров преимущество отдается анамнезу. Сомнения об аспирации дают основания на назначение бронхоскопии. Положительный результат анамнеза выявляет вероятность положительности прочих двух факторов, а также вероятность положительного ответа бронхоскопии на

100%. Целью проведения бронхоскопии является проведение лечения параллельно с установлением диагноза. Результаты и план наших исследований были нацелены на предотвращение осложнений и снижение коэффициентов смертности.

Литература

1. Barrios JE, Gutierrez C, Lluna J, et al: Bronchial foreign body: should bronchoscopy be performed in all patients with choking crisis. *Pediatr Surg Int* 12:118-120, 1997
2. Black RE, Johnson DG, Matlak ME: Bronchoscopic removal of aspirated foreign bodies in children. *J Pediatr Surg* 29:682-684, 1994
3. Hoeve I J, Rombout J, Pot DJ: Foreign body aspiration in children: The diagnostic value of signs, symptoms and preoperative examination. *Clin Otolaryngol* 18:55-57, 1993
4. Johnson DG, Condon VR: Foreign bodies in pediatric patients. *Probl Surg* 35:273-379, 1998
5. Merangolo S, Monnetti C, Meneghini L, et al: Eight years experience with foreign-body aspiration in children: What is really important for timely diagnosis? *J Pediatr Surg* 34:1229-1231, 1999.
6. Zerella JT, Dimler M, McGill LC, et al: Foreign body aspiration children: Value of radiography and complications of bronchoscopy. *Pediatr Surg* 33:1651-1654, 1998.
7. M Yüksel, M Kaptanoğlu *Pediatric Göğüs Cerrahisi* 2004; 151-164.
8. Faniran AO, Peat JK, Woolcock AJ. Measuring persistent cough in children in epidemiological studies: development of a questionnaire and assessment of prevalence in two countries. *Chest* 1999; 115: 434-439.
9. Aytac A, Yurdakul Y, Ikizler C et al. Inhalation of foreign bodies in children, report of 500 cases. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 1977;74:145.

Острая черепно-мозговая травма. Тактика лечения

Оразмаханулы Ш.

ОМЦ, отделение нейрохирургии г. Кызылорда

По данным ВОЗ черепно-мозговая травма ежегодно увеличивается во всех странах на 2% и составляет 38-50% от травм мирного времени.

Нейрохирургическая служба в Кызылординской области действует в течении 35 лет. С 1974 года отделение нейротравмы находилась в составе травматологического отделения, имея в наличии 10 коек.

С 1990 года реорганизовано в нейрохирургическое отделение с 35 койками.

За период с 2008 по 2010 годы на стационарном лечении находилось 3512 пострадавших с черепно-мозговой травмой, которые полностью обследовались и прошли лечение в отделении нейрохирургии. В диагностическо-лечебный комплекс входили экстренная помощь дежурной бригады, состоящей из нейрохирурга, травматолога, хирурга, невропатолога, гинеколо-

Мақалада Қызылорда қаласындағы ОМЦ нейрохирургия бөлімшесінде ем алған және тексеруден өткен бас –сүйегі зақымданған 3512 науқастың емінің қорытындысына талдама көрсетілген.

Диагностикалық зерттеу тәсілі және науқастарды емдеу тәсілі бекітіліп мидың екіншілік зақымдануы төмендеген, гематоманы жабық сыртынан дренаждау методикасын енгізу емнің тиімділігін және сапасын жақсартып операция орының тез жазылуына және ем қортындысына оң әсер етеді.

ТахоКомб операция орының тез жазылуына және ауру нәтижесіне оң әсер ететін қуатты гемостатикалық зат болып табыдалы. Сондықтан гемостатикалық пластинка ТахоКомб препаратын миға операция жасаған кезде қолдану оның орының тез жазылуына және ауру нәтижесіне оң әсерін тигізеді.

га, уролога и терапевта, также параклинические исследования по показаниям.

По тяжести черепно-мозговой травмы больные распределены следующим образом:

1. Сотрясение головного мозга.
2. Ушиб головного мозга лёгкой степени.
3. Ушиб головного мозга средней степени.
4. Ушиб головного мозга тяжелой степени.
5. ДАП головного мозга.

У 80% пострадавших ЧМТ была закрытой и у 20% открытой. С внутричерепной гематомой поступило 178 больных, из них у 23 - внутримозговые гематомы, которые удалены оперативным путем с благополучным исходом. У 47 больных причиной ВЧГ являлись вдавленные переломы свода черепа, которые также экстренно оперированы по данным краниограмм и клиническим симптомам. У всех оперированных послеоперационный период протекал гладко. У 32 больных обнаружены плащевидные эпи-, субдуральные гематомы с объемом менее 20 мл. Этим больным проводилось консервативное лечение с динамическим наблюдением под контролем КТ.

У пострадавших с черепно-мозговой травмой, особенно в результате дорожно-транспортных происшествий и в состоянии алкогольного опьянения, существенное значение имеет своевременное применение параклинических инструментальных методов, проводимых в хронологическом порядке, включая рентгенологическое исследование, ЭХО-ЭС, КТ исследования.

Наиболее значимым критерием состояния больных является уровень сознания, непосредственно связанной со степенью тяжести повреждения головного мозга.

В остром периоде ЧМТ степень тяжести и прогноз определяется не только первичным повреждением мозга в момент травмы, но и воздействием так называемых факторов вторичного повреждения мозга в течение последующих часов и дней (внутричерепная гипертензия, дислокационный синдром, церебральный вазоспазм).

Внутричерепные гематомы: ЭДГ, СДГ оперировались по методу резекционной или костно-пластической трепанации.

При подострых и хронических гематомах после КТ исследования, где имелась картина жидкой гематомы, использовали методику закрытого наружного дренирования с последующим КТ контролем в динамике.

На основании своевременно проведенного диагностического исследования и использования предложенных нами методических рекомендаций, с применением которых снизились вторичные факторы повреждения мозга, а также внедрения малоинвазивной методики закрытого наружного дренирования гематомы, улучшились качество и эффективность лечения, точность прогноза исходов.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Своевременная диагностика пострадавших с черепно-мозговой травмой улучшает результаты лечения.
2. Малоинвазивные методы удаления подострой и хронической субдуральной гематомы способствуют благополучному исходу.
3. При сочетанном ЧМТ, для уточнения неврологического статуса существенное значение имеет применение параклинических инструментальных методов, включая рентген, Эхо-ЭС и КТ исследования, проводимых в хронологическом порядке.

В статье представлен анализ результатов лечения 3 512 пострадавших с черепно-мозговой травмой, которые полностью обследовались и прошли лечение в отделении нейрохирургии ОМЦ г.Кзыл - Орда за период с 2008 по 2010 гг. Обоснована схема диагностического исследования и ведения больных, с применением которой снизились вторичные факторы повреждения мозга, а внедрение малоинвазивной методики закрытого наружного дренирования гематомы привело к улучшению качества и эффективности лечения, увеличению точности прогноза исходов. Применение гемостатической пластины ТахоКомб при операциях на головном мозге помогает положительно влиять на исход заболевания, т.к. ТахоКомб является мощным гемостатическим средством, положительно влияющим на сроки заживления и исход

Клинический случай из практики

Больной С. 1969г.р. поступил в реанимационное отделение ОМЦ после травмы через 3 суток. В анамнезе был избит трое суток назад. В приемном покое сразу произведена КТ головного мозга, где выявлен перелом лобно-теменной кости справа с переходом на ПЧЯ, внутримозговые гематомы лобно-теменной долей обеих гемисфер. Линия перелома доходит до средней трети сагиттального синуса с повреждением синуса, источником кровотечений служат средняя треть сагиттального синуса. На 6 сутки больной взят на операцию. Произведена операция КРТ черепа лобно-теменной кости (парасагиттально), остановка кровотечений из сагиттального синуса, удаление подострой внутримозговой гематомы справа. Во время операции отмечалось кровотечение из средней трети сагиттального синуса. По статистическим данным такие кровотечения обычно сопровождаются 90%-92% летальными исходами. В нашем случае мы не могли перевязать синус в средней трети, так как это грозило отеком головного мозга. Сначала коагулировали впадающие вены в сагиттальный синус, а затем сверх синуса наложили гемостатическую пластину «Тахокомб» размером 2,5*3,0*0,5см. При этом через несколько минут образовалась пленка над ТМО, как бы закрывая синус. Кровотечение остановилось.

Больной на 15 сутки выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. На контрольной КТ головного мозга гематома не обнаружена.

Заключение: В нашей практике регулярно применяется пластина «Тахокомб» для гарантированной остановки кровотечений. При этом мы обеспечиваем не только гемостаз, но и обеспечиваем механическую фиксацию и поддержку поврежденных тканей. Применение Тахокомб помогает положительно влиять на исход заболевания, Тахокомб является мощным гемостатическим средством, которое также хорошо влияет на сроки заживления и исход заболевания.

Список использованной литературы.

1. Крылов В.В. и др. Повреждения задней черепной ямки. – М., 2005.
2. Потапов А.А. и др. Доказательная нейротравматология. – М., 2003.
3. Царенко С.В. Нейротравматология. Интенсивная терапия черепно-мозговой травмы. – М., 2005.
4. Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство / Под ред. А.Н. Коновалова. – М., 1998-2002. – Т. 1-3

Использование раствора гидроксиэтилированного крахмала при неотложной терапии у больных с черепно-мозговой травмой

Курманбаев О.Н.

ОМЦ, г. Кызылорда

Повреждение механической энергией черепа и внутричерепного содержимого (головного мозга, мозговых оболочек, сосудов, черепных нервов) обозначается как черепно-мозговая травма (ЧМТ). На протяжении долгих лет травмы и отравления являются ведущими в причине смерти взрослого населения, а черепно-мозговая травма занимает лидирующее положение в причине летальных исходов после дорожно-транспортных происшествий, стихийных бедствий и других форс-мажорных ситуаций (1).

Легкая ЧМТ включает сотрясение и ушиб мозга легкой степени, средняя – ушиб мозга средней степени, тяжелая – ушиб мозга тяжелой степени и сдавление мозга (2).

Очень важным резервом улучшения исходов ЧМТ является признание необходимости распознавания и профилактики вторичных повреждений центральной нервной системы уже на догоспитальном этапе и в раннем периоде госпитализации. В это время необходимо обеспечить проведение самых неотложных жизнеспасательных процедур (3).

При тяжелой ЧМТ гипотензия с систолическим артериальным давлением менее 90 мм.рт. ст., даже если это единичный эпизод, приводит к удвоению числа летальных исходов. А если гипотензия сочетается с дыхательной гипоксией, то лишь 6% пострадавших имеют шансы на благоприятный исход (1).

Исследователями из университета г. Лунд (Швеция) большое внимание уделяется опасности создания избыточного давления крови в головном мозге (4). Согласно их концепции лечения ЧМТ необходимо ограничение церебрального перфузионного давления (ЦГД) величиной 60 мм рт. ст. Авторы концепции опасаются избыточного гидростатического давления в сосудах мозга и увеличения проникновения жидкости из сосудистого русла в мозг. Более широко, однако, приняты взгляды (5), согласно которым минимально допустимым ЦГД считают 70 мм рт. ст., а верхний предел артериального давления (АД) не ограничивают. Основанием для такого рода взглядов служит так называемая гипотеза «вазоконстрикторного каскада», согласно которой повышение системного АД включает механизмы ауторегуляции. Эти механизмы ограничивают избыточный приток крови к мозгу за счет сужения сосудов мозга, что вызывает уменьшения объема крови в полости черепа и снижение ВЧД (6). Из этого краткого обзора литературы следует, что крайне важна стабилизация артериального давления, опасна артериальная гипотония и гипоксия.

Для стабилизации гемодинамических параметров современный фармацевтический рынок предлагает большое количество кровезаменителей гемодинамического действия. Из последнего поколения – производные гидроксиэтилкрахмала. В доступной нам литературе единичны и противоречивы сведения о влиянии этих современных препаратов на системную гемодинамику и исход заболевания при тяжелой черепно-мозговой травме.

Цель исследования

Изучить эффективность применения современного производного 6% гидроксиэтилкрахмала 130/0,42/6:1 - Венофундина при оказании экстренной (противошоковой) терапии больным с тяжелой черепно-мозговой травмой.

Материал и методы

Для оказания экстренной помощи больным с тяжелой ЧМТ в первые часы поступления в стационар наряду с общепри-

Жедел жәрдемін көрсету кезеңінде ауыр бас – ми жарақаты бар 30 науқастарда шұғыл терапия кезінде Венофундин соңғы болашағының гидроксиэтиллилік крахмал ерітіндіні пайдалану тәжірибенің нәтижелері жүргізіледі. Орта артериялық қысымның, от тегінің сатурациясы мен Алтговер индекстің төмендеудің көрсеткіштердің ең жоғары нақтылы бойы, бақылау тобының науқастарымен салыстыра отырып сезім деңгейінің ең жоғары бойы белгіленді.

Приводятся результаты опыта использования раствора гидроксиэтилированного крахмала последнего поколения Венофундина при неотложной терапии у 30 больных с тяжелой черепно-мозговой травмой на этапе оказания неотложной помощи. Отмечен достоверный более высокий рост показателей среднего артериального давления, сатурации кислорода и снижение индекса Алтговера, более высокий рост уровня сознания в сравнении с пациентами контрольной группы.

нятыми мероприятиями использовали 6% раствор гидроксиэтилкрахмала – Венофундин. Этот препарат в дозе 15±5,3 мл/кг вводили внутривенно 30 пациентам (n₁) с тяжелой ЧМТ. Средний возраст пациентов 42±8,3 года, преобладали лица мужского пола (87,3%).

Контрольную группу (n₂) составили 35 пациентов с диагнозом острая ЧМТ тяжелой степени, которым проводили мероприятия интенсивной терапии с первых часов поступления в стационар, используя традиционную медикаментозную поддержку.

При поступлении исследовали основные параметры гемодинамики – среднее артериальное давление (САД), частоту сердечных сокращений (ЧСС), шоковый индекс Алговера (ИА), сатурацию кислорода (SpO₂) с использованием монитора «Utas» модель ЮМ-300. Мониторинг гемодинамики осуществляли в течение всего периода нахождения пациента в палате интенсивной терапии. Средние показатели выведены на 4 этапах исследования – при поступлении (1 этап), через 15 минут (2 этап), через 30 минут (3 этап), через 60 минут (4 этап). Оценку тяжести состояния проводили с использованием шкалы комы Глазго. Положительной считали динамику состояния больного при возрастании баллов по этой шкале.

Группы больных составлены с привлечением методики рандомизации, достоверность исследования оценивалась с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Показатели гемодинамики, насыщения крови кислородом больных тяжелой ЧМТ на 4 этапах исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1- Показатели гемодинамики, насыщения крови кислородом больных тяжелой ЧМТ на этапах исследования (n₁=30) М±m

Показатели	Этапы исследования			
	1	2	3	4
САД	75,6±3,1	79,2±4,1*	80,4±2,1	89,5±1,5*
ЧСС	110±3,8	105±5	104±3	105±2
ИА	1,5±0,2	1,3±0,1	1,2±0,2	1,0±0,1*
SpO ₂	89±3,2	92±4,3	95±3,1*	96±2,1

Примечание * - p<0,05 – сравнение достоверно с предыдущим этапом исследования

Отмечен динамичный рост у пациентов 1 группы САД на 4 этапах исследования. К четвертому этапу САД был достоверно выше исходного показателя на 12,7%. На этом фоне происходило уменьшение ЧСС. Индекс Алтговера уменьшился достоверно к окончанию исследования на 33,4%. В то же время показатель насыщения артериальной крови кислородом динамично возрастал достоверно к третьему этапу исследования на 6,7%.

Показатели гемодинамики, насыщения крови кислородом больных тяжелой ЧМТ на 4 этапах исследования у пациентов контрольной группы представлены в таблице 2.

Таблица 2- Показатели гемодинамики, насыщения крови кислородом больных тяжелой ЧМТ на этапах исследования у пациентов контрольной группы ($n_2=35$) $M \pm m$

Показатели	Этапы исследования			
	1	2	3	4
САД	74,1±2,1	79,2±4,1*	78,4±2,1	78,5±1,5**
ЧСС	116±2,8	115±3,4	110±3	110±1
ИА	1,7±0,2	1,5±0,1	1,4±0,2	1,4±0,1*
SpO ₂	87±1,5	89±2,3	91±2,6*	95±3,1

Примечание * - $p < 0,05$ – сравнение достоверно с предыдущим этапом исследования

** - $p < 0,05$ – сравнение достоверно с первым этапом исследования

В контрольной группе также отмечен рост САД на фоне проводимых лечебных мероприятий. К четвертому этапу исследования САД достоверно увеличился на 5,3%. На этом фоне уменьшалась тахикардия. Индекс Алтговера к четвертому этапу исследования уменьшился на 17,7%. Сатурация кислорода возрастала на всех этапах исследования, к третьему этапу увеличилась достоверно на 4,5%.

Таким образом, при интенсивной терапии больных с тяжелой черепно-мозговой травмой в первые часы при поступлении в стационар отмечен достоверный рост САД, достоверное уменьшение ИА, снижение показателя ЧСС и постепенная достоверная нормализация сатурации кислорода у пациентов обеих групп.

В то же время, увеличение САД в первой группе было на 7,4% выше, чем у пациентов контрольной группы, а индекс Алтговера у пациентов контрольной группы был выше на 15,4% чем у пациентов первой группы.

Показатель сатурации кислорода у пациентов сравниваемых групп динамично возрастал на всех этапах исследования, однако у пациентов первой группы он был выше на 2,2% на третьем этапе исследования, чем у пациентов контрольной группы.

Показатели оценки сознания у больных тяжелой ЧМТ на четырех этапах исследования представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Динамика показателя оценки сознания у больных тяжелой ЧМТ на этапах исследования $M \pm m$

Группа	Этапы исследования			
	1	2	3	4
$n_1=30$	8±1,5	9±1,7	13±2	14±1,6
$n_2=35$	8±1,2	8±1,4	12±2,1	12±2,1
	Количество баллов (Шкала комы Глазго)			

У пациентов обеих групп средний показатель оценки уровня сознания при поступлении оценен в 8 баллов, что соответствует сопору-коме. К четвертому этапу исследования на фоне проводимой интенсивной терапии уровень сознания у пациентов контрольной группы возрос до 12 баллов, что соответствует сопору, у пациентов первой группы количество баллов возросло до 14 (оглушение).

Таким образом, у больных первой группы отмечен более высокий уровень состояния сознания на четырех этапах исследования, чем у пациентов контрольной группы.

Выводы

При применении раствора гидроксипропилированного крахмала (Венофундин) в комплексной противошоковой терапии у больных с тяжелой ЧМТ:

Отмечен достоверный более высокий рост показателей САД, сатурации кислорода и снижение индекса Алтговера, чем при традиционной противошоковой терапии.

Наблюдался более высокий рост уровня сознания у пациентов с тяжелой ЧМТ, чем у пациентов контрольной группы.

Литература

1. Сумин С.А. Неотложные состояния. М., Медицинское информационное агентство, 2006. С.242-251.
2. Сумин С.А. Неотложные состояния. М., Медицинское информационное агентство, 2006. С.244.
3. Бумай А.О. Современные проблемы диагностики и тактики хирургического лечения больных мультифокальными повреждениями головного мозга при сочетанной черепно-мозговой травме. Бюллетень Сибирской медицины, №5, 2008. С.54-63
4. Elf K., Nilson P., Enblad P. Outcome after traumatic brain injury improved by an organized secondary insult program and standardized neurointensive care// Crit. Care. Med. – 2002. – Vol. 30. – P.2129-2134
5. Rosner M.J. Systemic response to experimental brain injury // Central Nervous System Trauma Status Report // Eds D.P. Becker, J. Povlishock. - Bethesda, MD, National Institutes of Health. - 1985. - P. 405-416.
6. Царенко С.В. Нейрореаниматология в начале нового тысячелетия.

Малоинвазивные методы лечения мочекаменной болезни

Турсыбеков К. Т.

Центральная клиническая больница УДПРК

Актуальность

МКБ является одним из распространенных урологических заболеваний и занимает второе место в мире после воспалительных неспецифических заболеваний почек и мочеполовых путей. Встречается у 3-5 % населения, наиболее часто у людей трудоспособного возраста от 20 до 50 лет и составляет 30-40% от всего контингента урологических стационаров.

В последние 30 лет в лечении МКБ преимущественно используют малоинвазивные оперативные вмешательства под эндоскопическим, ультразвуковым и рентгенологическим контролем. Одним из таких малоинвазивных вмешательств является метод ДУВЛ. Показанием для ДУВЛ является наличие конкремента в органах мочеполовой системы при возможности его визуализации аппаратными и вспомогательными методами и отсутствие препятствий к отхождению его фрагментов.

Цель исследования

– оценка эффективности использования метода ДУВЛ на установленном предварительно и в ранние сроки после литотрипсии стент-катетере.

Материал и методы исследования

ДУВЛ проведено 80 пациентам, из них 18 пациентам с конкрементами ЧЛС перед ДУВЛ был установлен стент – катетер размером 4,8 по шкале Шарьера. Двум пациентам проведена контактная литотрипсия с установкой стент – катетера. Использован литотриптор фирмы Story Medical AG Modality SLX- F2.

Перед проведением литотрипсии учитывались факторы, предопределяющие успех лечения: функциональное состояние почки, вид литотриптера, возможности визуализации камня, химический состав и размер камня, его плотность и объём, взаимоотношение камня, проходимость ЧЛС, степень инфицированности мочевых камней, соотношение функционального состояния почки и физико-химических свойств камня с параметрами ударно – волновых импульсов конкретного литотриптера, степень нарушения функции почки после первого сеанса и возможность послеоперационных осложнений.

Результаты

Все пациенты были выписаны в установленные сроки при этом отхождение фрагментов конкрементов после литотрипсии отмечалось в сроки от одного до двух месяцев. В одном случае у пациентки с коралловидным конкрементом отхождения конкрементов составило до 6 месяцев, и потребовало переустановку стент – катетера на сроке в 3 месяца с момента ДУВЛ.

Больной после сеанса литотрипсии должен быть под наблюдением лечащего врача, с целью контроля за общим состоянием, ходом изгнания фрагментов камня, а в случае наступления обструкции и других осложнений своевременный их ликвидации.

Таким образом, использование метода ДУВЛ на установленном предварительно и в ранние сроки после литотрипсии стент-катетере позволяет предупредить предполагаемую каменную дорожку и связанные с ней осложнения.

Диагностика болезни Пейрони

Турсыбеков К. Т.

Центральная клиническая больница УДПРК

Болезнь Пейрони - доброкачественное заболевание полового члена неизвестной этиологии, характеризующееся образованием фиброзных бляшек на белочной оболочке полового члена, вызывающих боль, деформацию полового члена.

Впервые об этом заболевании сообщил французский врач Франсуа де ля Пейрони, хирург Людовика XV, в 1743г. Доложив о 3-х больных с фиброзным уплотнением в половом члене, вызывавшим боли и его искривление при эрекции.

Болезнь Пейрони, несмотря на видимые достижения в понимании некоторых звеньев патогенеза, на сегодняшний день остается одной из противоречивых и сложных проблем в урологии. По данным разных авторов, распространенность данного заболевания составляет от 0,4% до 10%.

Цель исследования

– определение эффективности ультразвукового сканирования полового члена в диагностике болезни Пейрони.

Материал и методы исследования

Нами выполнено ультразвуковое сканирование полового члена 16 больным с болезнью Пейрони и 3 здоровым – в качестве контроля. Исследование проводилось на аппарате LOGIQ 5 PRO фирмы General ElektriX, в режиме серой шкалы, линейным датчиком, работающим с частотой 7- 10 МГц. Исследование выполнялось в положении лежа на спине. В ходе исследования нами определялись размеры бляшки, степень ее гиперэхогенности, наличие кальцификатов.

Полученные результаты

У 13 пациентов определялись одиночные бляшки полового члена, длиной 1,6-3,2 см, шириной 0,6 – 1,3 см, толщиной 1,3 -3,8 мм. При этом у 6- в правом кавернозном теле, у 7- в левом. У 2 больных определялись 2 бляшки: у одного обе в правом кавернозном теле, размерами 1см x 0,8 см x 0,28 см и 3см x 1,68 см x 0,32 см. У другого большого обе бляшки определялись в разных кавернозных телах, справа 1,2см x 0,8 см x 0,16см, и слева 1,4 см x 0,9 см x 0,18см.

У 1 пациента обнаружено наличие не пальпируемых фиброзных образований, то есть начало индуративного процесса на ранней стадии, что позволило своевременно начать консервативную терапию.

Заключение. Таким образом, ультразвуковое сканирование полового члена является информативным, безопасным, относительно простым методом диагностики болезни Пейрони, позволяющим получать послойные изображения, точные данные о размерах, локализации, распространенности процесса. Позволяет диагностировать фибропластическую индурацию полового члена на ранних стадиях, способствуя своевременной консервативной терапии.

Безопасность данного метода позволяет использовать его при динамическом наблюдении за пациентами, получающими консервативную терапию или после оперативного лечения. Все вышеизложенное позволяет применять данный метод в качестве основного метода исследования при болезни Пейрони.

Биполярная трансуретральная резекция доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Турысбеков К. Т.

Центральная клиническая больница УДПРК

Актуальность

В последние годы в связи со значительным ростом населения планеты в возрасте старше 60 лет увеличивается заболеваемость доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Наиболее эффективным в терапии ДГПЖ остается хирургическое лечение ДГПЖ. На сегодняшний день золотым стандартом в ее оперативном лечении является трансуретральная резекция, с помощью которой удается оперировать значительную часть больных. В тоже время по литературным данным при данном методе лечения у 20 % больных развиваются различные осложнения. В этой связи ведется поиск новых методов лечения больных ДГПЖ. Одним из таких методов является биполярная трансуретральная резекция простаты.

Цель исследования

– изучить особенности применения метода биполярной трансуретральной резекции ДГПЖ.

Материал и методы исследования

Материалом для ретроспективного анализа послужили 48 случаев биполярной ТУР ДГПЖ, проведенных в урологическом отделении ЦКБ УДПРК. Возраст больных варьировал от 62 до 81 года. Объем резецированной предстательной железы составлял от 38 до 160 куб. см. Биполярная ТУР ДГПЖ проводилась на оборудовании KARL STORZ (ГЕРМАНИЯ).

Больные предъявляли жалобы на расстройство мочеиспу-

скания, проявляющееся затруднением при мочеиспускании, увеличением ночных мочеиспусканий, чувством неполного опорожнения мочевого пузыря и вялой струей мочи. Всем больным проведено измерение суммарного балла по международной системе суммарной оценки симптомов при заболеваниях предстательной железы, по 35 бальной шкале; пальцевое ректальное исследование; общеклинические исследования, рентгенография почек и мочевого пузыря; абдоминальное и трансректальное УЗИ предстательной железы; урофлоуметрия с определением наличия и количества остаточной мочи; определение уровня простатоспецифического антигена по показаниям.

Результаты

Послеоперационное пребывание в стационаре 6,5 кдн, срок дренирования мочевого пузыря - 24 часа. Назначались уроантисептики, антибактериальные препараты и гемостатики. Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Выводы

Преимуществами биполярной ТУР ДГПЖ являются более короткий период дренирования мочевого пузыря после операции; невозможность возникновения ТУР - синдрома; короткий период пребывания в стационаре после операции.

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия при мочекаменной болезни

Турысбеков К. Т.

Центральная клиническая больница УДПРК

Актуальность

Мочекаменная болезнь (МКБ) одна из наиболее часто встречающихся урологических патологий. В связи со сложностью лечения, является актуальной проблемой современной медицинской науки. Одним из малоинвазивных вмешательств является метод дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ).

Цель

Применение ДУВЛ в лечении больных МКБ по экстренным показаниям.

Материал и методы исследования

В ЦКБ УДПРК ДУВЛ проведено по экстренным показаниям 52 больным. Возраст больных составлял от 14 до 64 лет. Среди обследованных было 33 больных мужского и 19 женского пола. Перед ДУВЛ определяли общий анализ крови и мочи, свертываемость крови по Сухареву, биохимический анализ крови (билирубин, креатинин, мочевины), УЗИ почек и мочевыводящих путей, обзорную и экскреторную урографию по показаниям.

Результаты и их обсуждения

Проведено 15 сеансов нефролитотрипсии, 40 – уретеролитотрипсии и 3 – цистолитотрипсии по экстренным показаниям. Камни локализовались в лоханке – 12, в верхней трети мочеточника – 14, в средней трети мочеточника – 6, в нижней трети мочеточника – 17 и в мочевом пузыре в 3 случаях. У 4 больных

были рецидивные камни почки, у одного – камень единственно оставшейся почки и у 1 – камень нижней трети мочеточника единственно оставшейся почки.

Экстренными показаниями считали неоднократные приступы почечной колики, гидронефротическая трансформация 2 степени, пострентальная анурия (когда камень располагался в нижней трети мочеточника), острая задержка мочеиспускания (когда камень располагался в области шейки мочевого пузыря). Мы вначале купировали приступ почечной колики, потом делали УЗИ почек и мочевыводящих путей, обзорную и экскреторную урографию, тем самым определяли локализацию и размер конкремента.

У 41 больных в первые сутки после ДУВЛ отмечалась гематурия, у 8 –каменная дорожка, у 4 - обострение хронического калькулезного пиелонефрита, у 5 - приступы почечной колики. Больным назначали антибиотики широкого спектра действия, спазмолитики, инфузионную терапию, приступы почечной колики купировали и отхождение фрагментов конкремента отмечали в течение нескольких суток.

Одному больному с МКБ единственно оставшейся левой почки, обтурирующим камнем нижней трети мочеточника, ОПН, пострентальной анурией произвели сеанс ДУВЛ, однако без эффекта из-за тучности больного и продвижения конкремента вверх. Этому больному произвели по экстренным показаниям оперативное вмешательство уретеролитотомии с уретеростомией слева. При литотрипсии проводили однократные или двухкратные сеансы с интервалами от 3 дней до 1 недели.

Лечение считали законченным, если камень раздроблен до частиц не более 5 мм и зарегистрировано их отхождение, отсутствие нарушения пассажа мочи в мочевыводящих путях, определенное при УЗИ или обзорной и внутривенной урографии. После этого проводили наблюдение и лечение по месту жительства.

Заключение

Таким образом, ДУВЛ является высокоэффективным, эконо-

мичным методом лечения, который необходимо широко использовать при экстренных показаниях в лечении МКБ. ДУВЛ является приоритетной за счет малой травматичности и высокой эффективности: малоинвазивность метода и как следствие снижение послеоперационной смертности практически до нуля; возможность применения у всех возрастных групп, в том числе при тяжелой сопутствующей патологии, когда было отказано в открытой операции; сокращения продолжительности стационарного лечения, ранее восстановление трудоспособности.

Билатеральная уретероскопическая контактная литотрипсия при двусторонних камнях мочеочечника

Мамедов Р.Н., Акперов Р.Ф., Заиров Н.Ф.

Отделение уронефрологии Республиканского госпиталя им. генерал-лейтенанта А.Гейдарова Министерства внутренних дел Азербайджанской Республики

Введение

Среди больных, страдающих мочекаменной болезнью, на камни мочеочечников приходится до 43,8%, из которых двусторонним уретеролитиазом (ДУ) страдают около 2,2% пациентов [1]. Вследствие такого серьезного осложнения, как анурия, билатеральный уретеролитиаз требует своевременной диагностики и лечения. Применение новых эндоскопических технологий, в частности уретероскопической литолапаксии, позволило в корне изменить тактику лечения данной группы больных. Однако тактика ведения пациентов с двусторонними камнями мочеочечников осложняется тем, что возникают трудности в выборе метода оперативного лечения, а также определения стороны для начала лечения [2]. Вследствие высокой частоты возможных осложнений (миграция камней, перфорация мочеочечника, послеоперационный пиелонефрит и т.д.) у данной группы больных выполняют поэтапное удаление камней [3]. Однако улучшение эндоскопического инструментария, уменьшение калибра уретероскопов, усовершенствование техники уретероскопии позволило в определенных случаях безопасно и эффективно выполнять одномоментно билатеральную уретероскопическую контактную литотрипсию (БУКЛ) при двустороннем уретеролитиазе [1, 4]. Учитывая, что в зарубежной медицинской литературе довольно мало сведений о БУКЛ, в этой статье мы приведем собственный опыт выполнения данного вмешательства.

Материал и методы

В период с июнь 2009 г. по февраль 2011 г. В отделении уронефрологии Республиканского Госпиталя МВД АР нами была выполнена уретероскопическая контактная литотрипсия (УКЛ) камней мочеочечника 72 больным. Из них 41 (57%) были мужчины, 31 (43%) – женщины (средний возраст составил 48 лет). Среди исследуемых больных в 12 случаях (9 – мужчины, 3 – женщины) мы наблюдали двусторонние камни мочеочечников. При этом 6 пациентам мы выполнили БУКЛ. У остальных 6 больных, аряду с односторонней уретероскопической литолапаксией, в 4-х случаях мы установили мочеочечниковый стент в контрлатеральную почку (в дальнейшем 3-им была выполнена дистанционная литотрипсия на этой стороне, у одной же пациентки мы в последующем удалили стент вследствие нефункционирующей левой почки), у одного больного наблюдали самопроизвольное отхождение камня, еще у одного мы ничего не предприняли вследствие уретерогидронефроза 4-й степени, вызванного мочеочечниковым камнем.

Здесь мы будем обсуждать только лишь результаты лечения 6 больных, которым была выполнена БУКЛ камней мочеочечника. Всем больным в предоперационном периоде было проведено плановое обследование, включающее общий и биохимический анализ крови (в особенности определение уровня креатинина и мочевины до и после вмешательства), трансабдоминальное

Bilateral same-session ureteroscopy for treatment of ureteral calculi.

Mammadov R.N., Akperov R.F., Zairov N.F.

Department of urology

The Republic Hospital of the Internal Affairs of Azerbaijan Republic

named by general A.H. Heydarov

Actually ureteroscopy represents the therapy of choice for the treatment of ureteric stones. In the case of bilateral synchronous ureteric calculi the options are between a staged or synchronous procedure; the last would potentially reduce costs and the need for a second anesthetic in comparison with a staged procedure. We reviewed our experience of the treatment of 6 patients with bilateral same session ureteroscopy. The size and site of the stones were mean of 9 x 10 mm (6-6 x 12-17 mm). In our series, bilateral synchronous ureteroscopy is a safe procedure, with high stone free rate. It has the advantage of saving multiple procedures and the need of a second anesthesia and hospitalization. It can be performed safely with minimal risks. The positioning of a JJ stent at the end of the procedure adds little time, preventing post-operative complications with little discomfort for the patient.

ультразвуковое обследование, ЕКГ, рентгенографию органов грудной клетки. В пяти случаях, для выявления расположения и размеров камня, больным была выполнена компьютерная томография без внутривенного контрастирования, в одном случае больной поступил в клинику с уже готовыми рентгеновскими снимками обзорной и экскреторной урографии.

Во всех случаях для уретероскопии мы пользовались полужестким уретероскопом 27002L (Karl Storz, Germany). При невозможности или трудности вхождения в устье мочеочечника мы пользовались техникой введения уретероскопа на двух проводниках или предварительно выполняли баллонную дилатацию интрамурального отдела. Для дефрагментации камней использовали метод пневматической литотрипсии с помощью

зондов $\emptyset\emptyset$ 0,8 мм (длина 602 мм) и $\emptyset\emptyset$ 1 мм (длина 605 мм) литотриптора Swiss LithoClasT Master (EMS).

Результаты

Среди исследуемых больных мужчин было 5 и одна женщина. Возраст больных колебался от 30 до 66 лет (средний возраст 46 лет). Двусторонняя УКЛ выполнялась на фоне олиго-анурии 3 (50%) больным (один из них уже поучал лечение гемодиализом). Еще двое пациентов поступили в клинику с двусторонними мочеочечниковыми стентами, которые предварительно были установлены им по поводу калькулезной анурии.

Предоперационное обследование выявило сопутствующие двусторонние камни почек у 2 больных, еще у трех пациентов



Рисунок 1. Обзорная урограмма



Рисунок 2. Экскреторная урограмма на 60 минуте после введения контраста

был односторонний нефролитаз. Биохимическое исследование крови показало уровень креатинина у обследованных больных в пределах 67 – 584 мкмол/л (средний уровень креатинина – 300 мкмол/л).

Размеры обнаруженных в мочеточниках камней были от 6х6 мм до 12х17 мм (средние размеры камней – 9х10 мм). Благодаря рентгенологическим методам обследования удалось выявить расположение камней в 9 мочеточниках на уровне нижней трети, в 2 –ух мочеточниках на уровне средней трети и в одном мочеточнике камень был в верхней трети.

В качестве анестезиологического пособия мы в 2 случаях прибегли к интубационной анестезии, остальным 4 –ым больным для раздробления камней выполнили спинальную анестезию.

После БУКЛ стентирование верхних мочевых путей с помощью стента №5 – 27,5см (Braun, Germany) у 4-х больных было проведено с обеих сторон, а у одного пациента установка стента была односторонняя. Все стенты были удалены в период от 3 до 6 недель.

Успех выполненного вмешательства оценивался как полное раздробление камней с удалением всех фрагментов размерами более 2 мм. Как в интра- так и в послеоперационном периоде мы не наблюдали осложнений БУКЛ. Для иллюстрации эффективности и безопасности БУКЛ мы приводим клиническое наблюдение.

Больной Д. 30 лет, история болезни №44, поступил в уро-нефрологическое отделение Республиканского Госпиталя МВД АР 28.01.2011 г. с жалобами на тупую, ноющую боль в области почек с обеих сторон. Чувствует себя больным более 3-х месяцев. В анамнезе 3 года назад по поводу травмы перенес лапаротомию, во время которой больному была выполнена спленэктомия.

Общий и биохимический анализ крови выявили уровень гемоглобина и креатинина в пределах нормы (Hb – 151 г/л, креатинина – 67 мкмол/л). На обзорной урограмме в проекции левой почки выявляются тени, подозрительные на конкременты размерами 6х9мм, также в малом тазу в проекции левого и правого мочеточника выявляются тени, подозрительные на конкременты размерами 11х12мм (рис.1). На экскреторной урограмме, выполненной на 60 минуте после внутривенного введения контраста функция почек сохранена, наблюдается двусторонний уретерогидронефроз II-й степени. Тени камней проецируются, соответственно на нижнюю чашечку левой почки и в просвет нижней трети левого и правого мочеточников (рис. 2).

На основании проведенного обследования больному был установлен диагноз: «Мочекаменная болезнь. Множественные камни левой почки. Камень нижней трети левого мочеточника.

Камень нижней трети правого мочеточника. Двусторонний уретерогидронефроз II-ой степени. Хронический калькулезный пиелонефрит». 29.01.2011 г. больному под спинальной анестезией была выполнена двусторонняя уретероскопическая литотрипсия, с установкой мочеточниковых стентов в обе почки. Время операции составило 110 минут.

Послеоперационный период протекал без особенностей, больной был выписан из стационара на следующие сутки. Стенты были удалены через месяц после операции. Минералогический анализ состава удаленных камней выявил – Calcium Oxalate Hydrate (CaC₂O₄·H₂O). Больному была предложена дистанционная литотрипсия камней левой почки, от которой тот отказался.

Обсуждение

Одномоментная двусторонняя уретерореноскопия всегда чревата такими осложнениями, как обострение пиелонефрита, наличие болей вследствие отека устья мочеточника, перфорация и авульсия мочеточника, а также в редких случаях развитие анурии [2]. Естествен-

но, выполнение БУКЛ значительно повышает риск развития различных осложнений эндоскопического вмешательства, что вынуждает урологов с осторожностью относиться к данному вмешательству и выполнять данную процедуру поэтапно [5]. Вместе с тем, усовершенствование эндоскопического инструментария (уменьшение размеров и появление полужестких и гибких уретерореноскопов, улучшение методов дезинтеграции камней, облегчение удаление фрагментов и т.д.) изменило отношение урологов к процедуре БУКЛ и позволило значительно уменьшить частоту осложнений как в интра- так и в послеоперационном периоде. В доступной нам литературе, в частности MEDLINE, нам удалось выявить и изучить 9 статей (1994 – 2010 гг.), в которых описывался опыт одномоментной двусторонней уретерореноскопии (как по поводу камней, так и по поводу других патологий мочеточника) [4 - 12]. Наиболее большую группу больных, которым проводилась БУКЛ, представили J.M.Watson и другие – 71 пациент [6]. При этом средние размеры камней были 13,9 мм справа и 14,3 мм слева. Средний уровень креатинина в их исследовании составил 108 мкмол/л (от 55 до 350 мкмол/л). Осложнения наблюдались в 9,7% случаев и все они были незначительными (боль, обострение пиелонефрита, незначительная гематурия). В этом исследовании особенно указывается на эффективность и относительную безопасность БУКЛ при правильно выбранных показаниях.

Заключение: Развитие эндоскопической и малоинвазивной хирургии мочекаменной болезни, широкое внедрение ее в клиническую практику являются перспективными и актуальными направлениями современной урологии. Уретерореноскопическая контактная литотрипсия по поводу камней мочеточника, независимо от их локализации, обладает рядом бесспорных преимуществ по сравнению с традиционными оперативными вмешательствами, так как при этом исключается травма мягких тканей, нагноение раны, возникновение мочеточниковых свищей, значительно сокращается время госпитализации. Несомненно, билатеральное одномоментное выполнение данной процедуры увеличивает ее эффективность и преимущества в разы. Кроме того БУКЛ способствует скорейшему восстановлению пассажа мочи из обеих почек, сокращает время, необходимое для реабилитации больного и при этом отпадает необходимость в проведении дополнительной госпитализации и анестезии.

Литература

1. Калайчев О.В. «Билатеральный уретеролитиаз: диагностика и тактика лечения». Автор. дисс. к.м.н. Москва. 2008.
2. Johnson DB., Pearle MS. "Complications of ureteroscopy". *Urol Clin North Am.* 2004; 31: 157

3. Grasso M. "Ureteroscopic lithotripsy". *Curr Opin Urol*. 1999; 9: 329.
4. Gunlusoy B., Degirmenci T., Arslan M. et al. "Bilateral single-session ureteroscopy with pneumatic lithotripsy for bilateral ureter stones: feasible and safe". *Urol Int*. 2008; 81: 202.
5. Bandi G., Vicentini FC., Triest JA. "Anuric renal failure after same-session bilateral atraumatic flexible ureteroscopy". *Int Braz J Urol*, 2007. 33(2): 193-4
6. Justin M. Watson "Same Session Bilateral Ureteroscopy is Safe and Efficacious". *J Urology*. 2010. V.185, pp.170-174
7. El-Hefnawy AS., El-Nahas AR. et al. "Bilateral same-session ureteroscopy for treatment of ureteral calculi: Critical analysis of risk

- factors" *Scand J Urol Nephrol*. 2010.
8. Grossi FS., Barnaba D. et al. "Bilateral same session ureteroscopy: safety and efficacy" *Arch Ital Urol Androl*, 2007. 79(1): 20-2
9. Hollenbeck BK. et al. "Safety and efficacy of same-session bilateral ureteroscopy" *J Endourol*, 2003. 17(10): 881-5
10. Hamida W., Hidoussi A. "One-stage bilateral rigid ureteroscopy". *Prog Urol*, 2008. 18(9): 580-5
11. Deliveliotis C., Picramenos D. "One-session bilateral ureteroscopy: is it safe in selected patients?". *Int Urol Nephrol*. 1996. 28(4): 481-4
12. Camilleri JC., Schwalb DM., Eshghi M. "Bilateral same session ureteroscopy". *J Urol*, 1994. 152(1): 49-52

Использование препаратов Спеман и Конфидо* в сексологической и андрологической практике.

Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Корниенко А.М., Романюк М.Г., Бойко А.И., Джуран Б.В.

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев,

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев, Городская клиническая больница №6 «Медгородок», г. Киев

В настоящее время проблема андрологических заболеваний приобретает все большую актуальность [1, 2]. Для андрологов Украины приоритетными являются направления по изучению этиологии и патогенеза сексуальных расстройств и бесплодия супружеской пары, изучение наиболее распространенной среди мужчин детородного возраста воспалительной патологии половых органов, разработка современных и эффективных методов лечения сексологических и андрологических заболеваний, а также профилактика половых расстройств и бесплодия.

Существенная роль в профилактике сексуальных расстройств и бесплодия принадлежит формированию здорового образа жизни, сексуальной культуры, пропаганде безопасности секса. Во многом устойчивая тенденция к возрастанию частоты половых расстройств у мужчин обусловлена психоэмоциональными перегрузками, стрессовыми ситуациями, ухудшением экологической обстановки, вредными факторами производства, снижением общего тонуса организма. Кроме того, значительно возросли требования к уровню качества жизни, неотъемлемой частью которого является сексуальная гармония.

Решение этих задач может оказать положительное влияние как в плане укрепления семьи, так и в улучшении демографической ситуации в Украине.

Но ввиду различных неблагоприятных воздействий на человека андрологическая заболеваемость увеличивается. Необходимо отметить влияние экологических, социальных, культурологических, физических и других отрицательных факторов.

Исходя из этого, весьма актуальными представляются разработка и внедрение новых средств профилактики и лечения сексуальных расстройств у мужчин. Важным является поиск стимулирующих средств естественного происхождения, которым потребители отдают предпочтение перед продукцией химического синтеза. В Украине в последние годы много фармацевтических фирм совместно с клиницистами уделяют внимание разработке новых, более совершенных и доступных для украинского мужчины препаратов. На основе этих положений нами проведено клиническое испытание эффективности и безопасности комплексных растительных препаратов производства компании «The Himalaya Drug Co.» (Индия).

Культура, искусство, литература - практически все стороны жизни древней Индии были насыщены утонченным эротизмом, вызывающим восхищение даже у наших современников. Поэтому не случайно сексуально-эротический аспект оставил значительный след в древнеиндуистских книгах сокровенного знания - ведах и сутрах. Основываясь на рецептах Аюрведы (медицинских трактатах), специалисты «The Himalaya Drug Co.»

В работе показан положительный опыт использования препаратов андрологического предназначения фирмы «The Himalaya Drug Co.» (Индия) для лечения воспалительных заболеваний мужских половых органов и улучшения репродуктивной функции, терапии и профилактики доброкачественной гиперплазии предстательной железы, преждевременной эякуляции.

The use of medicines Speman and Confido the company in sexological and andrological practice

I.I. Gorpynchenko, Y.N. Gurzhenko, O.M. Komlenko, M.G. Romsnjuk, A.I. Botta», B. V. Dzhuren

Positive experience of use of andrological medicines of the company «The Himalaya Drug Co.» (India) for treatment of man's genitals inflammatory diseases and improvement of reproductive function, therapy and preventive maintenance of benign prostatic hyperplasia, premature ejaculation is shown in the work. Key words: speman, konfido, andrology, sexology, treatment.

выпускают ряд препаратов андрологического предназначения: Спеман для лечения больных с воспалительными заболеваниями мужских половых органов и улучшения репродуктивной функции, для терапии и профилактики доброкачественной гиперплазии предстательной железы; Конфидо* для лечения пациентов с преждевременной эякуляцией.

Препарат Спеман содержит комплекс растительных экстрактов, обладающих умеренно выраженным андрогеноподобным действием, способным несколько усиливать сперматогенез. Кроме того, Спеман применяют для уменьшения застойных явлений в предстательной железе и семенных пузырьках, что благотворно влияет на биохимические показатели семенной плазмы и повышает подвижность сперматозоидов. В состав препарата Спеман входят: порошок клубней ятрышника мужского, семян астерканта длиннолистного, латука компасного, бархатных бобов зудящих, минерал Суварнаванг (мозаичное золото), экстракты корней аргиреи красивой, плодов якорцев стелющихся, стеблей лептадении сетчатой, пармелии жемчужной.

Конфидо* содержит те же компоненты. Однако для усиления его эффекта в состав добавлены алкалоиды *Rauwolfia serpentina*. Добавление алкалоидов раувольфии оказывает мягкий общий седативный эффект, повышает порог чувствительности спинальных центров к сексуальным стимулам. Как известно, акт эякуляции реализуется под контролем симпатического звена автономной нервной системы. Алкалоиды раувольфии обладают выраженным адренолитическим действием, способствующим предотвратить преждевременную эякуляцию и пролонгировать половой акт.

*Препарат Конфидо зарегистрирован в Казахстане под названием Спеман форте

Таблица 1 Показатели гемодинамики у пациентов с сексуальными расстройствами на фоне приема препаратов Спеман и Конфидо*

Группы больных	Систолическое АД, мм Hg		Диастолическое АД, мм Hg		ЧСС	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Опытная группа (n=30)	119,76±1,8	122,4±1,2 p>0,1 p' ¹ >0,1	73,3±1,4	73,9±1,0 p>0,1 p' ¹ >0,1	68,3±1,4	67,2±1,8 p>0,1 p' ¹ >0,1
Контр. группа (n=10)	122,1±1,6	120,8±1,5 p>0,1	72,8±0,9	72,2±1,2 p>0,1	66,7±1,2	66,8±1,6 p>0,1

Примечание: p - достоверность различий показателей до и после лечения; p¹ - достоверность различий показателей между группами.

Таблица 2. Показатели периферической крови у пациентов, страдающих сексуальными расстройствами на фоне приема препаратов Спеман и Конфидо*

Исследуемые показатели	Опытная группа		Контр. группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Эритроциты, 10 ¹² /л	4,2±0,1	4,1 ±0,1 p>0,1 p' ¹ >0,1	3,9±0,1	4,1±0,1 p>0,1
Гемоглобин, г/л	138,1±1,99	139,87±0,87 p>0,1 p' ¹ >0,1	137,17±1,20	139,15±1,64 p>0,1
Цветовой показатель	0,93±0,1	0,94±0,1 p>0,1 p' ¹ >0,1	0,94±0,1	0,95±0,1 p>0,1
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	5,9±0,2	6,1 ±0,1 p>0,1 p' ¹ >0,1	6,0±0,2	5,8±0,3 p>0,1
Палочко-ядерные, %	3,53±0,39	3,31±0,24 p>0,1 p' ¹ >0,1	2,80±0,40	3,18±0,26 p>0,1
Сегменто-ядерные, %	55,73±1,40	51,67±1,17 p<0,05 p' ¹ >0,1	56,89±1,12	55,80±1,38 p>0,1
Эозинофильн. гранулоциты, %	2,87±0,51	2,13±0,31 p>0,1 p' ¹ >0,1	3,05±0,88	2,90±0,34 p>0,1
Лимфоциты, %	37,73±1,54	42,13±1,19 p<0,01 p' ¹ >0,1	38,50±1,35	40,12±1,00 p>0,1
Моноциты, %	1,60±0,32	1,00±0,20 p>0,1 p' ¹ >0,1	1,20±0,25	1,40±0,50 p>0,1
СОЭ, мм/ч	3,13±0,34	3,27±0,23 p>0,1 p' ¹ >0,1	3,40±0,20	3,15±0,16 p>0,1

Примечание: p - достоверность различий показателей до и после лечения; p¹ - достоверность различий показателей между группами.

Материалы и методы

В отделении сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» проведено исследование терапевтического действия и оценка эффективности применения Спемана и Конфидо* при соответствующей патологии.

Обследование больных начинали с тщательного сбора анамнеза, в ходе которого выясняли основные жалобы, время возникновения и динамику течения заболевания, предрасполагающие факторы и сопутствующие патологические процессы.

При объективном обследовании пациентов обращали внимание на особенности конституции и тип телосложения, выраженность вторичных половых признаков, наличие клинических симптомов андрогенной недостаточности. Учитывали признаки дисфункции автономной нервной системы, как-то: состояние кожных покровов, потливость, дермографизм, лабильность артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС). Проводили объективную оценку наружных половых органов, а также ректальное пальцевое исследование предстательной железы и семенных пузырьков. Состояние психоэмоциональной сферы оценивали как во время индивидуальной беседы, так и в ходе выполнения тестовых методик.

В лабораторный комплекс обследования входили: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ секрета предстательной железы, биохимическое исследование (определение общего белка крови, трансаминаз, креатинина и мочевины).

*Препарат Конфидо зарегистрирован в Казахстане под названием Спеман форте

Обследование проводили до и после проведения курса

Результаты исследования и их обсуждение

На основании проведенных исследований получены следующие результаты.

Состояние гемодинамики оценивали посредством измерения АД и ЧСС в минуту. Результаты представ-

лены в табл. 1.

Как видно из данных табл. 1, исследуемые показатели гемодинамики у пациентов опытной и контрольной групп достоверно не отличались. Прием изучаемых препаратов не оказал влияния на системные гемодинамические показатели.

При оценке показателей периферической крови выявлены сходные тенденции (табл. 2).

Данные табл. 2 свидетельствуют о том, что изучаемые препараты практически не влияют на картину периферической крови. Во всяком случае, достоверных различий между опытной и контрольной группой не выявлено.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что препараты Спеман и Конфидо* в рекомендуемых дозах не оказывают гематотоксического действия.

При исследовании у пациентов общего анализа мочи патологических изменений как до, так и после лечения, обнаружено не было. Белок, глюкоза, ацетон, печеночные пигменты, эритроциты, цилиндры, соли в анализах не определялись. Это указывает на отсутствие у изучаемого лекарственного средства нефротоксического эффекта.

Для уточнения оценки влияния препаратов Спеман и Конфидо* на функции печени и почек, а также на белковый обмен проведено биохимическое исследование крови. Основные параметры представлены в табл. 3.

Полученные результаты подтверждают отсутствие нефро- и гепатотоксического эффекта у изучаемых препаратов. Достоверных отличий в содержании в плазме крови общего белка, трансаминаз, креатинина и мочевины не выявлено как в процессе лечения, так и в сравнении с контрольной группой.

Нами исследовано влияние препарата Спеман на сперматогенез у 38 мужчин с экскреторно-токсическим бесплодием. Спеман назначали по 2 таблетки 3 раза в день в течение 1 мес. В качестве контроля обследованы 30 здоровых фертильных мужчин. Результаты лечения представлены в табл. 4.

Данные табл. 4 свидетельствуют о наличии хотя и достоверно не подтвержденных, но достаточно выраженных тенденций к увеличению объема эякулята и уменьшению времени разжижения, что указывает на заметный деконгестивный эффект изучаемого препарата. У всех пациентов после месячного приема Спемана достоверно увеличилось количество сперматозоидов как в одном миллилитре (концентрация), так и во всем эякуляте. Причем, после лечения эти показатели практически не отличались от показателей контрольной группы. Процентное содержание активноподвижных и живых сперматозоидов также достоверно повысилось, однако не достигло уровня здоровых фертильных мужчин. Этот факт свидетельствует о необходимости использования препарата Спеман не в монотерапии, а в комплексном лечении.

За время лечения изучаемыми лекарственными средствами побочные эффекты средней степени выраженности отмечены лишь у одного больного. После нескольких дней приема Спемана он обратился с жалобами на головную боль и умеренное повышение АД. В курсе лечения был сделан двухдневный перерыв, после чего нежелательные реакции

Таблица 3. Состояние основных биохимических показателей крови у пациентов с сексуальными расстройствами на фоне приема препаратов Спеман и Конфидо*

Исследуемые показатели	Опытная группа		Контр. группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Общий белок, г/л	75,80±1,44	75,93±0,93 p>0,1	76,10±1,2	75,25±1,55 p>0,1
АлАТ, ммоль/ч-л	0,38±0,1	0,37±0,08 p>0,1 p' ¹ >0,1	0,36±0,1	0,37±0,1 p>0,1
АсАТ, ммоль/ч-л	0,24±0,09	0,26±0,07 p>0,05 P' ¹ >0,1	0,26±0,05	0,25±0,08 p>0,1
Креатинин, ммоль/л	0,098±0,03	0,099±0,02 p>0,1	0,102±0,02	0,99±0,05 p>0,1
Мочевина, ммоль/л	4,20±0,17	4,18±0,16 p>0,1	4,15±0,25	4,38±0,12 p>0,05

Примечание: p - достоверность различий показателей до и после лечения; p'¹ - достоверность различий показателей между группами.

Таблица 4. Основные показатели спермограммы у больных с экскреторно-токсическим бесплодием, принимавших Спеман

Исследуемые показатели	До лечения n=38	После лечения, n=38	Контроль n=30
Объем, мл	2,7±0,2 p>0,05 p' ¹ >0,05	3,4±0,3 p>0,1	3,2±0,3
pH	7,7±0,02 p<0,01 p' ¹ >0,01	7,6±0,02 p>0,05	7,6±0,03
Время разжижения, мин	29,08±3,21 p>0,1 p' ¹ >0,1	26,14±3,19 p>0,1	26,20±3,0
Количество сперматозоидов в 1 мл, 10 ⁶	39,1±4,3 p<0,001 p' ¹ <0,01	58,2±7,6 p>0,05	64,4±5,5
Количество сперматозоидов во всем эякуляте, 10 ⁶	101,5±11,5 p<0,001 p<0,05	183,9±34,3 p>0,1	193,2±15,4
Активноподвижные сперматозоиды, %	25,4±3,2 p<0,001 p' ¹ <0,05	47,7±3,9 p<0,05	65,2±4,9
Живые сперматозоиды, %	53,6±3,1 p<0,001 p' ¹ >0,05	60,95±2,8 p<0,05	71,1 ±4,4

Примечание: p - коэффициент достоверности отличий с контрольной группой; p'¹ - коэффициент достоверности отличий до и после лечения.

без дополнительной медикаментозной коррекции самостоятельно исчезли и прием препарата был продолжен.

Особенно актуальным является проблема доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), которая является распространенным заболеванием мужчин среднего и пожилого возраста, поражая не менее 65% лиц старше 55 лет. Нами проведено исследование эффективности и переносимости препарата Спеман. Препарат угнетает рост аденомы предстательной железы, купирует дизурические симптомы при ДГПЖ. В исследовании приняли участие 30 пациентов, соответствующих критериям включения/исключения. Исследование проведено в одной группе больных с диагнозом ДГПЖ I стадии.

После окончания курса лечения была выполнена оценка эффективности на основании субъективных ощущений пациентов, а также по данным анамнеза и лабораторно-инструментальным исследованиям. Результаты оценки представлены в табл. 5.

Таблица 5. Оценка эффективности препарата Спеман

Эффективность	Кол-во пациентов	%
Высокая	4	14,1
Умеренная	26	85,9
Низкая	0	0
Нет эффекта	0	0

Полученные результаты свидетельствуют о достаточно высокой терапевтической эффективности исследуемого препарата. Наиболее эффективно исследуемый препарат у пациентов с ДГПЖ I стадии устраняет дизурические явления, достоверно снижая показатели шкалы IPSS, чем значительно улучшает качество жизни пациентов, достоверно не изменяя количество остаточной мочи, объемной скорости мочеиспускания,

объема предстательной железы. Эффективность препарата Спеман составила 85,9%. Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат Спеман для профилактики и комплексного лечения ДГПЖ.

Для изучения влияния препарата Конфидо* нами обследованы в процессе лечения 36 пациентов с психогенной и интерорецептивно-психогенной копулятивной дисфункцией, в клинической картине которой преобладали жалобы на ускоренное семяизвержение. Препарат назначали по 2 таблетки 3 раза в день в течение 1 мес. В результате лечения полное восстановление продолжительности полового акта отмечено у 9 (25%) больных, частичное увеличение про-

должительности - у 16 (44,4%). Эффект отсутствовал у 11 (30,6%). Таким образом, улучшение состояния той или иной степени выраженности наступило у 69,4% пациентов с преждевременной эякуляцией. Это позволяет рекомендовать широкое применение препарата Конфидо* в комплексной терапии заболеваний мужской половой сферы, сопровождающихся ускоренным семяизвержением.

В последние годы в зарубежной литературе появились данные о положительном влиянии приема препарата Конфидо* при аденоме предстательной железы, так как Конфидо* содержит те же компоненты что и Спеман, также Конфидо* содержит алкалоиды раувольфии. Улучшение состояния при этом заболевании обосновано, во-первых, угнетением активности 5 α -редуктазы, и, во-вторых, облегчением акта мочеиспускания вследствие α -адренолитического действия алкалоидов раувольфии. Для получения выраженного терапевтического эффекта необходим длительный (до 6 мес) прием препарата.

Выводы

1. Препарат Спеман является эффективным сред-

ством лечения репродуктивных расстройств, обусловленных экскреторно-токсическим бесплодием, вследствие хронических воспалительных заболеваний мужских половых органов. Эффективность лечения препаратом Спеман составила по данным различных показателей от 86,7 до 89,8%.

2. Препарат Спеман в рекомендованных фирмой-изготовителем дозах не оказывает побочных влияний на системную гемодинамику, состояние периферической крови, функции печени и почек, а также на белковый обмен.

3. Препарат Спеман хорошо переносится пациентами (хорошая и очень хорошая переносимость - 97,7%) и практически не оказывает побочного действия.

4. Препарат Конфидо* в комплексной терапии заболеваний мужской половой сферы, сопровождающихся ускорением семяизвержения, показал эффективность, которая составляет 69,4%.

5. Полученные результаты позволяют рекомендовать препараты Спеман и Конфидо* для комплексного лечения сексуальных и репродуктивных расстройств у мужчин.

Литература

1. Сексология и андрология / Под ред. А.Ф. Возианова, И.И. Горпинченко. - К.: Абрис, 1997.-880 с.
2. Возианов О.Ф., Пасечников С.П., Павлова Л.П. Досягнення і проблеми урологічної допомоги населенню України // Урологія, 2001. - № 4. - С. 3-6.

*Препарат Конфидо зарегистрирован в Казахстане под названием Спеман форте

Разрыв ангиомиолипомы почки в родах

Илюхин В.Г.

ЦВГ КНБ РК, г. Алматы

Ангиомиолипома почки – доброкачественная мезенхимальная опухоль, состоящая из гладкомышечных волокон, кровеносных сосудов с утолщенными стенками и зрелой жировой ткани, представленных в разном количественном соотношении. Термин ангиомиолипомы был впервые введен Morgan в 1951 году, хотя сходные по гистологической картине опухоли были описаны ранее Fisher в 1911 году. Частота встречаемости данной опухоли составляет 0,3-3%, причем спорадические ангиомиолипомы чаще встречаются у женщин 40-60 лет (соотношение мужчин и женщин 1:10), как правило, бывают единичными, односторонними, редко обнаруживаются у больных раком почки и обычно не ведут к развитию почечной недостаточности. Опухоль может быть как бессимптомной, так и клинически выраженной, проявляться болями, кровотечением, сдавлением окружающих органов и тканей. У 10% больных с ангиомиолипомой больших размеров развиваются ее спонтанные разрывы по данным Матвеева В.Б. (2000, 2002).

Интересен случай разрыва ангиомиолипомы в родах.

Больная С., 23 лет, поступила в урологическое отделение ЦВГ КНБ РК 13.06.2006 на 5 сутки после родов с жалобами на сильные боли в левой поясничной области, умеренным лейкоцитозом, анемией, нормальными анализами мочи, пальпируемым образованием в левой половине живота.

На экскреторной урографии увеличенная левая почка не функционирует, на ретроградной уретеропиелограмме слева из верхней чашечки исходит обширный, но ограниченный затек.

На компьютерной томографии на месте левой почки имеется большое гетерогенное образование с четкими контурами.

Учитывая ранний послеродовой период, несократившуюся матку, отсутствие признаков продолжающегося кровотечения совместно с акушерами начата предоперационная подготовка

Бұл мақала бүйректің ангиомиолипомасының асқыну ағымына арналған. Босану кезіндегі сол жақ бүйректің ангиомиолипомасының жарылуы жағдайы және жүргізілген емдердің қорытындысы мен әдісі қарастырылған.

Статья посвящена осложненному течению ангиомиолипомы почки. Описан случай разрыва ангиомиолипомы левой почки в родах, проведенного лечения.

This article is dedicated to the complicated course of angiomyolipoma of the kidney. The case of angiomyolipoma of left kidney rupture in act of childbirth and the applied treatment is described.

(антибактериальная, дезинтоксикационная, сокращающая). 20.06.2006 под эндотрахеальным наркозом произведена операция – тораколумботомия в XI межреберье слева, нефрэктомия в пределах фасции Gerota, дренирование плевральной полости и забрюшинного пространства.

Препарат: почка с паранефрием 22*13 см, при вскрытии фасции и капсулы в верхнем полюсе – сгустки крови до 500 мл, на разрезе – в верхнем полюсе – светлое плотноватое образование 4*5 см, биопсия №2462-76 – ангиомиолипома. Послеоперационный период протекал без осложнений, 04.07.2006 после заживления раны больная была выписана.

Таким образом, целесообразно ультразвунологическое обследование беременных для исключения угрожающих жизни осложнений.

Литература

1. «Клиническая онкоурология» под редакцией профессора Б.П.Матвеева, Москва, 2003, с. 11-16.

Выбор метода дренирования чашечно-лоханочной системы почки после реконструктивно-пластических операций по поводу гидронефроза

Илюхин В.Г.

ЦВГ КНБ РК, г. Алматы

Хирургическое лечение гидронефроза имеет богатую и длительную историю. К 1869 г. относится первое документально достоверное упоминание G.Simon о нефрэктомии при гидронефрозе, уже 1886 г. Trendelenburg произвел первую, правда неудачную попытку рассечения лоханочно-мочеточникового сегмента чрезбрюшинным путем, больной погиб из-за ранения толстой кишки и последующего перитонита. В 1891 г. Kuster успешную пластическую операцию при высоком отхождении мочеточника, в 1892 г. Fenger, Vazy и Israel в 1896 г. В.Ф.Снегирев в 1902 г., П.А. Герцен в 1907 г., С.И. Спасокукоцкий в 1909 г. предложили и успешно выполнили свои способы пластики. За последние полтора столетия предложены сотни методов хирургической коррекции гидронефроза, при всем полиморфизме вариантов данного заболевания выработаны общие принципы органосохраняющего лечения, которые вкратце можно свести к устранению препятствия максимально простым способом и поддержанию эффективного оттока мочи и в отдаленные сроки после операции путем резекции избыточной, демпфирующей части лоханки. Наиболее фундаментальны и универсальны в этом отношении работы Andersen, Hynes (1949), Я.Кучеры

Бұл статья мушені сақтау гидронефроз арнылы кәкейтесті проблемасына арналған, оның ішінде тостағанша-астауының түріне және ауыруға шалдығу дәрежесіне, сонымен қатар өткізілген реконструктивті-пластикалық операциялар әдісі мен көлеміне байланысты, бүйрек жүйесініу тостағанша-астауы құрғату әдісінің дифференциалды таңдауын жасауға арналған.

Статья посвящена актуальной проблеме органосохраняющего лечения гидронефроза, а именно дифференцированному выбору метода дренирования чашечно-лоханочной системы почки в зависимости от вида и степени заболевания, следовательно, от способа и объема проведенной реконструктивно-пластической операции.

The article deals with the actual problem-sparing treatment of hydronephrosis, namely the differential selection method pyelocaliceal drainage system in the kidney depending on the type and extent of the disease, therefore, the method and amount of reconstructive and plastic surgery.

(1963).

Важным и до сих пор дискуссионным вопросом остается отведение мочи после пластики лоханочно-мочеточникового сегмента, поскольку неадекватное дренирование может испортить самую блестящую операцию. За длительный исторический период предложено много способов: от 2 нефростом (для интубации анастомоза и отведения мочи), кольцевой нефростомы, 2 пиелостом, 1 уретеропиелонефростомы, 1 пиелостомы, подвесной Т-образной уретеростомы до стентирования, катетеризации, оставления отверстия в лоханке без дренажей и глухого ушивания. У каждого метода есть достоинства и недостатки, за исключением, пожалуй, не выдерживающего никакой критики оставления отверстия в лоханке без дренажей, а также неоправданно рискованной нефростомии. Многие авторы (Anderson/ 1951, King, 1997 в некоторых случаях) вообще отказываются от дренирования из-за инфицирования и последующего стенозирования анастомоза, что, на мой взгляд, также не оправдано, поскольку угроза отека анастомоза в ранние сроки после операции с множеством осложнений существенно выше всех преимуществ.

Способ дренирования почки должен определяться объемом вмешательства, быть максимально простым и минимально инвазивным.

При небольшой операции (баллонной дилатации, лапароскопической, ретролапароскопической или открытой пластики без резекции лоханки) можно ограничиться стентированием на 4-6-8 недель.

Открытая литолапаксия в лечении коралловидных камней почек

Илюхин В.Г.

ЦВГ КНБ РК, г. Алматы

Крупные коралловидные камни почек являются серьезной проблемой даже для современной урологии с новыми высокотехнологичными малоинвазивными методиками разрушения и удаления конкрементов.

Дистанционная литотрипсия и различные виды контактной (перкутанная, трансуретральная с использованием различных видов энергии – механической и лазерной), а также их сочетание с другими эндоурологическими методами не всегда доступны, а иногда и невыполнимы технически. Поэтому открытое хирургическое лечение коралловидных камней актуально, а во многих случаях является единственно возможным.

Секционная нефролитотомия – обширное и опасное вмешательство, риск которого можно значительно уменьшить фрагментированием камня *in situ* и удалением конкрементов через несколько парциальных нефротомных и пиелотомных доступы.

В ЦВГ ПС КНБ РК произведены следующие операции.

Больной М., история болезни №1328, 06.03.2003 г. По поводу разветвленного коралловидного камня левой почки с внутривисцеральной лоханкой произведена люмботомия, парциальная нефротомия через истонченную паренхиму над верхней чашечкой, разрушение перешейка камня мощным зажимом, удаление верхнего фрагмента, затем удаление нижнего фрагмента через парциальный разрез истонченной паренхимы над нижней чашечкой. После контрольной рентгенографии раны почек ушиты кетгутом с оставлением нефростомы.

Больная А., история болезни №1578, 19.03.2004 г. по поводу крупного коралловидного камня правой почки произведена люмботомия, наложение турникета на мочеточник, задняя пиелолитотомия до перешейка верхней чашечки, мощным зажимом последовательно разрушена часть камня, выходящая в лоханочно-мочеточниковый сегмент и нижнюю чашечку, отломки удалены, после чего стало возможным удаление основного массива камня единым блоком. При ревизии резидуальных камней

При небольшом объеме резекции, следовательно, небольших размерах лоханки целесообразно установление интубирующей пиелоуретеростомы на 12-14 дней.

При средних размерах оставшейся лоханки оправдано сочетание пиелостомы и стента.

При обширной резекции лоханки, а тем более истонченной паренхимы возможны 2 пиелостомы: интубирующая анастомоз на 10-12 дней и дренирующая верхнюю чашечку на 12-16 дней.

Надежность выполненной пластики зависит в том числе от адекватного дренирования мочи в ближайшее после операции время, поэтому при любом вмешательстве, способном вызвать отек лоханочно-мочеточникового сегмента, представляется необходимым временное отведение мочи, способ и сроки которого зависят от объема вмешательства.

Литература

1. Кучера Я. «Хирургия гидронефроза и уретерогидронефроза» Прага, 1963
2. Голигорский С.Д., Кацыф А.М. «Хирургия лоханочно-мочеточникового сегмента» Кишинев, 1966
3. King L.R. «Диагностика персистирующей обструкции мочеточниково-лоханочного соустья после пиелопластики» в книге «Трудный диагноз в урологии» под ред. Д.Л.Мак-Каллаха, Москва, 1997
4. Hohenfellner R. в книге «Оперативная урология. Классика и новации.» под ред. Манагадзе Л.Г., М., 2003

Бұл мақала кораллов нефролитиазын хирургиялық емдеуге ұсынылған. In situ тастарды астаудың кішкене кескен тесігінен және бүйрек паренхимасынан бөліп алу.

Статья посвящена хирургическому лечению коралловидного нефролитиаза, а именно фрагментированию камня in situ через щадящие разрезы лоханки и паренхимы почки минимальных размеров с последующим удалением отломков.

This article is devoted to surgical treatment of staghorn nephrolithiasis, namely fragmenting stones in situ by sparing incisions pelvis and parenchyma of the kidneys minimum, followed by removal of stone fragments.

не обнаружено, операция завершена пиелостомией.

Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений. При этом травматизация почки минимальна, нет необходимости наложения турникета на сосуды, значительно снижается риск кровотечения, тромбозов, гнойно-септических осложнений.

Таким образом, эффективным и доступным способом лечения крупных коралловидных камней почек является открытая литолапаксия, то есть предварительная фрагментация конкремента через щадящие доступы минимальных размеров с последующим удалением отломков.

Литература

1. Пулатов А.Т. «Уролитиаз у детей» \ Ленинград, 1990
2. Аляев Ю.Г., Руденко В.И., Газимиев М.А. «Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и метода лечения.» Москва, 2006
3. Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М., Руденко В.И., Винаров А.З. «Осложнения дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ)» Москва, 2001

Профилактика тромбозов и тромбоэмболических осложнений в гинекологии

Шабуров В. И.

ГККП «Родильный дом», Костанай

Актуальность проблемы венозных тромбозов в гинекологии обусловлена увеличившейся в 2-3 раза распространенностью данных осложнений в послеоперационном периоде, при неадекватном назначении гормональной терапии, при септических состояниях, при наличии доброкачественных или злокачественных опухолей гениталий. Особенно велика частота венозных тромбозов после гинекологических операций, которая достигает 25% в отсутствие их профилактики (по данным радиоизотопного фибриногенового теста). Применяемые до настоящего времени профилактические мероприятия в гинекологической практике, к сожалению, не всегда гарантировали возможность избежать развития венозных тромбозов. По данным нашей клиники, венозные тромбозы в послеоперационном периоде на фоне традиционной профилактики с использованием вводимых подкожно малых доз гепарина возникают в 2,4-4,3% случаев. У женщин, перенесших тромбоз глубоких вен нижних конечностей, в дальнейшем нередко отмечаются рецидивы, почти в 100% случаев формируется посттромботическая болезнь и возникает хроническая венозная недостаточность вплоть до развития трофических язв, что существенно снижает трудоспособность и качество жизни. У пациенток, перенесших тромбоз легочной артерии, развивается тяжелая хроническая гипертензия малого круга кровообращения с прогрессирующей сердечно-легочной недостаточностью, что приводит к инвалидизации молодых женщин. Поэтому профилактика и лечение венозных тромбозов и тромбоэмболий имеет важное медико-социальное значение. У гинекологических больных венозные тромбозы чаще развиваются в возрасте старше 45 лет, при наличии опухоли больших размеров, при проведении неадекватной гормональной терапии. Однако, помимо перечисленных причин, еще более важное значение имеют генетические факторы: наличие мутаций в генах, кодирующих факторы свертывания крови и белки, участвующие в этом сложном многоступенчатом процессе. Кроме того, в активации процессов тромбообразования принимают активное участие циркулирующие аутоантитела к фосфолипидам. Установлено, что среди молодых женщин с развившимися венозными тромбозами у 6% выявлены антитела волчаночного типа, у 44% антитела к кардиолипину, а у 14% - оба вида данных антител. Ликвидация нарушений гемостаза, а также улучшение венозного кровотока являются основными направлениями в профилактике венозных тромбозов. Для эффективной профилактики венозных тромбозов группа риска должна быть выделена среди больных еще на догоспитальном этапе наблюдения. В группу риска следует включать пациенток, имеющих клинические факторы риска, а также изменения гемостазиограммы. Наиболее значимыми факторами риска являются следующие: варикозная болезнь нижних конечностей, гипокинезия, опухоль больших размеров, возраст старше 45 лет, ожирение, терапия половыми стероидами. У пациенток группы риска должно быть проведено исследование всех звеньев гемостаза: тромбоцитарного, плазменного, антикоагулянтного и фибринолитического. О предтромботическом состоянии свидетельствуют следующие изменения: 1. В сосудисто-тромбоцитарном звене: а) прогрессирующее снижение числа тромбоцитов - менее 250 Ч 10⁹/л; б) появление спонтанной агрегации тромбоцитов и повышенная способность к агрегации при воздействии индукторами агрегации: АДФ - более 75%, ристоцетином или коллагеном - более 80%. 2. В плазменном звене: наличие гиперкоагуляции; активированное время рекальцификации (ABP) - менее 70 с; активированное

Гинекологиядағы тромбоздық асқынулардың алдын-алу

Шабуров В. И.

МҚКК Перзентхана, Қостанай

Тромбоздық асқынулардың ұдайы түрдегі жиілеу беталысына қарамастан, мақсатқа лайықты түрдегі практика, егер ол барлық емдеу мекемелерінде және осындай пациенттерді алып жүрудің барлық кезеңдерінде жүргізіліп отыратын болса, осындай асқынулардың жиілігін едәуір дәрежеде төмендетіп, операциядан кейінгі өлім-жітімді азайтып, көк тамыр қызметінің созылмалы жеткіліксіздігі ауыр формаларының жиілігін азайтуы мүмкін. Көк тамыр тромбоздарының алдын-алудың заману құралдарының біріне кальций надропарині жатады – бұл зертханалық мониторинге жүргізуді қажет етпейтін өсері ұзақ төмен молекулалы гепарин және экономикалық қол жетімді препарат.

Профилактика тромбоздық осложнений в гинекологии

Шабуров В. И.

ГККП Родильный дом, Костанай

Несмотря на неуклонную тенденцию к учащению тромбоэмболических осложнений, целенаправленная профилактика, если она будет проводиться во всех лечебных учреждениях и на всех этапах ведения таких пациенток, может в значительной степени снизить частоту этих грозных осложнений, уменьшить послеоперационную летальность, снизить частоту тяжелых форм хронической венозной недостаточности. Одним из современных средств профилактики венозных тромбозов является надропарин кальция – низкомолекулярный гепарин продолжительного действия, не требующий лабораторного мониторинга и экономически доступный препарат.

Prevention of thromboembolic complications in gynecology

Shaburov V. I.

СККЕ Maternity hospital, Kostanay

Despite a steady tendency of increasing of the thromboembolic complications purposeful prevention can lower frequency of these threatening complications substantially, reduce a postoperative lethality, lower frequency of heavy forms of chronic venous insufficiency if it is carry out at all stages of treatment such patients in all medical institutions. One of modern means of preventive maintenance of venous thromboses is Fraxiparine – low-molecular weight heparin the long action, not demanding laboratory monitoring and economically accessible preparation.

частичное тромбопластинное время (АЧТВ) - менее 30 с; концентрация фибриногена - более 4 г/л или снижение менее 2 г/л; при тромбозластографии: снижение константы коагуляции (r+k) - менее 14 мм; повышение максимальной амплитуды (ma) - более 52 мм; повышение индекса тромбодинамического потенциала (ИТП) более 12 усл. ед. 3. В антикоагулянтном звене:- снижение концентрации и активности антитромбина III (АТIII) - менее 80%;- снижение индекса чувствительности крови к гепарину (ИЧГ) - менее 1,6.4. В фибринолитическом звене: снижение фибринолитической активности плазмы (ФАП) более 240 мин. О предтромботическом состоянии свидетельствует

также наличие ДВС-синдрома, который диагностируется на основании выявления комплексов тромбин-антитромбин III (ТАТ), фибрин-мономеров и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), продуктов деградации фибрина (ГДФ) (положительный этаноловый тест, положительный латекс-тест для определения D-димера), наличию фрагментации эритроцитов и других тестов.

Выявление генетической патологии гемостаза: пациенток с отягощенной по сосудистой патологии наследственностью, а также имевших ранее тромбозы различной локализации, необходимо обследовать для выявления по крайней мере трех наиболее часто встречающихся мутаций, способствующих возникновению тромбоза: 1) мутации в гене фактора V (лейденская мутация); 2) мутации в гене протромбина (PHT); 3) мутации в гене фермента метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR). Определение антител к фосфолипидам при наличии отягощенного соматического и акушерско-гинекологического анамнезов пациенток необходимо обследовать для выявления в крови антител к фосфолипидам, так как это состояние приводит к нарушению фосфолипидзависимых реакций свертывания крови, его активации и повышенному тромбообразованию. При системной красной волчанке с наличием вторичного антифосфолипидного синдрома тромбозы развиваются в 23-57% случаев [З.С. Баркаган, 1991], при первичном антифосфолипидном синдроме - в 38% случаев [M.I. Vokarawa, 1995]. Для оценки венозного кровотока в нижних конечностях и венах малого таза, а также для диагностики венозного тромбоза следует использовать комплексное ультразвуковое исследование (ангиосканирование и доплерографию). При ультразвуковом ангиосканировании необходимо производить осмотр поверхностных и глубоких вен обеих нижних конечностей, подвздошных и нижней полой вен, а также сафенофemorального соустья по общепринятой методике. Комплексное ультразвуковое исследование позволяет выявить также наличие тромбоза в венах нижних конечностей и венах таза. Всем гинекологическим больным с выраженной сосудистой патологией показано комплексное ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей, включающее ангиосканирование и доплерографию до оперативного вмешательства и на 7-8-й день после операции.

Методы профилактики тромбозов в гинекологии. Больным с низкой степенью риска следует проводить малозатратные профилактические мероприятия. Неспецифическую профилактику необходимо назначать с момента выявления предтромботического состояния не позднее 3-5 дней перед любой операцией и она должна включать низкокалорийную диету (с ограничением жиров, легкоусвояемых углеводов и поваренной соли), седативную терапию (нозепам, сибазон), эластическую компрессию нижних конечностей. В послеоперационном периоде неспецифическая профилактика должна быть дополнена ранней активизацией и лечебной физкультурой. С целью уменьшения гиподинамии может быть рекомендована дозированная физическая нагрузка, регулярно повторяющаяся в течение дня: лечебная физкультура, комплекс спортивных упражнений, активная прогулка перед сном. Пациенткам с варикозной или посттромботической болезнью следует рекомендовать постоянную эластическую компрессию нижних конечностей в виде ношения хорошо подобранных по размеру и степени компрессии градуированных компрессионных чулок, специальных колгот (оптимальное давление в области лодыжки 40 мм рт. ст., в нижней части голени - 36 мм рт. ст., в верхней части голени - 21 мм рт. ст.) или эластического бинтования нижних конечностей. Эластическое бинтование конечностей способствует сдавлению подкожных вен, уменьшению застойных явлений и увеличению (в 3-5 раз) скорости кровотока. Сокращение длительности постельного режима после хирургического вмешательства - один из действенных способов предотвращения венозного застоя. С этих позиций анестезиологическое обеспечение операции и характер самого вмешательства должны предусматривать возможность активизации пациентки уже спустя несколько часов после его завершения. Мероприятием неспецифической профи-

лактики является также лечение имеющихся очагов инфекции (кариес зубов, хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит и т.д.). В состав профилактической противотромботической терапии, назначаемой гинекологическим больным с умеренной степенью риска, следует включать элементы неспецифической и специфической профилактики. Специфическая профилактика должна состоять из назначения дезагрегантов, а при гиперкоагуляции и антикоагулянтов. Изолированное использование малых доз аспирина в качестве дезагреганта является эффективной мерой предотвращения артериального тромбоза. В отношении тромбоза глубоких вен профилактический эффект его также зарегистрирован, однако он существенно уступает таковому при использовании антикоагулянтов и даже эластической компрессии. В случаях экстренного оперативного вмешательства, а также при опасности значительного кровотечения больных с анемией профилактическая терапия антикоагулянтами может быть начата после завершения операции - через 6 ч (но не позднее чем через 12 ч). В этом случае следует применять более высокие дозы низкомолекулярного гепарина. Пациенткам с высокой степенью риска, имеющим сосудистую патологию (варикозная или посттромботическая болезнь нижних конечностей), кроме того, необходимо назначать 1-2 препарата, оказывающих флебодинамическое действие: эскузан (по 12-15 капель 3 раза в сутки); венорутон (по 0,3 г 2 раза в сутки); троксевазин (по 0,3 г 2-3 раза в сутки); гинкор форт (по 1 капсуле 2 раза в день); детралекс (по 1-2 таблетки в сутки). Последний препарат, по нашим данным, является наиболее эффективным. Пациенткам с высокой степенью риска, обусловленного выраженным дефицитом физиологических антикоагулянтов (антитромбин III, протеинов С и S, гепаринового кофактора II), а также плазминогена и других компонентов фибринолитической системы в качестве заместительной терапии следует назначать свежезамороженную плазму. Активность антитромбина III и плазминогена в свежезамороженной плазме возрастает в процессе замораживания и составляет 200% от исходной. Плазму следует переливать (после оттаивания при температуре 25°C) внутривенно струйно в дозе 200-300 мл: до операции 1-2 раза с интервалом 24-48 ч, во время операции - 1-2 дозы, в послеоперационном периоде - как до операции, по 200-300 мл 1-2 раза с интервалом 24-48 ч. Выбор метода обезбоживания при гинекологических операциях должен быть обсужден совместно гинекологом и анестезиологом с учетом потенциальной вероятности повышенной кровоточивости и возникновения гематом на фоне применения низкомолекулярных и полидисперсных гепаринов. Известно, что эндотрахеальный наркоз в значительной степени снижает кровоток в нижних конечностях и способствует как венозному стазу, так и гиперкоагуляции. В то же время при эпидуральной или спинномозговой анестезии (благодаря созданию симпатического блока) снижается сосудистое сопротивление и может уменьшаться вязкость крови вследствие обычно проводимой гемодилюции до выполнения анестезии. Вместе с тем при выполнении эпидуральной или спинномозговой анестезии на фоне введения антикоагулянтов ранение сосудов во время их пункции и катетеризации опасно в связи с возможностью возникновения гематом, сдавливающих спинной мозг. Эпидуральная или спинномозговая анестезия может быть применена пациенткам, у которых после последней инъекции низкомолекулярного гепарина прошло более 24 ч и которые имеют нормальные показатели числа тромбоцитов и активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ). Таким пациенткам при выполнении анестезии может быть использована также левая боковая позиция (положение на левом боку) при установлении блока. При этом пункцию следует производить по средней линии, так как при латеральном подходе повреждение эпидуральных вен более вероятно. При необходимости дальнейшее введение антикоагулянтов может быть осуществлено после установления спинального блока, но извлекать катетер следует только в отсутствие у пациентки выраженной гипокоагуляции. В случае ранения сосудов процедуру необходимо прекратить и перейти к другим методам анестезии.

При проведении эндотрахеального наркоза следует избегать грубого манипулирования со слизистой оболочкой ротовой полости, бережно вводить трубку в трахею, не устанавливать трубку в нос, не вводить тампон в горло и строго следить за интра- и постоперационными кровотечениями.

Применение низкомолекулярных гепаринов для профилактики послеоперационных тромбозов считают «золотым стандартом» XXI века. Комплексная профилактическая противотромботическая терапия с использованием подкожных инъекций надропарин кальция (Фраксипарина), традиционно используется во многих хирургических стационарах в течение уже более 20 лет. До операции больным проводят неспецифическую профилактику и назначают дезагреганты. В качестве дезагрегантов могут быть назначены 1-2 препарата: аспирин (0,125 г 1 раз в сутки), курантил (50 мг 3 раза в сутки), трентал (100 мг 3 раза в сутки), ксантинола никотинат (150 мг 3 раза в сутки). Первую подкожную инъекцию фраксипарина в дозе 0,3мл (2850МЕанти Ха) необходимо произвести за 2-4 ч до операции. Во время операции с целью создания гиперводемической гемодилюции всем больным показано введение кристаллоидных растворов из расчета 10-20 мл/кг массы тела: изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера-Локка, 5% раствор глюкозы и др. Применяются также низкомолекулярные декстраны, однако убедительные данные литературы, подтверждающие их эффективность для профилактики послеоперационных тромбозов, отсутствуют. Оптимальная величина гематокрита перед началом оперативного вмешательства составляет 27-29%. Во время операции необходимы применение максимально щадящей техники оперативного вмешательства, лечение дыхательной и циркуляторной недостаточности, использование средств для ускорения венозного кровотока. Через 6 ч после операции необходимо назначить вторую инъекцию фраксипарина в дозе 0,3мл (2850МЕанти Ха) с последующим введением той же дозы 1 раз в сутки в течение 7 дней. На 2-3-е сутки послеоперационного периода всем больным внутривенно капельно вводят реополиглукин, а с 4-х суток назначают дезагреганты (1-2 препарата). Дозу реополиглукина определяют из расчета 5-10 мл/кг массы тела (400-800 мл) и вводят в 1-2 приема с интервалом 24-48 ч. С 8-х суток фраксипарин можно полностью отменить, продолжая дезагрегантную терапию еще в течение 7-10 сут. В некоторых случаях введение фраксипарина может быть продолжено до 10 дней и более, если госпитализация удлиняется или сохраняется риск возникновения венозных тромбозов. Весь курс профилактики занимает 2-3 нед. Профилактическое введение надропарина кальция (НМГ) больным с умеренной степенью риска развития послеоперационных осложнений может быть отменено без перевода на антикоагулянты прямого действия. Больным с высоким риском курс дезагрегантной терапии, назначенный в стационаре, следует продолжать в течение 2 нед амбулаторно, т.е. общая продолжительность курса профилактики должна составлять 3-4. Исходя из собственного опыта применения низкомолекулярных гепаринов считаю, что использование данных препаратов особенно необходимо больным с выраженной сосудистой патологией, имевшим эпизоды тромбозов и/или тромбоземболий в анамнезе. Больным с высоким риском (или в особых случаях) дозировка

НМГ должна быть увеличена. Например, клексан вводят по 40 мг (4000 анти-Ха/МЕ - 0,4 мл) 1 раз в сутки, фрагмин - по 5000 анти-Ха/МЕ 2 раза в сутки под кожу живота. При этом контроль АЧТВ не требуется. Больным с высоким риском развития тромбоза низкомолекулярный гепарин может быть введен за 12 ч до операции. Наиболее эффективным для профилактики послеоперационных тромбозов является сочетание спинальной или эпидуральной анестезии с профилактическим назначением низкомолекулярного гепарина. Вместе с тем во избежание развития спинальной гематомы необходимо соблюдать следующие правила: 1) спинальная пункция возможна только через 12 ч после введения начальной профилактической дозы НМГ; 2) после операции, если возможно, спинальный катетер следует удалять перед введением повторной дозы антикоагулянтов; 3) если катетер остается на месте, его удаляют через 12 ч после введения последней дозы НМГ и за 2 ч до следующей; 4) при травматичной спинальной/эпидуральной пункции следует отложить применение антикоагулянтов во избежание развития спинальной гематомы; 5) на фоне применения НМГ и регионарной анестезии следует соблюдать осторожность при назначении нестероидных противовоспалительных средств (рекомендации Food and Drug Administration США).

Несмотря на неуклонную тенденцию к учащению тромбоэмболических осложнений, целенаправленная профилактика, если она будет проводиться во всех лечебных учреждениях и на всех этапах ведения таких пациенток, может в значительной степени снизить частоту этих грозных осложнений, уменьшить послеоперационную летальность, снизить частоту тяжелых форм хронической венозной недостаточности.

Литература

1. Российский консенсус "Профилактика послеоперационных венозных тромбоземболических осложнений". М., 2000.
2. Яковлев В.Б., Яковлева М.В. Тромбоземболия легочной артерии: патофизиология, диагностика, лечебная тактика. *Consilium medicum*. 2005; 7 (6): 493-9.
3. Arcelus JI. Recognizing the risk of VTE in surgical patients, *International Surgical thrombosis Meeting «Optimizing VTE Management in surgical patients» (abstract)-Greece, 2007.*
4. Levine MN, Lee AY, Kakkar AK. *Trombosis and cancer, American Society of Clinical Oncology, 41 Annual Meeting, 2005. May 13-17: 748-77.*
5. Arkel YS. *Trombosis and cancer. Serim Oncol* 200; 27: 362-74.
6. Bauer KA, Levine MN. *Evaluation and management of the cancer patient with thrombosis. Am Clin Oncol* 1999; 223-35
7. Gaine GJ, Harris AL, Christodoulos K et al. *Analysis of combination anti-angiogenesis therapy on markers of coagulation, platelet activation and angiogenesis in patients with advanced cancer. Cancer Lett* 2005; 219 (10): 163-7
8. Kakkar AK, Haas S, Walsh D et al. *Prevention of perioperative venous thromboembolism: outcome after cancer and non-cancer surgery (abstract). Tromb Haemost* 2001; 86: 1732.

FPRN/10/KZ/08.06.2011/697

Данная статья опубликована при поддержке Представительства компании «ГлаксосмитКляйн Экспорт ЛТД» в Казахстане. За дополнительной информацией обращайтесь: 050059 г. Алматы, ул. Фурманова, 273 Тел. +7(727)2582892, 2590996

Календарный метод предохранения от беременности

Махатова Г.М.

Роддом №4 г.Алматы

В наш современный век проблема планирования семьи очень актуальна. Ведь не секрет, что нежеланная беременность ставит женщину перед серьезным выбором: родить или прервать беременность. Вопросы контрацепции, несмотря на широкое их освещение в прессе, на телевидении, остаются для многих женщин большой загадкой. Есть даже определенное число пациенток, считающих, что гораздо проще сделать аборт, чем

прикладывать усилия для предохранения от нежеланной беременности. Но ведь контрацепция совсем не так сложна, как кажется многим. Одним из методов контрацепции является календарный метод.

Этот метод контрацепции основан на принципе определения «опасных» и «безопасных дней» для возникновения беременности. При этом в «опасные» дни сексуальные контакты ис-

ключаются или используются другие методы контрацепции. «Опасные» дни представляют собой период, во время которого происходит овуляция, и, следовательно, может наступить беременность. В идеале этот метод подходит только женщинам, имеющим четкий менструальный цикл на протяжении длительного периода времени. Однако, и в этом случае, под влиянием внешних факторов сроки овуляции могут сместиться, что повлечет возникновение нежеланной беременности. Одним словом, рекомендовать данный метод предохранения от нежелательной беременности можно только женщинам, которые ничего не имеют против рождения ребенка в принципе, и в случае беременности, будут ее вынашивать. Если ребенок пока не входит в Ваши планы, то этот метод не для Вас.

В менструальном цикле можно выделить три фазы:

Абсолютной стерильности

Относительной стерильности, когда есть риск зачатия

Фертильности (самая благоприятная фаза для зачатия)

Фаза относительной стерильности длится с последнего дня менструации до овуляции. Овуляция происходит примерно через две недели от начала цикла (чаще на 11-й, 12-й или 13-й день 28-дневного цикла). Следует помнить, что при 28-дневном цикле овуляция возможна между 8-м и 20-м днями.

Фаза фертильности начинается с момента овуляции и заканчивается через 48 часов после нее. Из практических соображений считают, что фертильная фаза продолжается 6 - 8 дней (+ на неточность подсчетов, на то, что сперматозоиды, попавшие в слизь шейки матки, способны к оплодотворению

в течение 5 дней).

Фаза абсолютной стерильности начинается через 48 часов после овуляции и продолжается до конца менструации.

Высчитайте свой фертильный период.

Проследите за длительностью как минимум 6 менструальных циклов, в течение которых Вам надо либо воздерживаться от половых сношений, либо пользоваться другим контрацептивным методом.

Затем рассчитайте свою фертильную фазу по приведенной ниже формуле.

От количества дней в самом длинном из Ваших циклов отнимите 11. Этим Вы определите последний фертильный день Вашего цикла.

От количества дней в самом коротком из Ваших циклов отнимите 18. Этим Вы определите первый фертильный день Вашего цикла.

Например: Самый длинный цикл: 30 дней - 11 = 19. Самый короткий цикл: 26 дней - 18 = 8

Согласно расчетам, фертильным является период с 8-го по 19-й день цикла (для предохранения от беременности требуется 12 дней воздержания). Избегайте полового акта во время фертильных дней.

Использованная литература

1. *Современные методы контрацепции/под ред. д.м.н., проф. В.Н. Прилепской - 1998 г.*
2. *Акушерство и гинекология ГЭОТАР Медицина 1997 г.*

Операция кесарево сечение в современном акушерстве

Эзау Д.А.

ГККП «Городской родильный дом №4», г. Алматы

На современном этапе проблема сохранения репродуктивной функции населения при неблагоприятной демографической ситуации имеет большое социальное и медицинское значение. В последнее время больше внимания уделяется медико-социальным факторам формирования репродуктивного здоровья, которые определяются: наследственностью, условиями жизни и труда, состоянием окружающей среды, особенностями социального и репродуктивного поведения, качеством и доступностью медицинской помощи. На протяжении последних десяти лет отмечается четкая тенденция роста числа заболеваний репродуктивной системы и соматической патологии у женского населения, что во многом определяет увеличение числа осложнений во время беременности и родов.

Отличительной особенностью современного акушерства и гинекологии является расширение показаний и соответственно увеличение частоты кесарева сечения. За последние 20 лет частота кесарева сечения во всем мире увеличилась в 5 раз. Особенностью современного акушерства является то, что показания к операции кесарева сечения расширились. Одним словом, если раньше к кесареву сечению прибегали только в крайних случаях, при возникновении угрозы для жизни матери или ребенка, то сейчас к этому методу родоразрешения прибегают даже во избежание травматизма плода и роженицы. Кроме того, увеличение частоты кесарева сечения в наши дни связано еще и с тем, что увеличилось количество женщин, рожаящих после 30 лет, рожаящих единственного ребенка, или рожаящих после сложной процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и др. подобных социальных причин.

В Казахстане, частота кесарева сечения в последние годы составляет до 14-16%. В настоящее время в России частота этой операции составляет от 15,9% до 18,7%. Это обусловлено увеличением показаний к абдоминальному родоразрешению, как со стороны матери, так и со стороны плода и чаще повышение частоты оперативного родоразрешения связывают со снижением перинатальной смертности.

Проведен анализ количества оперативных родоразрешений за 2008-2010годы по данным ГККП «Городской родильный дом №4», выявлено что абдоминальное родоразрешение позволило снизить показатели перинатальной смертности, улучшив исход беременности и родов для плода при тазовом предлежании, узком тазе, выпадении петель пуповины и других показаниях со стороны плода для оперативного родоразрешения.

Частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений составляет от 15 до 28%, а по некоторым данным, до 35%. Изменился характер течения послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений с преобладанием «стертых» и тяжелых форм. Различные аспекты профилактики (в основном антибиотиками) послеоперационных осложнений у женщин после операции кесарева сечения разрабатываются довольно активно. Так, по данным литературы, наиболее эффективными схемами антибиотикопрофилактики являются однократное внутривенное введение цефалоспоринов, они позволяют до минимума снизить частоту послеоперационных осложнений (1,4%-1,6%). При этом наиболее рациональным с позиции стоимости/эффективности является применение цефалоспоринов I генерации – цефазолина.

По данным ГККП «Городской родильный дом №4» за отчетный период 2008-2010гг. количество операций кесарево сечение составило за 2008 г – 710 (15,7%), в 2009г – общее число операции кесарево сечение составило – 796 (22,6%), в 2010г – 789 (20,1%). Показатели перинатальной смертности уменьшились с 11,5‰ в 2008г до 10,95‰ (абс. число - 43) в 2009г, и 9,05‰ (абс. число – 40) в 2010г.

Таким образом, абдоминальное родоразрешение позволило снизить показатели перинатальной смертности, улучшив исход беременности и родов для плода при тазовом предлежании, узком тазе, выпадении петель пуповины и других показаниях со стороны плода.

Литература

1. Абрамченко, В.В. Пути снижения абдоминального родоразрешения / В.В. Абрамченко // Журнал акушерства и женских болезней, Т. XLIX, вып.2, 2000.-С. 69-74
2. Кадырова, Ф.К. Аутоплазмотрансфузия при комплексном подходе к профилактике послеоперационных осложнений / Ф.К. Кадырова, Е.Н. Нарзуллаева, Н.С. Талбова // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». М. : МЕДИ Экспо, 2005. - С. 86-87
3. Кулаков, В.И. Кесарево сечение / В.И. Кулаков, Е.А. Чернуха, Л.М.

Комиссарова.-М.:Триада-Х,2004.320с.

4. Анохова, Л.И. Профилактика эндометрита после кесарева сечения методом эндоваскулярного лазерного облучения / Л.И. Анохова, Э.Д. Загородная, О.Ю. Дашкевич // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». М. : МЕДИ Экспо,2005.-С.17-18.
5. Ляхерова О.В. Антибиотикопрофилактика инфекционных осложнений после операции кесарево сечение//Автореф. дисс. канд. мед. наук, Москва, 2003, 24с.

Современные представления о патогенезе и принципах терапии невынашивания беременности эндокринного генеза

Куренова Г.Б., Нугманова Ж.М., Эзау Д.А.

ГККП «Городской родильный дом №4», г. Алматы

Проблема невынашивания беременности остается актуальной до настоящего времени, несмотря на большое количество исследований. Приблизительно 10-15% первых беременностей (клинически установленных) заканчиваются спонтанным абортom. По данным литературы в 96,8 % случаев самопроизвольный аборт происходит до 8 недели беременности. Количество потерь беременностей уменьшается последовательно с увеличением гестационного срока: от 25% на сроке 5-6 недель до 2% после 14 недель беременности. У 75% пациенток с самопроизвольным абортom в первом триместре гибель эмбриона/плода происходит до появления симптомов угрозы прерывания беременности.

Известно, что 2-5 % репродуктивных пар имеют повторяющиеся потери беременности, обычно три или большее количество выкидышей до 20 недель. Вероятность невынашивания повышается с ростом числа предыдущих выкидышей от 24% после одного до 40% после четырех самопроизвольных абортов в анамнезе. Принято считать, что этиологические факторы повторяющейся потери беременности в сроках до 20 недель (recurrent pregnancy loss, recurrent miscarriage) включают: хромосомные дефекты, эндокринные, иммунные нарушения и аномалии матки. Однако самопроизвольный аборт является часто следствием не одной, а нескольких причин, действующих одновременно или последовательно.

По мнению Сидельниковой В.М. (2002), в основе привычного невынашивания беременности в отличие от случайных выкидышей всегда лежит нарушение функции репродуктивной системы матери.

Эндокринные факторы занимают второе место после генетических аномалий среди причин раннего невынашивания при спорадических (случайных) выкидышах. В структуре причин привычного невынашивания беременности эндокринные факторы занимают ведущее место и составляют по данным разных авторов от 17 до 30%.

Среди эндокринных факторов, приводящих к привычному самопроизвольному абортom, следует отметить недостаточность желтого тела, гиперсекрецию ЛГ, сахарный диабет и заболевания щитовидной железы. Эндокринные нарушения приводят к ухудшению качества яйцеклетки и эмбриона, снижению функции желтого тела, нарушению созревания эндометрия, неполноценной имплантации и недостаточной инвазии трофобласта. Все эти факторы являются основой для возникновения первичной плацентарной недостаточности.

Эндокринные факторы в 75% случаев являются причиной осложненного течения беременности до срока 20 недель.

Многие авторы отмечают, что дальнейшее течение гестационного процесса и родов у женщин, перенесших угрожающее прерывание беременности в ранние сроки, имеет отклонения от нормы, что чаще проявляется плацентарной недостаточностью.

По данным литературы, лечение угрожающего выкидыша эффективно при назначении терапии до 7-8 недель беременности, что позволяет предотвратить ее прерывание при

критическом снижении уровня прогестерона во время лютео-плацентарного сдвига и осуществить профилактику поздних осложнений беременности.

По данным Семеновой Ю.И. (2006) определение гормональных параметров (количественных показателей: уровень сывороточного прогестерона, эстрадиола, тестостерона и хорионического гонадотропина и качественных показателей: соотношения прогестерон/эстрадиол, тестостерон/эстрадиол) в динамике с 5 по 12 неделю беременности позволяет не только выявить этиопатогенетические механизмы и степень выраженности нарушений, приводящих к угрозе прерывания беременности, но и прогнозировать развитие осложнений, связанных с нарушением процесса плацентации.

Таким образом, оценка количественных и качественных показателей стероидных гормонов и хорионического гонадотропина в динамическом режиме с 5 по 12-ю неделю гестации, ультразвуковой мониторинг развития эмбриона и плода, исследование системы гемостаза, включая генетические формы тромбофилии, и индивидуально подобранная терапия, включающая препараты прогестерона, глюкокортикоиды, антиагреганты и антикоагулянты, проводимая с ранних сроков гестации у женщин с эндокринными нарушениями и высоким риском потери плода, позволяет преодолеть критический срок гестации (8-10 недель) и добиться успешного завершения беременности.

Литература

1. Кирющенков А.П., Жукова Э.П. Утрожестан в акушерско-гинекологической практике// Акушерство и гинекология. 2001. - №1. -С.38.
2. Raziell A., Friedler S., Schachter M., Strassburger D., Mordechaif E., Ron-El R. Increased early pregnancy loss in IVF patients with severe ovarian hyperstimulation syndrome// Hum. Reprod. 2002. - Vol.17,NI. - PP. 107-110.
3. Ходарева Т.В.; Прогностическая ценность данных ультразвукового исследования при кровотечениях во время беременности// Акушерство и гинекология. 1990. - №71 - С.28-32
4. Серова О.Ф., Милованов А.П. Основные патоморфологические причины неразвивающейся беременности и обоснование преграви-дарной терапии женщин. Акушерство и гинекология. 2001. — №1. - с. 19-23.
5. Гнипова В.В. Оптимизация патогенетической терапии у женщин с привычным невынашиванием первого триместра: Дис. . канд. мед. наук.-М., 2003.- 113 с.
6. Репина М.А., Лебедева Н.Е., Жданюк Л.П., Иванова О.П. Агонист прогестерона дидрогестерон (дюфастон) как препарат для лечения угрожающего аборта// Журнал акушерства и женских болезней:2000. Том XLIX, вып. 1. с.36-38.
7. El-Roeiy A. et al; The relationship between autoantibodies and IUGR in hypertensive disorders in pregnancy// Am. J. Obstet.Gynecol. 1991. -Vol.56-PP.718-724.
8. Семенова Ю.И. Основные принципы профилактики синдрома потери плода у больных с эндокринными формами невынашивания беременности// Автореф. дисс. канд. мед. наук, Москва, 14.00.01, 2006, 25с.

Сифилис при беременности

Куренова Г.Б., Нугманова Ж.М., Эзау Д.А.

ГККП «Городской родильный дом №4», г. Алматы

Сифилис в настоящее время представляет одну из наиболее актуальных проблем современной медицины в виду чрезвычайно высокой заболеваемостью им в России, странах Восточной Европы и США. По данным ВОЗ, в течение года в мире регистрируется около 330 млн. новых случаев наиболее распространенных инфекций передающихся половым путем, из которых примерно 12 млн. случаев приходится на долю сифилиса. В России беспрецедентный непрерывный рост заболеваемости сифилисом отмечался в период с 1990 по 1997 года, что превысило предшествующий «спокойный» уровень 1989 года более чем в 60 раз. Несмотря на наметившуюся в последние годы тенденцию к снижению заболеваемости сифилисом, к 2005 году прогнозируется ее дальнейший рост. Во всем мире значимость проблемы сифилиса не была оценена в полной мере до появления данных о высокой степени распространенности его среди беременных женщин. Установленная частота сифилиса в популяции беременных женщин колеблется от 0,2% в развитых до 13% в развивающихся странах.

Сочетание беременности с сифилитической инфекцией является крайне отягощающим моментом в виду высокой перинатальной заболеваемости и смертности. Несмотря на достигнутые в последние десятилетия успехи в лечении сифилиса, мнения акушеров-гинекологов и венерологов до сих пор расходятся при обсуждении темы, касающейся излеченности сифилиса при беременности. И если дерматовенерологами поднимается вопрос об исключении сифилиса как медицинского показания для прерывания беременности, то акушеры-гинекологи считают, что последний не проходит бесследно, оставляя при отсутствии явных клинических признаков анатомо-функциональные изменения, реализующиеся в виде разнообразных нарушений в течение беременности и родов. Также очевидно, что считающаяся достаточной в настоящее время терапия сифилиса не способна предотвратить неспецифических нарушений структуры и функции системы мать-плацента-плод, внутриутробного развития плода и ранней постнатальной адаптации новорожденного не только при данной беременности, но и при последующих беременностях.

За отчетный период с 2008 по 2010гг в ГККП «Городской родильный дом №4» количество беременных и родильниц с сифилисом составило 60 случаев в 2008г., 60 случаев в 2009г., при этом врожденный сифилис наблюдался в 5 случаях, 47 случаев в 2010г., что диктует необходимость крайней настороженности в отношении обследования беременных и родильниц.

По данным Костровой Е.Б.(2005) беременных с указанием на сифилис в анамнезе следует отнести в группу высокого риска

За отчетный период с 2008 по 2010гг в ГККП «Городской родильный дом №4» количество беременных и родильниц с сифилисом составило 60 случаев в 2008г., 60 случаев в 2009г., при этом врожденный сифилис наблюдался в 5 случаях, 47 случаев в 2010г., что диктует необходимость крайней настороженности в отношении обследования беременных и родильниц.

по развитию фетоплацентарной недостаточности и перинатальных осложнений. Профилактику фетоплацентарной недостаточности рекомендуется проводить: женщинам, перенесшим сифилис до беременности, трижды в течение беременности (до 12 недель, в 20-23 недели и 30-32 недели), женщинам, перенесшим сифилис во время беременности, с момента постановки диагноза - сифилис. Новорожденные матерей с сифилитической инфекцией нуждаются в динамическом контроле неонатолога для своевременной диагностики и коррекции возможных нарушений постнатальной адаптации.

Таким образом, анализ данных литературы показал, что высокий уровень заболеваемости сифилисом беременных обусловлен с одной стороны низким социальным статусом данной категории женщин, с другой - недостаточностью комплекса мер антенатальной профилактики врожденного сифилиса, в том числе первичной профилактики сифилиса у беременных.

Литература

1. Дмитриев Г.А., Фриго Н.В. Сифилис. Дифференциальный клиничко-лабораторный диагноз. М., Медицинская книга. - 2004. - С. 3-4.
2. Борисенко К.К., Баратова В.А., Арутюнова Н.О., Ким Э.Г. Особенности современного течения и исход беременности при сифилисе // Вестник дерматологии и венерологии. 1998. - № 2. - С. 62-66.
3. Луганский Н.Е. О некоторых социально-эпидемиологических и клиничко-диагностических особенностях сифилиса в последние годы // Вестник дерматологии и венерологии. 1999. - № 4. - С. 28-32.
4. Alexander J.M., Sheffield J.S., Sanchez P.J. et al. Efficacy of treatment for syphilis in pregnancy // Obstet. Gynecol., 1999. Vol. 93. - № 1. - P. 5-8.
5. Сидельникова В.М., Милованов А.П., Кириченко П.А. Состояние фетоплацентарной системы при использовании курантила в комплексном лечении беременных с плацентарной недостаточностью. М.: Медицина, 2000. - С. 244.
6. Кострова Е.Б. Состояние фетоплацентарной системы у женщин, перенесших сифилис // Автореф. дисс. канд. мед. наук, 14.00.01, Смоленск, 2006, 24с.

Преждевременные роды - современный взгляд на проблему

Куренова Г.Б.

ГККП «Городской родильный дом №4», г. Алматы

Одной из важнейших проблем современного акушерства и гинекологии является проблема невынашивания беременности. Частота этого осложнения остается стабильной в течение многих лет и составляет 15-20% всех желанных беременностей. Преждевременное прерывание беременности во многом определяет показатели перинатальной заболеваемости и смертности. В процессе исследований данной проблемы было выявлено большое число факторов связанных с развитием преждевременных родов, и многие из этих факторов можно оценить до наступления беременности или в ранние ее сроки. Выяснение причин недонашивания беременности является чрезвычайно важным с практической точки зрения. Анализ дан-

За отчетный период с 2008 по 2010 годы проанализировано, что количество преждевременных родов по данным ГККП «Городской родильный дом №4» уменьшилось с 5,46% в 2008г до 5,30% в 2009г., составив - 4,45% в 2010г. Отмечается снижение перинатальных потерь среди недоношенных-2008г.-174,6% , 2009 г.- 161,6% , 2010 г.- 144,9% Врачебная тактика при ведении преждевременных родов в основном определялась: гестационным сроком и состоянием родовых путей женщины.

ных литературы позволяет сделать вывод о том, что персистирующая вирусная и бактериальная инфекция является одним

из основных факторов недонашивания беременности. Однако недостаточно изученной остается проблема комплексного подхода в изучении факторов риска, приводящих к преждевременным родам, в системе «мать-плацента-плод-новорожденный». Плацента как полноправный компонент этой системы, является промежуточным звеном и обладает как прямыми (материнский организм-плацента-плод), так и обратными связями в сторону матери от плода к плаценте. Многими авторами проводилось гистологическое и морфологическое исследование плаценты при недонашивании, в различные сроки беременности.

Врачебная тактика при ведении преждевременных родов в основном определялась гестационным сроком и состоянием родовых путей.

Открытие маточного зева (см)	Срок беременности (нед.)	
	менее 34	34-37
менее 3 см	профилактика РДС токолиз* ампициллин по 2 г в/в каждые 6 часов до рождения ребенка перевод на 3 уровень до 32 недель включительно; перевод на 2 уровень свыше 32 недель	токолиз** на время транспортировки ампициллин по 2 г в/в каждые 6 часов до рождения ребенка перевод на 2 уровень
более 3 см	ампициллин по 2 г в/в каждые 6 часов до рождения ребенка вызов неонатолога роды	ампициллин по 2 г в/в каждые 6 часов до рождения ребенка вызов неонатолога роды

*при эффективном токолизе до 34 недель беременности: - при излитии околоплодных вод перейти на эритромицин по 500 мг каждые 8 часов в течение 7-10 дней при целом плодном пузыре отменить ампициллин
 **при эффективном токолизе в 34-37 недель беременности: - при излитии околоплодных вод, - при целом плодном пузыре отменить ампициллин

За отчетный период с 2008 по 2010 годы проанализировано, что количество преждевременных родов по данным ГККП «Городской родильный дом №4» уменьшилось с 5,46% (абс. число – 246) в 2008г до 5,30% (абс. число – 221) в 2009г, составив - 4,45% (абс. число – 190) в 2010г. Отмечается снижение перинатальных потерь среди недоношенных- 2008г.-174,6‰, 2009 г.- 161,6‰, 2010 г.- 144,9‰ соответственно.

Таким образом, исследование и повторное определение факторов риска наступления преждевременных родов, а также влияния этих факторов на новорожденных детей, является необходимым условием разработки более эффективных программ прогнозирования и профилактики возможных нарушений, как со стороны женщины, так и со стороны ребенка.

Литература

1. Тютюнник В.Л. Хроническая плацентарная недостаточность и инфекция // *Материалы II Российского форума «Мать и дитя»: Сб. научн. тр. -Москва, 2000. -С.153-154.*
2. Сидельникова В.М., Бурлев В.А., Бубнова Н.И., Балика Ю.Д. Невынашивание беременности плода // *Акушерство и гинекология. -1994. №4. - С. 14-20.*
3. Асхабова Л.М. Медико-социальные аспекты невынашивания беременности: Дисс. докт. мед. наук. Махачкала, 1994. - 318с.
4. Дурова А.А., Симакова М.Г., Смирнова В.С. Этиология и патогенез внутриутробной инфекции // *Акушерство и гинекология. 1995. - №6. -С.9-13.*
5. Владимирова Н.Ю., Козут Е.П., Воронцова Г.А., Янн О.Б. Роль генитальной вирусной инфекции в привычном невынашивании // *Акушерство и гинекология. 1997. - №6. - С.23-25.*
6. Анохова Л.И., Загородная Э.Д. Значение исследования последа в послеродовом периоде // *Материалы II Российского форума «Мать и дитя»: Сб. научн. тр. Москва, 2000. - С. 14.*
7. Основные клинические протоколы и приказы МЗ РК по акушерству и неонатологии. Алматы, 2010г.

Стресс и беременность

Куренова Г.Б., Нугманова Ж.М., Имангалиева Н.М., Эзау Д.А.
 ГККП «Городской родильный дом №4», г. Алматы

Охрана здоровья матери и ребенка, психическая и физическая полноценность будущих поколений была и остается одной из приоритетных задач нашего Государства. Социально-экономические проблемы последних десятилетий оказали отрицательное влияние на здоровье матерей и детей.

Жизнь и деятельность человека в условиях современного общества неразрывно связана с периодическим, иногда довольно длительным и интенсивным воздействием неблагоприятных факторов, которое сопровождается сильными негативными переживаниями, перенапряжением физических и психических функций. Наиболее характерным психическим состоянием, развивающимся под влиянием экстремальных факторов жизнедеятельности, является психоэмоциональный стресс. Как самостоятельная научная проблема он стал предметом специальных исследований всего 3-4 десятилетия назад. При чрезмерной интенсивности, длительности, частой повторяемости влияния стрессовых факторов происходит истощение адаптационных резервов организма, что приводит к развитию психосоматических заболеваний.

В последние десятилетия, благодаря работам отечественных и зарубежных патофизиологов и клиницистов широко изучается проблема влияния психоэмоционального стресса на организм человека, патогенетические механизмы стресса,

Проведен обзор литературы, выявлено, что при психоэмоциональном стрессе в период гестации следует проводить профилактику и коррекцию перинатальных осложнений. Патогенетически обосновано применение дифференцированной психотерапии, седативной терапии, антиоксидантной терапии, метаболических препаратов, перманентной токолитической терапии, курсов физиотерапии, а также родоразрешение с привлечением партнера.

спектр его физиологических и патологических влияний, что нашло широкое отражение в клинической медицине. Имеется значительное число работ, посвященных стрессовым поражениям сердечно-сосудистой системы, участию психоэмоционального стресса в развитии атеросклероза, язвенных поражений, дискинезий желудочно-кишечного тракта, метастазировании злокачественных опухолей и т.д. При этом изучаются все звенья патогенеза стрессовой реакции, вплоть до ультраструктурного уровня.

Беременные женщины являются наиболее уязвимой частью социума, испытывающей психоэмоциональный стресс. В последние годы широко изучаются вопросы адаптации женщин при нормальном и патологическом течении гестационного процесса.

По данным Мальгиной Г.Б. (2003г) при психоэмоциональном стрессе в период гестации следует проводить профилактику и коррекцию перинатальных осложнений. Патогенетически обосновано применение дифференцированной психотерапии, седативной терапии, антиоксидантной терапии, метаболических препаратов, перманентной токолитической терапии, курсов физиотерапии, а также родоразрешение с привлечением партнера. Данная технология позволяет профилактировать перинатальную патологию: в 2 раза снизить частоту тяжелых форм ХФПН, оперативного родоразрешения, преждевременной отслойки плаценты, в 2,5 раза - частоту СЗРП, в 3 раза - длительностью безводного периода, в 4,5 раза - невынашивания беременности; а также улучшить перинатальные исходы: увеличить частоту рождения условно здоровых детей в 7 раз (26,8% против 3,8%) за счет снижения заболеваемости гипербилирубинемией, внутриутробными инфекциями, гипотрофией, гипоксией.

Таким образом, для комплексного решения проблемы влияния психоэмоционального стресса на течение гестационного процесса и состояние плода необходимо детальное и поэтапное исследование многоуровневой морфофункциональной системы «Мать-плацента-плод» в динамике беременности у женщин с психоэмоциональным стрессом, с целью нормализации психологического фона, профилактики стрессовых влияний на плаценту, плод и новорожденного.

Внутриматочная спираль как один из методов контрацепции

Махатова Г.М.

Роддом №4 г. Алматы

Внутриматочная спираль является одним из самых надежных методов защиты от нежелательной беременности. Суть данного метода заключается в том, что введенное в полость матки инородное тело (спираль) не позволяет полости матки смыкаться. Кроме того, медь, которой оплетена «ножка» спирали, вызывает небольшую местную воспалительную реакцию, в результате чего сперма теряет способность к оплодотворению. В этом и заключается контрацептивный эффект спирали.

Вводится спираль в полость матки на 2-3 день менструации на срок до 5 лет. Спирали бывают двух видов – для рожавших и для нерожавших женщин.

В этом методе контрацепции есть свои минусы. Основной – постоянная приоткрытость полости матки позволяет микробам легко проникать внутрь восходящим путем.

Также следует обратить внимание на то, что наличие инородного тела в матке провоцирует обильную, продолжительную и иногда весьма болезненную менструацию на протяжении длительного времени.

При наличии спирали жидкость из матки может перетекать в брюшную полость, а не наоборот (как должно быть). Это может явиться причиной как эндометриоза, когда клетки слизистой оболочки матки распространяются в брюшную полость, так и внематочной беременности.

Процент внематочных беременностей у женщин, установивших спираль, почти в 4 раза выше, чем у остальных женщин!

Эрозия шейки матки

Махатова Г.М., Соболева О.В.

Роддом №4 г. Алматы

Эрозия шейки матки - нарушение целостности или изменение эпителиального покрова влагалищной части шейки матки. При осмотре с помощью зеркал определяют участки ярко-красного цвета вокруг наружного зева шейки матки. Неизменная шейка матки у здоровой женщины репродуктивного возраста покрыта двумя видами слизистой. Наружная поверхность - гладкая, блестящая, бледно-розовая, выстлана многослойным плоским

Литература

- 1 Беженарь В.Ф. Влияние комплекса факторов радиационной катастрофы на состояние репродуктивного здоровья женщин / В.Ф.Беженарь // Журн. акуш. и женских болезней. 1998. - № 1. - С. 10-16.
- 2 Александровский Ю.А. Психогении в экстремальных условиях / Ю.А.Александровский, О.С.Лобастов, Л.И.Сливак. М. Медицина, 1991. - 96 с.
- 3 Бах А.И. Каталаза- методы исследования в профпатологии / А.И.Бах // Под ред. А.Г.Архиповой. М., 1986. - С.156-157.
- 4 Бурлев В.А. Свободнорадикальное окисление в системе мать-плацента-плод при акушерской патологии: Автореф. дис. докт. мед наук / В.А.Бурлев. М., 1992. - 50с.
- 5 А.Ш.Бышевский, В.Н.Кожевников. Свердловск: Сред.-Урал. кн. изд-во, 1986. 176 с.
- 6 В.Д.Менделевич // Матер. Всеросс. конф. Иваново, 2001. - С. 105 - 108.
- 7 Аршавский И.А. Проблемы адаптации и стресс в свете данных физиологии онтогенеза / И.А.Аршавский//Физиологические и клинические проблемы адаптации к гипертермии, гипоксии и гиподинамии. - М.Д975.-С.37-39.
- 8 Мальгина Г.Б. Патогенез, профилактика и коррекция перинатальных осложнений при психоэмоциональном стрессе в период беременности// Автореф. дисс. докт.мед.наук, 14.00.01, Санкт-Петербург, 2003, с 34

Данный метод контрацепции имеет свои противопоказания.

Спираль нельзя устанавливать при эрозии шейки матки, хронических инфекциях матки и придатков, а также злокачественных опухолях тела или шейки матки. А у женщин, имеющих рубцовую деформацию шейки матки после родов, спираль просто не держится, поскольку сокращения матки выталкивают ее. Женщина может и не почувствовать выпадения спирали, и зачатие произойдет.

При отсутствии противопоказаний спираль подходит парам, живущим регулярной половой жизнью. При этом партнеры должны быть уверены в отсутствии друг у друга половых инфекций. Спираль не может защитить от заболеваний, передающихся половым путем.

Степень надежности спирали – 75-80%.

Для того, чтобы установить спираль, необходимо проконсультироваться с врачом-гинекологом, и только гинеколог может установить ее.

Список литературы

- 1 Мануилова И.А. Современные контрацептивные средства М, 1993 г.
- 2 Назаренко Т.А., Сотникова Е.М. акуш и гинек. 1996 г. №5 с40-50.
- 3 Хетчер Р.А., Ковал Д., Гест Ф. и соавт. Руководство по контрацепции. Brindging the camp commun, Georgia USA, 1994.

эпителием, то есть поверхностным слоем клеток, что выстилает стенки влагалища.

Он прочен, содержит вещества, необходимые для жизнедеятельности кислотолюбивых бактерий, обитающих во влагалище здоровой женщины. Внутренняя часть - шеечный канал ведет в полость матки. Он выстлан другим видом эпителия - железистым или секреторным, ярко-розовым, бархатистым. Этот

эпителий вырабатывает слизь, заполняющую шейечный канал, необходимую для передвижения сперматозоидов в полость матки. Таким образом, шейка матки выполняет две важные функции: является барьером на пути инфекции в верхние отделы гениталий (матку, придатки) и участвует в процессе оплодотворения. Среди заболеваний шейки матки истинная эрозия встречается нечасто.

Буквально слово «эрозия» - «язва», иными словами - дефект эпителиальных покровов. Образование этого дефекта может быть следствием воспалительных заболеваний шейки матки (чаще вирусного, герпетического происхождения), ее травмы барьерными и химическими контрацептивами, следствием неумелого спринцевания. Изъязвление образуется и при раковом процессе. Значительно чаще (у 10-15% женщин репродуктивного возраста) на шейке матки образуется псевдоэрозия, или эктопия. Для нее характерно разрастание секреторного эпителия за пределы шейечного канала на наружную поверхность шейки матки, что, как правило, обусловлено нестабильностью гормонального фона в период полового созревания. Сама по себе эктопия - доброкачественное или, как говорят врачи, фоновое состояние. Однако оно таит в себе угрозу осложнений.

Во-первых, эктопия шейки матки становится «входными воротами» для хламидий, гонококков, вируса простого герпеса, поскольку секреторный эпителий не обладает защитной функцией. Во-вторых, в кислой среде влагалища он долго существовать не может, и потому постепенно начинается процесс «самозаживления» эктопии, то есть замещения секреторного эпителия прежним - многослойным плоским. Однако этот сложный многоступенчатый процесс не всегда идет доброкачественно.

«Заживающая» эктопия - излюбленное место вируса папилломы человека. Передающийся половым путем, он вызывает различные заболевания шейки матки - от простых плоских кондилом до предраковых состояний (эпителиальных дисплазий) и рака шейки матки. В силу перечисленных причин отношение врачей к эктопии шейки матки всегда настороженное. Только у молодых, не рожавших женщин с не осложненной эктопией врач может выжидать, постоянно наблюдая за процессом «самозаживления».

Эндоцервикоз и эктопию врач легко диагностирует с помощью влагалищных зеркал, так как поврежденный эпителий четко отличается от эпителия нормального. Существует множество разновидностей эрозий: железистая, сосочковая и так далее. По статистике, скажем, сосочковая чаще заканчивается раком. Поэтому важно как можно быстрее выяснить характер эрозии. Для этого шейку матки осматривают специальным увеличительным прибором кольпоскопом, похожим на микроскоп на штативе.

Сегодня этот прибор есть во многих районных поликлиниках. Необходимо также цитологическое (когда с поверхности шейки матки берут мазки и исследуют под микроскопом) и гистологическое исследования. Гистологическое в отличие от всех перечисленных проводят в условиях больницы в течение двух-трех дней. Для этого у женщин отсекают крошечный кусочек поврежденного эпителия и исследуют, чтобы выяснить, не произошло ли злокачественное перерождение. Результаты биопсии позволяют окончательно уточнить диагноз и определиться с выбором метода лечения.

Лечение эрозии

Когда после тщательного изучения результатов обследования диагноз поставлен, эрозию и псевдоэрозию лечат амбулаторно теми методами, которые назначает гинеколог. И лишь в редких случаях заболевание проходит само собой, так как многослойный плоский эпителий в принципе имеет тенденцию к восстановлению. В качестве мер профилактики эрозий и псевдоэрозий

рекомендую всем женщинам помнить о личной гигиене. Следите, чтобы о туалете половых органов не забывали ваши половые партнеры. Имейте в виду, что смена половых партнеров, помимо всего прочего, приводит к изменению микрофлоры влагалища, что повышает риск заболеваний. Помните, что присутствие гноя в сперме мужчины может также спровоцировать эрозию. Пользуйтесь противозачаточными средствами, чтобы избежать нежелательной беременности и аборта, который неизбежно травмирует шейку матки.

Методы лечения.

Диатермокоагуляция («прижигание») с помощью высоких температур - старый, традиционный метод. В настоящее время применяется в основном для лечения доброкачественных эктопий у рожавших женщин. Следствием диатермокоагуляции может быть потеря эластичности шейки матки, что неблагоприятно для предстоящих родов. Длительность заживления - от 8 до 10 недель.

Криодеструкция - более щадящий метод лечения эктопии путем воздействия на патологически измененный участок жидким газом. Отрицательные стороны криодеструкции - риск недостаточного промораживания тканей, из-за чего не обеспечивается гибель всех измененных клеток. Длительность заживления - также 8-10 недель. Лечение с помощью хирургического лазера - самый эффективный и современный метод лечения заболеваний шейки матки (от эктопий и плоских кондилом до предраковых заболеваний и начальных форм рака шейки матки). Этот световой скальпель обеспечивает заваривание мелких сосудов, высокую точность разреза, сохранение здоровых тканей, а заживление происходит в более короткие сроки без образования грубых рубцов. Лазерное оборудование недорого и требует от персонала специальных знаний, поэтому данный метод используется в крупных медицинских центрах. Длительность заживления - от 4 до 6 недель.

Когда-то практиковалось лечение эктопии и эрозии шейки матки тампонами с различными лекарственными веществами - маслом шиповника и облепихи, синтомициновой эмульсией и т. д.

Такой метод себя не оправдал и сейчас не применяется. Исключение составляет лечение тампонами с ваготилом и другими средствами, вызывающими химическую деструкцию пораженной ткани, но и оно уступает диатермокоагуляции, криодеструкции и тем более - использованию лазера. А главное, дорогие женщины, обязательно посещайте гинеколога раз в полгода. Если уже однажды вы лечились от эрозии или псевдоэрозии, это не повод избегать гинекологического осмотра, рецидив может возникнуть в любой момент.

Список литературы

1. *Доброкачественные заболевания матки: А. Н. Стрижаков, А. И. Давыдов, В. М. Пашков, В. А. Лебедев — Санкт-Петербург, ГЭОТАР-Медиа, 2011 г. - 288*
2. *Заболевания шейки матки у беременных. Диагностика, лечение, мониторинг, профилактика: П. С. Русакевич, Т. М. Литвинова — Санкт-Петербург, Медицинское информационное агентство, 2006 г. - 144 с.*
3. *Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки. В помощь практикующему врачу: С. И. Роговская — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2008 г. - 224 с.*
4. *Патология шейки матки и генитальные инфекции: Под редакцией В. Н. Прилепской — Москва, МЕДпресс-информ, 2008 г. - 398 с.*
5. *Фоновые и предраковые процессы шейки матки: И. С. Сидорова, С. А. Леваков — Москва, Медицинское информационное агентство, 2006 г. - 96 с.*
6. *Эрозия шейки матки. Современный взгляд на лечение и профилактику: Е. А. Грачева — Санкт-Петербург, ИГ «Весь», 2005 г. - 128 с.*

Особенности клинического течения бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста

Багирова Л.

Азербайджанский медицинский университет, кафедра акушерства-гинекологии II

В настоящее время инфекции влагалища занимают ведущее место в структуре воспалительных заболеваний женских половых органов. Бактериальный вагиноз является одним из наиболее частых проявлений влагалищной инфекции и обнаруживается у каждой четвертой женщины детородного возраста. Основными клиническими проявлениями бактериального вагиноза являются характерные выделения из влагалища, не всегда сопровождающиеся субъективными ощущениями. Необходимо отметить, что до 50% случаев заболевания протекают асимптомно. В то же время, несмотря на относительно легкое течение, бактериальный вагиноз является серьезной медицинской и социальной проблемой, так как сказывается на репродуктивном здоровье женщины, а при возникновении в период беременности – и на здоровье ребенка.

Наличие бактериального вагиноза, особенно в течение длительного времени, повышает риск развития воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин. Бактериальный вагиноз является фактором риска заражения инфекциями, передающимися половым путем, и ВИЧ-инфекцией. В условиях высоких значений pH возникают благоприятные условия для колонизации мочеполовой системы патогенными микроорганизмами, а также обострению скрыто протекающей вирусной инфекции уrogenитального тракта.

Целью

проведения настоящего исследования явилось определение особенностей клинического течения бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования

Для выявления особенностей течения бактериального вагиноза было проведено наблюдение за 120 женщинами в возрасте от 18 до 45 лет, обратившихся за медицинской помощью в консультативное отделение родильного дома №5 города Баку с разнообразными жалобами со стороны мочевого выделительной системы или без жалоб с целью планового осмотра у гинеколога.

В результате проведенного комплексного клинико-лабораторного обследования у 90 (75,0%) женщин на момент обращения был диагностирован бактериальный вагиноз (основная группа) и у 30 (25,0%) – нормальное состояние микрофлоры влагалища (контрольная группа). Основная группа наблюдения была представлена двумя подгруппами: 34 женщины (37,8%) с «классическим» бактериальным вагинозом и 56 женщин (62,2%) – с бактериальным вагинозом, ассоциированным различными инфекциями уrogenитального тракта.

Критерии отбора в группу больных бактериальным вагинозом: репродуктивный возраст, отсутствие беременности и лактации, отсутствие системной и местной антибактериальной терапии в течение 1 месяца до настоящего обследования, клинико-лабораторное подтверждение диагноза бактериальный вагиноз, наличие жалоб.

При обследовании женщин всех групп проводилось изучение анамнестических данных, а также использовались клинические, лабораторные, ультразвуковые и статистические методы исследования. Полученные данные вносились в индивидуальную карту пациенток. Статистическая обработка полученных результатов была проведена с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 6.0 for Windows.

Результаты и обсуждение

Данные о клинических признаках заболевания в сравниваемых группах женщин представлены в таблице 1.

Особенности клинического течения бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста

Л. Багирова

В статье освещена актуальность проблемы развития бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста. С целью выявления особенностей течения бактериального вагиноза проведено клиническое наблюдение за 120 женщинами в возрасте от 18 до 45 лет. Показано, что клинической особенностью бактериального вагиноза является субклиническое течение, сопровождающееся постоянными обильными или умеренными выделениями, наличием положительного теста Amsel. Анализ анамнестических данных, оценка характера вагинального отделяемого и состояния слизистых оболочек уrogenитального тракта, а также определение pH влагалищной среды и выполнение аминного теста обеспечивают существенную помощь в клинической диагностике бактериального вагиноза.

Peculiarities of the clinical current of bacterial cvaginoz at women in the reproduction age.

Bagirova L.H.

We elucidated the actuality of the problem of the development of bacterial vaginosis at women in the reproduction age. With the purpose of the exposen of peculiarity current of bacterial vaginosis we carried out clinical observation for 120 women in the age from 18 to 45. It was shown that the clinical peculiarity of bacterial vaginosis was the subclinical carried wich was accompanied with the plentiful ar the moderate secretions and the positive Amael test. The analysis of the anamnestic facts, the estimation of the vaginal secretion and of the mucous membrane of the urogenital tract, the determination of pH in the vaginal medium and the realization of the amin test ensured us the impotant help in the clinical diagnosis of the bacterial vaginosis.

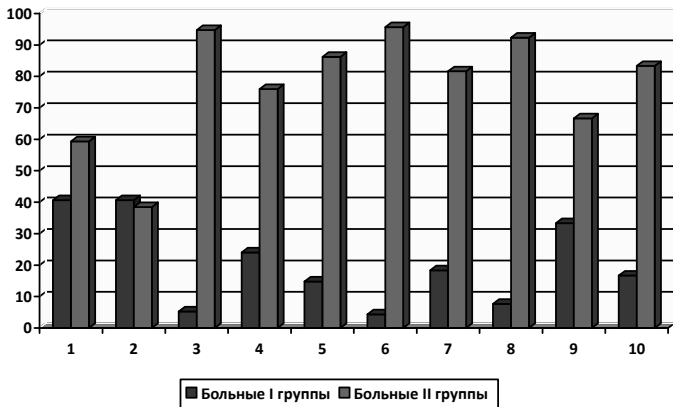
Таблица 1. Характер жалоб у обследованных женщин

Жалобы	I группа (n=34)		II группа (n=56)		Контр. гр. (n=30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Повышенное количество выделений из полов. путей	24	70,59	35	62,60	-	-
«Рыбный» запах вагин. выделений	24	70,59*	15	26,78	-	-
Тазовые боли	2	5,88*	36	62,60	-	-
Зуд/жжение в области влагалища, вульвы	6	17,65*	19	33,93	-	-
Дизурия	4	11,76*	23	41,07	-	-
Диспареуния	1	2,94*	22	39,28	-	-
Ощущение дискомфорта в области гениталий	9	26,47*	40	71,43	-	-
Кровотеч. посткоитальн.	1	2,94*	12	21,42	-	-
Кровотечения межменстр.	1	2,94	2	3,57	1	3,3
Дисменорея и меноррагия	3	8,82*	15	26,78	3	10,00

Примечание: * - различия достоверны по отношению ко второй группе больных (p < 0,05)

Как видно из полученных результатов, у женщин контрольной группы жалобы на зуд, жжение в области наружных половых органов и уретры, наличие запаха или повышенного количества влагалищных выделений, ощущение дискомфорта в области гениталий и тазовые боли отсутствовали.

У пациенток с «классическим» бактериальным вагинозом (I группа) чаще встречались жалобы на повышенное количе-



Примечание: 1 – повышенное количество выделений из половых путей; 2 – «рыбный» запах вагинальных выделений; 3 – тазовые боли; 4 – зуд/жжение в области влагалища, вульвы; 5 – дизурия; 6 – диспареуния; 7 – ощущение дискомфорта в области гениталий; 8 – кровотечения посткоитальные; 9 – кровотечения межменструальные; 10 – дисменорея и меноррагия.

Рисунок 1. Анализ характера субъективных ощущений у женщин с бактериальным вагинозом.

ство выделений из половых путей (70,59%) и «рыбный» запах вагинальных выделений – (70,59%) по сравнению с другими жалобами. У этих больных также отмечались жалобы на зуд и жжение в области влагалища (17,65%), дизурические явления (11,76%), ощущение дискомфорта в области гениталий (26,47%), дисменорею и меноррагии (8,82%), ($p < 0,05$ по отношению к II группе).

При бактериальном вагинозе, ассоциированном с другими инфекциями, (II группа) чаще встречались жалобы на повышенное количество выделений из половых путей (62,60%) и тазовые боли – (62,60%), ощущение дискомфорта в области гениталий (71,43%), «рыбный» запах вагинальных выделений (26,78%), зуд и жжение в области влагалища и вульвы (33,93%), дизурические явления (41,07%), диспареунию – (39,28%), посткоитальные кровотечения (21,42%), дисменорею и меноррагии (26,78%), ($p < 0,05$ по отношению к I группе).

При анализе характера субъективных ощущений по каждой группе больных было установлено, что пациентки с бактериальным вагинозом, сочетанным с другими инфекциями полового тракта, (II группа) чаще страдали повышенным количеством выделений из половых путей по отношению к I группе (59,32% против 40,68%, $p < 0,05$) (рисунок 1).

Жалобы на тазовые боли (94,73%), зуд и жжение в области вульвы и влагалища (76,00%), дизурию (85,19%), диспареунию (95,65%), ощущение дискомфорта в области гениталий (81,63%), посткоитальные кровотечения (92,31%), межменструальные кровотечения (66,67%), дисменорею и меноррагии (83,33%) достоверно чаще предъявляли женщины II группы наблюдения по сравнению с I группой ($p < 0,05$).

Достоверных отличий между группами по частоте встречаемости «рыбного» запаха вагинальных выделений не наблюдалось ($p > 0,05$).

Необходимо отметить, что 64 (71,1%) женщины из общего числа наблюдаемых с бактериальным вагинозом имели вышеперечисленные жалобы в течение 2-3 месяцев до момента обращения к врачу. Своевременно обратились к специалисту 19 (21,1%) больных, а 7 (7,8%) пациенток не предъявляли никаких из вышеуказанных жалоб, хотя при этом имели патологический характер выделений из половых путей. У 10 (17,86%) больных II группы как сопутствующее заболевание был диагностирован эндометрит, а у 23 (41,07%) – оофорит и сальпингоофорит.

При клиническом обследовании помимо анализа особенностей субъективных ощущений также проводился тщательный гинекологический осмотр с изучением состояния слизистых оболочек урогенитального тракта, качества и количества вагинального отделяемого. Гинекологический осмотр показал, что у женщин контрольной группы слизистая оболочка влагалища

и вульвы была розового цвета, а выделения из влагалища в основном скудные (66,67%), белого цвета (93,33), гомогенные (100,00) и вязкие (83,33%).

Сравнение обеих групп больных между собой выявило ряд особенностей. Так, в I группе чаще наблюдались обильные (85,29%) выделения из половых путей с характерным «рыбным» запахом (70,59%), серо-белого цвета (70,59%), гомогенные (100,00%) и жидкие (79,41%) ($p < 0,05$ по отношению к II группе). При осмотре слизистых оболочек половых органов чаще всего выявлялась гиперемия влагалища (55,88%).

Во II группе женщин чаще наблюдались умеренные (66,07%) выделения желто-белого цвета (67,86%), гомогенные (69,64%) и вязкие (69,64%) ($p < 0,05$ по отношению к I группе). При осмотре слизистых оболочек половых органов чаще выявлялась гиперемия влагалища (48,21%) и шейки матки (60,71%), а также отмечалась контактная кровоточивость шейки матки (51,79%). При бимануальном осмотре у женщин II группы достоверно чаще отмечалась болезненность и увеличение придатков матки (51,79% против 14,71% в I группе, $p < 0,05$), а также наличие спаечного процесса в малом тазу (69,64% и 14,71% соответственно, $p < 0,05$).

В диагностике бактериального вагиноза используют критерии, предложенные R Amsel. Наличие трех из приведенных ниже признаков считается достаточным для постановки диагноза: 1) жидкие гомогенные белые с сероватым оттенком выделения из влагалища; 2) pH выделений из влагалища $> 4,5$; 3) выявление не менее 20% «ключевых» клеток в мазке из влагалища; 4) положительный аминотест – появление специфического «рыбного» запаха при добавлении к выделениям из влагалища 10% раствора гидроксида калия.

При возникновении и развитии патологических процессов во влагалище существенное значение имеет pH вагинального секрета, уровень которого может влиять на состояние микрофлоры. В норме pH влагалищной среды 3,8–4,2, что сдерживает рост и размножение «нежелательных» транзитных видов микроорганизмов, регистрируемых в вагинальном биоценозе. Нарушения в составе микрофлоры, связанные с избыточным ростом аэробных и факультативно анаэробных бактерий сопровождаются изменением pH в щелочную сторону. Для установления диагноза «бактериальный вагиноз» необходимо провести исследование в тесте, в котором pH отделяемого не должен быть ниже 4,5, а аминный тест должен быть положительным.

Всем пациенткам была проведена pH-метрия влагалищных выделений и выполнен аминный тест. Результаты аминного теста и данные pH вагинального секрета у обследованных женщин показали, что у больных I группы положительный аминный тест отмечался в 79,41% наблюдений, значения pH от 4,5 до 6,0 – в 70,59% случаев. У больных II группы отмечался положительный аминотест – в 73,21% случаев, значения pH от 4,5 до 6,0 – в 62,50% наблюдений. У больных обеих групп наблюдения при pH-метрии установлено значительное ошелачивание влагалищного содержимого (более 6,0), связанное, вероятно, со снижением содержания лактобацилл или их полным отсутствием. Выявление случаев отрицательного аминного теста, по-видимому, может быть связано с полным доминированием гарднерелл в составе вагинального микроценоза. У женщин контрольной группы в 100,0% наблюдений отмечался отрицательный аминотест, значения pH менее 4,5 – у 83,33% женщин.

Анализ полученных результатов показал, что зуд, жжение наружных половых органов, появление «рыбного» запаха и увеличение количества вагинального отделяемого, а также наличие гиперемии и отека слизистой оболочки вульвы и влагалища характерно для всех больных бактериальным вагинозом. Положительный аминный тест и pH вагинального отделяемого $> 4,5$ также являются критериями скрининг-диагностики бактериального вагиноза.

Таким образом, клинической особенностью бактериального вагиноза является субклиническое течение, сопровождающееся постоянными обильными или умеренными выделениями, наличием положительного теста Amsel. Анализ анамнестических

данных, оценка характера вагинального отделяемого и состояния слизистых оболочек урогенитального тракта, а также определение pH влагалищной среды и выполнение аминного теста обеспечивают существенную помощь в клинической диагностике бактериального вагиноза.

Литература

1. Анкирская А.С. Бактериальный вагиноз // *Акушерство и гинекология*, 2005. №3, с.10-13
2. Байрамова Г.Р. Бактериальный вагиноз // *Гинекология*, 2001, № 3, с.52-54
3. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. -СПб, «Нева-Люкс», 2001, 364с.
4. Кудрявцева Л.И., Ильина Е.Н., Говорун В.М. Бактериальный вагиноз. Пособие для врачей. Москва; 2001
5. Лилова Е.В., Витвицкая Ю.Г. Особенности клинического тече-

ния урогенитальных инфекций у женщин на современном этапе// *Вестник последипломного медицинского образования*. - 2009.-№1. - с.15-16.

6. Мавзютов А.Р., Габидуллин З.Г., Ахунов Э.Д., Туйгунов М.М. Бактериальный вагиноз – принципиальные вопросы этиологии, диагностики и лечения: Методические рекомендации. - Башкирский Государственный медицинский университет, Уфа, 2001, 16с.
7. Орлова В.С., Набережнев Ю.И. Нормоценоз влагалища у женщин репродуктивного возраста, механизмы его регуляции и дисбиотические варианты // *Российский вестник акушера-гинеколога*. – 2007. – Т.7, №4. – С.36 - 39.
8. Тютюнник В.Л. Патогенез, диагностика и методы лечения бактериального вагиноза. // *Фарматека*.–2005.– № 2 (98), С.20–24.
9. Abbot J. Clinical and microscopic of vaginal yeast infection: a prospective analysis // *Ann. Emerg. Med.* - 2005. - № 25(5). - P. 587-591.

Пиелонефрит беременных

Ковалева М.М.

Родильный дом №4. г. Алматы

Пиелонефрит, возникший впервые во время беременности, называется гестационный. Встречается он у 6-10% будущих мам. Существующий до беременности пиелонефрит может обостриться на её фоне или протекать в хронической, а так же стертой форме. Женщины, больные пиелонефритом составляют группу высокого риска по возникновению таких осложнений беременности как, невынашивание, гестоз, внутриутробное инфицирование и гипотрофия плода. Предрасполагающими факторами для развития гестационного пиелонефрита и обострения хронического являются изменения в мочевыделительной системе, перестройка гормонального и иммунного статуса, наличие рецидивирующего цистита, пороки развития почек и мочевых путей. Под влиянием прогестерона происходит расширение мочеточников, увеличение полости лоханок, в следствии чего нарушается отток мочи. Для выбора метода лечения данного заболевания большое значение имеет выявление возбудителя. Возбудителем являются чаще всего грамотрицательные микроорганизмы кишечной групп, дрожжеподобные грибы рода кандиды, микоплазмы и уриоплазмы. Инфекция может распространяться восходящим и гематогенным путем из очагов воспаления – глоточных миндалин зубов и т.д. Выделяют три степени риска беременности и родов у женщин с пиелонефритом.

1 степень – неослаженное течение пиелонефрита, возникшего во время беременности.

2 степень – хронический пиелонефрит развивающийся до наступления беременности.

3 степень – пиелонефрит с артериальной гипертензией, азотемией, пиелонефрит едической почки. Большим с третьей степенью риска беременность противопоказана.

Чаще всего пиелонефрит возникает в 22- 28 недель беременности, так как уровень половых и кортикостероидных гормонов резко возрастает. Этот период можно считать критическим для беременных, больных пиелонефритом. Так же пиелонефрит возникает в 12 – 15 недель, 32 – 34 недели, 39 – 40, или на 2 – 5ый день послеродового периода.

В острый период заболевания беременные жалуются на слабость, головную боль, повышение температуры тела до 38 – 40 градусов, озноб, боли в пояснице, дизурические явления – учащенное и болезненное мочеиспускание. Чаще преобладает правосторонний пиелонефрит, в следствии давления на мочеточник, ротирующей увеличенной маткой и в результате сдавления мочеточника правой яичниковой веной.

Диагностика пиелонефрита основывается на вышеперечисленных клинических признаках, подтвержденных лабораторными данными важное значение имеет исследование средней порции утренней мочи и подсчет количества форменных элементов в осадке мочи. Используется метод Ничепоренко для подсчета

соотношения лейкоцитов и эритроцитов, метод Земницкого для определения относительной плотности и нарушения соотношения дневного и ночного диуреза. У всех беременных с патологией почек проводится посев мочи для выявления микрофлоры и определения чувствительности её к антибиотикам. Так же необходимы общий и биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование почек.

Лечение пиелонефрита проводится по общим принципам терапии воспалительного процесса. Первый этап комплексного лечения заключается в позиционной терапии (это положение беременной на боку, противоположном локализации пиелонефрита, что способствует лучшему оттоку мочи). Так же рекомендуется обильное питьё, желательно клюквенный морс в котором содержатся натрия бензоат превращающийся в гипуровую кислоту, которая оказывает бактерицидное действие, диета с ограничением потребления острой, соленой пищи.

Антибактериальные препараты назначаются в зависимости от вида возбудителя и его чувствительности к антибиотикам, однако предпочтение отдается полусинтетическим пеницилинам и цефалоспорином. В первом триместре назначают только антибиотики пенициллинового ряда (ампициллин, карбеницилин, ампиокс), во втором триместре цефалоспорины возможны макролиды. Для усиления эффекта, антибиотики комбинируют уроантисептиками (5-НОК, фурагин, невидграмон). Для улучшения оттока мочи назначают спазмолитики и растительные мочегонные средства. При наличии симптомов интоксикации проводится инфузионная и дезинтоксикационная терапия. В схему лечения входит так же витаминотерапия, растительные уросептики. В активную фазу воспаления применяется сбор шалфея, толокнянки, хвоща, ромашки. В период ремиссии рекомендуется сбор одуванчика, березовых почек, крапивы, брусники. Настои рекомендуется пить по два месяца. Параллельно с лечением пиелонефрита необходимо проводить терапию, направленную на сохранение беременности и улучшение состояния плода. Родоразрешение проводят через естественные родовые пути, поскольку кесарево сечение в условия инфицированного организма крайне нежелательно и его выполняют строго по акушерским показаниям. Прерывание беременности при пиелонефрите показано при сочетании пиелонефрита с тяжелыми формами гистоза, отсутствии эффекта от проводимой терапии, острой почечной недостаточности, гипоксии плода.

Следует сказать о профилактики пиелонефрита. В связи с тем что у 30 - 40% беременных с бессимптомной бактериурией развивается острая инфекция мочевых путей, необходимо своевременное выявление и лечение бактериурии. Женщинам с пиелонефритом противопоказаны гормональные контрацептивы так как они создают условия для обострения воспалительного процесса.

Коррекция дефицита магния у женщин с предменструальным синдромом

Мукашева А.С.

Городская поликлиника №4, г. Алматы

Предменструальный синдром (ПМС) представляет собой симптомокомплекс, возникающий у женщин преимущественно с регулярным овуляторным циклом за несколько (от 3 до 14) дней до менструации и исчезающий сразу или в первые дни после ее наступления.

ПМС проявляется нервно-психической и вегетососудистой симптоматикой, обусловленной нарушениями гормонального, нейротрансмиттерного, электролитного балансов организма. В патогенезе ПМС определенная роль принадлежит генетической предрасположенности. Некоторые авторы отмечают значение гиперэстрогении, гипопрогестеронемии, дисбаланса системы ренин-ангиотензин-альдостерон и относительной гиперпролактинемии в патогенезе отечной формы ПМС. Сниженная продукция серотонина, простагландина, лей- и метэнкефамина, опиоидных нейропептидов-нейротрансмиттеров в значительной степени определяет характер и глубину нейropsychических отклонений у таких больных. Недостаточность магния и витамина В6 у больных с ПМС оказывает существенное влияние на его развитие.

Необходимо отметить, что у здоровых женщин уровень магния в крови находится в пределах нормы и имеет четкий месячный ритм.

Так, во вторую фазу менструального цикла уровень магния в эритроцитах выше, чем в первую фазу. В тоже время у женщин с ПМС уровень эритроцитарного магния, наоборот, снижается за несколько дней до менструации.

При дефиците магния в организме снижается синтез простагландина Е1. В исследованиях ряда авторов была показана антиспастическая роль препаратов магния по отношению к сосудам матки при ПМС.

Магний участвует в процессах синтеза и деградации многочисленных нейромедиаторов: катехоламинов (норадреналин), ацетилхолина, глицина, нейропептидов головного мозга. Наряду с другими микроэлементами (цинк, медь и др.) магний принимает участие в формировании пространственной конфигурации и внутримолекулярной стабилизации эндорфинов, лей- и метэнкефалина и рилизинг-факторов, дисбаланс которых в организме определяет нейropsychические, болевые, отечные проявления у женщин с ПМС.

Дефицит магния частично определяет такие типичные для ПМС жалобы, как приступы тахикардии, судороги мышц нижних конечностей, отеки, головные боли, а также повышенную зябкость, слабость и утомляемость во время менструации.

Препараты магния стимулируют энергетический обмен, обладают нейроседативными и нейропротекторными свойствами, что также может быть использовано для лечения нейropsychических проявлений ПМС.

Большое значение в понимании процессов взаимосвязи гормональной цикличности и баланса магния у женщин имеет определение месячного биоритма магния, связанного с менструальным циклом.

В связи с этим нами изучены особенности клинических проявлений ПМС и баланса магния в динамике менструального цикла и лечения магнидефицитных состояний у женщин с препаратом Магне В6.

Материал и методы

Из 70 обследованных женщин с ПМС было отобрано 35 (50%) пациенток с дефицитом ионов магния крови в возрасте 20-45 лет (средний возраст составил 32 года). Длительность заболевания колебалась от 6 мес до 7 лет (в среднем 4,2 года.)

Нервно-психическая форма ПМС была диагностирована

у 20 (17,5%) женщин. Она характеризовалась повышенной раздражительностью, неустойчивым настроением, плаксивостью, обострением слуха и обоняния, нагрубанием молочных желез.

Отечная форма ПМС диагностирована у 26 (13,5%) женщин. У таких больных наряду с неустойчивым настроением наблюдались отечность лица, голеней, пальцев рук, повышенная потливость.

Во вторую фазу менструального цикла 15 (27%) женщин имелся отрицательный диурез с задержкой жидкости в организме.

Цефалгическая форма ПМС была диагностирована у 8 (43,7%) пациенток. Они предъявляли жалобы на головную боль, тошноту и рвоту, головокружение, депрессию, боли в области сердца, онемение пальцев рук, отечность лица и конечностей.

Из 35 обследованных женщин с ПМС 19 (54,2%) получали лечение препаратом МагнеВ6 в режиме пульстерапии в течении двух менструальных циклов.

Диагностика гомеостаза магния проводилась в биосубстрате (сыворотка крови) по стандартным методикам.

Проанализированы 3 менструальных цикла: один без лечения и 2 последующих, в течение которых больные получали пульстерапию МагнеВ6 (фирма «Санofi – Синтeлабо», Франция.)

Препарат содержит терапевтические дозы магния и пиридоксина, которые улучшают всасываемость магния из желудочно-кишечного тракта. Монотерапию препаратом Магне В6 применяли в режиме пульстерапии в дозе по 20-30 мл раствора (2-3 ампулы) в день внутрь в течении 10 дней.

Результаты и обсуждение

При исследовании концентрации магния в сыворотке крови был выявлен отчетливый биоритм его уровня в зависимости от фазы цикла. Пульстерапия препаратом МагнеВ6 сопровождалась повышением уровня магния в сыворотке крови.

Уже после 1-го курса лечения уровень магния в середине менструального цикла достиг нижней границы (0,852+0,074 ммоль/л).

На фоне лечения магниевое дефицита отмечалась положительная динамика течения ПМС. В заключении считаем необходимым отметить следующее.

Уровень магния в организме относится к одной из наиболее важных констант, определяющих здоровье женщины. У 63,3% женщин с ПМС встречается дефицит магния, подтвержденный как клинически, так и лабораторно, женщины с ПМС имеют патологический биоритм уровня магния в сыворотке крови с усилением проявления дефицита магния с назначением препарата Магне В6 в виде пульстерапии: непосредственно в период максимального проявления клиники синдрома, а также дефицита магния (перед и во время менструации).

Литература

1. Агаджанян И.А., Радыш И.В., Куцов Г.М., и др. Физиологические особенности женского организма. (Адаптация и репродуктивная функция). Учебное пособие. М., 1996;
2. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика (Под ред. Л.М. Вейна. - М., 1998).
3. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. М., 2002;
4. Кон Р., Рот К., Ранняя диагностика болезней обмена веществ. - М. 1986.
5. Спасов А.А. Магний в медицинской практике. Волгоград, 2000.

Эффективность препарата Флуконазол (Микосан) у больных с острым вульвовагинальным кандидозом

Мукашева А.С.

Городская поликлиника №4 г. Алматы

Среди инфекционных заболеваний влагалища вульвовагинальный кандидоз (ВК) занимает одно из ведущих мест, уступая лишь бактериальному вагинозу. Данные зарубежных авторов свидетельствуют о том, что кандидозный вульвовагинит является наиболее часто встречающейся генитальной инфекцией в Европе и в США. По данным мировой статистики, вульвовагинит, обусловленный грибковой инфекцией, занимает от 15-20 до 40-45% инфекционных поражений вульвы и влагалища.

В связи с выраженной тенденцией к распространению кандидоза проблема лечения этой патологии в настоящее время приобретает особую важность. Для лечения ВК используют препараты, относящиеся к новому классу триазольных соединений и содержащие в своем составе флуконазол. Действие флуконазола направлено на угнетение биосинтеза стеролов мембраны грибов. Препарат связывает группу гемма зависимого от цитохрома Р-450 фермента ланостерол-14-деметилазыгрибковой клетки, нарушая синтез эргостерола, в результате чего ингибируется рост грибов. Установлено, что флуконазол активен при микозах, вызываемых условнопатогенными грибами, в том числе родов *Candida* и *Cryptococcus neoformans*, *Microsporium* spp., *Trichophyton* spp.

Флуконазол избирательно воздействует на клетку гриба в отличие от других антимикотических средств, не оказывает влияния на метаболизм половых гормонов в женском и мужском организме.

Следует отметить, что фармакокинетические свойства препаратов, содержащих в своем составе флуконазол, при приеме внутрь и при внутривенном введении аналогичны, что отличает их от других микотических средств. Биодоступность флуконазола достигает 94%. Он хорошо абсорбируется в желудочно-кишечном тракте, проникает через гистогематические барьеры. Уровень препарата в плазме крови после приема внутрь достигает 90 % от такового при внутривенном введении. Максимальная концентрация в плазме крови через 2 часа после приема 150 мг внутрь равна 2,44-3,58 мг/л. Важно отметить, что абсорбция препарата из кишечника не зависит от приема пищи.

Учитывая длительный период полувыведения флуконазола из плазмы крови (около 30 ч), данный препарат можно назначать однократно, что определяет его преимущества перед другими антимикотическими средствами. Активность препарата в организме сохраняется в течение 72 ч.

Флуконазол активно распределяется в тканях и жидких средах организма, концентрация препарата в слюне и мокроте аналогичны его уровням в плазме; концентрация в ликворе составляет приблизительно 80-90% от уровня в плазме. В связи с этим препарат может быть использован для лечения грибкового поражения центральной нервной системы и легких.

Флуконазол выводится из организма в основном с почками, при этом метаболиты в периферической крови не обнаруживаются. Около 80% введенной дозы выделяется с мочой в неизменном виде. Связывание флуконазола с белками плазмы невелико и составляет всего 11-12%.

Исследования ряда авторов показали, что однократное использование флуконазола при остром ВК не уступает по эффективности лечению другими антимикотическими средствами в режиме многократного перорального и локального применения.

Целью

настоящего исследования явилась оценка клинической и микологической эффективности, а также безопасности препарата «

Микосан» (флуконазол) у больных с острым ВК.

Материал и методы исследования

Исследование проведено у 101 больной в возрасте от 18 до 56 лет с ВК, с подтвержденными клинико-лабораторными методами исследования.

Из исследования были исключены женщины с выраженной аллергической реакцией на препараты триазолового ряда, в частности на флуконазол; беременные женщины и женщины в периоде лактации; больные с урогенитальной инфекцией и тяжелыми сопутствующими заболеваниями (почечной или печеночной недостаточностью, злокачественными новообразованиями и др.); больные, которым проводилось лечение противогрибковыми препаратами (в течение последних 4 нед).

Перед назначением микосана у всех больных был собран анамнез, при этом особое внимание уделялось предыдущим случаям ВК, применяемой ранее терапии с использованием тех или иных антимикотических средств, способам контрацепции, наличию сопутствующих заболеваний.

Комплексное клинико-лабораторное обследование проводили до назначения терапии, через 1-2 нед и 1 мес после начала терапии.

Клинические симптомы ВК включали вульвовагинальную эритему, вульвовагинальный зуд, вагинальные выделения, болезненные ощущения и диспареунию и оценивали как отсутствовавшие (0), легкие (1), умеренные (2) и тяжелые (3).

Клиническую эффективность определяли в зависимости от результатов: полное выздоровление (отсутствие признаков ВК), улучшение (частичное исчезновение признаков ВК), или отсутствие эффекта (наличие признаков ВК). Микробиологическую эффективность оценивали по эрадикации или персистенции *Candida*.

Во время терапии учитывали наличие побочных эффектов. Переносимость препарата расценивали как очень хорошую в случае отсутствия побочных эффектов, как хорошую - при наличии слабых или умеренных побочных эффектов или неудовлетворительную - при выраженных побочных реакциях или отказе от лечения в результате таких реакций.

Общая оценка проводимой терапии (клиническая, микологическая, переносимость препарата) также имела градации: «очень хорошо», «хорошо» или «неудовлетворительно».

Полученные данные были обработаны методом статистического анализа с использованием следующих описательных параметров: минимум, максимум, среднее значение, стандартное отклонение, ошибка в среднем значении, вероятность и достоверность. Достоверность рассчитывалась с использованием двустороннего непараметрического Т-теста.

Результаты исследования и обсуждение

Установлено, что 7 (6,9%) женщин на фоне проводимой антимикотической терапии принимали оральные контрацептивы, 2(2%) использовали антибактериальные препараты для лечения воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, 1 (1%) - пероральные гипогликемические средства. У 9 (8,9%) больных имелись различные сопутствующие заболевания.

Следует отметить, что ни у одной женщины не было других урогенитальных инфекций, тяжелых сопутствующих заболеваний (тяжелой почечной, печеночной недостаточности и др.).

Наиболее часто встречающимся симптомом заболевания при первом визите были вагинальные выделения (у 100% женщин). Следует отметить, что влагалищные выделения нередко сочетались с зудом в области влагалища и вульвы, а также с

вульвовагинальной эритемой. Такие симптомы, как болезненные ощущения и диспареуния, встречались реже.

Контрольное обследование, проведенной через 1-2 нед после начала терапии позволило установить следующее. Клиническое выздоровление или улучшение наблюдалось у 99 (98%) больных, при этом полное выздоровление отмечено у 70%, улучшение - у 28%) женщин. Данные микробиологического метода исследования показали, что эрадикация *Candida* была достигнута в 77% случаев.

При контрольном клинико-лабораторном обследовании женщин, применявших микосан, через 1 мес после окончания терапии было выявлено, что клиническое выздоровление и улучшение наблюдалось соответственно у 82 и 13% больных. Микологическая эффективность составила 82%.

Следует отметить, что уже на 2-3-и сутки после начала терапии отмечалась выраженная положительная динамика симптомов заболевания, что выражалось в уменьшении количества вагинальных выделений, зуда и эритемы в области наружных половых органов.

Среди побочных реакций, имевших место в 10% случаев, следует отметить тошноту (4%), абдоминальные боли (3%), рвоту (2%), диарею (1%).

Все эти побочные явления были слабой или средней степени тяжести и самостоятельно проходили во время или после

окончания курса терапии.

Переносимость препарата «Микосан» была очень хорошей у 82% больных, хорошей - 18%.

Общая оценка эффективности терапии препаратом «Микосан» была следующей: «очень хорошо» - у 62% женщин, «хорошо» - у 29% и «неудовлетворительно» - 9%.

На основании проведенного исследования можно заключить, что эффективность применения препарата «Микосан» в дозе 150 мг однократно при остром ВК через 1-2 нед после окончания терапии составила 98%, а при анализе отдаленных результатов исследования через 1 мес после окончания терапии - 95%. Клинические признаки ВК через 1-2 нед после проведенного лечения отсутствовали у 70% женщин, микологическая эффективность равнялась 77%.

Через 1 мес после окончания терапии клиническая и микологическая эффективность равнялась 82%.

Таким образом, применение препарата «Микосан» является высокоэффективным методом терапии острого ВК.

Литература

1. Байрамова Г.Р. // *Гинекология*. - 2001. - Т.3, № 6. - С. 212-214.
2. Кира Е. Ф. *Бактериальный вагиноз*. - М., 2001.
3. Прилепская В.Н. // *Гинекология*. - 2001. - Т. 3, №6. - С.201-205.
4. Perry CM., Wbittington R // *Druqs*. - 1995/- Vol. 49, N 6. -P. 984-1006.
5. Sobel J.D. // *Dermatol. Clin.* - 1998. -Vol. 16. -P. 763-768.

Хламидиоз у женщин с невынашиванием беременности

Мукашева А.С.

Городская поликлиника №4 г. Алматы

Проблема невынашивания беременности относится к числу наиболее актуальных и важных, как в медико-социальном, так и в научно-практическом аспектах. Неослабевающий интерес к проблеме патологии (от 10 до 30%) практически невынашивания беременности определяется относительным постоянством частоты во всех странах мира. Среди основных причин невынашивания беременности одно из ведущих мест принадлежит инфекции. Высокая частота персистенции инфекционных агентов обусловлена с одной стороны - тем, что иммунный ответ на инфекцию детерминирован, с другой стороны - многие вирусы / бактерии обладают иммунодепрессивным действием. Таким образом, создается порочный круг - активация инфекции вызывает иммунодефицитное состояние, а снижение иммунитета, в свою очередь, способствует активации инфекции.

Частота урогенитального хламидиоза у беременных составляет 3-12%. Частота хламидийной инфекции эндометрия у женщин, страдающих воспалением матки, придатков и привычным невынашиванием составляет 31,3%.

Хламидии являются грамотрицательными бактериями очень маленького размера, зависящими от АТФ клетки хозяина, которую они не способны синтезировать сами и поэтому являются облигатными внутриклеточными паразитами. Хламидии характеризуются выраженным тропизмом к эпителиальным клеткам и, попадая в них путем фагоцитоза, размножаются в течение 24-48 часов. Развитие хламидий состоит в переходе зрелого инфекционного элементарного тельца в вегетативную внутриклеточную форму - ретикулярное тельце. Последние преобразуются в элементарные тельца нового поколения и, таким образом, возбудитель находится в фагосоме, пока клетки хозяина не разрушаются.

Развитие инфекционного процесса связано с проникновением и размножением возбудителя в эпителиальных клетках слизистой оболочки урогенитального тракта. У женщин первичным очагом инфекции, как правило, является слизистая оболочка шейки матки, уретры, эпителий маточных труб. Считается, что латентно протекающая хламидийная инфекция эндометрия способна при наступлении беременности поражать плодное яйцо и плаценту, что вызывает самопроизвольный выкидыш.

Частота инфицирования новорожденного ребенка при выявлении инфекции у матери достигает 40-50%. Возбудитель хламидийной инфекции у беременных женщин локализуется в цервикальном канале, эндометрии и маточных трубах, инфицирует децидуальную оболочку и вызывает хориоамнионит. Тем самым создается возможность антенатального инфицирования плода еще до начала развития родовой деятельности при сохраненных околоплодных водах. Внутриутробное заражение плода хламидиями по сравнению с интранатальным ведет к более тяжелому заболеванию новорожденного и нередко к летальному исходу.

Факторами риска, способствующими заражению и развитию хламидиоза, являются молодой возраст женщины, раннее начало половой жизни, отсутствие использования барьерных методов контрацепции, наличие нескольких половых партнеров, искусственное прерывание беременности, наличие других заболеваний передающихся половым путем. Кроме того, наиболее часто поражены хламидийной инфекцией женщины с цервицитом, эктопией шейки матки, рецидивирующим кольпитом, перенесшие в прошлом внематочную беременность, страдающие трубно-перитонеальной формы бесплодия, имевшие в анамнезе перинатальную смертность.

Распространение хламидийной инфекцией происходит половым, гематогенным, лимфогенным или каналикулярным (через цервикальный канал) путем.

Диагностика урогенитальной хламидийной инфекции основывается, прежде всего, на методах лабораторных исследований с учетом анамнеза и клинических данных.

При анализе анамнестических данных необходимо обращать особое внимание на возраст пациентки, наличие других заболеваний передающихся половым путем, количество половых партнеров и состояния их здоровья, перенесенные в прошлом инфекционные заболевания глаз, мочеполовых путей, гинекологический анамнез нередко отягощен наличием хронических воспалительных процессов половых органов, бесплодия, внематочной беременности, самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов.

Методы лабораторной диагностики хламидиоза можно раз-

делить на три группы: обнаружение возбудителя заболевания или его антигена и определение антител к хламидиям в сыроворотке крови больного, а также путем обнаружения молекулы геномной ДНК возбудителя. Высокой специфичностью (92%), обладает иммунофлюоресцентный метод определения уровня различных классов специфических иммуноглобулинов крови. Полимеразная цепная реакция позволяет выявить единичные молекулы геномной ДНК хламидий, притом специфичность реакции составляет почти 99%.

Появлению первых клинических симптомов хламидийного заболевания часто предшествуют кратковременное чувство дискомфорта, зуд, небольшое жжение в уретральном канале. Иногда хламидийная урогенитальная инфекция не вызывает явных клинических симптомов и проявляется в виде очень легкого воспаления шейки матки, с преимущественным поражением наружного зева. Однако не следует забывать, что клиническая картина хламидийных урогенитальных заболеваний может, проявляется большим разнообразием. При остром воспалении клиническая картина мало, чем отличается от других воспалительных заболеваний. При хроническом процессе клинические проявления зависят от степени вовлечения в воспалительный процесс мочеполовой системы. Пациенты предъявляют жалобы на слизистые выделения из гениталий, рези при мочеиспускании и тупые боли в области крестца.

Механизм внутриутробного инфицирования хламидиями чаще предполагает восходящий путь распространения инфекции при наличии специфического кольпита и цервицита, реже – нисходящий - при локализации воспалительного очага в области придатков матки, трансдецидуальный - при наличии инфекции в эндометрии и децидуальной оболочке. Гематогенный путь инфицирования обусловлен в большинстве случаев способностью хламидий персистировать в лимфоцитах периферической крови.

Лечение урогенитального хламидиоза остается сложной

проблемой в связи с биологическими особенностями возбудителя и цикла его развития. Возможность длительного наличия хламидий в клетках эпителия, формирования атипичных форм, нарушений функций клеточного и гуморального иммунитета приводит к высокой частоте рецидивов и может явиться причиной неэффективного лечения.

В системе комплексного лечения урогенитального хламидиоза, помимо специфических средств, значительная роль принадлежит мероприятиям, основанных на общих принципах патогенетической и симптоматической терапии. При решении вопроса об использовании каждого из этих методов в той или иной комбинации следует руководствоваться общим состоянием организма, характером и стадией инфекционного процесса.

Таким образом, своевременная диагностика и лечение хламидийной инфекции генитального тракта имеет большое значение для предупреждения таких серьезных осложнений беременности как спонтанные аборт, преждевременные роды и позволяет значительно снизить частоту перинатальных осложнений.

Литература

1. Валиева С.А., Курмангалиева С. Т., Кан Т.Н. *Этиологическая роль хламидий при воспалительных заболеваниях урогенитального тракта у женщин // Акушерство, гинекология и перинатология 2004. №4. С. 14-17.*
2. Воробьева Е.А., Афанасьева С.С., Кудрявцева М.В. *Микроэкология и показатели гуморального иммунитета влагалища женщин с неспецифическими воспалительными заболеваниями гениталий // Журн. микробиологии. -2005.-№ 3.- С. 65-69.*
3. Кисилев В.И., Дмитриев Г.А., Латыпова М.Ф. *« Полимеразная цепная реакция в диагностике урогенитальных инфекций » // Пособие для врачей. - Москва. -2000.-19.*
4. Земцов М.А. *Современный метод лечения мочеполового хламидиоза у женщин. Автореф. Диссерт. к.м.н. 1995.*

Применение Ферровита при лечении анемии у беременных

Мукашева А.С.

Городская поликлиника №4, Алматы

Таинство зарождения новой жизни и вынашивания ребенка нередко сопровождается различными проблемами для организма женщины. Одной из них является анемия- патологическое состояние, при котором в крови снижается содержание гемоглобина. Вместе с гемоглобином при анемии уменьшается обычно и количество красных кровяных телец - эритроцитов. Примерно у каждой пятой женщины в период беременности выявляется анемия.

Проблема анемии относится к широко распространенной экстрагенитальной патологии среди беременных и родильниц. По частоте, прямому и косвенному вкладу в материнскую, перинатальную и детскую заболеваемость и смертность, анемия сохраняет значение актуальную проблему здравоохранения в мире, а также и Казахстане.

Анемии у беременных по этиологическим факторам относятся к группе анемий повышенного потребления и соответственно являются алиментарными. Развиваются они на почве дефицита четырех нутритивных веществ, определяющих нормальное течение гемопоэза: железа, белка, аскорбиновой и фолиевой кислот. К развитию анемии у беременных располагает снижение поступления в организм железа с пищей, нарушение всасывания железа в кишечнике, кровотечение из желудочно-кишечного тракта (геморрой, язвенная болезнь желудка и двенадцати перстной кишки, эрозии кишечника, рвота и кровотечение (предлежание плаценты) беременных, многоплодие, длительное кормление ребенка грудью, сезонность (в межсезонье, когда отмечается дефицит витаминов), хронические заболевания (гепатит, пиелонефрит и т.д.).

Анемия — это уменьшение в крови количества гемоглоби-

на. Конечно, бывают ситуации, когда содержание гемоглобина падает в результате острой кровопотери, но в большинстве случаев речь идет о снижении уровня гемоглобина в единице объема крови (т.е. общий объем крови нормальный, а содержание гемоглобина — ниже нормы). Вместе с гемоглобином при анемии уменьшается обычно и количество красных кровяных телец — эритроцитов. Нормальным содержанием гемоглобина у женщин считается 110-130 г/л, эритроцитов—3,4-5,0 млн./мкл.

Чаще всего (в 90% случаев) диагностируется железодефицитная анемия — состояние, при котором в организме не хватает одного из основных компонентов гемоглобина — железа. У многих и вне беременности существует его скрытый дефицит.

Возникновение анемии связано с рядом причин. Одна из них состоит в том, что органы пищеварения не могут, сколько бы железосодержащих продуктов человек ни съел, всосать больше 2 мг железа в сутки. С потом, мочой, выпадающими волосами, отшелушивающимся эпителием кожи выводится из организма в сутки 1 мг железа. Женщины в детородном возрасте за дни менструаций теряют 40-50 мг (некоторые до 60 мг), а 20% женщин — более 60 мг железа. С пищей же за эти дни поступает только 20 мг железа.

Дефицит в 30 мг восстанавливается из запасов (депо) организма в среднем за месяц — в промежуток от одного менструального цикла до другого. Общее количество железа, которое должно находиться в депо, — 4 г. За время беременности, родов, грудного вскармливания расходуется 0,6-0,7 г железа. Ведь оно требуется не только матери, но и детскому организму.

Известно, что физиологически протекающая беременность к моменту родов дает снижение гемоглобина на 30%. Кроме того, необходимо учитывать факт предстоящих родов, протекающих с физиологической кровопотерей - примерно 0.5% от массы тела.

За последние 5 лет отмечается тенденция к росту анемий у беременных и рожениц, приводящая к осложнению течения беременности, родов, послеродового периода и заболеваемости новорожденных. Так, установлено, что при всех степенях анемии у беременных развивается плацентарная недостаточность, которая проявляется в 20-30% случаев внутриутробной гипотрофией плода, а в 10-12% случаев - невынашиванием беременности. Анемия способствует развитию отека беременных в 10%, аномалий родовой деятельности в 15%, акушерских кровотечений в 10%, послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний в 12%, гипогалактии в 39% случаев.

На Казахстанском рынке имеется достаточное количество антианемических препаратов, отличающихся различным содержанием железа, видами солей железа, дополнительными компонентами, продолжительностью действия, формами выпуска. Оптимальный препарат железа должен соответствовать таким требованиям клиницистов, как содержать достаточное количество железа, хорошо переноситься больными и удобным в применении. Всем этим требованиям соответствует «Ферровит» - антианемический железосодержащий препарат пролонгированного действия. Выпускается фармацевтической компанией «Santo». Каждая жевательная таблетка «Феррофит» содержит сульфат железа 320 мг, аскорбиновая кислота 60 мг.

Цель

настоящего исследования – определение эффективности и переносимости препарата Ферровит у беременных женщин с анемией.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 40 беременных женщин с анемией. Диагноз железодефицитной анемии был выставлен им на основании клинического обследования и лабораторных исследований по следующим показателям: уровень гемоглобина, эритроцитов, цветового показателя. Критериями включения беременных женщин в группу был уровень Hb- ниже 109 г/л.

Все обследованные женщины были разделены на следующие

группы: I – группа (n= 27) женщины с уровнем Hb- 109-90 г/л (67.5%); II – группа (n= 13) женщины с уровнем Hb-89-70 г/л (32,5%). Больные принимали препарат Ферровит по 1 x2 раза в день, в течение одного месяца.

Результаты

У пациенток I группы уже на 2-ой неделе приема препарата «Ферровит» уровень гемоглобина повысился на 7-9 единиц, у пациенток II группы – на 6-8 единиц. В конце исследования, после 4-х недель приема препарата уровень гемоглобина достоверно повысился в I группе на 12-15 единиц, во II группе – на 10-13 единиц.

В период проведения терапии антианемическим препаратом «Ферровит» у пациенток не отмечалось изменения окрашивания зубов, жалоб на металлический привкус во рту, симптомов раздражения слизистой желудочно-кишечного тракта. Не было зарегистрировано ни одного побочного явления, из-за которого пришлось бы перейти на другой препарат. Кроме того, препарат обеспечивает пролонгированную абсорбцию железа в кишечнике, что способствует высокому уровню его всасывания. Таким образом, Ферровит является препаратом выбора для лечения и профилактики анемии беременных.

Выводы

1. Ферровит является препаратом выбора в лечении латентной и манифестной железодефицитной анемии беременных.
2. При применении средней терапевтической дозы «Ферровит» 1 таблетка x 2 раза в день уже на второй неделе отмечается повышение уровня гемоглобина в крови.
3. Антианемический железосодержащий препарат «Ферровит» хорошо переносится больными.

Литература

1. Рахимбекова Г.Л.; Менх В.И.; Макалкина Л.Г. и соавт. Корректирующая терапия больных железодефицитной анемией. Медицина, 2000 № 6 с.30-31.
2. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. / М., 1999 г.
3. Бахрамеева С.Н., Денисов С.И., Хотимченко С.А. и др. Латентная форма железодефицитной анемии у беременных женщин и состояния здоровья их детей. // Росс. вестник перинатал. и педиатрии, 1996г. стр. 26-30.

Лейкоплакия шейки матки

Мукашева А.С.

Городская поликлиника №4, г. Алматы

Лейкоплакия занимает особое место в структуре заболеваний шейки матки, поскольку до настоящего времени все еще остается спорным вопрос о патогенезе, доброкачественности и злокачественности ее течения.

По современным представлениям, лейкоплакия шейки матки является полиэтиологичным заболеванием и в основе его лежат множество предрасполагающих факторов, таких, как перенесенные инфекционные заболевания, нарушение иммунного статуса, гормонального гомеостаза, травматическое воздействие на шейку матки в результате родов, аборт, неправильное и неадекватное лечение патологии шейки матки и т.д.

В настоящее время онкологический аспект гинекологических заболеваний рассматривается в неразрывной связи с эндокринной функцией репродуктивной системы. Появились данные о роли функциональных гормональных нарушений в патогенезе заболеваний шейки матки. Так, работами последних лет доказано, что частота заболеваний шейки матки у больных с нарушениями менструальной функции в 5 раз выше, чем в популяции (Прилепская В.Н, Фокина Т.А., 1993).

По данным М.Ю.Новиковой (1995), частота лейкоплакии шейки матки в популяции составляет 1.1%, а в структуре заболеваний шейки матки – 5,2%. И хотя данная патология не является столь уж частой, злокачественная трансформация многослойного плоского эпителия, по данным некоторых исследований, наблюдается у 31,6% больных с лейкоплакией шейки матки, в связи с чем понятно, что своевременная диагностика и лечение лейкоплакии необходимы для профилактики и снижения частоты заболеваемости раком шейки матки.

Термин « лейкоплакия » (в переводе с греческого означает «белая бляшка») был впервые предложен Швиммером в 1887 году и остается общепринятым до настоящего времени.

Этиология и патогенез

При изучении этиологии лейкоплакии шейки матки принято выделять следующие группы факторов:

- эндогенные (нарушение гормонального гомеостаза, изменения иммунного статуса);
- экзогенные (инфекционные, химические, травматические).

В 60-70 годах нашего столетия начала развиваться теория гормонального генеза фоновых заболеваний шейки матки и лейкоплакии в частности. В результате функциональных нарушений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-матка нарушается процесс овуляции. Следствием ановуляции является относительная или абсолютная гиперэстрогения и дефицит прогестерона, приводящая к развитию гиперпластических процессов в органах- мишенях.

Возникновению лейкоплакии шейки матки у женщин репродуктивного возраста предшествуют перенесенные воспалительные процессы матки и придатков на фоне нарушения менструальной функции (у 35,5% - по типу олигоменореи, 64,5% - по типу неполноценной лютеиновой фазы цикла).

По данным М.Ю. Новиковой (1996), у пациенток с лейкоплакией шейки матки нарушена функция гипофизарно-яичниковой системы. При сохраненном ритме менструаций она характеризуется повышением средних значений ФСГ, снижением отношения ЛГ/ФСГ, некоторым снижением секреции эстрадиола и прогестерона, у пациенток с олигоменореей - повышением средних значений ЛГ, ФСГ, ПРЛ, отношения ЛГ/ФСГ, снижением уровня эстрадиола и прогестерона. Клинически нарушение секреции гормонов проявляется в развитии олигоменореи или неполноценной лютеиновой фазы цикла.

Химические и травматические воздействия имеют большое значение в возникновении лейкоплакии шейки матки. Доказано, что более 1/3 больных с лейкоплакией шейки матки ранее получали интенсивное и неадекватное медикаментозное лечение по поводу псевдоэрозии шейки матки, а 33% пациенток с клинически выраженной лейкоплакией ранее была проведена диатермокоагуляция,

В этой связи к группе риска возникновения лейкоплакии шейки матки следует относить больных с нарушениями менструального цикла, перенесенными воспалительными заболеваниями половых органов, рецидивирующими псевдоэрозиями шейки матки в анамнезе.

Клиника и диагностика

Большое значение имеют данные клинического обследования. При анализе анамнестических данных обращают внимание на характер менструальной функции

(возраст наступления менархе, длительность периода становления менструальной функции, ритм менструаций и т.д), наличие и исход беременностей, наличие в анамнезе псевдоэрозий шейки матки, а также характер и эффективность предшествующей терапии, длительность заболевания лейкоплакией шейки матки.

Обращает на себя внимание бессимптомность течения заболевания, а также отсутствие специфических жалоб. Лишь незначительное число женщин предъявляют жалобы на обильные бели и контактные кровянистые выделения (28,6%), которые всегда должны настораживать клинициста в отношении малигнизации.

Комплексное обследование при лейкоплакии шейки матки включает клинические, кольпоскопические, цитологические, морфологические, а также бактериологические и бактериоскопические методы. Наиболее информативны кольпоскопические и морфологические методы.

В настоящее время одним из основных методов исследования состояния шейки матки является расширенная кольпоскопия.

Расширенная кольпоскопия позволяет уточнить размеры и характер лейкоплакии, оценить состояние покровного эпителия влажной части шейки матки. В зависимости от того, выявляется ли лейкоплакия только при кольпоскопии или видна невооруженным глазом выделяют кольпоскопически и клинически выраженные ее формы. К кольпоскопической форме относятся «немые йоднегативные зоны», которые можно диагностировать только с помощью теста Шиллера, к клинически выраженным - «простая лейкоплакия», «основа лейкоплакии» и «поля лейкоплакии». Общепринятой для клиницистов являлась

клинико-эндоскопически-морфологическая классификация И.А.Яковлевой и Б.Г.Кукутэ (1977), в соответствии с которой простую лейкоплакию без атипии относили к фоновым процессам, а лейкоплакию с атипией - к предраковым состояниям. За рубежом простую лейкоплакию относят к гипер- и паракератозу, а лейкоплакию с клеточным атипизмом - к цервикальной интраэпителиальной неоплазии различной степени тяжести, которая зависит от выраженности клеточного атипизма.

Простая лейкоплакия представляет собой тонкую белую пленку, которая может легко слущиваться, или плотные глыбчатые бляшки с четкими контурами. Внешние проявления простой лейкоплакии зависят от толщины кератинового слоя. После его удаления визуализируются блестящие участки розового цвета, свидетельствующие об истинных размерах поражения, проба Шиллера отрицательная, сосуды не видны, так как лейкоплакия лишена сосудов.

Основа лейкоплакии кольпоскопически выглядит как йоднегативный участок, покрытый одинаковыми по величине красными точками. Красные точки представляют собой соединительнотканые сосочки в многослойном плоском эпителии, в которых видны петли капилляров. Мозаика или поля лейкоплакии при кольпоскопии выглядят как многоугольные участки, разделенные красными нитями капилляров, что создает рисунок мозаики. При обработке уксусной кислотой картина мозаики становится более отчетливой, проба Шиллера - отрицательная.

В целях ранней диагностики рака шейки матки производят исследование мазков-отпечатков с поверхности покровного эпителия шейки матки. Материал для цитологического исследования удобно брать шпателем Эйра или специальной цервикальной щеткой.

Как известно, основным методом диагностики лейкоплакии является морфологическое исследование биоптата шейки матки. Для качественного его выполнения необходимо производить прицельную ножевую биопсию под контролем кольпоскопии из пораженных участков шейки матки.

Морфологическая картина лейкоплакии характеризуется следующими структурными изменениями многослойного плоского эпителия: 1) утолщение покровного эпителия в основном за счет увеличения числа клеток шиловидного слоя с сохранением их комплексности. Оно может быть обусловлено акантозом- погружением эпителиальных пластов в подэпителиальную соединительную ткань; 2) наличием рогового слоя на поверхности эпителия, который в норме отсутствует; 3) наличием зернистого слоя, который расположен под роговым и представлен 2-3 рядами клеток, цитоплазма которых заполнена умеренным количеством базофильных гранул; 4) рассеянной или очаговой лимфоидной инфильтрацией под эпителиальной соединительной ткани.

В участках лейкоплакии гликоген всегда отсутствует.

Для гистологической оценки лейкоплакии любой локализации очень важным является факт наличия или отсутствия атипизма в нижних слоях многослойного плоского эпителия.

Лейкоплакия без атипизма клеток является доброкачественным поражением шейки матки и относится к фоновым заболеваниям, а при наличии атипизма к предраку и классифицируется так же, как дисплазия шейки матки в зависимости от степени выраженного атипизма.

Современные методы лечения лейкоплакии шейки матки.

В настоящее время предложено много различных методов лечения больных с лейкоплакией шейки матки. Из арсенала средств, которыми располагают практические врачи, наиболее часто применяются диатермокоагуляция, криогенное воздействие, высокоинтенсивное лазерное излучение, различные медикаментозные методы, основанные на общем или локальном воздействии лекарственных средств на патологически измененную шейку матки.

Следует подчеркнуть, что при сочетании лейкоплакии шейки

матки с воспалительными процессами вульвы и влагалища различной этиологии сначала необходимо устранить воспалительный процесс.

В повседневной практике все еще широко применяют диатермокоагуляцию.

К более эффективным методам лечения лейкоплакии шейки матки на сегодняшний день относятся криогенный метод и воздействие высокоинтенсивным лазером.

Криотерапия вызывает некроз патологического очага за счет влияния низкой температуры, он осуществляется контактным способом, чаще всего однократно, длительность ее определяется характером и распространенностью патологического процесса и составляет от 2 до 5 минут.

Одним из наиболее современных и эффективных методов лечения лейкоплакии шейки матки является применение высокоинтенсивного лазера. Достоинством СО₂- лазера является его способность бесконтактно, безболезненно, асептично,

бескровно испарять, сжигать и коагулировать патологические ткани, образуя на раневой поверхности тонкую коагуляционную пленку, препятствующую проникновению инфекции в подлежащие ткани.

Таким образом, в настоящее время в арсенале врачей имеется достаточное число методов лечения лейкоплакии шейки матки, которые, безусловно, должны применяться дифференцированно. Однако ни один из методов не является совершенным. Предпочтение следует отдавать лазерокоагуляции.

Литература

1. Прилепская В.Н., Костава М.Н., Назарова Н.М. // *Акушерство и гинекология*. -1992.-№12.-С. 62-5.
2. Василевская Л.Н. *Кольпоскопия*. -М: Медицина, 1986.-157с.
3. Прилепская В.Н., Роговская С.И., Межевитинова Е.А. *Кольпоскопия*. - М: Медицина. 1997, -108с.
4. Яковлева И.А., Кукутэ Б.Г. // *Арх.патологии*. -1977.-Т.39, №1.-С. 18-25.

Динамика профилактического охвата в акушерско-гинекологической службе г. Алматы

Избосинова Г. К.

Женская консультация городской поликлиники №17

При изучении динамики профилактической деятельности среди беременных женщин в г. Алматы, было выявлено, что средний показатель изменения среднего числа беременных, охваченных осмотром терапевта на 1 участкового акушера- гинеколога в 2005 году составил-190,6, в 2007 году-200,1, в 2009г.-214,5. В 2007 году по отношению к 2005 г. изучаемый показатель увеличился на 5,9 в смешанных поликлиниках №5,8 и на 2,4% в смешанной поликлинике №1. При этом средний показатель числа беременных, охваченных осмотром терапевта на 1 участкового акушера- гинеколога в целом по всем поликлиникам увеличился на 5,0%. Изучение темпа прироста данного показателя показало, что в 2009 году по сравнению с 2007 годом, что он увеличился во всех исследуемых поликлиниках. Наибольший темп прироста отмечен в смешанной поликлинике № 1 (на 16,5%), а наименьший- в смешанной поликлинике №8 (на 0,4).

Среднее значение динамики изменения доли беременных женщин, охваченных осмотром терапевта в первые 12 недель беременности на 1 участкового акушера- гинеколога в 2005 году составила 99,4%, в 2007г.-99,2% и в 2009г.-99,4%. Установлено, что темп прироста доли беременных, охваченных осмотром терапевта на 1 участкового акушера- гинеколога в 2007 году по отношению к 2005 году увеличился только в смешанной поликлинике №8 на 1,0%, в смешанной поликлинике №1 наоборот снизился на 1,4%, а в смешанной поликлинике № 3, изучаемый показатель не изменился. При этом обнаружено незначительное снижение среднего показателя в целом по всем поликлиникам на 0,1%. В 2009 году по сравнению с предыдущим годом в смешанной поликлинике №1 темп прироста изучаемого показателя увеличился на 0,6%, а в остальных поликлиниках он не изменился.

Далее изучено изменение среднего числа беременных, охваченных санацией полости рта. Установлено, что в 2005 году изучаемый показатель составил 186,3, в 2007г.-196,7 и в 2009г.-202,3. В 2007 году по сравнению с 2005 годом отмечено увеличение темпа прироста среднего числа беременных, охваченных санацией полости рта на 1 участкового акушера- гинеколога во всех изучаемых смешанных поликлиниках №1,5,8 (соответственно на 2,4%, 5,9% и 7,0%). При этом средний показатель увеличился на 5,5%. При анализе темпа прироста данного показателя в 2009 году по отношению к 2007 году выяснилось, что только в смешанной поликлинике №8 он уменьшилось (на 10,4%). В остальных поликлиниках отмечено увеличение данного показателя от 9,4%- в смешанной поликлинике №5, до

17,9%- в смешанной поликлинике №1, а средний показатель в целом по всем поликлиникам вырос на 2,9%.

Установлено далее, что средний показатель доли беременных, охваченных санацией полости рта на 1 участкового акушера- гинеколога в целом по всем поликлиникам в 2005 году составил85,5%, в 2007г.-88,1%, в 2009г.-92,2%. В 2007 году по сравнению с 2005 годом темп прироста данного показателя в смешанной поликлинике №5 остался без изменения, а в смешанных поликлиниках №1 и №8 увеличился соответственно на 9,7% 1,9%. При этом средний показатель доли беременных, охваченных санацией полости рта на 1 участкового акушера- гинеколога в целом по всем поликлиникам вырос на 3,0%. Далее установлено, что в 2009 году по сравнению с 2007 годом темп прироста изучаемого показателя увеличился в смешанной поликлинике №1 (на 27,8%). Снижение изучаемого показателя отмечено в смешанной поликлинике №8 (на 7,0%), а в смешанной поликлинике №5 он не изменился.

Изучение изменений среднего числа беременных с ранними гестозами на 1 участкового акушера- гинеколога выявило, что их средний показатель в 2005 году составлял 53,0%, в 2007г.-57,3% и в 2009г.-59,7%, то есть отмечалась тенденция ее роста. Темп прироста числа беременных с ранними гестозами в 2007 году по отношению к 2005 году увеличился во всех смешанных поликлиниках №1, 5 и 8 соответственно на 4,9%, 6,0% и 14,6%. В результате средний показатель в целом по всем поликлиникам повысился на 8,2%. Установлено, что в 2009 году также и как в предыдущем году темп прироста изучаемый показатель увеличился в смешанных поликлиниках №1,5 и 8, соответственно на 1,7%, 2,0% и 1,8%, а средний показатель в целом по всем поликлиникам на 1,8%.

Изучение среднего показателя изменения доли беременных с ранними гестозами на 1 участкового акушера- гинеколога показало ее рост. В 2005 году она составила 10,5%, в 2007г.-11,0%, в 2009г.-11,2%. В 2007 году, по сравнению с 2005 годом, доля беременных с ранними гестозами на 1 участкового акушера- гинеколога в смешанных поликлиниках №1,5 и 8 выросла соответственно на 1,7%, 3,1% и 8,6%. При этом средний показатель в целом по всем поликлиникам увеличился на 4,4%. В 2009 году по отношению к 2007 году данный показатель увеличился во всех изучаемых организациях ПМСП г. Алматы. Так, в смешанной поликлинике №1 он увеличился на 1,7%, в смешанной поликлинике №5 на 2,0% и в смешанной поликлинике №8 на 1,8%. Соответственно вырос средний показатель в целом по

всем поликлиникам на 1,8%.

Динамика изменения среднего числа и доли женщин с поздними гестозами на 1 участкового акушер - гинеколога показало, что среднее число женщин с поздними гестозами на 1 участкового акушер - гинеколога в 2005 году составляло 32,7, в 2007г.-35,3 и в 2009 году-34,0. Установлено, что в 2007 году по сравнению с 2005 годом темп прироста числа женщин с поздними гестозами увеличился во всех изучаемых смешанных поликлиниках и составляло в смешанной поликлинике №1-106,5%, в смешанной поликлинике №5-105,6% и в смешанной поликлинике №8-112,9%. В результате средний показатель вырос на 8,2%. Установлено также, что в 2009 году по сравнению

с 2007 годом, в смешанных поликлиниках №1, 8 изучаемый показатель снизился соответственно на 9,15 и 8,6%, и, наоборот, в смешанной поликлинике №5 он увеличился на 5,3%. Поэтому, средний показатель числа женщин с поздними гестозами на 1 участкового акушера-гинеколога в целом по всем поликлиникам уменьшился на 3,8%.

Таким образом, исследования показали, что разработанная методика изучения объема и структуры акушерско - гинекологической помощи, оказываемой в смешанных поликлиниках, позволяет проводить эффективный мониторинг за его качеством.

Оценка качества и доступности ПМСП женскому населению г. Алматы

Избосинова Г. К.

Женская консультация городской поликлиники №17

Для изучения оценки доступности и качества ПМСП женскому населению г. Алматы, нами была изучена динамика изменения числа женщин репродуктивного возраста на 1 участкового акушера - гинеколога. Установлено, что в 2005 году среднее число женщин составило 4798,7, в 2007г.-4978,3 и в 2009г.- 5313,3 женщин. В 2007 году по сравнению с 2005 годом число женщин репродуктивного возраста осталось на прежнем уровне лишь в смешанной поликлинике №1. В смешанной поликлинике №5 данный показатель увеличился на 14,3%, а в смешанной поликлинике №8- на 6,6%. Показано, что в 2009 году число женщин репродуктивного возраста на 1 участкового акушера-гинеколога по отношению к 2007 году увеличилось в смешанных поликлиниках №1,5 и 8 соответственно на 10,1%, 1,9% и 1,5%. При этом средний показатель в целом по всем поликлиникам вырос на 6,7%.

Изучение динамики изменения среднего числа медицинских абортотворений на 1 участкового акушера-гинеколога 2007 года по отношению к предыдущему году показала, что оно снизилось в смешанных поликлиниках №5 и 8, соответственно на 14,0% и 23,1%, а в смешанной поликлинике №1 изучаемый показатель увеличился на 45,7%. При этом средний показатель в целом по всем поликлиникам увеличился на 2,8%. В 2009 году по отношению к 2007 годом установлено, что изучаемый показатель снизился на 29,7%. В смешанных поликлиниках №5 и 8 он не изменился. Результаты дальнейших исследований показали, что средний показатель среднего числа абортотворений, проводимых по социальным показаниям на 1 участкового акушера-гинеколога в 2005 году составлял 18,0, в 2007 г.-21,7 и в 2009 г.-16,7.

Анализ результатов исследования показал, что в 2007 году среднее число этих абортотворений на 1 участкового акушера -гинеколога в сравнении с 2005 годом увеличилось в смешанных поликлиниках №1и 5, соответственно на 25,0% и 38,5%. Тогда как, в смешанной поликлинике №8, изучаемый показатель снизился на 7,7%, с одновременным увеличением среднего показателя в целом по всем поликлиникам на 20,4%. Установлено, что в 2009 году по отношению к 2007 году изучаемый показатель снизился в смешанных поликлиниках №1 и 5-на 20,0% и 45,5%, а в смешанной поликлинике №8 он не изменился, что привело к снижению среднего показателя в целом по всем поликлиникам на 21,5%.

В ходе дальнейшего исследования была проведена оценка динамики изменения среднего числа женщин, охваченных контрацепцией на 1 участкового акушера - гинеколога. Результаты исследований показали, что среднее число женщин, охваченных контрацепцией в 2005 году составило 683, в 2007г.-717 и в 2009г.-830. Показано, что среднее число женщин, охваченных контрацепцией на 1 участкового акушера-гинеколога в 2007 году, по отношению к предыдущему году, увеличилось в смешанных поликлиниках №1,8, соответственно на 23,2% 1,8%, а

в смешанной поликлинике №5, наоборот, снизилось на 0,8%. В результате, средний показатель изучаемого индикатора в целом по всем поликлиникам увеличился на 5,0%. В 2009 году по отношению к 2007 году, изучаемый показатель увеличился во всех смешанных поликлиниках и колебался в пределах от 100,1% до 158,4.

Далее установлено, что средний показатель изменения числа многорожавших женщин на 1 участкового акушера-гинеколога в 2005 году составил -11,7, в 2007 г.- 10,1, в 2009г.-10,9. Одновременно показано, что в 2007 году по сравнению с 2005 годом, наблюдалось снижение изучаемого показателя среднего числа многорожавших женщин на 1 участкового акушера- гинеколога.

Уменьшение на 8,6% выявлено в смешанной поликлинике №1, на 5,3%- в поликлинике №5 и на 33,3%- в поликлинике №8. При этом, средний показатель в целом по всем поликлиникам снизился на 15,7%. В 2009 году по сравнению с предыдущим годом сравнения, с в поликлиниках №1 и 3 данный показатель увеличился, соответственно на 21,9% и 11,1%, а в смешанной поликлинике №8, наоборот уменьшился на 16,7%. При этом, средний показатель в целом по всем поликлиникам увеличился на 5,4%.

Дальнейшие исследования показали, что средний показатель числа беременных, охваченных дородовой психопрофилактикой на 1 участкового акушера- гинеколога в 2005 году составил- 175,3, в 2007 г.-185,5, в 2009г.-197,5, то есть отмечалось выраженная тенденция роста. Показано, что в 2007 году по сравнению с 2005 годом рост изучаемого показателя наблюдался во всех смешанных поликлиниках и колебался от 102,5% в смешанной поликлинике №1, до 100,6%- в смешанной поликлинике №5 и 112,8%- в смешанной поликлинике №8. При этом средний показатель в целом по всем поликлиникам также увеличился на 2,6%. Далее установлено, что в 2009 году по отношению к 2007 году изучаемый показатель увеличился в смешанных поликлиниках №1и 5, соответственно на 17,0%и 9,4%, а в смешанной поликлинике №8, он, наоборот, снизился на 2,6%.

Изучение динамики изменения доли беременных, охваченных дородовой психопрофилактикой на 1 участкового акушера-гинеколога показал их рост за изучаемый период времени, а их средний показатель в 2005 году составил-81,8%, в 2007г.-83,9% и в 2009г.-86, (%). Показано, что в 2007 году по сравнению с 2005 годом доля беременных, охваченных дородовой психопрофилактикой на 1 участкового акушера -гинеколога увеличилось во всех изучаемых организациях ПМСП. Наибольший темп прироста этого показателя установлен в смешанной поликлинике №8-(на 6,1%), а наименьшей - в смешанной поликлинике №1 (на 1,3%). В 2009 году по сравнению с предыдущим годом сравнения в смешанной поликлинике №5 изучаемый показа-

тель увеличился на 1,1%. В других поликлиниках отмечено его увеличение в диапазоне от 1,2% в смешанной поликлинике №8 до 11,1% в смешанной поликлинике №1, при росте среднего показателя на 3,6%.

Таким образом, исследования показали, что в течение 2005-2009 годов в г. Алматы происходили позитивные количествен-

ные и структурные изменения. Установленные тенденции были связаны не только с улучшением инвестиционного климата в здравоохранении г. Алматы, но и свидетельствовали о более интенсивном ресурсном насыщении медико-технологических процессов.

Меры профилактики нарушений внешнего дыхания при хирургическом лечении вентральных грыж

Жуловчинов М.М.

Военный клинический госпиталь Министерства обороны Республики Казахстан

Наиболее частым послеоперационным осложнением у больных с вентральными грыжами является нарушение легочной вентиляции. Анализ историй болезни показал, что из 26 умерших больных после операции грыжесечения у 10 (38,5%) основной причиной смерти явилась острая легочно-сердечная недостаточность.

Согласно литературным наблюдениям (Шальков Ю.Л., Кобландин С.Н. 2003 г.) объем грыжевого выпячивания при больших, гигантских грыжах составил, в среднем, 450-620 мл. В связи с этим оперативное вмешательство, связанное с вправлением грыжевого содержимого в брюшную полость и уменьшением дефекта, приводит к уменьшению жизненной емкости легких, повышению внутрибрюшного давления на 30-50 см. Н₂O усугубляя дыхание за счет поднятия диафрагмы и пареза кишечника, в последующем ухудшающего легочную вентиляцию.

Основную роль в профилактике дыхательной недостаточности мы придаем уменьшению внутрибрюшного давления. Это достигается постоянной декомпрессией желудка и верхних отделов тонкого кишечника назогастральным зондом. Зонд вводился до операции трансназально и отсасывалось содержимое

желудка, суточное количество которого было в пределах 350мл без учета газа. Параллельно проводился контроль внутриполостного давления через баллончик в сравнении с аналогичными измерениями непосредственно в брюшной полости. В ходе самой операции устанавливался интестинальный зонд Шалькова Ю.Л. в просвет тонкого кишечника. Дренажное верхних отделов кишечной трубки с 3-4 кратной аспирацией желудочно-кишечного содержимого, до появления активной перистальтики, после операции, под контролем внутрибрюшного давления, в сочетании с лекарственной профилактикой легочных осложнений, позволили снизить летальность после пластики больших грыж с 9,3% до 4,2% (P< 0,05).

Литература

1. Женчевский Р.А. «Спаечная болезнь». Москва. Медицина. 1989. 192.
2. Петров В.П., Ерюхин И.А. «Кишечная непроходимость». Москва. Медицина. 1989. 286 С.
3. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. «Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии». Руководство для врачей. Москва. Медицина. 1990. 560 С.
4. Алиев М.А., Шальков Ю.Л. «Хирургия кишечной непроходимости». 1996. 286 С.

Опыт применения спленоренального анастомоза при декомпенсированном циррозе печени, портальной гипертензии

Таласбаев Е.Т., Кидирмаганбетов И.Л., Жуловчинов М.М.

Военный клинический госпиталь Министерства Обороны Республики Казахстан г. Алматы

В экономически развитых странах цирроз печени входит в число шести основных причин смерти пациентов от 35 до 60 лет, составляя 14-30 случаев на 100 тыс. населения. Ежегодно в мире умирают 40 млн. человек от таких заболеваний печени, как – вирусный цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома, развивающаяся на фоне носительства вируса гепатита В. В странах СНГ цирроз печени встречается у 1% населения. Чаще всего (в 75-80%) первопричиной цирроза печени являются вирусный агент, либо хроническое злоупотребление алкоголем. Цирроз печени чаще наблюдается у мужчин: соотношение мужчин и женщин составляет в среднем 3:1. Цирроз печени может развиваться во всех возрастных группах, но чаще это заболевание печени встречается после 40 лет.

Приводим собственное наблюдение.

Больной А., 1957 г.р. поступил в общехирургическое отделение с диагнозом «Цирроз печени, как исход вирусного гепатита «С». Портальная гипертензия. Гиперспленизм. Варикозное расширение вен пищевода III степени. Асцит», в плановом порядке. Из анамнеза, в 2008 году самостоятельно определил опухолевидное образование в левом подреберье, которое причиняло болевые ощущения, особенно при положении на животе. В дальнейшем при обследовании установлена спленомегалия, явления гиперспленизма, варикозное расширение вены пищевода. На ИФА выявлен гепатит «С». В течение года трижды проведено стационарное лечение по поводу цирроза печени (вирусной этиологии анти НС+) в стадии субкомпен-

сации, синдром портальной гипертензии, асцит. В результате лечения явления асцита купированы. Больному проведена гепатотропная терапия. При поступлении жалобы на чувство тяжести в верхней половине живота, больше в левом подреберье, где пальпируется плотное образование. Снижение аппетита, явления астенизации. При предоперационном обследовании установлено: Маркер гепатита «С»-положительный; УЗИ органов брюшной полости – цирроз печени, диффузные изменения паренхимы печени, хронический холецистит, гепатомегалия, асцит (свободная жидкость в малом тазу 110, 0 мл), выраженный пневматоз кишечника, спленомегалия (20,0 x 9,0 см); ЭФГДС – в нижней трети пищевода слизистая рыхлая, с мраморным оттенком, варикозно расширенные вены в виде узлов, которые выбухают в просвет пищевода (варикозное расширение вен III степени); Общий анализ крови – гемоглобин 126 г/л, эритроциты 4,0 x 10¹², гематокрит 36,7, тромбоциты 74 x 10⁹, лейкоциты 2,7 x 10⁹ (п/я-6, с/я -76, м-2 л-16), СОЭ -7 мм/час; Общий анализ мочи без патологии; Биохимический анализ крови : глюкоза - 6,0 ммоль/л, АСТ- 53 Ед/л, АЛТ- 57 Ед/л, билирубин общий -29 мкмоль/л, холестерин - 3,2 ммоль/л, белок общий -79,3 г/л, мочевины- 6,8 ммоль/л, креатинин - 90,8 мкмоль/л. Коагулограмма – протромбиновый индекс - 76%, общий фибриноген - 2,2 г/л.

В предоперационном периоде с целью коррекции тромбоцитопении больному переливалась тромбоцитарная масса, но заметного эффекта не было достигнуто. Мало того, на

фоне лечения усилилась лейкопения и тромбоцитопения. Данный больной по классификации степени тяжести цирроза по Чайльду-Пью относится к классу «В».

09.01.09 в плановом порядке под общим обезболиванием проведена операция – лапаротомия по Де Васко, спленэктомия, спленоренальный анастомоз, гастротомия, прошивание варикозных вен абдоминального отдела пищевода, дренирование брюшной полости. На операции: печень цирротически изменена, селезенка резко увеличена в размерах (22 x 15 x 8 см), синюшно-багрового цвета, в левой половине брюшной полости серозный выпот в объеме около 500,0 мл, селезеночная вена 12 мм в диаметре, спленэктомия, спленоренальный анастомоз по типу «конец-в-бок», при гастротомии варикозные вены на уровне пищеводно-желудочного перехода диаметром около 6 мм – прошиты Z – образным швом, в пищевод и желудок установлен зонд Блекмора с профилактической целью, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал гладко. Гистологическое заключение: в ткани селезенки расширенные полнокровные синусы. У зонда Блекмора через сутки были спущены баллоны, но оставлен, и удален на вторые сутки. В раннем послеоперационном периоде отмечались явления энцефалопатии легкой степени (адекватный, контактный, но в речи отмечаются повторы). Помимо комплексной инфузионной, антибактериальной терапии, больному проводилась профилактика тромбоза сосудистого анастомоза (гепарин, пентоксифиллин). На 5-е сутки нормализовались показатели крови. Больной был выписан домой на 14-е сутки в удовлетворительном состоянии с рекомендациями. Спустя 7 месяцев больной поступает в общехирургическое отделение для обследования и консервативного поддерживающего лечения. Отмечена положительная клиникалабораторная и инструментальная динамика заболевания, но сохраняются явления энцефалопатии легкой степени, которые проявляются астеническим синдромом. Также отмечался однократный приступ макрогематурии. При котором были взяты анализы крови и мочи (патологии не выявлено). Приступ был купирован медикаментозно. В биохимическом анализе крови

отмечено лишь повышение уровня трансаминаз в 1,5 раза от нормы. На УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, имеются диффузные изменения паренхимы печени, левая почка обычных размеров, свободной жидкости в брюшной полости нет.

Таким образом: Сосудистые анастомозы следует признать операцией выбора для больных циррозом печени класса «В» по Чайльду-Пью без признаков активности и с удовлетворительными параметрами центральной и печеночной гемодинамики. Для больных циррозом печени класса «С» этот вопрос остается пока предметом исследования. Основная летальность приходится именно на эту категорию больных в первый год после операции в связи с прогрессированием печеночной недостаточности. В отличие от резекции пищевода и желудка эта операция не приводит к более тяжелой инвалидизации больных и не ухудшает качества их жизни. Однако в отдельных случаях нельзя исключить возможность гастрэктомии, когда сосудистый шунт невыполним. А доминирующим симптомом являются ВРВ желудка и гастропатия. Такое вмешательство может рассматриваться как операция выбора у ранее не оперированных больных. После установления диагноза «портальная гипертензия» больной должен быть направлен в специализированное отделение как можно раньше, до возникновения кровотечения. На фоне асцита могут быть проведены операции в декомпенсированной стадии и достигнут успех.

Литература

1. Ерамишанцев А.К. «Развитие проблемы хирургического лечения кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка». *Анналы хирургической гепатологии-2007. Т.12.№ 2. С.8-16.*
2. Пацiora М.Д. «Хирургия портальной гипертензии». Ташкент: Медицина, 1984. 319 С.
3. Углов Ф.Г., Карякина Т.О. «Хирургическое лечение портальной гипертензии». Л. Медицина, 1964. 220 С.
4. Камалов Ю.Р., Сандриков В.А., Бохан Т.С. и др. «Ангиология сосудистой хирургии». 1999. Т.5, № 2 С. 25.

Применение ушных капель, содержащих ципрофлоксацин, при лечении острых и хронических воспалительных заболеваний уха

Байдельдинов М.Г.

АО «Медицина катастроф» Костанайская железнодорожная больница

В лечении острых и хронических заболеваний уха в стадии обострения основной задачей является остановка гнойотечения, купирование болевого синдрома, восстановление слуха. Эти задачи можно успешно лечить только при комбинированном подходе к лечению патологии уха.

Одно из ведущих значений в комплексе лекарственных средств играют препараты местного применения – ушные капли. Существует целая группа препаратов, которые могут и должны успешно применяться для лечения перфоративных форм среднего отита, не обладающие ототоксическим действием. К ним относятся антибиотики группы фторхинолонов. Ципрофлоксацин – «золотой стандарт» среди фторхинолонов. Имеет широкий спектр действия, активен как в отношении грамположительных, так и грамотрицательных микроорганизмов. Для местного применения выпускается в форме ушных капель Ципромед. Он эффективен против наиболее распространенных возбудителей острого и хронического отита, имеет постантибиотический эффект. Ципромед действует как на размножающихся бактерий, так и на находящиеся в стадии покоя. Капли Ципромед на безводной основе, поэтому оказывает пролонгированное воздействие в барабанной полости.

Учитывая широкий антимикробный спектр ципрофлок-

сацина, мы применяли ушные капли Ципромед для лечения разнообразных форм отитов.

Применение ушных капель при различных формах отитов наружные отиты - 27

острые средние гнойные перфоративные отиты - 35

обострение хронических мезотимпанитов - 32

Капли применяли после санации по 5 капель в ухо три раза в день. Предварительно флакон согревали до температуры тела.

Побочных явлений при применении ушных капель ципромед не было.

Результат: У 5 больных с диагнозом «Хронический мезотимпанит» отмечалось слабо выраженное жжение в ухе. Это связано с воздействием пропиленгликоля на воспаленную слизистую оболочку среднего уха.

Ни у одного больного не отмечалось резистентности к терапии. Купирование воспалительного процесса в среднем ухе наступало без назначения системной антибиотикотерапии.

Наиболее быстрое достижение результатов получено при обострениях хронического мезотимпанита.

Выводы: Ушные капли, содержащие ципрофлоксацин на безводной вязкой основе можно рекомендовать в качестве пре-

парата выбора для лечения гнойно-воспалительной патологии наружного и среднего уха.

Литература

1. Косяков С.Я., Ткачев А.М. Место ципрофлоксацина в топической

фармакотерапии отитов. – 2009.

2. Рязанцев С.В. Этиопатогенетическая терапия острых средних отитов. //Методические рекомендации. – СПб.- 2007.- 32с.

3. Тарасова Г.Д. Тактика лечения больных с воспалительными заболеваниями уха. //Российская оториноларингология. – 2007. - №1(26) – 202-206 с.

Клинический опыт применения препарата Циннабсин в лечении синуситов

Байдельдинов Б.Г.

АО «Медицина катастроф» Костанайская железнодорожная больница

В оториноларингологической практике одну из наибольших групп заболеваний составляют синуситы. Пациенты с острыми и хроническими синуситами составляют около 30% всех ЛОР-больных. Почти 15% населения болеют синуситами и в 30% случаев эти заболевания своевременно не диагностируются. Их количество увеличивается, этому способствует ухудшение экологической обстановки, ослабление иммунитета, увеличение аллергических проявлений, развитие антибиотико-резистентных штаммов микроорганизмов. От нормального функционирования околоносовых пазух зависит состояние нижних дыхательных путей, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и других органов и систем. Синуситы часто приводят к развитию орбитальных и интракраниальных осложнений, а клинические проявления этих заболеваний – затрудненное носовое дыхание, выделения из носа, головная боль – существенно снижают качество жизни пациента.

Ранняя и точная диагностика, предпочтение консервативного лечения – такова современная концепция терапии риносинуситов. Но диагностировать синусит – это еще не решение проблемы, необходимо раннее и комплексное его лечение. Эффективным оно станет только тогда, когда будет воздействовать на все звенья патологического процесса. Риногенные синуситы характеризуются полиэтиологичностью и полиморфизмом клинических симптомов. В большинстве случаев они возникают на фоне ОРВИ с нарушением иммунитета, реологических свойств носового секрета, мукоцилиарного транспорта, отеком слизистой оболочки и ухудшением дренажной функции околоносовых пазух. Поэтому для эффективного лечения синусита необходимо влиять на все звенья патологического процесса.

Наиболее универсальным комплексным препаратом, действие которого охватывает все звенья патогенеза и весь симптомокомплекс воспалительного процесса околоносовых пазух, является Циннабсин. Состав препарата подобран таким образом, чтобы каждый ингредиент содействовал положительному влиянию всей комбинации на протекание заболевания. Препарат Циннабсин использовался для лечения у 25 пациентов с острыми и 17 – с хроническими формами синуситов в возрасте от 25 лет.

Среди острых форм у 12 пациентов диагностирована катаральная, серозная формы синусита. У 13 – гнойная форма. Все пациенты с хроническими формами синусита имели признаки

гнояного процесса околоносовых пазух. Учитывая состояние околоносовых пазух на основании данных анамнеза и протекания заболевания, клинической картины, эндоскопического и рентгенологического исследований, поражение верхнечелюстной пазухи отмечено у 14 больных с острыми и 8 больных с хроническими синуситами. Гемисинусит диагностирован у 7 больных с острым и у 5 с хроническим синуситами. Пансинусит – у 5 с острым и у 3 с хроническим процессом.

Все больные принимали Циннабсин по 1 таблетке каждый час 3 дня (не более 12 раз в день) до улучшения, затем по 1 таблетке 3 раза в день до полного выздоровления. Курс составил 10 дней.

Результат лечения. Учитывались субъективные и объективные критерии. Субъективные: головная боль, боли в области околоносовых пазух, заложенность носа, затруднение носового дыхания, слизистые или гнойные выделения из носа, нарушения общего состояния. Объективные критерии: данные оптической эндоскопии носа, состояние носового дыхания. При острых формах синусита позитивный эффект использования Циннабсина наблюдали на 3-й день лечения, при хронических формах – на 7-й день лечения. При острых формах синусита 94% больных на 14 день лечения не имели жалоб. 52% больных с хроническими формами для полного выздоровления понадобилось более длительное лечение (до 2 месяцев).

У 4 больных применение Циннабсина не дало существенного улучшения. Было проведено дополнительное исследование (компьютерная томография), в результате чего выявлены кистозные образования верхнечелюстных пазух. У 3 больных выявлены анатомические аномалии, было рекомендовано оперативное лечение.

Вывод: Высокий терапевтический эффект хорошая переносимость, удобство применения, отсутствие побочных эффектов, позволяет рекомендовать Циннабсин для профилактики и лечения различных форм синусита.

Литература

1. Тышко Ф.А., Гладуш Ю.И., Горбунов Э.Н. Опыт лечения больных острыми синуситами. //Оториноларингология, №3. – 2001.

2. Тимен Г.Э., Борзенко И.А. Лечение больных острым и хроническим синуситами Циннабсином// Журнал ушных, горловых и носовых болезней. 1999. - №5

Надгортанный воздуховод и его применение на догоспитальном этапе

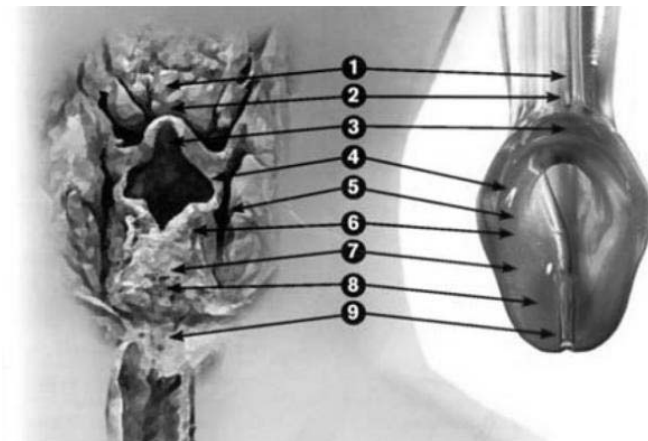
Ирхин А.В.

Станция скорой помощи г. Алматы, подстанция №3

Давайте поговорим об очень перспективном, для применения в условиях скорой помощи, надгортанном воздуховоде под названием i-gel.

По форме, мягкости и очертаниями надгортанный воздуховод i-Gel (произносится «ай-джел») повторяет периларингеальную анатомию, что позволяет ему занимать идеально

правильное положение при введении. То факт, что манжета ларингеальной маски i-Gel не требует раздувания практически исключает риск травмы от ее чрезмерного раздутия и делает Ай-Джел (i-Gel) идеальным решением в тех ситуациях когда требуется незамедлительное, простое введение ларингеальной маски за короткое время. Опытный анестезиолог проводит вве-



1. Язык
2. Корень языка
3. Надгортанник
4. Черпалонадгортанные складки
5. Грушевидная ямка
6. Задняя группа хрящей гортани
7. Щитовидный хрящ
8. Перстневидный хрящ
9. Вход в пищевод.

дение ларингеальной маски i-Gel менее чем за 5 секунд!

Не правда ли уникальное приспособление?! Рассмотрим его подробнее.

На рисунке показано строение надгортанного воздуховода i-gel.

Основными структурами являются:

1. 15-мм коннектор – он многофункционален:
 - является стандартным коннектором, для соединения с дыхательной аппаратурой;
 - в правом фланце коннектора расположен проксимальный порт желудочного канала (Порт не препятствует подсоединению коннектора к переходникам и трубкам);
 - встроенное защитное усиление от повреждения зубами расположено дистальнее фланцев коннектора, в центре проксимального участка ротового стабилизатора;
 - ориентир для правильной установки: воздуховод введен правильно, если черная горизонтальная линия располагается на уровне зубов;
 - легко различима ключевая информация о продукте: размер воздуховода и соответствующий ему вес больного;
2. Желудочный канал. Через него можно отсасывать содержимое желудка, устанавливать назогастральный зонд, удалять избыток воздуха, так как верхушка I-gel плотно и анатомично устанавливается во входное отверстие пищевода.

Размер I-gel	Максимальный размер назогастрального зонда (Fr)
1,5	10
2	12
2,5	12
3	12
4	12
5	14

3. Ротовой стабилизатор конструктивно приспособлен адаптировать свою форму к кривизне ротоглотки больного. Его уплощенная и вогнутая форма препятствует вращению, снижая риск установки в неправильную позицию и обеспечивая хорошую вертикальную устойчивость.

4. Блокатор надгортанника - это защитный гребень предохраняющий надгортанник от складывания, которое может быть причиной обструкции дыхательных путей, а так же предотвращает движение воздуховода кверху и потерю контакта верхушки воздуховода со входом в пищевод.

5. Мягкая нераздувная манжета точно соответствует структурам гортаноглотки. Каждой из них соответствует определенной формы углубление на манжете, что помогает обеспечить герметичность. Верхушка воздуховода obturiрует вход в пищевод, изолируя его от входа в гортань. Благодаря форме наружной поверхности манжеты не создается избыточного давления на структуры гортаноглотки, что позволяет сохранить их нормальное кровоснабжение и снижает риск повреждения нервов.

Скользя по стенке глотки во время установки, воздуховод становится более узким и вытянутым, что генерирует тягу вовне, которая, в свою очередь, обеспечивает герметичный контакт со структурами гортаноглотки.

На рисунке показано соответствие манжеты анатомическим структурам.

Подготовка к установке

Пациент должен иметь достаточную степень релаксации для атравматичного введения i-gel. Если степень релаксации недостаточна и при этом пациент находится без сознания, то проблема обычно решается в/в введением 5-10 мг диазепама или 2,5-5 мг мидазолама. После релаксации нижней челюсти прекращают ингаляцию анестетика и приступают к введению I-gel.

Если планируется ИВЛ, то следует использовать миорелаксант (атракурий, векуроний, рокуроний и пр.).

Однако применение этих препаратов требует подготовки и практики. Мы же говорим о применении i-gel не только врачами специализированных, но и линейных бригад. Следовательно рекомендуем премедикацию барбитуратами и/или опиоидами короткого действия (фентанил)

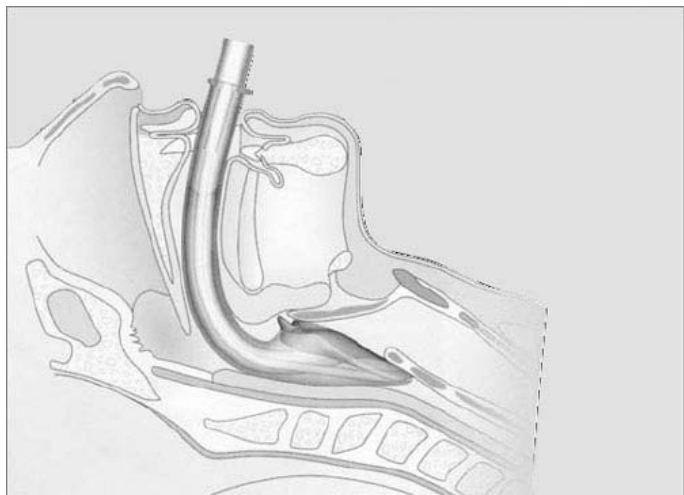
Во всех случаях необходима предварительная оксигенация.

Нужно удостовериться в том, что размер I-gel выбран правильно. Он зависит от телосложения и веса больного. Следует отметить, что I-gel выглядит меньше, чем иные надгортанные воздуховоды с раздувной манжетой.

Размер I-gel	Вес больного (кг)
5	большой взрослый 90 и >
4	средний взрослый 50-90
3	малый взрослый 30-60
2,5	Большой педиатрический 25-35
2	Малый педиатрический 10-25
1,5	Ребенок первого года жизни 5-12
1	Новорожденный 2-5

Всегда под рукой должны быть экземпляры I-gel размером больше и меньше выбранного.

За минуту до завершения предварительной оксигенации раскройте лоток и поместите воздуховод на его внутреннюю половину. Выдавите небольшую каплю смазки, изготовленной на водяной основе (например, K-Y Jelly) на гладкую поверхность лотка. Смазка наносится тонким слоем на переднюю, заднюю и боковую поверхности манжеты. Необо-



димо убедиться, что в чаше манжеты или еще где-либо на поверхности воздуховода не осталось загустевшего lubricанта. Не кладите воздуховод прямо на грудную клетку больного или на подушку (это нарушает стерильность); всегда используйте лоток из упаковки. Не применяйте нестерильные марлевые салфетки и другие перевязочные материалы для нанесения lubricанта на воздуховод.

Адекватная подготовка, хорошее увлажнение надгортанного воздуховода lubricантом, правильное положение головы и шеи больного и оптимальное открывание рта – все эти факторы исключительно важны для успешной установки i-gel.

Техника установки

Перед введением i-gel следует извлечь съемные зубные протезы и ортодонтические пластинки.

1. Плотно захватите увлажненный lubricантом i-gel в области защитного усиления. Расположите его так, чтобы апертура i-gel была направлена в сторону подбородка больного.

2. Голова должна быть разогнута в атлантозатылочном сочленении (поза «человека, вдыхающего утренний воздух»). Исключая случаи перелома шейного отдела позвоночника или подозрения на таковой. Перед введением i-gel нужно слегка надавить на подбородок. Дистальный кончик воздуховода вводят в рот больного по направлению к твердому небу.

3. Оказывая давление – непрерывное, но не чрезмерное – i-gel направляют вниз и назад вдоль твердого неба, пока не возникнет ощущение значительного сопротивления. Не прикладывайте чрезмерной силы во время введения i-gel. В ходе установки нет необходимости вводить пальцы в рот больного. Если слишком рано в ходе введения появилось ощущение сопротивления, то рекомендуется выдвинуть вперед нижнюю челюсть или провести «глубокую ротацию». Иногда ощущение сопротивления возникает слишком рано в ходе введения. Это может быть обусловлено прохождением чаши i-gel между небными дужками. В том случае, когда появилось ощущение сопротивления, а зубы находятся на уровне защитного усиления, не нужно пытаться провести i-gel глубже, прикладывая чрезмерную силу.

Ощущение значительного сопротивления свидетельствует о том, что кончик i-gel упирается во входное отверстие пищевода, а манжета находится в контакте со структурами гортаноглотки. Резцы больного должны находиться на уровне встроенного защитного усиления.

На рисунке показано положение i-gel после введения

Как правило, i-gel удерживается на месте самостоятельно. Вместе с тем, при необходимости его можно закрепить с помощью бинта или лейкопластыря.

При введении надгортанного воздуховода необходимо соблюдать следующие меры предосторожности:

1. При проведении ИВЛ пиковое давление в дыхательных путях не должно превышать 40 см. вод. ст.

2. Нельзя применять избыточную силу при установке i-gel или проведении через его желудочный канал назогастрального зонда.

3. Нельзя устанавливать i-gel больше чем на 4 ч.

Рассмотрим показания к применению надгортанного воздуховода. Они довольно обширны. Однако в условиях СМП он может применяться для:

1. обеспечения проходимости дыхательных путей, при проведении ИВЛ и сердечно-легочной реанимации у больных на догоспитальном этапе сотрудниками бригады скорой помощи при трудной или неудавшейся интубации трахеи.

2. использования в качестве проводника для эндотрахеальной трубки при трудной или неудавшейся интубации трахеи. Однако при этом могут встречаться затруднения с трубками отдельных производителей. При проведении через i-gel трубку необходимо хорошо смазать.

Размер i-gel	Максимальный размер эндотрахеальной трубки (с манжетой), которую можно провести через i-gel
3	6,0 мм
4	7,0 мм
5	8,0 мм

А есть ли противопоказания к введению i-gel? Производители на обманывают нас – противопоказания есть.

1. Полный желудок.

2. Заболевания и состояния, повышающие риск полного желудка: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, сепсис, сахарный диабет, ожирение, беременность, операции на верхнем отделе ЖКТ в анамнезе и т. д.

3. Оценка 3 по шкалам ASA и Маллампати.

4. Тризм, затрудненное открывание рта, абсцессы и объемные образования глотки и гортаноглотки.

И в заключении не много личных впечатлений

Надгортанный воздуховод i-gel вызывает положительные эмоции. Он очень прост в установке (которая успешна в подавляющем большинстве случаев) и достаточно атравматичен. Учитывая, складывающееся в последнее время в мире, отношение к эндотрахеальной интубации на догоспитальном этапе i-gel имеет неплохой шанс стать основным надгортанным воздуховодом для обеспечения проходимости ВДП во внебольничных условиях не-реаниматологами (спасатели, парамедицинский персонал, персонал линейных бригад СМП и т. д.).

В странах СНГ (Беларусь, Россия) i-gel уже не первый год состоит на оснащении бригад СМП и вызывает положительные эмоции не только у работников бригад СМП, но и работников стационаров.

Не секрет, что врачи с опаской относятся к новым методам. Недоверие к подобного рода устройствам имеет под собой обычные следующие причины:

- сомнение в надежности обеспечения ими проходимости ВДП;

- осознание ненадежности защиты надгортанными девайсами дыхательных путей в плане развития аспирации;

- опасения из-за возможного смещения воздуховода во время транспортировки пациента.

По первому пункту - уже давно доказано, что ларингеальная маска и ее аналоги обеспечивают проходимость дыхательных путей очень надежно, с чем и связано их повсеместное включение в протоколы ведения трудной интубации во всех развитых странах.

Со вторым пунктом сложнее. Теоретическая возможность аспирации существует. В этом плане эндотрахеальная трубка выигрывает и это понятно. С другой стороны, существует значительный опыт применения подобного рода устройств в ситуации полного желудка (в акушерстве) и реальная опасность аспирации при их применении оценивается как очень низкая, о чем имеется масса сообщений. Также накоплен значительный опыт (и он продолжает накапливаться) применения ларингеальных масочных воздуховодов на догоспитальном этапе.

Никаких сообщений о массовых аспирациях ни в литературе, ни в периодических изданиях нет.

Ну и по третьему пункту. Безусловно, трубе с манжетой и здесь выигрывает, но, тем не менее, опытным путем давно установлено, что даже классическая LMA, при корректной установке и хорошей фиксации, держится достаточно надежно и при транспортировке не смещается. В анестезиологии накоплен значительный опыт использования ларингеальных масок при операциях в положении на боку, в стоматологии, при операциях в ЛОР-практике, лапароскопических вмешательствах и т. д.

Противопоставление надгортанных воздухопроводов интубационной трубке не совсем корректно, так как первые всегда будут проигрывать по надежности, степени защиты дыхательных путей и т. д. Но в условиях догоспитального этапа мы всегда должны учитывать такие аспекты, как простоту, быстроту и атравматичность установки. Частота ятрогенных травм при до-

госпитальной интубации трахеи очень высока, высока частота неправильного расположения эндотрахеальной трубки, что влечет за собой самые разнообразные последствия. Так как зачастую интубация выполняется персоналом, проводящим ее от случая к случаю и поэтому не имеющим достаточного опыта в этом отношении.

Лично я неоднократно применял i-gel и остался доволен простотой и надежностью данного воздуховода. Особенно при обслуживании вызовов в общественных местах, на глазах у многочисленных зевак, где скорость и точность работы важны не только для жизни пациента, но и для престижа скорой помощи.

Поэтому в плане простоты, быстроты и корректности установки альтернативы ларингеальным масочным воздуховодам пока что нет, и именно это дает нам повод обратить на них самое пристальное внимание.

Реконструкция цепи слуховых косточек титановыми протезами при нарушении слуха

Жакенова С.С., Амангалиев А.Б.

Центральная клиническая больница УДП РК, г. Алматы

Введение

В течение многих лет хирургическое лечение при хроническом среднем отите применялось, прежде всего, для санации патологического очага и предупреждения серьезных осложнений. На сегодняшний день в качестве замены разрушенных слуховых косточек используют протезы (обработанные соответствующим образом кусочки кости, хряща, пластмассы, титановые протезы) [1]. Идеальная реконструкция цепи слуховых косточек должна быть относительно легко выполнима, материал хорошо переносимым, случаи экстрезии редкими, а функциональные результаты приемлемыми. Таким материалом на сегодняшний день является титан [2].

Целью

нашей работы было исследование эффективности использования титановых протезов для замещения дефектов цепи слуховых косточек при нарушении слуха.

Материалы и методы

В нашей клинике за период с 11.2010г по 07.2011г было прооперировано 13 пациентов, из них 9 - с хроническим средним отитом, 4 – со склерозом. Были использованы протезы слуховых косточек из титана. Возраст больных колебался от 22 до 58 лет, среди них было 12 женщин и 1 мужчин. Пластику дефектов цепи слуховых косточек выполняли с целью улучшения слуха. Кроме этого, 4 (22,2%) пациентам проводили санирующую операцию с сохранением задней стенки наружного слухового прохода, 3 (16,6%) – стапедопластику, а 11 (61,1%) – только тимпанопластику. При этом полный протез слуховых косточек (Ariel-Total) был применен у 7(38,8%) больных, а частичный (Bell) – у 6 (33,3%) больных.

Всем больным перед операцией и через 3 месяца после операции проводили компьютерную томографию височных костей и аудиологическое исследование, включающее определение средней потери слуха (СПС) и костно-воздушный интервал (КВИ). Если КВИ достигал 20 дБ и менее, то функциональный результат операции считали удовлетворительным.

Результаты

Больные находились под наблюдением врача в течение 2-3-х месяцев после выписки из стационара с последующим аудиологическим исследованием через 3 месяца. У 2 (11,1%) больных наблюдалась послеоперационная оторрея, купированная консервативным лечением. У 1 (5,5%) больной сохранялась перфорация барабанной перепонки, потребовавшая повторную операцию. У 1 (5,5%) больного производилась ревизия ранее оперированного уха, с установкой титанового шунта. У 3 (16,6%) больных с холестеатомой и смешанной тугоухостью, установка протеза дала незначительный результат. В среднем СПС уменьшилась с 60 дБ перед операцией до 36 дБ через 3 месяца после операции, а КВИ уменьшился с 37 дБ до 23 дБ. Удовлетворительный результат операции имел место в 53% случаев, при этом самый отдаленный результат был оценен через 6 месяцев.

Заключение

Результаты наших наблюдений подтверждают, что титановые протезы относительно легки в использовании. Титан является удовлетворительным материалом для использования в оссикюлярной реконструкции, так как легко устанавливается, имеет невысокую частоту экстрезии и хорошую тканевую толерантность и дает удовлетворительные функциональные результаты. Применение титановых протезов для реконструкции цепи слуховых косточек с целью улучшения звукопроводения позволило добиться большей эффективности восстановления слуха и улучшения качества жизни пациентов.

Список литературы

1. Сушко Ю.А., Борисенко О.Н. Лечение хронического среднего отита //Журнал ушных, носовых и горловых болезней.-2004.- №1-С. 13-15
2. Вишняков В.В. Реконструкция цепи слуховых косточек титановыми протезами //Вестник оториноларингологии – 2009.- №.2-С.45-47.

Инородные тела желудочно-кишечного тракта в экстренной хирургии

Турганбаев С.М.
ЦГКБ, Алматы

В приемный покой хирургии ЦГКБ г. Алматы за 2010 и 8 месяцев 2011г обращались 282 пациента по поводу жалоб на наличие инородного тела ротоглотки, пищевода, желудка и толстого кишечника. При эзофагогастродуоденоскопии инородные тела выявились у 122 человека. Из этого количества инородные тела локализовались в пищеводе у 104 пациентов, что составляет 88%, 16 (10%) в желудке и 2 (2%) в толстой кишке. У остальных при осмотре, инородных тел выявлено не было. Поводом для обращения являлось чувство инородного тела после употребления в пищу характерного питания (рыба, шашлыки из окорочков, а также мелких бытовых предметов), которые не задержались в пищеводе и глотке, а оставили после себя глубокие ссадины, которые и вызывали болевое ощущение. На момент обращения состояние больных расценивалось как относительно удовлетворительное. Тяжесть состояния обуславливалось как характером инородного тела, так и длительностью нахождения в просвете органа. Консервативные методы проводимые по поводу данной патологии, чаще всего не эффективны.

На момент поступления в приемный покой, жалобы были характерные: боли за грудиной, усиливающиеся при приеме пищи или просто глотании, гиперсаливации, и просто рвота при приеме пищи, а также чувство страха удушья.

В приемном покое хирургии больные были обследованы: общий анализ крови и мочи были в пределах нормы. Рентгенологически также острой хирургической патологии на момент осмотра не было выявлено. При этом рентгенологическая картина давала заключение о наличии инородного тела у 12 больных, что составляет 8 % от общего количества больных с инородным телом.

Чаще всего встречаются инородные тела в устье пищевода 52(88%) человека в виде рыбных костей. И именно их обнаружить наиболее сложно, так как рентгенологически их порой не видно, а из-за того, что они мелкие и бесцветные, визуально их трудно обнаружить. При обнаружении вывести их наружу при помощи биопсионных щипцов, как правило, относительно не сложно. Рекомендуем после удаления санацию ротовой полости, ротоглотки фурацилином, стрептоцидом 2-3 дня. Осложнений при этом не встречалось. Наибольшую трудность представляют инородные тела пищевода, задержавшиеся в патологических сужениях (постожоговые стриктуры, раковые стриктуры). Трудность связана с ограниченным пространством в пищеводе, выраженным при этом рвотным рефлексом и психическим возбуждением больного (страх смерти). Возможность перфорации пищевода при удалении инородного тела определяет основное правило: куда легче, туда и проводить инородное тело (либо наружу, либо в желудок). Первоначально производятся попытки извлечь их наружу.

Куски мяса предварительно делятся на части при помощи захватывающих щипцов, ножниц, петель.

Острые кости, иглы, гвозди удаляются при возможности тупым концом вверх с помощью петли. Основное препятствие при удалении наружу представляет устье пищевода, где нередко инородное тело срывается с захватывающего инструмента, либо вклинивается в слизистую острыми концами. Большую группу инородных тел составляют куски мяса, шашлыка, которые полностью obtурируют просвет пищевода, вызывая характерные жалобы – боли за грудиной, срыгивание жидкостей, гиперсаливацию. По этому поводу в приемный покой хирургии за один только 2010 год, обратились 12 больных. При этом длительность заболевания варьировала от 1 часа до 3-х суток.

Поздно обращаются больные из сельской местности. При этом удаление происходит с техническими трудностями из-за выраженного отека, спазма, начинающихся пролежней пищевода. После уменьшения спазма при помощи спазмолитиков, также инородные тела чаще всего проводятся в желудок. При этом не стоит прилагать больших усилий при проведении, так, как неизвестно, что находится в пищеводе, за инородным телом, препятствующим для свободного прохождения пищевых масс.

Отдельную группу представляют инородные тела желудка. Это предметы, проглоченные случайно (швейные иглы, мелкие гвозди, пуговицы). Инородные тела, проглоченные умышленно: ложки, ножи, крупные гвозди, контейнеры с наркотиками и т.д. При инородных телах желудка, симптомы скудные.

При наличии в желудке крупных предметов обычно беспокоят тупые боли, усиливающиеся после приема пищи, чувство тяжести желудка. Мелкие инородные тела вообще не беспокоят. Сильные боли возникают, если произошла перфорация острым предметом в стенку желудка. Рентгенологические исследования являются ценным методом. До эндоскопии оно помогает выявить само инородное тело, его локализацию. Но оно не может являться окончательным, так как может быть ложноположительным или ложноотрицательным. При инородных телах в ротоглотке, кости черепа могут закрывать их в пищеводе, могут мешать кости позвоночника.

Был случай, когда на рентгенографии игла локализовалась, в средней части пищевода, а на самом деле, она находилась в трахее. Поэтому отрицательные рентгенологические данные, могут быть поводом для отказа в дальнейшем обследовании. Лишь признаки перфорации полого органа в виде «свободного газа» являются противопоказанием к эндоскопическому удалению инородного тела.

Как правило, удаление инородного тела проводится в экстренном порядке и специальной подготовки больного не проводится. Промывание желудка не проводится, так как это усиливает перистальтику и затрудняет проведению захвата предметов. К тому же инородное тело может переместиться из желудка через привратник в кишечник, что также намного усложняет задачу. Если инородное тело крупное: большие ложки, гвозди, термометры, то можно манипуляцию отсрочить на 6-8 часов, не опасаясь, что оно эвакуируется из желудка и не перфорирует его.

Обезболивание применяется местное (орошение ротоглотки 2% раствором лидокаина). Общее обезболивание проводят в тех случаях, когда необходима релаксация мышц пищевода (при вклинившемся инородном теле пищевода), а также выраженном психомоторном возбуждении больного. Как дополнение, а иногда и после манипуляций при невозможности вклинившегося инородного тела вводилось в просвет пищевода растительное масло в объеме 5-10мл, после чего инородное тело (как по маслу) спускалось в желудок. Обычно достаточно за 15-20 минут до эндоскопической операции ввести внутримышечно платифилин 0.02% - 1,0мл и плюс ввести внутримышечно папаверин 2%. -2,0мл. Накопительный опыт позволяет удалить практически любое инородное тело пищевода, желудка, если оно не было проглочено умышленно и не введено в пищевод насильственно. Лапаротомия по поводу инородных тел производится только после безуспешной эндоскопической операции, а также при высоком риске перфорации пищевода.

После удаления инородного тела часто остаются ссадины и пролежни. Такие больные нуждаются в экстренной госпита-

лизации в хирургическое отделение с назначением мощной противовоспалительной и антибактериальной терапии. Таких больных было госпитализировано в хирургическое отделение ЦГКБ 7. Для профилактики медиастенита. Назогастральный зонд устанавливается в случаях выраженного посттравматического эзофагита, эрозии, язв пищевода, с целью предотвращения контакта пищи со стенками пищевода.

Срок пребывания в хирургическом отделении больных с данной патологией составляет от 3 до 5 дней.

Выводы

Любое инородное тело можно удалить, если оно не введено насильственно.

При своевременно оказанной помощи (удалении инород-

ного тела, назначении антибактериальной терапии, диеты- исключение грубой, горячей пищи в течении 5 дней), осложнений не было.

Успех эндоскопической операции зависит от эндоскопического оборудования, адекватной анестезии, опыта врача.

Литература

1. Белов И.Н. Диагностическая и лечебная эндоскопия инородных тел пищевода. Вестник хирургии, - 1983, - №5, - С. 62-63
2. Поддубный В.П. Осложнения при удалении инородных тел из пищевода, Труды 2-го Медицинского ордена Ленина государственного института, -1997 –т.82, вып. 17, -С. 5761 (Педиатрия).
3. Савельев А.С. Клиническая эндоскопия, 1985.
4. Волков С.В., Клиническая хирургия, 1978, -№9, -С. 88-92.

Язвенный колит – диагностика и лечение в экстренной службе

Турганбаев С. М.

ЦГКБ, г. Алматы.

Язвенный колит- заболевание толстого кишечника от прямой кишки до слепой. Заболевание представлено воспалительными, геморрагическими, язвенными изменениями. Носят как локальный, так и тотальный характер по протяженности.

В этиологии, патогенезе играет роль генетические факторы, а также немаловажное значение отдается диете, инфекции и вредным воздействиям окружающей среды.

Частота возникновения «первичная заболеваемость» - 4- 10 заболеваний на 100 000 человек в год. Встречаемость (численность больных) 40- 117 на 100 000 человек.

Иммунологическая реакция организма приводит к хроническому воспалению слизистой оболочки толстой кишки.

Клиническая картина протекает в виде обострения, сменяющееся бессимптомными интервалами, при этом больных беспокоит боли в животе, жидкий стул с примесью крови и слизи, а также обострение других хронических заболеваний. Встречались и хронические непрерывно текущие формы язвенного колита.

В приемное отделение ЦГКБ за 2010-2011 год было доставлено и обратилось самостоятельно 230 больных с подозрением на воспалительные заболевания кишечника.

Из них 148 (64%) мужчин и 82(36%) женщины. Возраст при этом колебался от 16 до 51 года. Диагноз язвенный колит был выставлен в 187 случаев, что составляет 81% от общего числа обратившихся.

При сборе анамнеза было установлено, что больные до момента обострения применяли антибиотики в больших дозах, слабительные препараты, препараты железа, после употребления свежего молока, наличие стресса на работе или дома, обострение хронических заболеваний верхних дыхательных путей, а также беременность нередко дает обострение язвенного колита.

Произведя анализ жалоб при обращении и данные объективных исследований, все симптомы можно разделить на 4 категории: 1. кишечные, 2. внекишечные, 3. сопутствующие, 4. лабораторные.

Жалобы на кишечный понос с кровью и слизью было предъявлено в 143 случаях (76%), боли в животе отмечали 108 больных (57%), жалобы на тенезмы предъявляли 171 человек (91%).

При этом обращало на себя внимание анемия различной степени выраженности, лихорадка отмечалась у 104 больных (56%), снижение веса у 89 больных (48%), артриты у 28 (15%), узловатая эритема у 18 больных (10%), а также глазная симптоматика у 11 пациентов (6%), изменения слизистой ротовой полости

и патологии зубов в виде кариеса у 52 больных (28%).

Сопутствующие заболевания встречались в виде первично склерозирующего холангита, амилоидоза, гепатита, болезни Бехтерева.

При поступлении в приемный покой больные были обследованы лабораторно: при этом отмечалось: лейкоцитоз (72%), анемия (96%), повышение С- реактивного белка (30%), повышение альфа 1- гликопротеина (41%), дефицит альбумина (76%).

Сопоставляя все эти данные больных можно разделить на 3 группы по степени тяжести обострения : легкую(5%), средне-тяжелую(61%), тяжелую степени(34%).

Всем больным проводилась дифференциальная диагностика, при этом вместо язвенного колита были выставлены:

- 1) микробный колит , обусловленный сальмонеллами, шигеллами, иерсиниями, амебами и хламидиями 15 больным(34%)
- 2) псевдомембранозный колит в 12 случаях (27%),
- 3) болезнь Крона у 9 больных ((21%),
- 4) ишемический колит в 5 случаях (11,6%),
- 5) медикаментозно индуцированный колит у 6 (14%),
- 6) карцинома толстой кишки у 3 (7%).(растет быстро).

Диагноз ставился на основании клинико- лабораторных данных. В диагностике язвенного колита решающее значение имела колоноскопия с прицельной биопсией.

При колоноскопии было выявлено поражение прямой кишки в 185 случаях (99%), у 93(50%) человек поражалась вся левая половина толстой кишки(прямая кишка, сигмовидная, нисходящий отдел, селезеночный угол), у 51(27%) больного процесс распространялся на правую половину толстой кишки.

Эндоскопическая картина представляет из себя отек слизистой оболочки различной степени выраженности смазаности сосудистого рисунка, сужение просвета толстой кишки, наличие язв и эрозий различного диаметра и глубины, а также наличие крови и слизи. Иногда эндоскопическая картина не соответствует тяжести заболевания язвенного колита.

Наибольшие трудности вызывала дифференциальная диагностика язвенного колита минимальной степени выраженности, когда при эндоскопии нет язв и эрозий, с простым катаральным колитом выраженной степени. При этом вопрос решался на основании данных гистологии.

В 166(89%) случаях больные поступали с клиникой кишечного кровотечения. После проведения гемостатических мероприятий, больные получали базисную терапию. Базисная терапия включает в себя применение 5-АСК (аминосалициловая кислота) перорально от 1,5-3 грамма в сутки, свечи 5- АСК до 1 грамма 2 раза в сутки. При неэффективности основной терапии

применялась гормонотерапия (преднизолон 1,5 гр на кг веса), стероиды (бутасонид в дозе 9 мг в сутки), в особо тяжелых случаях - цитостатики (метотрексан).

За 4 месяца 2011 года при помощи колоноскопии было вновь выявлено 14 случаев язвенного колита. Из них 9 мужчин и 5 женщин, в возрасте от 17 до 22 лет. Основным поводом для обращения и вызова скорой помощи были жалобы на кал с кровью. В стационаре больные находились от 7 до 18 дней.

Эффективность лечения зависит от раннего выявления, лечения в стационаре с профильным отделением, а также поддерживающая терапия вне стационара.

Проведя анализ данных случаев можно утверждать, что основной жалобой больных при первичном обращении боль-

ных, является кал с кровью.

Выводы

- 1) Основными осложнениями язвенного колита являются: кишечное кровотечение с диареей.
- 2) Язвенным колитом страдают люди молодого, трудоспособного возраста.
- 3) При подозрении на язвенный колит, больным необходимо проводить колоноскопию с прицельной биопсией.
- 4) Причинами обострения язвенного колита являются прием высоких доз антибактериальных препаратов, нарушение диеты, стрессы, беременность в первые 3 месяца, обострение хронического бронхита и пневмонии.

Развитие процесса планирования ресурсного обеспечения организаций здравоохранения

Аманов А. Т.

Управление здравоохранения г. Алматы

При ныне действующей системе технического обеспечения представляется необходимым скоординировать систему планирования приобретения медицинского оборудования таким образом, чтобы избежать проблем приобретения ненужного, устаревшего, дублирующего, недоукомплектованного медицинского оборудования, а также решить проблему эксплуатации и обслуживания приобретаемого дорогостоящего оборудования обученным медицинским и техническим персоналом для обеспечения его эффективного, многоцелевого, безопасного, длительного и рентабельного использования.

Проведенный анализ причин неэффективного использования медицинского оборудования позволил разработать рекомендации по методике планового обновления медицинского оборудования в медицинских организациях. В основу системы планового обновления медицинского оборудования в медицинских организациях могут быть положены следующие принципы:

1. Разработка и утверждение приказа о процедуре планирования приобретения медицинского оборудования медицинскими организациями Республики Казахстан.

2. Реализация программы должна предусматривать проведение ежегодных заявочных кампаний по всем организациям, по всей основной номенклатуре медицинского оборудования, используемого при оказании медицинской помощи.

3. Заявочные спецификации должны включать номенклатуру оборудования, достаточную для осуществления всех медицинских технологий, используемых при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий.

4. Сводная годовая заявка должна являться основой для организации соответствующих закупочных процедур и работ по подготовке к получению приобретаемого оборудования (подготовка помещений под монтаж, списание и демонтаж старого оборудования и др.).

5. Приобретение нового медицинского оборудования должно сопровождаться планированием в бюджете ежегодных затрат на его техническое обслуживание на протяжении всего срока эксплуатации.

6. Планирование приобретения необходимого оборудования должно базироваться на основе тщательного анализа текущего положения медицинской организации, ее материально-технических возможностей, потребности в приобретаемом оборудовании, анализе рынка медицинских услуг и предлагаемого оборудования и др. (таблица).

Таблица – Структура приоритетов при планировании приобретения медицинского оборудования

Оценка приоритетов	Мелкое оборуд. для ухода за большим числом больн.	Мелкое оборуд. для ухода за небольшим числом больн.	Ремонт крупного оборуд.	Замена крупного оборуд.	Новое крупное оборуд.
Отсутствие угрожает жизни больных	1	2	1	2	6
Отсутствие снижает качество ухода	2	3	3	3	7
Наличие повысит качество лечения	4	5	5	5	9
Наличие повысит качество диагност.	4	5	5	6	10
Примечание – Шкала оценки: 1 – наивысшая степень очередности в приобретении оборудования, 10 – самая низкая степень очередности в приобретении оборудования					

Методологические основы совершенствования системы управления ресурсным обеспечением и качеством деятельности ОЗ. Они являются надежной платформой для процессов планирования, организации, реализации и эффективного управления качеством медицинской помощи населению. Среди других проблем мы выделяем развитие службы скорой медицинской помощи в связи отсутствием научно обоснованного подхода к обеспечению рационального планирования ее оснащенности медицинским оборудованием.

Актуальность проблемы ресурсного обеспечения медицинской помощи связана с совершенствованием деятельности медицинских организаций. Это требует разработки нормативов оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения станций скорой медицинской помощи. Для решения этих задач необходим анализ системы, ее моделирование, поиск обоснованных нормативов, методов контроля и управления, постоянный мониторинг, статистический, медико-экономический анализ результатов.

Стандартизация является одним из путей решения данной проблемы для установления норм и нормативов по техническому обеспечению медицинских организаций, в том числе и станций скорой медицинской помощи, а также проведение экспертной оценки о степени удовлетворенности в этих видах технического оснащения.

В настоящее время действуют стандарты оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения, но количество и качество медицинской техники, а также ее техническое обслуживание, ремонт и монтаж не соответствуют всё возрастающим требованиям здравоохранения.

При составлении технико-экономических показателей медицинских организаций учитывается только медицинское оборудование, относящееся к основным средствам. Изделия медицинского назначения в технико-экономические показатели не вносятся, как не относящиеся к основным средствам. В результате искажается процентная оснащенность медицинских организаций медицинским оборудованием. Поэтому пересмотр существующего перечня приоритетно приобретаемого медицинского оборудования с исключением из списков изделий медицинского назначения особенно актуален.

При разработке минимальных стандартов оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения организаций скорой медицинской помощи необходимо учитывать протоколы диагностики и лечения. Требуемый перечень

оснащения медицинским оборудованием станций скорой медицинской помощи согласно протоколам диагностики и лечения не всегда соответствует утвержденному стандарту. Так, недооснащенность выездных бригад небулайзерами, ЭКГ-аппаратами, приборами для определения газового состава крови, отсутствие интубационных трубок ведет к невозможности применения протоколов диагностики и лечения в практике.

Результаты исследования выявили необходимость совершенствования процесса управления качеством технического оснащения медицинских организаций и внедрения международных стандартов оснащения медицинской техникой.

Разработку стандарта службы неотложной помощи целесообразно связать с переходом здравоохранения на модель общей стандартизации (ПДЛ) врачебной практики, при которой предполагается взаимосвязь неотложной помощи с системой общей врачебной практики.

С учетом проведенного анализа нормативно-правовой базы, технического оснащения ССМП и анализа ее функциональных обязанностей стандарт технического оснащения станции скорой медицинской помощи должен включать: тип санитарной машины для выездных бригад скорой медицинской помощи (фель-

дшерские и врачебные); тип санитарной машины для бригад интенсивной терапии и специализированных бригад; типовое оснащение выездных бригад СМП медицинским и техническим оборудованием с учетом их функциональных обязанностей.

Представленные материалы свидетельствуют о низком уровне технического оснащения ССМП, что требует значительного пересмотра как в количественном, так и в качественном плане соответствующих перечней (нормативов ресурсного обеспечения данной службы), с целью которого нами разработаны соответствующие проекты стандартов.

Оценка ресурсного обеспечения организаций здравоохранения крупного города

Аманов А. Т.

Управление здравоохранения г. Алматы

Техническое и технологическое оснащение (ТО) организации здравоохранения можно рассматривать как главную (базисную) первичную потребность. Все большее значение приобретают рациональные медицинские технологии и стандартизация технологий лечебно-диагностического процесса, что ведет к управлению качеством медицинской помощи.

С учетом структурной и функциональной специфики деятельности каждой поликлиники представлены результаты анализа соответствия ТО в виде процентов по отношению к уровням минимального стандарта технического оснащения, отражающие реальное положение дел с ТО на уровне городских поликлиник.

При этом, доля потребности медицинских организаций в аппаратуре и приборах составляет от 6% до 12%; медицинском инструментарии – от 46% до 66%; изделиях и предметах специального назначения – от 19% до 34% и медицинской мебели – от 6% до 11%.

Установлено, что наибольший спрос приходится на медицинский инструментарий, затем – изделия и предметы специального назначения, меньшая доля на аппараты и приборы и медицинскую мебель среди хирургов, отоларингологов, терапевтов, невропатологов, а также рентгенологов и специалистов в области лабораторной диагностики.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о необходимости разрабатывать минимальные стандарты оснащения по каждой службе в отдельности в связи с различием деятельности и потребности в медицинском оборудовании и на каждом уровне оказания медицинской помощи.

Установлена неполная удовлетворенность оснащением в группе изделий и предметов медицинской продукции высокоспециализированной службы в поликлинике. В свою очередь требуется пересмотр протоколов диагностики и лечения с позиций внедрения новых технологий и объективной оценки их целесообразности, необходимости и доказательности, выяснения потребностей конкретного пациента в сохранении или развитии своего здоровья и предложения медицинского оборудования согласно его представлениям (потребностям).

На основании анализа полученных материалов мы разработали ряд дополнений и изменений в соответствующие перечни технического оснащения амбулаторно-поликлинических организаций.

При формировании организационно-функциональной модели стандартизации ресурсного обеспечения организаций здравоохранения мы разработали общую структуру стандарта, его характеристики, состав стандарта, техническое сопровождение стандарта, технологическую поддержку стандарта, результативность стандарта и организационно-исполнительную структуру стандарта. Эти составляющие являются основой нового проекта или дизайна в этой области.

Таким образом, основой формирования базы данных на-

циональных стандартов в области здравоохранения являются комплекс законодательных актов, регламентирующих материалов, институциональных структур, а также адекватная методическая платформа.

Рекомендуется соблюдать принцип концентрации ресурсов на наиболее приоритетных направлениях здравоохранения, прописанных в ГППРЗ РК.

Используемые в настоящее время перечни нормативов (табель оснащения) предлагаем заменить на разработанный нами «Паспорт технического оснащения организаций здравоохранения».

Должен соблюдаться дифференцированный подход к формированию стандартов (минимальных нормативов) ТО ОЗ с учетом её уровня, территориальных особенностей их расположения, кадрового обеспечения, специфики ОЗ (смешанные, семейные, специализированные), профиля, обеспечения койками, по числу посещений, по количеству участков и т. д.

Рекомендуется строго увязывать технико-технологический блок с адекватной информационной поддержкой в области наличия и внедрения новых технологий лечебно-диагностического, реабилитационного и профилактического характера.

Должна четко соблюдаться связь и параллелизм с утвержденными уже протоколами диагностики и лечения, носящими временный характер.

В структуре должно быть также разделение на общеклинические исследования и тесты-маркеры.

Рекомендуется опираться на такие критерии как своевременность оснащения, целевое оснащение, полнота оснащения, адекватность, надежность, безопасность, рентабельность и др.

Рекомендуется проводить систематически строгий мониторинг и оценку соответствия утвержденных нормативов реально существующим в организациях здравоохранения.

Следует предусмотреть такие важные факторы выбора медицинской техники, как стоимость оборудования, сроки поставок, затраты на ремонт, сервис и расходные материалы, планируемые затраты с учетом увеличения длительности эксплуатации оборудования, замена его на другое, срок гарантии, остаточная стоимость оборудования после выработки ресурса.

В качестве интегрированного показателя предлагается использовать сумму затрат с учетом базовых расходных индикаторов (стоимость нового оборудования, эксплуатационные и амортизационные расходы, срок гарантий, стоимость продажи оборудования, выработавшего свой ресурс, коэффициент надежности и безопасности оборудования). То есть, должна быть оценена продуктивность использования медицинского оборудования, что повлечет за собой повышение качества медицинской помощи.

Возвратные особенности кристаллообразования ротовой жидкости

Сактаганова С.К.

Детская стоматологическая поликлиника г. Алматы

Кристаллообразующий потенциал ротовой жидкости меняется в зависимости от возраста детей. С возрастом процент детей со смешанным расположением кристаллов резко увеличивается, что, по-видимому, указывает на рост адаптационных возможностей ротовой жидкости.

Актуальным вопросом в возникновении в полости рта кариеса зубов и болезней пародонта является изучение состава и свойств ротовой жидкости. Обращает внимание, что процесс кристаллообразования в ротовой жидкости, также характер их отложения могут негативно повлиять на состояние зубов при ортопедических вмешательствах.

Поэтому нами были изучены изменения процесса кристаллообразования в капле ротовой жидкости у детей различного возраста от 1.5 до 17 лет, по методу П.А. Леуса в нашей модификации. Проводили дополнительное окрашивание кристаллов их высушивания на предметном стекле. Условия сбора слюны производились в состоянии относительного покоя, при комнатной температуре 18-20 °С. При этом предварительно 1 мл ротовой жидкости смешивали с каплей 5% раствора фуксина. Высушивание капли жидкости проводилось на предметном стекле в термостате при температуре 37°С. Добавление в ротовую

жидкость красящего вещества (фуксина) дает возможность лучше проследить и оценить рисунок кристаллообразования. Обследование детей проводилось в детском саду и школах г. Алматы. Всего были проанализированы данные у 178 детей, из них у 37 возраст колебался от 1.5 до 3 и старше 7 лет – 141

При исследовании ротовой жидкости младших групп детей установлено, что у 62,2% (23 детей) характер расположения кристаллов в жидкости носил смешанный характер, у 21,1% (8 детей) расположение по периферии и у 10,8% (6 детей) по центру. В то же время у школьников соотношения кристаллообразования в ротовой жидкости изменились. Так, у 78,9% (111 детей) кристаллы располагались смешанным типом, у 4,9% (7 детей) – по периферии и у 17% (23 чел.) – по центру.

Полученные результаты указывают, что кристаллообразующий потенциал ротовой жидкости меняется в зависимости от возраста детей. С возрастом процент детей со смешанным расположением кристаллов резко увеличивается, что по-видимому, указывает на рост адаптационных возможностей ротовой жидкости. Также повышается процент детей с расположением кристаллов в ротовой жидкости по центру, что считается благоприятным фактором в патогенезе болезней полости рта.

Профилактика стоматологических заболеваний у детей

Сактаганова С.К.

Детская стоматологическая поликлиника г. Алматы

В процессе жизни ребенка зубы подвержены различным заболеваниям; наиболее распространенным из них является кариес, который поражает зубы детей и взрослых. Кариозная болезнь в большей степени возникает в периоде роста и развития организма. Например, из данных обследования детского населения установлено, что до полуторалетнего возраста кариесом вообще не болеют. У детей от полутора до трех лет зубы поражены кариесом до 1.4%, а в возрасте от трех до семи лет уже в 2.5% случаев. Поражение зубов кариесом нарастают до девятнадцатилетнего возраста, а затем частота кариеса постепенно снижается.

Учёные установили, что состояние зубов ребенка определяют многие факторы: режим и питание будущей матери в период беременности, питание самого ребенка, перенесенные им болезни.

Высокая степень кулинарной обработки пищи, потребление консервированных продуктов, а также значительный рост потребления рафинированных углеводов в виде сладостей могут служить причиной развития кариеса зубов.

Нарушения, возникающие в одном из звеньев этой цепи, в той или иной степени отражаются на состоянии зубочелюстной системы ребенка. Но немаловажное значение имеет и гигиена полости рта.

Чем же вызвана необходимость регулярного ухода за полостью рта?

К двум-двум с половиной годам ребенок становится обладателем 20 молочных зубов. В этот период в связи с сокращением межзубных промежутков и уменьшением слюноотделения затрудняется естественное самоочищение зубов, характерное для детей более младшего возраста. Кроме того, преимущественное употребление детьми мягкой, измельченной пищи (каши, паровые котлеты, пюре, мягкий хлеб) не способствует очистке зубов в процессе жевания. В результате во рту скапливаются

пищевые остатки. Они являются хорошей питательной средой для многочисленных микробов. Под влиянием бактерий остатки пищи, застрявшие в межзубных промежутках, подвергаются распаду, брожению и гниению.

Поэтому ежедневный (утром и вечером) уход за полостью рта должен стать естественной потребностью ребенка.

С двух, двух с половиной лет надо научить ребенка полоскать рот водой после еды утром и вечером. Объясните ему, что для полоскания необходимо набрать в рот небольшое количество воды и постепенно пропускать её через промежутки между зубами так, чтобы «вымыть» зубы со всех сторон. Затем покажите, как правильно чистить зубы спереди (верхние - сверху вниз, нижние - снизу вверх.)

Необходимо обратить внимание ребенка на то, как держать щетку, чтобы очистить наружную и боковую поверхность зубов справа и слева, жевательные поверхности верхних и нижних и внутренние поверхности боковых зубов. Вначале дети чистят зубы без пасты. Затем, когда ребенок полностью овладеет этой манипуляцией, можно учить его пользоваться пастой. Обычно дети приобретают этот навык к четырем - пяти годам.

Пасты, щетки...

Детям младшего возраста рекомендуется пользоваться мягкими зубными щетками небольшого размера с редко расположенными пучками щетины. Ребенку постарше подбирается щетка с более жесткой щетиной. Длина рабочей части щетки должна соответствовать в среднем ширине 3 зубов, расстояние между пучками щетины должна быть 1-2 мм.

Для детей выпускаются специальные гигиенические зубные пасты. На современном стоматологическом рынке существует богатый ассортимент таких паст. Детские пасты имеют приятный вкус и аромат, что облегчает выработку навыка чистки зубов. Они рекомендуются при здоровых зубах и деснах. Наличие стоматологических заболеваний, а также большая интенсивность

образования зубного налета требует применения особых гигиенических средств - лечебно-профилактических зубных паст.

Так, например, при большом числе кариозных зубов, а также с целью профилактики кариеса рекомендуются фторсодержащие пасты.

Заболевания пародонта, наиболее часто проявляющиеся у детей гингивитом (воспаление десен), требует особо тщательной очистки поверхности зубов от зубного налета.

Атакуем кариес: семь боевых тактик

Сахибзадаева Г.Х.

Детская стоматологическая поликлиника г. Алматы

Кариес – болезнь ленивых. Этим самым ленивых не перестают радовать изобретатели: то выпускают электрованночку для упрочнения зубной эмали, то найдут бактерию-охотницу на «кариозных монстров», то предложат раствор для полоскания рта.

Тактика первая: «Перекрываем пути доставки продовольствия»

Бактерии *Streptococcus mutans*, виновники кариеса, живут в полости рта и питаются мельчайшими кусочками пищи, содержащей углеводы. Их легко можно «сморить голодом», всего лишь чистя зубы два раза в день, а еще лучше после каждого приема пищи.

Идеальная щетка для гигиены полости рта должна обладать:

- 1) Не очень жесткой искусственной щетиной;
- 2) закругленной чистящей головкой, длиной не более 3 сантиметров;
- 3) не царапающими эмаль зубов ворсинками.

Электрическая щетка – тоже очень хороший вариант: она шевелится и жужжит, она «засекает» три минуты, она лучше удаляет зубной налет.

Идеальная зубная паста должна:

- 1) очищать зубы, то есть иметь в своем составе один из компонентов: мел, двуокись кремния, дикальций фосфат, гидроокись алюминия или натрия метафосфат;
- 2) способствовать укреплению зубной эмали: в составе нужны фторсодержащие неорганические или органические соли, система флуористат;
- 3) уничтожать микробы, например, хлоргексидином, триклозаном или специальными ферментами.

Тактика вторая: «Другой мир»

Вдумайтесь: почему около трети казахстанцев вообще не чистят зубы, а еще треть чистят зубы только раз в неделю, но население нашей необъятной родины не становится беззубым.

Вот есть у меня подруга детства Л. Она ни разу в жизни не чистила зубы, но ни у нее, ни у ее мамы с папой, ни у бабушки с дедушкой нет кариеса. Совсем нет. И Л. утверждает, что здоровые зубы у нее оттого, что она не пользуется пастами и щетками и, тем самым, не портит зубную эмаль. Но на самом деле дело не в этом: она и ее семья очень любит мясо и не любит сладкого – на зубах просто не остается лакомых для бактерий углеводов.

Тактика третья: «Граница на замке»

Как мы уже выяснили, бактерии, вызывающие кариес, – сладкоежки. И очень эффективно для борьбы с кариесом

Лечебно-профилактические пасты назначаются ребенку врачом! Большое значение для гигиены полости рта имеет употребление овощей и фруктов в сыром виде.

Систематическая (утром и вечером) чистка зубов с использованием зубных паст и полоскания рта после каждого приема пищи, а также двукратное в течение года посещение врача-стоматолога с профилактической целью помогает сохранить зубы ребенка.

отказаться от всего «сахарного». Примерный список, который можно расширить: молоко, сыр, творог, мясо и рыба, бобы, свекла, редис, капуста, лук, ягоды, крупы.

Тактика четвертая: «Броня крепка и танки наши быстры!»

Весьма эффективный метод – покрыть зубы антикариесным составом таким как фторлак или беллагель-Ф, которые с успехом применяются в детской стоматологии. Действие этих составов основано на насыщении эмали зубов и дентина ионами фтора. Процедура крайне проста и выглядит так: зубы очищают абразивной смесью или циркулярными щетками от застарелого налета и высушивают, наносят тоненький слой фторирующего состава и не рекомендуют есть в течении суток твердую пищу. Процедуру повторяют с периодом около полугода для профилактики кариеса.

Тактика пятая: «Хрен вам»

Для профилактики кариеса можно жевать хрен. Но, не первый попавшийся, а только японский, также называемый вассаби. Именно вассаби препятствует росту колоний бактерии, вызывающей кариес – выяснили ученые из Японии.

Тактика шестая: «Дипломатические отношения»

Есть мнение, что сладкие поцелуи после приема пищи куда как полезнее сладкой жвачки. Для защиты этого мнения есть три аргумента, первый из которых гласит, что поцелуи способствуют повышенному слюноотделению, а следовательно кислотно-щелочной баланс выравнивается быстрее. Во-вторых, происходит как бы «массаж» десен, а это уменьшает риск парадонтоза. И, наконец, третий из них: люди, которые целуются часто и много времени посвящают поцелуям, очень внимательно следят за своими зубами и стараются не доводить их до кариеса.

Тактика седьмая: «На земле, в небесах и на море...»

Напоследок поговорим о жвачках, нитях, ершиках и зубочистках, различных «полоскалках» и о стоматологе.

- Жвачки без сахара из рекламы – полезны, они правда смогут очистить зубы от застрявших между зубами кусочков пищи, но могут вытащить между делом и пломбы.

- Межзубные промежутки очищают нитями, ершиками, зубочистками. Нитками – узкие, ершиками – широкие, зубочистками – извитые.

- Достаточно давно были выпущены зубные эликсиры, разводимые в воде, но они лишь освежают дыхание – лишь цельные ополаскиватели могут быть антикариесными, но они весьма дорогие.

Клинико-рентгенологическая характеристика премоляров и моляров, подлежащих лечению вкладками

Сахибзадаева Г.Х.

Детская стоматологическая поликлиника г. Алматы

Одной из актуальных проблем современной стоматологии является восстановление и сохранение на длительное время анатомической формы и функции пломбированных премоляров

и моляров. Проведенными исследованиями установлено, что наиболее часто дефекты твердых тканей возникают на жевательной группе зубов. Кроме того, в трети случаев причины

удаления премоляров и моляров является некачественное лечение, неоднократное выпадение зубов, ведущее к увеличению размеров кариозной полости и разрушению коронковой части зуба.

С появлением новых технологий и современных стоматологических материалов расширились возможности для восстановления коронковой части зубов. В связи с оптимальными физико-механическими свойствами и высокой биосовместимостью органически – модифицированной керамики изготовление вкладок из нее является эффективным способом замещения дефектов твердых тканей жевательных зубов.

Органически-модифицированная керамика состоит из трех модулей: органического, неорганического и полисилоксанов, придающих материалу высокую пластичность, минимальную усадку и биосовместимость.

Перед изготовлением штифтовых (pinlay) из органически-модифицированной керамики было проведено объективное клиническое обследование 21 пациента с кариесом зубов по 1-му и 2-му классам по Блеку. Вего было восстановлено твердых тканей у 29 премоляров и моляров с применением органически-модифицированной керамики «Адмира» (производство фирмы «Voco», Германия). У 21 пациента при изготовлении штифтовых вкладок использовано 42 корневых канала премоляров и моляров обеих челюстей. В качестве основной фиксирующей опоры выбирали небные каналы корней верхних моляров, верхних первых и вторых премоляров (в ситуациях, когда последние имели 2 канала), дистальные корневые каналы нижних моляров и каналы нижних первых и вторых премоляров.

Перед лечением было проведено рентгенологическое исследование зубов для оценки системы корневых каналов. При этом обращалось внимание на ширину, направление и степень пломбирования каналов.

Полученные прицельные рентгенограммы были контрастными, без проекционных искажений, нормальной резкости с полным охватом исследуемой области. Корни исследуемых зубов обладали четкими контурами, рентгенологическая длина корней не отличалась от средней длины. 21 % корней имели искривление, которые находились в пределах 2-4 мм от верхушки корня зуба. Корневые каналы, используемые для протезирования на рентгенограммах, хорошо просматривались, в 100% случаев определялось наличие пломбировочного материала в апикальной части каналов. Периодонтальная щель была

умеренно расширена в области 7 (24,1%) зубов. Межзубные перегородки у 8 (27,6%) зубов имели начальную степень деструкции в виде усеченности вершин.

У 3 (10%) зубов в периапикальных тканях наблюдались участки остеопороза костной ткани, округло-овальной формы, размером от 1 до 3 мм, нечетких контуров и незначительной интенсивности.

Важным аспектом при проектировании различных конструкций вкладок является подготовка полости для микропротеза. Такие осложнения при восстановлении вкладками, как образование трещин эмали и дентина, отколов стенок зуба, наиболее часто возникают при препарировании обширных полостей и расширений корневых каналов. Во время подготовки полостей под вкладки следует учитывать топографию полости зуба, параметры корневых каналов, толщину их стенок на различных уровнях корней.

Применения внутрекорневых штифтов способствует распределению напряжений в твердых тканях и равномерной передаче жевательного давления на корень. Реставрация утраченной формы и анатомической целостности зубов, восстановление формы и функции жевательного аппарата хорошо достигается при помощи вкладок из ормокеров. Вкладки из ормокеров с применением внутрекорневых штифтов представляли собой прочные конструкции, которые не деформировались под воздействием жевательного давления и являются альтернативой известным методам реставрации твердых тканей зубов.

Литература

1. Клемин В.А., Борисенко А.В., Ищенко П.В. Морфофункциональная и клиническая оценка зубов с дефектами твердых тканей. М.: «МЕД пре-информ», 2004-112с.
2. Данилина Т.Ф., Восстановление анатомической и функциональной ценности жевательных зубов литыми вкладками: автореф. дис. ... канд. мед. наук.: - М.: 1985
3. Асташина Н.Б., Рогожникова Г.И., Казаков С.В. Реставрация премоляров и моляров титановыми штифтовыми вкладками с композитным покрытием // Стоматологии 1999, №3 с.42
4. Уголева С. Клинические аспекты применение композиционных вкладок по системе SR – Isot inley/onlay// Новое в стоматологии. – 1996, №3 (47) С.51-55
5. Махкамов Т.Ю. Экспериментально – клинические аспекты совершенствования методики протезирования комбинированными вкладками: Автореф. дис. ... канд. мед. наук – Тверь, 1995 – 21с.

Неправильный прикус

Кондрахова С.А.

ГККП детская стоматология

Выравнивание размеров челюстей происходит на первом году жизни, чему способствует естественное вскармливание. При сосании материнской груди ребенок вынужден выдвигать нижнюю челюсть, т.е. лицевые мышцы работают, и положение вещей постепенно меняется. Если же ребенок сосет из бутылочки, в которой, как правило, на соске огромная дырка, из которой молоко вытекает само, то малыш вместо сосания вынужден быстро проглатывать молоко. В таком случае акт сосания не производится, нижняя челюсть не работает, и ее размеры продолжают отставать в размерах от верхней челюсти.

Когда отпадает необходимость сосать молоко и ребенку предлагают есть плотную, а затем твердую пищу, то делает он это неохотно и вяло. Из-за того, что ребенок предпочитает мягкую пищу твердой, жевательный аппарат работает не полностью, кости нижней и верхней челюстей развиваются недостаточно, а это может привести к появлению кривых зубов и их неправильному расположению.

Как правило, неправильный прикус и кривые зубы сочетаются с неправильной осанкой, когда голова расположена впереди вертикальной оси туловища.

Что же могут сделать родители, чтобы предотвратить формирование неправильного прикуса у ребенка?

Если грудное вскармливание ребенка по каким-либо причинам невозможно, то следует приобрести для малыша в аптеке специальную соску на бутылочку с небольшим отверстием, чтобы молочко не лилось ему в рот. Не следует также покупать длинную соску, т.к. она изменяет нормальное положение языка и вытягивает щеки.

Приступая к кормлению из бутылочки, положите ребенка так же, как при кормлении грудью. Не кладите ребенка в кроватку с запрокинутой головой.

Отучать ребенка от соски-пустышки необходимо с девяти-месячного возраста, чтобы предотвратить формирование неровных зубных рядов. Когда появятся первые зубы, предлагайте ребенку понемногу твердую пищу, чтобы он привыкал работать челюстями. Пусть лучше возникнет усталость от жевания, чем слабость зубов и мышц в дальнейшем.

Лучше заранее не допустить развитие неправильного прикуса, чем потом его лечить. Хотя его можно исправить в любом возрасте, тем более, если он мешает жевательной функции зубов. При неправильном смыкании зубов или отсутствии контакта между ними пища плохо пережевывается и не перерабатывается должным образом. Это приводит к различным заболеваниям внутренних органов, и в первую очередь

желудочно-кишечного тракта.

Вернуть прикус в нормальное состояние можно с помощью брекет-системы. Как правило, она дает хорошие результаты и поэтому считается прогрессивным направлением в стоматологии. Но вам предстоит выполнить ряд условий, чтобы достичь желаемого эффекта.

Прежде всего необходимо пройти обследование, которое позволит определить причину и степень нарушения зубного ряда. Если нарушение прикуса ограничивается пределами зубного ряда, т.е. зубы в зубном ряду находятся в неправильном положении, то в этом случае можно ограничиться использованием брекет-системы. А если нарушение прикуса связано с неправильным соотношением челюстей (например, верхняя челюсть слишком выступает над нижней или наоборот), то в таком случае применяется комплексное лечение (брекет-система плюс ортодонтическая хирургия).

Перед тем, как приступить к лечению, надо обязательно

привести в порядок полость рта, чтобы не было кариеса, зубного камня. Потому что брекет-систему вам придется носить не снимая год, а то и два. Именно столько времени нужно, чтобы выровнять зубной ряд взрослого человека. Кстати, при пародонтозе и пародонтите брекет-системы вообще противопоказаны.

После завершения лечения зубы имеют тенденцию возвращаться в исходное положение. Чтобы этого не случилось, после брекетов ставят специальные пластины.

И все это время вам предстоит тщательно ухаживать за зубами. Не раздражать их орехами, семечками, твердыми фруктами и овощами, «грубыми» блюдами. Обязательно чистить после каждого приема пищи, причем специальной щеткой-«ершиком». Между брекетами всегда застревают остатки пищи, которые обычным полосканием рта не удалить. Зубная паста может быть любой, лишь бы обладала лечебно-профилактическими свойствами. Все эти меры предосторожности и правила личной гигиены желательны соблюдать и после исправления прикуса.

Ретракция десны

Кондрахова С.А.

ГККП детская стоматология

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.

Стоматологи, недавно закончившие институт, при процедурах, не требующих электрохирургии, больше использовали нити, пропитанные хлоридом алюминия, и менее - нити, пропитанные эпинефрином. Зарегистрированные случаи отрицательной реакции при любой из применяемых процедур очень низки. Отторжения тканей десны были чаще зарегистрированы при электрохирургии и использовании препаратов для остановки кровотечения. Кардио-васкулярное увеличение сердцебиения или кровяного давления чаще всего наблюдались при применении нити, пропитанной эпинефрином.

Техника ретракции

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. Инструмент Stark является универсальным для всех ретракционных процедур.

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. Перед тем как вводить 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.

Цель любой ретракционной процедуры - расширение бороздки до определенного уровня, позволяющего разместить реставрационный материал Class V ниже десневого края области подготовки. Удачный оттиск будет иметь отпечаток слепочным

материалом ниже границы поверхности десны, достаточный для изготовления модели с видимым краем для производства реставрации.

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. Иногда в таких случаях ткани десны увеличиваются с язычной стороны, что мешает правильной посадке окончательной реставрации. В некоторых случаях это может быть не замечено стоматологом, и, в результате, после цементировки ткани десны будут находиться под краями восстановления, что будет вызывать пролежни и постоянное воспаление.

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. Стоматолог обязан подобрать медикаменты, нить и инструменты, которые отвечают каждому отдельному клиническому случаю. Существуют ситуации, при которых кровотечение не контролируется методами, описанными выше. Это наиболее важный вопрос в реставрационном процессе. Необходимо, чтобы стоматолог собрал анамнез пациента для определения любой системной проблемы, которая может повлиять на выбор ретракционной процедуры. При отсутствии такой проблемы стоматолог обязан убедиться в том, что ткани десны находятся в здоровом состоянии до начала любых реставрационных работ.

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 дес-

невой ткани являются синонимами, и, обычно, сама процедура является комбинацией следующих операций:

- Механическая ретракция - физическое смещение десневой ткани от поверхности зуба, что ведет к удлинению оголяющих ткани 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. Среди практикующих стоматологов метод комбинации механического и химического смещения с использованием пропитанных нитей является наиболее популярным. Существует много отчетов, описывающих эффективность применения вращательных инструментов и электрохирургии, но оба эти метода влекут за собой определенную потерю роста десневой ткани. Использование лазера для контроля кровоизлияния и удаления небольшой дискретной части десневой бороздки находится на стадии изучения для будущего использования.

Кто умеет чистить зубы?

Ахметжанова Ж.О.

ГККП детская стоматология

Каждый человек должен контролировать качество чистки зубов самостоятельно. Стоматолог же оценивает качество чистки зубов с помощью особых диагностических окрашивающих средств (чаще всего это специальные таблетки). И только в том случае, если он убедится, что пациент может за достаточно короткое время (2–3 минуты) полностью очистить зубы от зубного налета, т.е. очистить их жевательные, наружные (щечные и губные) и внутренние (язычные и небные) поверхности, а также межзубные промежутки, значит, он действительно умеет чистить зубы.

Особое внимание должно уделяться чистке межзубных промежутков. Именно в них в наибольшей степени скапливается зубной налет и чаще всего развивается кариес. Для очистки межзубных промежутков помимо щетки необходимо использовать специальную зубную нить – флосс, методике применения которой обучает врач-стоматолог. Чистка с помощью флосса проводится, как правило, вечером, после чистки зубов щеткой и пастой.

Следующий этап – подбор индивидуальных средств гигиены.

Зубная щетка должна быть изготовлена из искусственной щетины (нейлон заменил натуральную щетину еще в 1938 г.), объединенной в пучки, которые определенным образом располагаются на щеточном поле. У качественной щетки щетинки не будут оставаться в полости рта при чистке. Зубную щетку следует менять приблизительно 1 раз в 3 месяца, но если в процессе чистки изменилась форма щетки, нарушилось положение щетины головки, ее нужно заменить раньше.

Жесткость щетины зубной щетки должна подбираться индивидуально – в зависимости от состояния полости рта.

Профилактика кариеса зубов в значительной степени связана с использованием фторидов. Фторидсодержащие зубные пасты показаны взрослым и детям, но детям до 6 лет рекомендуются зубные пасты с меньшим содержанием фторидов, т.к. существует опасность проглатывания части пасты, что может привести к опасности заболевания флюорозом.

Только врач-стоматолог может удалить зубные отложения, которые не удаляются зубной щеткой, зубной камень. Затем он полирует зубы и пломбы, контролирует применение пациентами средств индивидуальной гигиены. Полное удаление зубного налета может предотвратить развитие кариеса и воспаление десен.

Независимо от возраста интервалы посещений могут составлять и 2 недели, и месяц, и квартал. На назначение врачом того или иного интервала влияет состояние зубов, пародонта, умение пациента выполнять гигиенические манипуляции.

Уже в течение почти 50 лет фториды применяют во вра-

чебной практике и в качестве средств местного действия. Это растворы фторидов и гели, которые можно использовать для полоскания и в форме аппликаций. После 4-минутной аппликации не следует в течение 30 минут есть и полоскать рот водой. Людям с высоким риском развития кариеса такие аппликации рекомендуются 1 раз в 6 месяцев.

Одним из важных факторов сохранения здоровья зубов является правильное питание. В группах людей с низким потреблением сахара заболеваемость кариесом низкая, и наоборот. Микробы, находящиеся в полости рта, метаболизируют в кислоту такие сахара, как сахароза и глюкоза.

В настоящее время успешно развивается сравнительно новая пищевая отрасль – производство сахарозаменителей и подсластителей, которые обладают низким потенциалом образования кислот. Хорошо известно использование этих ингредиентов в жевательных резинках. Они, во-первых, стимулируют выделение слюны и, во-вторых, способствуют более быстрой нейтрализации кислот в зубном налете.

Важно употреблять большое количество фруктов и овощей. Если нужно перекусить между основными приемами пищи, то не следует использовать сладкую пищу.

- Ткани десны в норме, зубы расположены плотно друг к другу в зубной дуге.

Щетку средней жесткости ставят под углом 45° к десне и выметающими движениями от десны к режущему краю передних зубов и жевательной поверхности боковых начинают чистить: на верхней челюсти – сверху вниз, на нижней – снизу вверх. Очищают верхнюю и нижнюю челюсти отдельно, сначала снаружи, затем изнутри, а потом жевательную поверхность передне-задними и боковыми движениями.

- Десна плотная, но между зубами имеются промежутки, есть дефекты эмали в области шейки, последние обнажены.

Щетку средней жесткости ставят под углом 45° на границу десны и зуба. Щетина должна быть направлена от десны к зубу. Последовательно очищают все межзубные пространства от жевательных к передним зубам, поочередно на верхней и нижней челюсти снаружи и изнутри. Передние зубы чистят вертикальными движениями щетки сверху вниз на верхней челюсти и снизу вверх – на нижней.

- Десна воспалена, кровоточит, отечна, неплотно прилегает к зубам (пародонтит).

Мягкую щетку с щетиной в 1–2 ряда (лишние ряды срезают) ставят под углом 45° к границе десны и зуба. Медленно проходят все зубы верхней и нижней челюстей с обеих сторон, затем чистят жевательную поверхность в передне-заднем и боковом направлениях, а передние зубы – чистят в вертикальном.

Зубная боль

Ахметжанова Ж.О.

ГККП детская стоматология

Для человека, посещающего стоматолога только по какому-либо поводу, сигналом, что «пора идти», может стать появление пятен на поверхности зуба, почернение бороздок на жевательной поверхности, застревание зубной нити в межзубном промежутке или появление ощущения, что нить цепляется за что-то. Игнорировать эти симптомы не стоит: следующим поводом посетить врача станет зубная боль.

Почему же болят зубы? Причин множество, но самая распространенная – кариес. Кариозный процесс приводит к разрушению эмали зуба, которая защищает его от внешних раздражителей. Зуб начинает болеть от сладкого: шоколад или варенье, попадая в «дырку», вызывают боль. Вскоре зуб будет реагировать на горячее и холодное. Чем дальше зашел процесс, тем сильнее и дольше болят зубы. Наступает такой момент, что зуб болит без причины, постоянно, особенно боль усиливается ночью, когда в организме царствует блуждающий нерв, усиливающий ощущение боли. Если в самом начале можно с уверенностью указать, какой зуб болит, то на этой стадии болит и пульсирует все: верхняя и нижняя челюсти, висок, ухо, глаз. Болеутоляющие препараты практически не помогают.

Это значит, что болезнь распространилась глубоко, к пульпе зуба. Болевые приступы стали длительными и сильными потому, что токсины микроорганизмов раздражают пульпу и приводят к ее воспалению – пульпиту. Если для лечения кариеса достаточно сделать хорошую пломбу, то лечение пульпита требует более длительного времени. После обезболивания нерв можно удалить сразу с помощью специального инструмента. Но обезболить зуб с воспалившимся нервом иногда бывает сложно. Особенно часто это случается, когда пациент долго не шел к врачу и принимал болеутоляющие средства в больших дозах. После удаления нерва боль прекратится, однако это не означает, что зуб вылечен. Теперь необходимо заполнить корневые каналы специальной пастой или гуттаперчевыми штифтами.

После пломбировки каналов ставят постоянную пломбу. Теперь лечение закончено и зуб стал «мертвым», т.е. в нем больше нет нерва. Иногда после пломбировки каналов появляется боль при накусывании. После нескольких физиотерапевтических процедур боль пройдет. Если наложена мышьяковистая паста (хотя в настоящее время этот метод «убивания» нерва устарел), необходимо прийти на прием точно в назначенный срок. Мышьяк – это сильный яд, он способен через корневые каналы проникнуть в ткани, окружающие зуб, и вызвать такие осложнения, как периодонтит (воспаление окружающей зуб

ткани) и периостит (воспаление надкостницы). Если все-таки не удастся попасть на прием к стоматологу в срок, следует самому удалить временную пломбу вместе с мышьяковистой пастой.

Дырка в зубе может стать причиной пневмонии

Исследователи из Университета Буффало в Нью-Йорке описали 8 случаев воспаления легких, вызванных микроорганизмами, проникшими в дыхательные пути из кариозных полостей зубов. Проведенные исследования показали, что бактерии, вызывающие кариес, примерно в 50% случаев представляют опасность для дыхательной системы: проникая в легкие, они провоцируют развитие тяжелых пневмоний.

Периодонтит – следствие невылеченного пульпита или травмы. Травмировать периодонт может не только удар, но и завышенная пломба. Когда пломба мешает, на зуб приходится слишком большая нагрузка при жевании, что неизбежно приводит к развитию заболевания. Симптомами периодонтита являются боль при накусывании и «ощущение выросшего зуба». Это происходит потому, что у верхушки корня скапливается гнойный экссудат. Стоматолог раскроет зуб, даст отток гною и назначит противовоспалительное лечение. После того как боль при накусывании прекратится, врач промоет и прочистит каналы зуба и запломбирует их. Если каналы пломбированы не до верхушек, патологический процесс продолжает прогрессировать и через некоторое время произойдет обострение. Зубы с плохо запломбированными каналами перелечивать очень трудно, а иногда и просто невозможно. Если не удастся распломбировать такие каналы, зуб придется удалять.

Нелеченый или плохо леченный периодонтит может привести к развитию гайморита, периостита. Гайморит – это воспаление воздухоносной пазухи верхней челюсти, когда может распространиться гнойный процесс у верхушек жевательных зубов. При периостите появляются припухлость, ноющая боль. Если не сделать разрез, то возможно развитие таких тяжелых осложнений, как абсцесс (ограниченное гнойное воспаление), флегмона (разлитое гнойное воспаление) или остеомиелит (некроз костной ткани). Все эти осложнения представляют серьезную опасность для здоровья и жизни.

Самое грозное осложнение невылеченного зуба – медиастинит (воспаление органов средостения, включающего сердце, трахею, пищевод). Гной из больного зуба проникает в средостение по клетчаточным пространствам шеи. Диагностика этого осложнения весьма сложна, а исход неблагоприятный.

Заболел зуб? Идите, не откладывая, к врачу.

Сохранение молочных зубов до смены – основа профилактики зубочелюстных аномалий у детей

Джалешев К.Ш.

ГККП детская стоматологическая поликлиника

Известно, что у детей в возрасте от 1 до 3 идет активная минерализация зачатков постоянных зубов и в этот период нежелательны удаления молочных зубов, несмотря на наличие воспаления в области корней молочных зубов и травмы зубов. Для этого возраста характерно полное прорезывание центральных и боковых молочных резцов, начиная то 1 до 4 лет идет формирование корня этих зубов. В этом возрасте молочные резцы активно стимулируют правильный рост челюсти являются важными для развития челюстно-лицевого аппарата ребенка. Преждевременное удаление временных зубов в этот период задерживает рост челюстей, способствуя развитию тесного положения постоянных зубов, их ретенции, образованию пато-

логического прикуса. Ранняя потеря зубов нарушает функцию глотания, жевания, речи. Из-за этого возможно развитие следующих аномалий прикуса: атрофия альвеолярного отростка; недоразвитие верхней челюсти и как следствие, формирование патологического прикуса. Среди аномалий окклюзии возможно укорочение зубного ряда, и в связи с этим недостаточное пространство для прорезывающихся в будущем постоянных зубов, а также асимметрия правой и левой половины зубной дуги верхней челюсти.

Из-за раннего удаления молочных зубов могут развиться аномалии прорезывания: ротация; атипичное прорезывание; ретенция.

Неправильное положение языка влечет за собой появление инфантильного глотания, слабость мышц языка, из-за чего возникают открытый прикус, протрузия резцов, шепелявость (нарушение речи). Мы полагаем, что даже если допрорезывания постоянных зубов остается 1 год, нельзя удалять молочные зубы и оставлять ребенка без зубов. Считается ошибочным мнение, что хронические периодонтиты молочных зубов не подлежат лечению. При лечении молочных зубов с хроническим периодонтитом мы придерживаемся алгоритма, разработанного в нашей клинике. Приводим примеры из нашего клинического опыта.

1. Б-я У-ва, 3 г, 5.1 и 6.1 зубы были ранее удалены в поликлинике по месту жительства. Также было предложено удаление 5.2 и 6.2 зубов. Однако родители отказались от удаления этих зубов и обратились в нашу клинику. Объективно у 5.2 и 6.2 зубов коронки разрушены, зондирование, перкуссия безболезненный. На слизистой оболочке десны имеются свищи. На наш взгляд цинк – евгеноловая паста считается лучшим пломбирочным материалом для молочных зубов. Если некоторое количество пасты выведено за верхушку, она полностью резорбирована периапикальными тканями.

2. Б-я Б-ва, 4.5 г. По поводу периодонтита верхней челюсти от 5.4 зуба обратилась в приемное отделение челюстно-лицевой хирургии, где был сделан разрез переходной складки в области «причинного» зуба и была направлена на дальнейшее лечение 5.4 зуба. По этому поводу она обратилась в нашу клинику. Объективно: 5.4 – глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование, перкуссия безболезненный. В несколько посещений по нашей методике проведено лечение 5.4 зуб сохранен.

3. Б-я А-ва 4 г, обратилась в клинику впервые с жалобами на постоянные боли, усиливающиеся при накусывании 6.5. Объективно: коронка зуба разрушена. Зондирование безболезненно, перкуссия болезненна. Диагноз: обострение хронического периодонтита 6.5. Проведено лечение 6.5 зуба в несколько посещений по нашей методике, каналы запломбированы. Зуб сохранен.

Литература

1 Таилова Т.М. «Лечение хронических периодонтитов молочных зубов у детей» - тезисы докладов 7-го международного конгресса.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

Джалешев К.Ш.

ГККП детская стоматологическая поликлиника г. Алматы

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) – хроническое заболевание слизистой полости рта, характеризующееся периодическими ремиссиями и обострениями с высыпанием афт [А.И. Рыбаков, Т.Я. Банченко, 1978]; по данным ВОЗ, поражает до 20% населения. Этиология и патогенез. Уже в 1956 году И.Г. Лукомский и И.О. Новик смогли предположить аллергическую природу возникновения ХРАС. В качестве аллергена могут быть пищевые продукты, зубные пасты, пыль, глисты и продукты их жизнедеятельности, лекарственные вещества. К причинам возникновения заболевания относят также нарушения функции желудочно-кишечного тракта, респираторные инфекции, функциональные расстройства центральной и вегетативной нервной системы, гиповитаминоз В1, В12, С, Fe, хронические воспалительные заболевания носоглотки (отиты, риниты, тонзиллиты). ХРАС наблюдается чаще у школьников и подростков, с возрастом частота заболевания нарастает. Отмечена генетическая предрасположенность к заболеванию. Дети, у которых оба родителя страдают этой патологией, имеют на 20% больше шансов заболеть в сравнении с другими.

В патогенезе заболевания различают три периода:

- Продромальный
- Период высыпаний
- Угасания болезни

Наличие бактериальной сенсibilизации подтверждается методом кожных проб, реакцией лейкоцитоза с бактериальными аллергенами, повышенной кожной гистаминовой пробой.

Клиника. В продромальном периоде у детей отмечают чувство жжения, кратковременную болезненность. При осмотре слизистой оболочки полости рта видны участки гиперемии, незначительная отечность. Через несколько часов появляется морфологический элемент – афта. Она располагается на фоне гиперемизированного пятна, округлой или овальной формы, покрыта фибринозным налетом. Афты заживают без рубца через 5–7 дней. У некоторых больных некротизируется верхний слой собственно слизистой оболочки и афты углубляются. Заживление происходит только через 2–3 недели, после чего остаются поверхностные рубцы (форма Сеттона).

Афты локализуются на различных участках слизистой оболочки, но чаще на слизистой губ, щек, переходных складок верхней и нижней челюстей, боковой поверхности и спинке языка. Рецидивы высыпаний возникают через разные промежутки времени. При легком течении стоматита одиночные афты ре-

цидивируют 1–2 раза в год, при более тяжелом течении – через 2–3 месяца и чаще, в тяжелых случаях – почти непрерывно. При этом увеличивается и количество элементов поражения, и их глубина. Дифференциальная диагностика. ХРАС дифференцируют от хронической травмы слизистой оболочки полости рта, остро и рецидивирующего герпетического стоматита. Неоценимую помощь здесь оказывает метод иммунофлюоресценции и вирусологические исследования.

Лечение. Комплекс лечебных мероприятий при ХРАС должен строиться с учетом многообразия клинических симптомов, характера сопутствующих заболеваний, возрастных особенностей и лабораторных исследований. Основные критерии оценки эффективности проводимого лечения – состав микробной флоры слюны, уровень секреторных Ig A, фагоцитарная активность лейкоцитов [Н.В. Терехова, В.В. Хазанова, 1980].

В общее лечение включают десенсибилизирующую терапию, витаминотерапию, иммуномодулирующую терапию, средства, нормализующие микрофлору кишечника. Хорошие результаты получены при применении гелий-неонового лазера.

К местной терапии следует отнести обезболивание слизистой оболочки полости рта, аппликации протеолитических ферментов, обработку антисептиками и противовоспалительными средствами, нанесение кератопластических средств. Схема оказания лечебной помощи при ХРАС:

1. Санация хронических очагов инфекции. Устранение предрасполагающих факторов и лечение выявленной органной патологии.

2. Санация полости рта.

3. Обезболивание слизистой оболочки полости рта (топик-анестетики • 5% анестезиновая эмульсия).

4. Аппликации протеолитических ферментов с целью удаления некротического налета (трипсин, химотрипсин, лидаза и др.).

5. Обработка антисептическими и противовоспалительными препаратами («Метрогил–Дента» и др.).

6. Нанесение кератопластических средств.

7. Десенсибилизирующая терапия.

8. Витаминотерапия.

9. Иммуномодулирующая терапия.

10. Средства, нормализующие микрофлору кишечника.

11. Физиотерапевтическое лечение (излучение гелий–

неонового лазера, 5 сеансов).

Одним из наиболее эффективных антисептических и противовоспалительных средств является «Метрогил–Дента». Показаниями к назначению препарата, помимо афтозного стоматита, являются гингивит острый (в т.ч. язвенный), хронический (отечный, гиперпластический, атрофический), пародонтит (хронический, юношеский), периодонтальный абсцесс, гангренозный пульпит, постэкстракционный альвеолит, зубная боль

инфекционного происхождения. Комбинация метронидазола (золотого стандарта анаэробцида) и хлоргексидина (признанного антисептика) эффективно подавляет аэробные и анаэробные микроорганизмы, вызывающие заболевания ротовой полости. Таким образом, включение в комплекс лечебных мероприятий у детей, страдающих хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, препарата «Метрогил–Дента» позволяет значительно сократить сроки выздоровления ребенка.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

Малтабарова Б.А.

С. Баканас, школа №1

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) – хроническое заболевание слизистой полости рта, характеризующееся периодическими ремиссиями и обострениями с высыпанием афт [А.И. Рыбаков, Т.Я. Банченко, 1978]; по данным ВОЗ, поражает до 20% населения. Этиология и патогенез. Уже в 1956 году И.Г. Лукомский и И.О. Новик смогли предположить аллергическую природу возникновения ХРАС. В качестве аллергена могут быть пищевые продукты, зубные пасты, пыль, глисты и продукты их жизнедеятельности, лекарственные вещества. К причинам возникновения заболевания относят также нарушения функции желудочно–кишечного тракта, респираторные инфекции, функциональные расстройства центральной и вегетативной нервной системы, гиповитаминоз В1, В12, С, Fe, хронические воспалительные заболевания носоглотки (отиты, риниты, тонзиллиты). ХРАС наблюдается чаще у школьников и подростков, с возрастом частота заболевания нарастает. Отмечена генетическая предрасположенность к заболеванию. Дети, у которых оба родителя страдают этой патологией, имеют на 20% больше шансов заболеть в сравнении с другими.

В патогенезе заболевания различают три периода:

- Продромальный
- Период высыпаний
- Угасания болезни

Наличие бактериальной сенсibilизации подтверждается методом кожных проб, реакцией лейкоцитоза с бактериальными аллергенами, повышенной кожной гистаминовой пробой.

Клиника

В продромальном периоде у детей отмечают чувство жжения, кратковременную болезненность. При осмотре слизистой оболочки полости рта видны участки гиперемии, незначительная отечность. Через несколько часов появляется морфологический элемент – афта. Она располагается на фоне гиперемированного пятна, округлой или овальной формы, покрыта фибринозным налетом. Афты заживают без рубца через 5–7 дней. У некоторых больных некротизируется верхний слой собственно слизистой оболочки и афты углубляются. Заживление происходит только через 2–3 недели, после чего остаются поверхностные рубцы (форма Сеттона).

Афты локализуются на различных участках слизистой оболочки, но чаще на слизистой губ, щек, переходных складок верхней и нижней челюстей, боковой поверхности и спинке языка. Рецидивы высыпаний возникают через разные промежутки времени. При легком течении стоматита одиночные афты рецидивируют 1–2 раза в год, при более тяжелом течении – через 2–3 месяца и чаще, в тяжелых случаях – почти непрерывно. При этом увеличивается и количество элементов поражения, и их глубина. Дифференциальная диагностика. ХРАС дифференцируют от хронической травмы слизистой оболочки полости рта, острого и рецидивирующего герпетического стоматита. Неоценимую помощь здесь оказывает метод иммунофлюоресценции и вирусологические исследования.

Лечение

Комплекс лечебных мероприятий при ХРАС должен строиться с учетом многообразия клинических симптомов, характера сопутствующих заболеваний, возрастных особенностей и лабораторных исследований. Основные критерии оценки эффективности проводимого лечения – состав микробной флоры слюны, уровень секреторных Ig A, фагоцитарная активность лейкоцитов [Н.В. Терехова, В.В. Хазанова, 1980].

В общем лечении включают десенсибилизирующую терапию, витаминотерапию, иммуномодулирующую терапию, средства, нормализующие микрофлору кишечника. Хорошие результаты получены при применении гелий–неонового лазера.

К местной терапии следует отнести обезболивание слизистой оболочки полости рта, аппликации протеолитических ферментов, обработку антисептиками и противовоспалительными средствами, нанесение кератопластических средств. Схема оказания лечебной помощи при ХРАС:

1. Санация хронических очагов инфекции. Устранение предрасполагающих факторов и лечение выявленной органной патологии.
2. Санация полости рта.
3. Обезболивание слизистой оболочки полости рта (топик–анестетики, 5% анестезиновая эмульсия)
4. Аппликации протеолитических ферментов с целью удаления некротического налета (трипсин, химотрипсин, лидаза и др.).
5. Обработка антисептическими и противовоспалительными препаратами («Метрогил–Дента» и др.).
6. Нанесение кератопластических средств.
7. Десенсибилизирующая терапия.
8. Витаминотерапия.
9. Иммуномодулирующая терапия.
10. Средства, нормализующие микрофлору кишечника.
11. Физиотерапевтическое лечение (излучение гелий–неонового лазера, 5 сеансов).

Одним из наиболее эффективных антисептических и противовоспалительных средств является «Метрогил–Дента». Показаниями к назначению препарата, помимо афтозного стоматита, являются гингивит острый (в т.ч. язвенный), хронический (отечный, гиперпластический, атрофический), пародонтит (хронический, юношеский), периодонтальный абсцесс, гангренозный пульпит, постэкстракционный альвеолит, зубная боль инфекционного происхождения. Комбинация метронидазола (золотого стандарта анаэробцида) и хлоргексидина (признанного антисептика) эффективно подавляет аэробные и анаэробные микроорганизмы, вызывающие заболевания ротовой полости. Таким образом, включение в комплекс лечебных мероприятий у детей, страдающих хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, препарата «Метрогил–Дента» позволяет значительно сократить сроки выздоровления ребенка.

Байжанов Сабихан Шынарбекович

К 60-летию со дня рождения

С.Ш.Байжанов родился 11 ноября 1950 года в с. Ельтай Урджарского района Семипалатинской области. После окончания средней школы, в 1967 году поступил в Алма-Атинский государственный медицинский институт на лечебный факультет, который окончил с отличием в 1973 году.

После окончания института по распределению С.Ш. Байжанов работает врачом-хирургом в хирургическом отделении областной больницы г. Дзезказган до 1977 года. Постоянная тяга к знаниям, желание к совершенствованию оперативных навыков и применению новых технологий являются важными для молодого специалиста. Внедрение и развитие эндоскопических диагностических и лечебных манипуляций в СССР и в Казахстане привлекают С.Ш.Байжанова.

В 1977 году по приглашению профессора Нугманова С.Н. приезжает в Алма-Ату, где успешно осваивает новые эндоскопические методики и работает в качестве рядового врача-эндоскописта, а со временем, благодаря высоким организаторским способностям и профессиональным навыкам, его назначают заведующим отделением эндоскопии Центральной больницы 4-Главного управления МЗ КазССР.

Технический прогресс и бурное развитие эндоскопических технологий, требуют обучения новым методикам на базе общепризнанных в СССР научных центров. В 1980 году Байжанов С.Ш., как наиболее яркий и способный специалист, получает направление в целевую клиническую ординатуру, а затем в 1982 году и аспирантуру при Всесоюзном онкологическом научном центре Академии медицинских наук СССР (г. Москва). В 1985 году он блестяще защищает кандидатскую диссертацию «Фиброэндоскопия в диагностике и лечении местных послеоперационных осложнений у больных раком гортани, глотки и органов полости рта».

В 1985 г. С.Ш. Байжанов возвращается в Казахстан и работает ассистентом кафедры факультетской хирургии АГМИ под руководством проф. Абдуллаева Ш.Н. В это время продолжается его формирование как эндоскописта, хирурга, педагога высшей школы, ученого.

С 1989 г. по 2007, помимо педагогической деятельности, в качестве профессора кафедры хирургии АГИУВ, он является



заведующим впервые организованного в Казахстане отделения литотрипсии с оперативной рентгенэндоскопией при Центральной клинической больнице МЦ УД Президента РК. Он является пионером билиарной литотрипсии в СССР и урологической литотрипсии в Казахстане. О результатах этой впервые выполненной работы было доложено на Всесоюзном обществе хирургов в 1989 году. В этот период времени, в 1995 году защищена докторская диссертация «Билиарная литотрипсия и оперативная эндоскопия в лечении желчнокаменной болезни».

Профессор Байжанов С.Ш. является пионером освоения и внедрения диагностической и хирургической эндоскопии в Республике Казахстан. В числе первых он освоил и при-

меняет в хирургической практике малоинвазивные лапароскопические операции с 1994 года. Продолжая традиции своих учителей, он является универсальным хирургом и эндоскопистом. Особое внимание уделяет новым направлениям эндоскопии. В 1989 году – стажировка в г. Мюнхен по проблемам билиарной литотрипсии. В 1994 г. – в США, г.Сан-Франциско по вопросам лапароскопической хирургии.

Большой опыт практической работы, глубокие теоретические знания, потребность в обучении специалистов способствовали организации и созданию профессором С.Ш.Байжановым первой кафедры диагностической и оперативной эндоскопии постдипломного обучения на базе АГИУВ в 2007 году. Заведая кафедрой, С.Ш.Байжанов стремится совершенствовать методики преподавания по эндоскопии. Наряду с интенсивной клинической работой, он много времени уделяет педагогической и научной работе. Высокоэрудированный лектор, требовательный педагог С.Ш.Байжанов, воспитывает курсантов АГИУВ, молодых специалистов, в духе высокого профессионализма и врачебного гуманизма.

Профессор Байжанов С.Ш. является автором двух монографий, более 150 научных работ, 7 патентов, под его руководством успешно защищены 3 кандидатских диссертации. В настоящее время он - главный эндоскопист Департамента здравоохранения г. Алматы, член Диссертационного совета ННЦ хирургии им. А.Н.Сызганова, является Отличником здравоохранения РК.

*Коллектив кафедры диагностической и оперативной эндоскопии АГИУВ,
Правление общества хирургов г.Алматы, Алматинской области.*